**Rapport régional africain sur la mise en œuvre des ODD et de la CRPD pour les femmes et les filles handicapées au Rwanda, au Nigéria, au Kenya, au Mali et au Niger**

UN Women consultation on the Beijing +25 Agenda, Addis Ababa, Oct 2019
“we're not starting until we're all together”
The delegation of African women with disabilities protesting in front of the conference room where the consultation was held as they are prevented from entering due to lack of accessibility, four women pictured holding protest signs. They made it clear the CSO conference could not start ‘until all of us are in’. This was done, with a 4-hour delay.

****

**Publié par African Disability Forum**

**Copyright @2020**

[**africandisabilityforum@gmail.com**](mailto:africandisabilityforum@gmail.com)

****

****

****

****

****

Sommaire

[Sigle et abréviation 5](#_Toc46415258)

[Remerciements 6](#_Toc46415259)

[I. Introduction 7](#_Toc46415260)

[1.1 Méthodologie 8](#_Toc46415261)

[1.2 Contraintes 9](#_Toc46415262)

[II. Analyse juridique et politique : Comprendre comment les SDG 3 : santé et bien-être, 4 : éducation de qualité, 5 : égalité des sexes, 8 : travail decent et croissance économique et 17 : partenariats pour les objectifs, sont mis en œuvre pour traiter les droits des femmes et des filles handicapées conformément à la CDPH au Rwanda 9](#_Toc46415263)

[A. Le cadre juridique et politique de la SDG 4 : Éducation de qualité au Rwanda 10](#_Toc46415264)

[B. Le cadre juridique et politique de la SDG 5 : Santé et bien-être au Rwanda 15](#_Toc46415265)

[C. Le cadre juridique et politique de la SDG 8 : Travail décent et développement économique au Rwanda 21](#_Toc46415266)

[D. Égalité des sexes au Rwanda - SDG 5 24](#_Toc46415267)

[E. Données et informations sur le handicap et le genre au Rwanda - SDG 17 : Partenariats pour les objectifs 27](#_Toc46415268)

[III. Analyse juridique et politique : Comprendre comment les SDG 3 : santé et bien-être, 4 : éducation de qualité, 5 : égalité des sexes, 8 : travail décent et croissance économique et 17 : partenariats pour les objectifs, sont mis en œuvre pour traiter les droits des femmes et des filles handicapées en conformité avec la CDPH au Nigeria 28](#_Toc46415269)

[A. Le cadre juridique et politique de la SDG 4 : Accès à une éducation de qualité au Nigeria 28](#_Toc46415270)

[B. Le cadre politique et juridique de la SDG 3 : Santé au Nigeria 32](#_Toc46415271)

[C. Le cadre juridique et politique de la SDG 8 : Accès à un travail décent au Nigeria 35](#_Toc46415272)

[D. Le cadre juridique et politique de la SDG 5 : Égalité des sexes au Nigeria 37](#_Toc46415273)

[E. Données et informations sur le handicap et le genre au Nigeria - SDG 17 : Partenariats pour les objectifs 39](#_Toc46415274)

[F. Rapport focus group du Nigeria sur les droits des femmes handicapées dans la mise en œuvre des objectifs de développement durable conformément à la convention des nations unies relative aux droits des personnes handicapées 39](#_Toc46415275)

[IV. Analyse juridique et politique : Comprendre comment les SDG 3 : santé et bien-être, 4 : éducation de qualité, 5 : égalité des sexes, 8 : travail décent et croissance économique et 17 : partenariats pour les objectifs, sont mis en œuvre pour traiter les droits des femmes et des filles handicapées en conformité avec la CDPH au Kenya 52](#_Toc46415276)

[A. Le cadre juridique et politique de la SDG 4 : Accès à une éducation de qualité au Kenya 52](#_Toc46415277)

[B. Le cadre juridique et politique de la SDG 3 (Vie saine et bien-être pour tous) au Kenya 58](#_Toc46415278)

[D. Le cadre juridique et politique de la SDG 5 : Égalité des sexes au Kenya 63](#_Toc46415279)

[E. Données et informations sur le handicap et le genre au Kenya - SDG 17 : Partenariats pour les objectifs 65](#_Toc46415280)

[F. Rapport du Focus Group sur la situation des femmes et des filles handicapées au Kenya concernant les SDG 3 (Santé et bien-être), 4 (Éducation de qualité pour tous), 5 (Égalité des sexes) et 8 (Travail décent et croissance économique) au Kenya. 65](#_Toc46415281)

[V. Analyse juridique et politique : Comprendre comment les SDG 3 : santé et bien-être, 4 : éducation de qualité, 5 : égalité des sexes, 8 : travail décent et croissance économique et 17 : partenariats pour les objectifs, sont mis en œuvre pour traiter les droits des femmes et des filles handicapées en conformité avec la CDPH au Mali 81](#_Toc46415282)

[A. Le cadre juridique et politique de la SDG 4 : Éducation de qualité au Mali 82](#_Toc46415283)

[B. Le cadre juridique et politique de la SDG 3 : Santé et bien-être au Mali 86](#_Toc46415284)

[C. Le cadre juridique et politique de la SDG 8 : Travail décent et développement économique au Mali 89](#_Toc46415285)

[D. Égalité des sexes au Mali - SDG 5 94](#_Toc46415286)

[E. Données et informations sur le handicap et le genre au Mali - SDG 17 : Partenariats pour les objectifs 96](#_Toc46415287)

[F. Rapport Focus Group du Mali avec l’Union Malienne des Associations et Comités de Femmes Handicapées (UMAFH). 98](#_Toc46415288)

[VI. Analyse juridique et politique : Comprendre comment les SDG 3 : santé et bien-être, 4 : éducation de qualité, 5 : égalité des sexes, 8 : travail décent et croissance économique et 17 : partenariats pour les objectifs, sont mis en œuvre pour traiter les droits des femmes et des filles handicapées en conformité avec la CDPH au Niger 105](#_Toc46415289)

[A. Le cadre juridique et politique de la SDG 4 : Éducation de qualité au Niger 105](#_Toc46415290)

[B. Le cadre juridique et politique de la SDG 3 : Santé et bien-être au Niger 108](#_Toc46415291)

[C. Le cadre juridique et politique de la SDG 8 : Travail décent et développement économique au Niger 109](#_Toc46415292)

[2. Le cadre politique du travail et de l'emploi Niger 110](#_Toc46415293)

[D. Égalité des sexes au Niger - SDG 5 111](#_Toc46415294)

[E. Données et informations sur le handicap et le genre au Niger - SDG 17 : Partenariats pour les objectifs 112](#_Toc46415295)

[VII. RECOMMANDATIONS 115](#_Toc46415296)

Bibliographie…………………………………………………………………………………………………………………………………119

Remerciements

Nous tenons à souligner la contribution et le rôle important joué par les organisations de personnes handicapées (OPH) dans la région africaine, en particulier Kenya - United Disabled Persons of Kenya (UDPK); Mali - Fédération Malienne des Associations de Personnes Handicapées (FEMAPH); Niger - Fédération Nigérienne des Personnes Handicapées (FNPH); Nigéria - Association nationale mixte des personnes handicapées (JONAPWD); Rwanda - Union nationale des organisations de personnes handicapées du Rwanda (NUDOR).

Sans votre dévouement et votre implication, ce rapport ne serait pas possible.

Nous tenons à remercier sincèrement Mamadou Sissoko et Lizzie Kiama pour leurs contributions essentielles à l'élaboration de ce rapport et à la collecte des contributions des femmes africaines handicapées, ainsi qu'à l'International Disability Alliance pour ses conseils techniques et opérationnels. Grâce à vos contributions techniques et informatives, ces données et preuves importantes ont été articulées sans effort dans le rapport.

Nous remercions l'International Disability Alliance d'avoir créé l'opportunité de mener à bien ce travail à travers le programme Catalyseur du handicap.

Ce rapport a été produit avec le soutien et les contributions financières du Département britannique pour le développement international (DFID), de l'Agence norvégienne pour la coopération au développement (NORAD), d’Inclusive Futures et du Ministère Finlandais des Affaires Étrangères.

# ****I.**** Introduction

L'African Disability Forum (ADF) est une organisation panafricaine d'organisations africaines de personnes handicapées (OPH) avec des fédérations d'OPH membres de 34 pays, 8 fédérations continentales d'OPH et 4 fédérations sous-régionales d'OPH. L'ADF concentre son attention sur le renforcement de ses membres OPH, tout en unifiant et en amplifiant la voix des personnes handicapées africaines aux niveaux régional et international à travers l'adhésion de l'ADF à l'Alliance internationale pour les personnes handicapées (IDA).

L'IDA est une alliance de 14 organisations mondiales et régionales de personnes handicapées. L'IDA rassemble plus de 1 100 organisations de personnes handicapées et leurs familles issues de huit réseaux mondiaux et de six réseaux régionaux. L’IDA promeut les droits de toutes les personnes handicapées dans le cadre des efforts déployés par les Nations Unies pour faire progresser les droits de l’homme et soutenir le développement durable pour un environnement mondial plus inclusif pour tous. L'IDA aide les organisations de personnes handicapées du monde entier à demander des comptes à leurs gouvernements et à plaider en faveur du changement aux niveaux local, national et international.

En 2017, dans le cadre du projet Catalyst financé par le DFID, l'IDA et ses membres ont donné la priorité au soutien aux OPH afin de s'engager pleinement dans les processus de plaidoyer et de suivi des droits sur la mise en œuvre des ODD afin de s'assurer qu'ils incluent toutes les personnes handicapées. Dans le cadre de ce processus, les membres de l'IDA aux niveaux régional et national ont réalisé des rapports complets fondés sur des preuves sur la manière dont les ODD sont mis en œuvre aux niveaux national et régional pour inclure les personnes handicapées. À ce jour, six des membres régionaux de l'IDA, à savoir le Forum européen des personnes handicapées (EDF), l'Organisation arabe des personnes handicapées (AOPD), le Forum des personnes handicapées de l'ASEAN (ADF), le Forum africain des personnes handicapées (ADF), le Forum du Pacifique sur les personnes handicapées (PDF), et Le Réseau latino-américain des organisations non gouvernementales de personnes handicapées et de leurs familles (RIADIS) a terminé ou est en train de terminer ses rapports régionaux.

Le Forum africain des personnes handicapées (ADF) a donné la priorité aux droits des femmes et des filles handicapées dans la mise en œuvre des ODD pour le rapport régional en Afrique. Le rapport régional a également été conçu pour s'aligner sur les processus régionaux en cours d'examen de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing (BPfA) pour faire progresser les droits des femmes à travers l'examen Beijing + 25 pour suivre les progrès et les résultats du BPfA en Afrique au cours des 25 dernières années.

Depuis janvier 2019, la région africaine a renforcé son engagement à garantir l'engagement de la société civile dans l'examen Beijing +25. Les gouvernements et les organisations de la société civile préparent des rapports parallèles sur l'état de la mise en œuvre du BPfA, et en particulier sur les progrès réalisés ou non depuis 2015. Ce processus est similaire au processus d'examen de l'Agenda 2030 dans lequel les États produisent des rapports sur la mise en œuvre des ODD avec différents niveaux de contribution des OSC, et les réseaux d'OSC aux niveaux national et régional produisent des rapports parallèles.

Ce rapport africain se concentre sur les secteurs critiques identifiés par le ADF comme prioritaires pour les femmes et les filles handicapées, notamment:

* ODD 3: assurer une vie saine et promouvoir le bien-être de toutes les personnes à tout âge
* ODD 4: Assurer une éducation de qualité inclusive et équitable et promouvoir les opportunités d'apprentissage tout au long de la vie pour tous
* ODD 5: Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles
* ODD 8: Promouvoir une croissance économique soutenue, inclusive et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous
* ODD 17: Renforcer les moyens de mise en œuvre et revitaliser le partenariat mondial pour le développement durable

Le rapport examine la mise en œuvre des ODD au Kenya, au Nigéria, au Rwanda, au Mali et au Niger. Le ADF a donné la priorité à ces cinq pays car ils pourraient apporter des contributions utiles aux sous-régions du ADF tout en tirant parti des opportunités créées par les événements préparatoires en cours pour Beijing + 25. Le rapport examine comment les ODD 3, 4, 5, 8 et 17 sont en cours mis en œuvre pour garantir les droits des femmes et des filles handicapées conformément à la CRPD.

Ce rapport cherche à comprendre et à identifier les lacunes et les obstacles dans la mise en œuvre de ces cinq ODD pour les femmes et les filles handicapées. Le rapport décrit également les réformes et les mesures nécessaires pour garantir que toutes les femmes et filles handicapées au Kenya, au Nigéria, au Rwanda, au Mali et au Niger puissent jouir de leurs droits humains sur un pied d'égalité dans la mise en œuvre de ces cinq objectifs de développement durable.

Ce rapport est divisé en deux parties:

* Analyses juridiques et politiques pour les cinq secteurs des ODD afin d'identifier les lacunes dans le respect de la CRPD dans une perspective de genre
* Les réalités vécues par les femmes et les filles handicapées dans les cinq pays pour accéder à leurs droits dans ces cinq secteurs par le biais de groupes de discussion et de discussions d'enquête en ligne

# ****Méthodologie****

Le principe fondamental de la rédaction de ce rapport était la participation et la consultation des femmes handicapées et de leurs organisations représentatives pour identifier les questions de droits prioritaires, solliciter leurs contributions sur les obstacles auxquels elles sont confrontées et les réformes nécessaires pour garantir que les efforts de développement ne laissent personne de côté. Un examen documentaire a été effectué pour évaluer le cadre juridique et politique de chaque secteur des ODD dans chaque pays. L'équipe a également travaillé avec les OPH nationales pour effectuer un examen documentaire des lois et politiques sur la santé, l'éducation, l'emploi, l'égalité des sexes et la collecte de données. L'examen juridique et politique visait à évaluer le respect de la CRPD pour chaque secteur ainsi qu'une analyse de genre pour évaluer comment les lois et les politiques garantissent les droits de toutes les femmes et filles handicapées et favorisent l'égalité. Avec le soutien des OPH du Mali, du Nigéria et du Kenya, l'équipe a organisé des groupes de discussion (en personne et en ligne) pour garantir les contributions inestimables des femmes handicapées pour informer le rapport. Des groupes de discussion ont rassemblé un groupe diversifié de femmes handicapées, y compris celles issues de groupes sous-représentés tels que les femmes ayant une déficience intellectuelle, les femmes ayant un handicap psychosocial, les femmes sourdes et les femmes atteintes d'albinisme pour mieux comprendre les obstacles auxquels elles sont confrontées dans l'exercice de leurs droits et leurs besoins à faire pour garantir l'égalité des sexes pour toutes les femmes et filles handicapées. L'équipe a également mené des consultations avec une délégation de femmes handicapées lors de la consultation régionale Afrique Bejing + 25 à Addis-Abeba en 2019 pour comprendre les priorités de défense des droits des femmes handicapées au niveau régional.

Sur délégation du Conseil exécutif, Mme Ekaete Judith Umoh a validé le rapport global et les recommandations. Une version révisée avancée sera produite d'ici décembre 2020 pour permettre une consultation plus large au sein du conseil d'administration et des membres d’ADF.

# ****1.2 Contraintes****

En raison de la pandémie COVID 19 et des verrouillages ultérieurs dans toute l'Afrique, les OPH au Niger, au Rwanda et au Kenya n'ont pas été en mesure d'organiser des groupes de discussion en personne. En guise de solution, les United Disabled Persons with Disabilities of Kenya ont mené une enquête en ligne plutôt qu'une discussion de groupe en personne. L'enquête a été menée par courrier électronique auprès de plus de soixante et une femmes handicapées représentant différents groupes de personnes handicapées, notamment: les femmes souffrant de handicaps psychosociaux, les femmes sourdes, les femmes handicapées mentales et les femmes atteintes d'albinisme. Étant donné que le sondage était administré en ligne, il ne permettait pas de poser des questions de suivi ni de présenter des observations orales, mais ne s’appuyait que sur des réponses écrites aux questions. L'enquête exigeait également que les répondants aient accès à Internet et à un ordinateur.

Au Niger et au Rwanda, le manque d'accès aux ordinateurs et à Internet pendant le verrouillage a interdit aux membres de participer à une enquête en ligne. Essayer de travailler par des moyens alternatifs tels que le téléphone et le courrier électronique était tout aussi difficile de limiter notre capacité à mettre en œuvre des questions de groupe de discussion avec des femmes handicapées dans ces deux pays.

# ****II. Analyse juridique et politique : Comprendre comment les SDG 3 : santé et bien-être, 4 : éducation de qualité, 5 : égalité des sexes, 8 : travail decent et croissance économique et 17 : partenariats pour les objectifs, sont mis en œuvre pour traiter les droits des femmes et des filles handicapées conformément à la CDPH au Rwanda****

Le gouvernement rwandais a fait preuve de volonté politique pour traiter la question des droits des personnes handicapées en ratifiant la CDPH, en mettant en œuvre des réformes juridiques visant à intégrer dans le droit national des dispositions relatives à l'égalité des personnes handicapées et en créant un Conseil national des personnes handicapées (CNPD) actif. Toutefois, le cadre juridique et politique général laisse de grandes lacunes dans la conformité avec la CDPH et ces lacunes contribuent à un système d'exclusion, de ségrégation et de discrimination généralisée. Pour les femmes et les filles handicapées, ces violations des droits sont encore plus importantes car elles sont confrontées à la discrimination et à l'exclusion en raison de leur handicap et de leur sexe.

# ****A.**** Le cadre juridique et politique de la SDG 4 : Éducation de qualité au Rwanda

Après le génocide au Rwanda, le pays a restructuré son système éducatif en se basant sur la construction de l'unité nationale. Le gouvernement du Rwanda, comme de nombreux autres pays du continent, a concentré ses efforts sur la réalisation de l'éducation primaire universelle et de l'éducation pour tous. En Afrique subsaharienne, le Rwanda est l'un des pays les plus performants, avec 98 % des enfants inscrits dans l'enseignement primaire.[[1]](#footnote-1) Selon le ministère de l'éducation, en 2016, les élèves handicapés représentaient moins de 1 % de tous les élèves inscrits dans l'enseignement primaire. **Quant à l'égalité des sexes dans l'accès à l'éducation, selon le ministère de l'éducation, les filles et les garçons sont inscrits à égalité dans l'enseignement primaire et secondaire.** [[2]](#footnote-2)**Cependant, selon l'UNICEF, les filles sont plus susceptibles d'abandonner l'école après le secondaire.** Les garçons obtiennent également de meilleurs résultats que les filles dans 26 des 30 districts du Rwanda et les filles sont nettement sous-scolarisées dans l'enseignement technique, professionnel et supérieur.[[3]](#footnote-3) Le ministère de l'éducation souligne que peu d'écoles au Rwanda sont accessibles et qu'il y a un grave manque de transports accessibles pour se rendre aux écoles et en revenir. Ce sont là les principales raisons du taux élevé d'abandon scolaire chez les apprenants handicapés.[[4]](#footnote-4) En outre, les écoles publiques ordinaires manquent souvent d'une formation adéquate des enseignants, d'un programme d'études adapté et de matériel et de services adaptés.[[5]](#footnote-5)

Les lois et les politiques du Rwanda en matière d'éducation contribuent encore à un système où très peu de personnes handicapées fréquentent les écoles ordinaires et terminent l'enseignement primaire. Le cadre juridique et politique en matière d'éducation au Rwanda met en place deux systèmes scolaires différents pour les apprenants handicapés qui fonctionnent séparément : des écoles spéciales établies en dehors du système d'enseignement ordinaire et des écoles intégrées ou des écoles adaptées aux enfants. Il s'agit d'écoles au sein du système d'enseignement ordinaire qui ont été adaptées pour être sans obstacles et accessibles aux apprenants ayant des besoins d'apprentissage divers. Chacun de ces systèmes est confronté à des défis tels que le manque de personnel, le manque de formation à l'éducation inclusive, l'inadéquation du matériel pédagogique, les besoins de services de soutien comme les interprètes en langue des signes, les ergothérapeutes, etc. mais ils restent les seules options de scolarisation pour les apprenants handicapés au Rwanda.[[6]](#footnote-6)

**1. Le cadre juridique de l'éducation au Rwanda**

La Constitution nationale du Rwanda de 2003 (amendée en 2015), protège le droit de chaque Rwandais à l'éducation et prévoit un enseignement primaire gratuit et obligatoire pour tous en son article 20 : Droit à l'éducation. La Constitution interdit également la discrimination sur la base du handicap et du sexe parmi d'autres statuts tels que l'ethnicité et la géographie dans l'article 16 : Protection contre la discrimination. Article 15 : L'égalité devant la loi garantit que toutes les personnes sont égales devant la loi et ont droit à une égale protection de la loi ; cependant, elle ne mentionne pas explicitement les personnes handicapées ou les filles et les femmes. Dans l'article 51, la Constitution donne à l'État le devoir d'établir des mesures spéciales pour l'éducation des personnes handicapées. Toutefois, la Constitution ne stipule pas explicitement que les étudiants handicapés doivent être éduqués dans des écoles ordinaires.[[7]](#footnote-7)

En ce qui concerne les filles et les femmes dans l'éducation, l'article 2 (h) de la Constitution définit la mission de l'éducation comme suit : *plaider pour l'élimination de tous les obstacles qui entravent l'éducation des filles et des femmes ainsi que de tous ceux qui ont clairement besoin d'une attention particulière.* La loi ne traite pas explicitement des filles et des femmes handicapées.

Il existe plusieurs lois nationales sur l'éducation au Rwanda, dont une loi générale qui détermine l'organisation du système éducatif et celles qui réglementent les différents niveaux d'éducation, y compris l'enseignement primaire, l'enseignement secondaire et l'enseignement supérieur.

Loi n° 36/2018 du 29/06/2018 : détermine l'organisation de l'enseignement, organise le système éducatif global et établit un système d'enseignement séparé pour les apprenants handicapés par le biais de l'éducation spéciale et des écoles spéciales. Dans cette loi, l'article 2, paragraphe 5, définit l'éducation spéciale comme suit : *cours offerts aux personnes souffrant d'un handicap physique ou mental ou ayant des capacités intellectuelles inhabituelles qui ne leur permettent pas d'étudier avec d'autres apprenants*. Dans l'article 12, elle définit l'objectif de l'éducation spéciale comme suit : *recevoir les enfants souffrant de handicaps physiques ou mentaux ou les deux et qui ne peuvent pas étudier dans des écoles ordinaires, afin de leur donner des connaissances et une éducation susceptibles d'améliorer leurs capacités et leurs compétences pour qu'ils puissent subvenir à leurs besoins et participer au développement du pays*. La loi définit les écoles spéciales comme des institutions en dehors de l'enseignement ordinaire à l'article 13 : *Écoles d'enseignement spécial Les écoles d'enseignement spécial sont destinées à accueillir les élèves dont l'état nécessite une attention particulière en raison de leur handicap ou pour toute autre raison spécifique qui les empêche d'être dans le cadre scolaire ordinaire. Les modalités de ces soins spéciaux sont déterminées par un arrêté du ministre.* Dans cette loi, l'éducation des étudiants handicapés est définie et confinée dans un système d'éducation spéciale qui est en dehors du système scolaire ordinaire.

La loi portant organisation et fonctionnement des écoles maternelles, primaires et secondaires (loi n° 23/2012 du 15/06/2012), régit l'enseignement maternel, primaire et secondaire au Rwanda. Cette loi définit en outre les écoles spéciales et le système d'éducation spéciale. En son article 47 : Le passage de l'école spécialisée à l'école ordinaire, la loi stipule qu'un élève handicapé ne peut fréquenter les écoles ordinaires que lorsque "les obstacles qui ont empêché [cet] élève de fréquenter les écoles ordinaires sont surmontés". Il incombe à l'élève handicapé de surmonter les obstacles afin de pouvoir fréquenter l'école ordinaire. La loi définit la participation des ONG dans l'éducation et donne un rôle au Conseil national des personnes handicapées ainsi qu'à la coordination du Conseil national des femmes, donnant ainsi la possibilité aux OPH et aux organisations dirigées par des femmes de contribuer à la gestion de l'enseignement maternel, primaire et secondaire.

La loi n° 20/2017 du 28/04/2017 instituant le Conseil de l'enseignement supérieur et déterminant sa mission, son organisation et son fonctionnement définit les rôles et les responsabilités du Conseil de l'enseignement supérieur, l'organe officiel qui supervise le système d'enseignement supérieur. La loi fixe les normes de l'enseignement supérieur et contrôle la manière dont ces normes sont mises en œuvre. Toutefois, la loi mentionne explicitement le handicap ou le genre lorsqu'elle définit la manière dont l'enseignement supérieur sera régi, et elle ne comporte aucun article sur le suivi de l'intégration des étudiants handicapés ou des femmes et des filles dans l'enseignement supérieur. Il n'est pas non plus fait mention de la manière dont le système d'éducation spéciale sera relié au système d'enseignement supérieur.

La loi n° 01/2017 du 31/01/2017 régissant l'organisation et le fonctionnement de l'enseignement supérieur et la loi n° 22/2017 du 30/05/2017 portant création de l'Institut Supérieur Polytechnique du Rwanda et déterminant sa mission, ses pouvoirs, son organisation et son fonctionnement définissent respectivement le fonctionnement de l'enseignement supérieur et des programmes de formation polytechnique et professionnelle. Aucune loi ne traite du handicap ou du genre dans l'accès à l'éducation et il n'est pas fait mention d'une éducation inclusive, de l'accessibilité ou de la promotion de l'accès à l'enseignement supérieur, polytechnique ou professionnel pour les femmes et les filles.

Le cadre juridique sur l'éducation au Rwanda laisse de grandes lacunes en ce qui concerne la conformité avec l'article 24 de la CDPH (éducation). Les lois sur l'éducation ne définissent pas une éducation inclusive dans laquelle tous les enfants handicapés, quel que soit le type ou la gravité de leur handicap, ont le droit à un enseignement primaire gratuit et à l'accès à l'enseignement secondaire dans les écoles publiques de leur quartier. Au lieu de cela, les lois appellent à la création d'un système d'éducation séparé pour les apprenants handicapés. Les lois sur l'éducation n'interdisent pas la discrimination, le harcèlement ou la violence sur la base du handicap dans l'éducation, y compris dans les évaluations éducatives et en classe. Comme le précise l'article 24 de la CDPH, les lois ne prévoient pas de clause de non-rejet qui garantit qu'aucun enfant ne peut être considéré comme inapte à l'éducation. Les lois ne prévoient pas d'aménagement raisonnable dans l'accès à l'éducation ou ne reconnaissent pas le refus d'un aménagement raisonnable comme une discrimination fondée sur le handicap. Comme le précise l'article 24 de la CDPH, les lois sur l'éducation devraient protéger le droit de tous les apprenants à recevoir un enseignement dans leur langue, y compris la langue des signes nationale, une question qui n'est pas réglementée par les lois sur l'éducation. Enfin, les lois sur l'éducation manquent de mécanismes de plainte pour signaler la discrimination avec des recours et des sanctions efficaces.

**2. Le cadre politique qui régit l'éducation au Rwanda**

La principale politique de l'éducation est le plan stratégique du secteur de l'éducation Cadre pour l'éducation de base (ESSP) 2018/19-2023/24 développé par le ministère de l'éducation (MINEDUC). Cette politique demande à l'État d'inclure tous les enfants dans les écoles ordinaires, y compris ceux qui sont les plus exclus ou qui connaissent un taux d'abandon élevé, ce qui inclut les apprenants handicapés. Le plan stratégique fait le lien entre le handicap, la pauvreté et le manque d'accès équitable à l'éducation. Le handicap et le genre sont considérés comme des questions transversales prioritaires et font tous deux partie des domaines de résultats stratégiques du PESE. La politique de l'ESSP appelle à un accès équitable à l'éducation pour les enfants handicapés dans les écoles ordinaires ainsi que dans les écoles spécialisées, créant ainsi deux systèmes d'éducation distincts. La stratégie de l'ESSP vise à intégrer les personnes handicapées à faible revenu dans le système général, "lorsque c'est possible", et à créer un système séparé pour les personnes jugées "non éducables", créant ainsi deux systèmes d'éducation distincts.

Cette politique appelle à une coordination interministérielle et à un engagement avec la société civile, y compris les organisations de personnes handicapées (OPD), les organisations de défense des droits des femmes et le Conseil national des personnes handicapées.

*Confusion des termes*

La politique ne définit pas clairement sa vision de l'éducation inclusive et ne propose pas de transition claire de l'éducation spéciale à un système d'éducation ordinaire pleinement inclusif. Au lieu de cela, elle utilise les termes d'éducation spéciale et d'éducation inclusive de manière interchangeable et la politique ne définit pas clairement la vision du gouvernement en matière d'éducation inclusive ni la manière dont il la définit. La politique demande que tous les apprenants soient accueillis dans des écoles communautaires, mais elle confond l'éducation spéciale et l'éducation inclusive, sans message clair sur les écoles et les salles de classe qui répondent aux besoins individuels de tous les apprenants.

*Politique révisée en matière de besoins spéciaux et d'éducation inclusive 2018*

Tout comme l'ESSP, cette politique utilise indifféremment les termes d'éducation inclusive et d'éducation pour les besoins spéciaux et met en place deux systèmes scolaires différents pour les apprenants handicapés qui fonctionnent séparément : les écoles spéciales établies en dehors du système d'enseignement ordinaire et les écoles "amies des enfants" (CFS) ou et les écoles d'éducation inclusive (IE) (termes qui sont utilisés indifféremment). La société civile est particulièrement active dans ce domaine car les concepts d'écoles CFS et IE sont financés par des donateurs et sont pour la plupart privés. Il n'existe pas de système d'accréditation ou de normes de qualité pour ces écoles. En outre, on ne sait pas très bien comment les écoles amies des enfants et les écoles inclusives adhèrent au programme d'enseignement général et dans quelle mesure elles respectent la définition de l'éducation inclusive énoncée dans la CDPH 24. Dans certaines de ces écoles, il existe des "salles de ressources pour l'éducation spéciale" dotées de matériel et de ressources adaptés que les enseignants et les parents peuvent utiliser - une fonction de services de quasi-soutien mais ces salles de ressources sont sous-financées, sans mécanisme d'assurance qualité standardisé et offrant des services limités.[[8]](#footnote-8)

Cette politique prévoit également l'élaboration de deux programmes d'études : un programme d'éducation pour les personnes ayant des besoins particuliers et un programme d'éducation inclusive. Cet appel à un programme alternatif n'est pas en accord avec les réformes de l'éducation inclusive qui sont conformes à la CDPH. Le programme d'enseignement ordinaire devrait être utilisé pour tous les élèves et adapté ou modifié selon les besoins, plutôt que de créer un programme alternatif. En outre, il n'est pas clair comment les écoles CFS et IE adhèrent au programme d'enseignement ordinaire et dans quelle mesure elles se conforment à la définition de l'éducation inclusive énoncée dans la CDPH 24.

La politique prévoit que les évaluations des besoins éducatifs spéciaux et les interventions et services de soutien à l'éducation soient mis en œuvre progressivement dans toutes les écoles. Les services de soutien qui seront proposés ne sont pas clairement définis mais comprennent : des services thérapeutiques et la mise à disposition de ressources. Bien que la politique souligne le résultat souhaité de la fourniture de services de soutien à tous les apprenants handicapés (tels que la RBC et les appareils d'assistance) dans toutes les écoles du Rwanda, le cadre de ce soutien s'inscrit toujours dans le modèle médical axé sur l'adaptation des apprenants individuels à la classe plutôt que sur l'adaptation des écoles aux besoins des élèves. Il confond également le rôle de l'éducation avec le développement de services de soutien communautaires. La réadaptation à base communautaire et la fourniture d'appareils d'assistance ne devraient pas être assurées dans les écoles relevant du ministère de l'éducation. En outre, le modèle décrit dans la politique ne vise pas à maintenir tous les élèves dans la même classe et à apprendre le même programme avec des adaptations et un soutien, mais plutôt à fournir des services et un programme adapté aux apprenants handicapés dans le cadre d'un paradigme de besoins spéciaux.

*Handicap et genre*

Les deux politiques tiennent compte du handicap et du genre dans l'accès à l'éducation, mais pas dans une approche intersectionnelle. La politique relative aux besoins éducatifs spéciaux souligne qu'il existe des inégalités dans l'accès à l'éducation fondées sur le handicap, le sexe et les dichotomies entre zones urbaines et rurales qui rendent l'accès à l'éducation encore plus difficile. Cependant, la politique ne propose pas d'interventions politiques pour traiter ces formes de discrimination intersectionnelles. Par exemple, aucune des deux politiques d'éducation n'aborde la question de la violence fondée sur le sexe ou le handicap, du harcèlement ou des abus dans les écoles ou de leur impact sur les filles handicapées qui restent ou vont à l'école. En outre, aucune des deux politiques d'éducation n'identifie les filles handicapées comme un groupe cible spécifique pour garantir un accès équitable à l'éducation.

*Respect de la CDPH*

Le cadre politique de l'éducation au Rwanda propose des réformes dans le secteur de l'éducation qui sont en contradiction avec les principes de l'éducation inclusive définis par l'article 24 de la CDPH. Par exemple, la politique de l'ESSP appelle au développement d'intuitions résidentielles pour minimiser la distance qu'un enfant handicapé doit parcourir pour aller à l'école. Cela va à l'encontre des droits consacrés par l'article 19 (Vivre de manière autonome et être inclus dans la communauté) ainsi que par l'article 24, qui stipule que tous les enfants ont le droit de fréquenter les écoles publiques de leur communauté. Elle appelle au développement professionnel d'un cadre d'éducateurs "spécialisés" pour comprendre les besoins d'apprentissage par type de handicap plutôt que d'apprendre à dispenser un enseignement sur la base des besoins individuels.[[9]](#footnote-9) L'ESSP ne décrit pas les programmes de formation pédagogique régulière sur l'éducation inclusive ou le développement d'un programme d'enseignement inclusif pouvant être utilisé dans toutes les écoles ordinaires. Ni l'ESSP ni la politique d'éducation spéciale ne préconisent une culture de l'enseignement axée sur les besoins de chaque élève. Au lieu de cela, ils conçoivent deux systèmes d'éducation séparés sans voie claire vers un système d'éducation totalement inclusif dans lequel tous les apprenants peuvent être accueillis et soutenus. Les politiques manquent également d'objectifs clairs sur la manière dont les écoles seront rendues totalement accessibles, sur la manière dont le programme d'études sera adapté ou sur la manière dont un cadre d'enseignants sera formé à l'éducation inclusive, ce qui limite considérablement une transition significative vers l'éducation inclusive. Le cadre politique actuel ne vise pas à créer un nouveau système d'éducation inclusive pour toutes les écoles, mais à renforcer les initiatives actuelles d'EFC et d'EI.

La politique en matière de besoins éducatifs spéciaux définit l'enseignement ordinaire comme suit : les *écoles qui forment des apprenants ne présentant pas ou peu de besoins éducatifs spéciaux (SEN) et qui ne nécessitent donc pas d'adaptations pédagogiques exceptionnelles. La plupart des écoles rwandaises ordinaires accueillent des apprenants présentant une série de handicaps légers et modérés sans aucun ajustement pour répondre à leurs besoins*. Les besoins éducatifs spéciaux sont définis comme suit : Il s'*agit d'une éducation qui vise à fournir des services éducatifs à tous les enfants qui peuvent, pour quelque raison que ce soit, avoir des besoins temporaires ou permanents d'éducation adaptée, différente de l'éducation ordinaire*.[[10]](#footnote-10)

Ce concept d'élèves handicapés ne pouvant pas être éduqués dans le système d'enseignement ordinaire prive les élèves et les apprenants handicapés de leur droit à l'éducation et est totalement incompatible avec le concept d'éducation inclusive défini dans l'article 24 de la CDPH (Éducation). La politique préconise un système d'éducation séparé pour les apprenants handicapés. Le système d'enseignement ordinaire ne prévoit pas d'ajustements des programmes ou d'aménagements pour les étudiants. En refusant les ajustements des programmes et les accommodements pour les apprenants au sein du système d'enseignement ordinaire, la politique rwandaise d'éducation spéciale est basée sur un enseignement séparé.

Enfin, il n'est pas explicitement fait mention d'interventions politiques visant à promouvoir l'accès à l'éducation sur une base égale et sans discrimination. L'accent est plutôt mis sur les ressources destinées aux écoles, l'adaptation des programmes d'études et le renforcement des services de soutien, etc. Sans interventions politiques visant à réaliser l'égalité dans l'éducation, les apprenants handicapés, et en particulier les filles handicapées qui sont confrontées à des formes multiples et intéressantes de discrimination, seront laissés pour compte.

# B. Le cadre juridique et politique de la SDG 5 : Santé et bien-être au Rwanda

Les lois et les politiques régissant la santé au Rwanda visent à garantir que tous les Rwandais ont accès aux soins de santé et que des mécanismes sont en place pour les services de santé communautaires, avec un nombre adéquat d'agents de santé communautaires formés et dotés des ressources nécessaires pour fournir des services de qualité. Cependant, dans le cadre de cette volonté de développer les services au niveau communautaire, le cadre juridique et politique n'a pas suffisamment pris en compte les droits et les besoins des femmes et des filles handicapées en matière d'accès à la santé.

**1. Le cadre juridique de l'accès à la santé au Rwanda**

Pour s'aligner sur l'article 25 de la CDPH et la SDG 3, les lois régissant la santé doivent garantir l'égalité d'accès des personnes handicapées (y compris celles vivant avec le VIH) à tous les services de santé, aux médicaments essentiels et aux vaccins, sans discrimination fondée sur le handicap et le sexe, avec des dispositions pour

* L'interdiction de toute forme de discrimination dans la prestation de soins de santé fondée sur le handicap et le refus de services aux personnes handicapées constituent une discrimination fondée sur le handicap L'interdiction de toute forme de discrimination dans la prestation de soins de santé fondée sur le handicap et le refus de services aux personnes handicapées constituent une discrimination fondée sur le handicap
* Des aménagements raisonnables dans l'accès à tous les services de santé et la reconnaissance que leur refus constitue une discrimination fondée sur le handicap
* Respect de la confidentialité des dossiers médicaux et de la vie privée des personnes handicapées, y compris les femmes, les enfants et les personnes âgées
* Mécanismes de signalement et de plainte en matière de discrimination avec mise à disposition de recours et de sanctions efficaces
* Interdiction de la discrimination par les assureurs maladie fondée sur un handicap préexistant
* Mécanismes de plainte pour toutes les dispositions anti-discriminatoires permettant de signaler une discrimination et prévoyant des recours et des sanctions efficaces

La constitution du Rwanda garantit que toutes les personnes sont égales devant la loi et qu'elles ont droit à une égale protection de la loi en vertu de l'article 15. Dans l'article 21 de la Constitution, tous les Rwandais ont le droit à la santé. [[11]](#footnote-11) La constitution ne mentionne pas explicitement les personnes handicapées ou les filles et les femmes dans la garantie du droit à la santé, ni n'interdit la discrimination fondée sur le handicap ou le sexe dans l'accès aux droits à la santé.

La principale loi régissant les services de santé au Rwanda est la loi n° 20/39 du 29/01/2016, Arrêté ministériel déterminant les services médicaux fournis à chaque niveau de la structure sanitaire. Cette loi énonce les différents services à différents niveaux du système de santé. Elle ne régit pas les droits à la santé ni ne réglemente l'interdiction de la discrimination dans l'accès à la santé. [[12]](#footnote-12) La loi ne traite pas de l'accessibilité des services ou des aménagements raisonnables dans l'accès aux soins de santé. Elle énumère les différents services médicaux à fournir, mais au sein de ces différents services, il n'existe pas de services spécialisés pour les personnes handicapées, tels que la fourniture d'appareils d'assistance, le spectre complet des services de réadaptation ou les services d'intervention précoce. Elle comprend un type très limité de services de physiothérapie et de services de réadaptation qui comprennent la physiothérapie, l'orthophonie et l'audiologie, l'optométrie, la réadaptation nutritionnelle thérapeutique et la fourniture de prothèses.

La loi régissant l'organisation, le fonctionnement et la gestion des régimes d'assurance maladie au Rwanda, Journal officiel n° 04 du 25/01/2016 interdit le refus de l'assurance maladie sur la base d'une discrimination à l'article 15. Toutefois, la loi ne mentionne pas explicitement la discrimination fondée sur le handicap ou le sexe. En outre, conformément à l'article 28 de la CDPH (Niveau de vie adéquat et protection sociale) et à l'article 25 de la CDPH (Santé), les lois sur l'assurance maladie doivent interdire aux assureurs santé de discriminer contre un handicap préexistant en refusant la couverture ou en fixant des primes différentes sur la base d'un handicap préexistant.

La loi n° 21/05/2016 relative à la santé reproductive humaine ne contient aucune disposition interdisant la discrimination dans l'accès à la santé reproductive ou pour la fourniture d'aménagements raisonnables dans l'accès aux services de santé reproductive. Les femmes et les filles handicapées ne sont pas explicitement mentionnées dans la loi. La loi définit une personne incapable comme un enfant ou une personne ayant un handicap mental et prévoit que les professionnels de la santé doivent effectuer des tests VIH sur les "personnes incapables". Pour s'aligner sur les articles 25 (Santé), 23 (Respect du domicile et de la famille) et 6 (Femmes handicapées) de la CDPH, la santé sexuelle et reproductive doit être réformée pour garantir un accès universel à toutes les femmes et les filles handicapées sans discrimination et dans des établissements de santé accessibles qui offrent des aménagements raisonnables. Des lois et des règlements doivent également être mis en place pour garantir aux femmes âgées de 15 à 49 ans l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et génésique dans des formats accessibles et alternatifs.

**2. Le cadre politique pour la santé au Rwanda**

Il existe de nombreuses politiques de santé qui réglementent l'accès aux soins de santé au Rwanda. Dans la Vision 2020, une stratégie pour un développement social et économique équitable, le gouvernement s'engage à réaliser la Couverture Maladie Universelle (CMU). Dans le cadre de cet effort, il a développé un régime d'assurance communautaire en même temps que l'initiative des agents de santé communautaires. Depuis 2005, le Rwanda a formé un cadre d'agents de santé communautaire (plus de 45 000) et a lancé un système de financement basé sur les performances qui récompense les coopératives d'agents de santé communautaire, les centres de santé et les hôpitaux de district pour un meilleur suivi des patients et de meilleurs indicateurs de soins primaires, tels que la proportion de femmes qui accouchent dans des établissements de santé et d'enfants qui reçoivent un cycle complet de vaccinations de base. Ces incitations ont contribué à stimuler l'utilisation des services de santé maternelle et infantile.[[13]](#footnote-13) Toutefois, les données sur le nombre de femmes et d'enfants handicapés utilisant ces services font défaut. Si cette approche a permis d'étendre la portée du système de santé et de contribuer à améliorer la coordination des soins, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre si le système répond aux besoins des femmes et des filles handicapées et pour s'assurer que les efforts déployés pour mettre en place des CHU sont inclusifs.

*Politique du secteur de la santé 2015-2018*

Cette politique définit les réformes du secteur de la santé qui contribueront à divers plans et stratégies de réduction de la pauvreté, notamment la stratégie nationale de transformation (NST). Ainsi, la politique du secteur de la santé intégrera divers domaines transversaux pour mettre en œuvre la NST, notamment le handicap, le genre et la promotion de la famille. Pour ce faire, la politique prévoit que les obstacles physiques et de communication seront abordés afin de promouvoir l'inclusion sociale et que l'accès aux services pour les personnes handicapées sera progressivement amélioré. La politique prévoit également que des protocoles pour des services de santé adaptés aux besoins des personnes handicapées seront mis en place dans les hôpitaux. Dans les indicateurs de la politique, les personnes handicapées ne sont mentionnées que deux fois dans les résultats concernant la tuberculose et dans la couverture accrue des blessures et des interventions en matière de handicap. En ce qui concerne l'égalité des sexes dans l'accès aux services de santé, la politique n'inclut pas explicitement les filles et les femmes handicapées et n'aborde pas le handicap et le genre sous un angle croisé.

Toutefois, la politique ne répond pas à l'appel à un accès équitable aux services de santé pour les personnes handicapées. La politique n'établit pas de budget ou d'engagement de la part du gouvernement pour garantir que les services de santé sont totalement accessibles. Tout aussi important, la politique ne s'engage pas à développer des[[14]](#footnote-14) services de santé spécialisés qui répondent aux besoins de santé des personnes handicapées et des professions spécialisées[[15]](#footnote-15) qui peuvent fournir ces services. Comme l'explique le rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées dans son rapport sur l'accès à la santé, le cadre politique en matière de santé devrait également organiser, renforcer et étendre des services et des programmes complets d'adaptation et de réadaptation liés à la santé pour les personnes handicapées. Le gouvernement devrait s'efforcer de garantir l'accès à des services d'adaptation et de réadaptation liés à la santé dans la communauté, qui soient abordables et répondent de manière adéquate aux besoins des personnes handicapées. Le cadre politique devrait également garantir aux personnes handicapées un accès adéquat à des appareils et technologies d'assistance abordables. Ces services devraient être inclus dans les budgets nationaux de soins de santé.[[16]](#footnote-16)

*Politique communautaire nationale en matière de santé et plan stratégique*

L'objectif de la politique nationale de santé communautaire de 2008 est de garantir la fourniture de services de soins de santé communautaires holistiques pour tous, en adoptant les valeurs d'équité dans la prestation des services et de solidarité avec les personnes les plus exclues. La politique s'engage à assurer un accès équitable et égal aux services à tous les niveaux de la communauté et à ce que le ministère de la santé supprime les inégalités socio-économiques, de genre, d’âge, géographique et culturel en matière de santé pour toutes les personnes, y compris les enfants handicapés. [[17]](#footnote-17) Malgré ces valeurs, la politique ne s'attaque guère au handicap et aux obstacles que les personnes handicapées rencontrent dans l'accès aux services. Par exemple, l'une des questions transversales de la santé communautaire est la distance à parcourir pour accéder aux services et la solution proposée est de distribuer des vélos.

Le Plan stratégique national de santé communautaire, 2013-2018, fait peu pour faire progresser les droits des femmes et des filles à accéder aux services de santé communautaires. Le handicap n'est pas abordé en tant que question transversale dans la stratégie et le plan stratégique n'appelle pas à l'accès universel aux soins de santé pour les personnes handicapées. Alors que l'accès à la santé pour les femmes et les filles est abordé dans l'ensemble du plan stratégique, les femmes et les filles handicapées ne sont pas explicitement mentionnées. Le handicap est abordé dans le cadre de la prévention de la violence fondée sur le sexe avec une planification ciblée des groupes vulnérables, notamment les femmes et les filles handicapées. Le plan stratégique comprend plusieurs indicateurs sur le handicap afin de saisir le nombre de personnes handicapées orientées vers les établissements de santé mentale et les établissements de santé générale. Il y a également des indicateurs sur le nombre de sessions d'enseignement menées par les agents de santé communautaires pour équiper les membres de la famille sur la "gestion de leur membre de famille handicapé".

Bien que ces indicateurs soient limités, ils montrent que les soins de santé de proximité ne tiennent pas compte du nombre de personnes handicapées qui accèdent aux services de santé et en bénéficient. Il n'existe pas d'indicateurs sur les adaptations des services pour qu'ils soient accessibles aux personnes handicapées ou sur le nombre de services spécialisés dans la communauté pour les personnes handicapées. Au lieu de développer la capacité des agents de santé communautaires à fournir des services accessibles et pertinents aux personnes handicapées, ils font peser sur les familles individuelles la responsabilité de fournir ces services à leurs membres handicapés.[[18]](#footnote-18)

*Le plan stratégique pour la santé maternelle, néonatale et infantile 2018-2024*

Le Plan stratégique pour la santé maternelle, néonatale et infantile est le principal document politique réglementant la santé maternelle et infantile ainsi que la santé sexuelle et reproductive au Rwanda. Ce plan stratégique ne fait guère mention des femmes et des enfants handicapés ou de l'accessibilité des services du point de vue du handicap.

*Développement économique et réduction de la pauvreté II 2013-2018 (ERPRS 2)*

Les principaux objectifs de l'EDPRS dans le secteur de la santé sont de maximiser les mesures de santé préventives et de renforcer la capacité des AC à fournir des services de soins de santé de haute qualité et accessibles à toute la population afin de réduire la malnutrition, la mortalité infantile et juvénile et la fécondité, ainsi que le contrôle des maladies transmissibles (EDPRS 2008-2012). L'EDPRS reconnaît que le problème de l'accès aux soins de santé primaires n'est pas seulement une question relevant du secteur de la santé, mais plutôt un défi multisectoriel qui propose à tous les secteurs de travailler ensemble en synergie pour fournir un ensemble complet de soins de santé communautaires avec la pleine participation de la communauté par le biais des cadres des AC. Cependant, le handicap est à peine abordé dans la DSRP et l'accessibilité des services de santé n'est pas explicite en ce qui concerne les obstacles liés au handicap.

*Politique nationale en matière de santé mentale*

La politique de santé mentale du Rwanda réglemente la santé mentale par le biais du modèle de diagnostic médical dans lequel les psychiatres, les psychologues et les autres professionnels de la santé mentale traitent les personnes souffrant de handicaps psychosociaux dans un cadre clinique tel qu'un hôpital psychiatrique. Par exemple, la politique prévoit que les groupes de discussion sur la santé mentale soient dirigés par des travailleurs de la santé. La politique adopte également une approche psychopharmacologique qui met l'accent sur les médicaments pharmaceutiques pour traiter la santé mentale.

Cette politique demande que les services de santé mentale soient intégrés dans le système de santé général dans lequel l'hôpital psychiatrique national joue un rôle de premier plan dans le diagnostic et le traitement des personnes souffrant de handicaps psychosociaux. La politique prévoit la formation de médecins de district pour fournir des services de santé mentale afin de décentraliser les services. La politique ne fait aucune référence à la CDPH et, en particulier, elle ne traite pas des traitements forcés, de la capacité juridique ou de la prévention, ni de la torture ou des traitements cruels et inhumains.

La politique demande que le gouvernement élabore un cadre juridique en matière de santé mentale qui clarifie les droits des patients, des soignants et des familles, et qui atténue les abus. La politique n'aborde pas la question du genre comme une question transversale et il n'y a aucune mention explicite des femmes et des filles souffrant de handicaps psychosociaux et des obstacles spécifiques auxquels elles peuvent être confrontées pour accéder aux services.[[19]](#footnote-19)

*Respect de la CDPH*

Le cadre juridique et politique en matière de santé au Rwanda ne répond pas aux besoins des femmes et des filles handicapées et laisse de grandes lacunes en ce qui concerne la conformité avec la CDPH. Pour se conformer à l'article 25 de la CDPH (Santé), le cadre politique en matière de santé devrait garantir

l'égalité d'accès des personnes handicapées aux programmes et services de santé généraux disponibles dans la communauté, accessibles, abordables et de bonne qualité, couvrant tous les domaines de la santé (y compris la santé sexuelle et génésique, la santé mentale, le VIH/sida, la santé des adolescents et des personnes âgées, etc.

Budget et formation consacrés à la mise en place de [[20]](#footnote-20)services de santé spécialisés répondant aux besoins des personnes handicapées et de [[21]](#footnote-21)professions spécialisées pouvant fournir ces services

Assurer l'intégration de services complets de réadaptation et de réhabilitation liés à la santé ainsi que d'appareils d'assistance dans les soins de santé primaires[[22]](#footnote-22)

La santé mentale doit être intégrée dans le budget national des soins de santé primaires[[23]](#footnote-23)

Des mesures ciblées doivent être mises en place pour améliorer la santé des personnes handicapées[[24]](#footnote-24)

# ****C. Le cadre juridique et politique de la SDG 8 : Travail décent et développement économique au Rwanda****

Tout comme les cadres juridiques et politiques en matière d'éducation et de santé, le cadre juridique pour l'accès à un travail et à un emploi décents pour les personnes handicapées au Rwanda est inadéquat. Pour les femmes handicapées, le droit du travail actuel ne traite pas de manière adéquate les formes multiples et croisées de discrimination auxquelles elles sont confrontées dans l'accès au travail et à l'emploi décents.

**1. Le cadre juridique des droits du travail au Rwanda**

*La loi réglementant le travail au Rwanda* n° 66/2018 du 30 août 2018

La loi régissant le travail au Rwanda est la principale loi sur le travail dans le pays. Elle prévoit l'égalité des chances sur le lieu de travail et interdit la discrimination fondée sur le handicap et le sexe dans son article 9. L'article 9 contient également une disposition sur le salaire égal pour un travail de valeur égale, sans discrimination d'aucune sorte. L'article 40 sur les droits des salariés stipule que tous les salariés ont le droit de recevoir un salaire égal pour un travail de valeur égale sans discrimination d'aucune sorte, d'adhérer au syndicat de leur choix, d'être formés par leur employeur et de recevoir des informations relatives à leur travail. Cet article s'applique à tous les citoyens du Rwanda, y compris les femmes handicapées.

La loi comporte des articles portant spécifiquement sur les conditions de travail d'une employée handicapée et des employées enceintes et/ou allaitantes. L'article 64 sur les conditions de travail d'un employé handicapé stipule *Un employeur accorde à un employé handicapé des conditions de travail adaptées à son handicap. L'*article 65 de la loi stipule ce qui suit *: Le transfert d'une personne handicapée à un autre poste de travail stipule que les employeurs peuvent transférer des employés handicapés à d'autres postes en tenant compte de leurs qualifications, de leur handicap et de leur lieu de résidence*. Cette disposition est en contradiction avec la disposition anti-discrimination, car elle permet d'envisager un transfert d'emploi sur la base du handicap d'une personne.

En ce qui concerne les lacunes en matière de conformité avec l'article 27 de la CDPH (Travail et emploi), s'il existe des dispositions interdisant la discrimination fondée sur le handicap et le sexe sur le lieu de travail, il n'y a pas de disposition interdisant, le harcèlement et la violence sur la base du handicap sur le lieu de travail et relative aux conditions de travail comme l'exige la CDPH. L'article 8 : Interdiction du harcèlement sexuel, protège les travailleurs contre le harcèlement sexuel (mais pas contre la violence sexuelle ou sexiste) par un superviseur, mais la loi ne traite pas de la violence et du harcèlement fondés sur le handicap sur le lieu de travail. Il n'existe aucune disposition sur le droit à des aménagements raisonnables pour accéder au travail et à l'emploi ou sur la reconnaissance du fait que son refus constitue une discrimination. En outre, comme l'exige la CDPH, il n'existe pas de dispositions relatives à l'égalité des chances pour le travail indépendant, l'entrepreneuriat, le développement de coopératives et la création de sa propre entreprise par des personnes handicapées. Il n'existe pas de dispositions relatives à l'égalité de traitement en matière de congé parental et de droits parentaux. Enfin, il n'existe pas de mécanismes de plainte clairs pour les dispositions anti-discrimination établies dans la loi, ni de mécanismes permettant de signaler une discrimination en prévoyant des recours et des sanctions efficaces.[[25]](#footnote-25)

**2. Le cadre politique du travail et de l'emploi**

*Politique nationale de l'emploi révisée, 2019*

Il s'agit de la principale politique régissant les questions de travail au Rwanda et l'objectif principal est de réaliser autant que possible un emploi pleinement productif, décent et librement choisi, en particulier pour les jeunes, les femmes et les personnes handicapées, grâce à la croissance économique. Cette politique appelle à un changement de paradigme où l'emploi est intégré dans tous les cadres politiques, y compris les politiques macroéconomiques et sectorielles. La présente politique nationale de l'emploi vise donc à fournir un cadre permettant de renforcer la cohérence entre les politiques nationales et sectorielles dans le but de créer des emplois productifs et décents.

Parmi les interventions politiques proposées pour promouvoir l'emploi des personnes handicapées, on peut citer

Plaider en faveur du développement des compétences et de la mise en place d'infrastructures spéciales pour les personnes handicapées afin de leur permettre d'être plus productives sur le lieu de travail

Mener une étude sur les mesures d'incitation possibles pour promouvoir l'emploi des personnes handicapées

Promouvoir les industries créatives auprès des personnes handicapées

Faciliter l'accès au financement pour les personnes handicapées qui créent des entreprises

Renforcer les liens entre les personnes handicapées et les institutions financières concernées afin qu'elles puissent accéder à des financements pour la mise en œuvre de leurs projets

Si certaines de ces initiatives sont importantes, notamment pour permettre l'accès au financement pour la création d'une entreprise, il n'existe pas de directive politique claire pour promouvoir l'accès à l'emploi sur un pied d'égalité avec les autres et créer une main-d'œuvre globale plus inclusive au Rwanda. Certaines des interventions proposées ne sont pas conformes à la CPRD, comme les dispositions spéciales en matière d'infrastructure qui ne sont pas assimilables à un aménagement raisonnable. La promotion des industries créatives parmi les personnes handicapées n'est pas une intervention politique claire, mais elle conduit à imaginer des environnements de travail séparés ou le développement d'opportunités de travail qui ne sont pas compétitives sur le marché du travail ouvert. Les interventions politiques doivent être mises en œuvre par le Conseil national des personnes handicapées, ce qui est problématique car ce n'est pas un organisme qui a autorité sur les questions de travail et de renforcement des compétences en matière d'emploi. La politique néglige également de mettre en place des programmes visant à aider les personnes handicapées à obtenir un emploi, comme l'emploi assisté ou la formation professionnelle inclusive. Par exemple, il n'y a pas de recommandations politiques pour l'inclusion des personnes handicapées dans les programmes de formation professionnelle massive (MVT) au Rwanda.

Cette politique vise à améliorer l'emploi des femmes :

promouvoir l'égalité d'accès aux ressources productives (telles que la terre, le financement et d'autres ressources) et le développement de l'entrepreneuriat féminin ;

encourager les stratégies favorables aux femmes et les technologies appropriées pour réduire le travail inutile des femmes dans l'activité domestique et économique et ainsi améliorer leur productivité et leurs revenus.

Les interventions politiques sont ciblées sur les jeunes et les femmes, tandis que les personnes handicapées sont traitées séparément par la politique. Les interventions politiques en faveur des jeunes et des femmes n'appellent pas à une augmentation de l'éducation et de la formation ou à la création de marchés du travail et de pratiques de recrutement favorables aux femmes et aux jeunes. Elles n'appellent donc pas à un changement de paradigme majeur ou à un démantèlement des barrières auxquelles les femmes et les jeunes sont confrontés. On peut en dire autant de la manière dont la politique aborde le handicap et le travail/emploi.[[26]](#footnote-26)

*La stratégie nationale de développement des compétences et de l'emploi du Rwanda, 2018-2024*

Cette politique régit la formation de l'enseignement technique et professionnel au Rwanda. Cette politique ne traite pas de l'inclusion des personnes handicapées et n'appelle pas à la mise en place de programmes de formation professionnelle et d'acquisition de compétences accessibles et inclusifs. La stratégie traite de l'inclusion des femmes et des jeunes dans les différents programmes de formation et de renforcement des compétences au Rwanda. Cependant, à part l'inclusion des femmes dans les formations et les initiatives de développement des compétences, la stratégie n'adopte pas une approche spécifique de genre pour promouvoir et renforcer les compétences et l'employabilité des femmes. La stratégie n'aborde pas les stratégies visant à réduire la stigmatisation et la discrimination fondées sur le sexe en ce qui concerne la formation professionnelle et le renforcement des compétences.[[27]](#footnote-27)

*Respect de l'article 27 de la CDPH*

Les politiques et les stratégies relatives à l'accès au travail et à l'emploi des personnes handicapées devraient énoncer les mesures nécessaires pour soutenir l'accès au travail et à l'emploi dans les secteurs public et privé tels que

Des politiques d'action positive tenant compte du genre et du handicap pour aider les femmes handicapées à accéder au travail

Programmes de formation professionnelle ciblés pour les femmes handicapées

Inclusion des femmes handicapées dans les programmes de microfinancement ou de coopération

* Des programmes de formation professionnelle et des services d'emploi accessibles et inclusifs, accessibles à toutes les personnes handicapées, quel que soit leur type de handicap, avec une formation adaptée au marché du travail ouvert
* Programmes d'emploi assisté et de coaching professionnel individualisé conçus pour apporter un soutien continu aux personnes handicapées sur le lieu de travail
* Promotion du travail indépendant, de l'esprit d'entreprise, du développement des coopératives et de la création de sa propre entreprise, y compris pour les personnes handicapées
* Promotion du maintien dans l'emploi (ou gestion du handicap) en garantissant une approche globale de l'embauche, de la formation et du maintien dans l'emploi des employés handicapés et en promouvant l'égalité des chances sur le lieu de travail
* Engager les employeurs des secteurs public et privé en leur offrant un soutien et une formation en matière de recrutement, de formation et d'embauche de personnes handicapées, en procédant à des aménagements raisonnables et en garantissant le maintien de l'emploi
* Normes d'accessibilité applicables au lieu de travail pour faciliter l'intégration des travailleurs

# D. Égalité des sexes au Rwanda - SDG 5

Dans cette section, le rapport examine les politiques et programmes en faveur de l'égalité des sexes ainsi que les stratégies de réduction de la pauvreté afin de comprendre comment ils prennent en compte les droits des femmes et des filles handicapées. Cette section examine également comment les politiques et les cadres de travail en matière de genre au Rwanda abordent les intersections entre le genre et le handicap. Dans la plupart des cas, le cadre politique sur l'égalité des sexes n'adopte pas une approche intersectionnelle en examinant les formes multiples et croisées de discrimination auxquelles les femmes et les filles handicapées sont confrontées. Les politiques tiennent compte du sexe et de l'âge, des dichotomies rurales et urbaines de l'ethnicité, mais n'abordent pas le handicap dans les réformes sur l'égalité des sexes.

*Loi n° 59/2008 du 10/09/2008 sur la prévention et la répression de la violence à caractère sexiste*

Si la loi s'applique à toutes les femmes et les filles du Rwanda, il n'y a pas de mention explicite des femmes et des filles handicapées. En outre, la loi n'appelle pas à des aménagements raisonnables dans l'accès aux services de prévention ou de protection fondés sur le sexe. La loi n'aborde pas non plus la question de l'accessibilité des efforts de prévention de la violence fondée sur le sexe.

*Vision 2020*

La Vision 2020 est un cadre pour le développement du Rwanda avec l'objectif de transformer le pays en une économie à revenu moyen d'ici 2020. Bien que cette politique repose en grande partie sur des réformes économiques et financières et sur le développement d'initiatives de développement menées par le secteur privé, elle promeut l'égalité des sexes en tant que question transversale tout au long du plan. Toutefois, le plan n'adopte pas une approche intersectionnelle de l'égalité des sexes, mais parle de manière générale de l'égalité des sexes en tant que question transversale sans aucune initiative ou programme spécifique pour promouvoir l'égalité, réduire la discrimination et assurer l'inclusion. En outre, la politique ne fait aucune référence explicite aux femmes et aux filles handicapées et aux questions de droits spécifiques et aux obstacles auxquels elles sont confrontées.[[28]](#footnote-28)

*Stratégie de développement économique et de réduction de la pauvreté II 2013-2018 (ERPRS 2)*

Dans l'ERPRS 2, le handicap et l'inclusion sociale est une question transversale dans l'ERPRS et est définie comme suit Le handicap et l'inclusion sociale comprennent l'accessibilité des infrastructures et de l'information, les professionnels des médias élaboreront des normes pour rendre les informations accessibles aux personnes handicapées. Il s'agit d'un champ d'action très limité pour promouvoir l'inclusion des personnes handicapées et il n'existe aucun mécanisme politique qui appelle à la promotion des droits des personnes handicapées à participer pleinement à la vie sociale sur un pied d'égalité avec les autres.

L'égalité des sexes est une question transversale, mais elle est encadrée par rapport aux soins et à la protection de la famille :

*Le Rwanda s'est engagé à placer la famille au centre du développement, les soins et la protection des enfants et l'égalité des sexes sont des conditions préalables à la réalisation d'un développement équitable et durable pour les filles et les garçons, les femmes et les hommes. L'égalité des sexes et la promotion de la famille ont été fermement ancrées dans le DSRP et la SRPDE 1 et continueront à être des thèmes transversaux dans la SRPDE 2. Ces approches ont transformé la vie socio-économique et politique des hommes et des femmes du Rwanda et ont valu au pays la plus haute position au monde en matière de promotion de l'égalité des sexes. L'EDPRS 2 assurera la pérennité des réalisations de ces dernières années et la promotion de nouvelles approches et innovations en matière de famille et de genre*.[[29]](#footnote-29)

La stratégie appelle à l'intégration de la dimension de genre et du planning familial dans toutes les stratégies de développement ainsi qu'à la promotion de l'autonomisation économique des femmes et à une plus grande participation politique. Toutefois, les femmes et les filles handicapées ne sont pas explicitement incluses dans les réformes d'équité entre les sexes proposées dans la stratégie. Tout comme la Vision 2020, la stratégie n'adopte pas une approche intersectionnelle du genre, mais examine globalement l'égalité des sexes sans tenir compte de différentes caractéristiques telles que l'âge, le handicap, l'ethnicité, etc.

*Politique nationale de l'égalité des sexes de 2010* :

La politique ne présente pas d'interventions, de programmes ou de recommandations explicites liés à la promotion de l'égalité des femmes et des filles handicapées. Il n'y a pas d'appels à l'accessibilité ou à l'inclusion dans les mesures d'égalité des sexes pour supprimer les obstacles pour les femmes et les filles handicapées.[[30]](#footnote-30)

*Respect de la CDPH*

Conformément à l'article 6 de la CDPH (femmes handicapées) et à l'objectif 5.C des SDG, le cadre juridique et politique du Rwanda devrait aborder les droits des femmes et des filles handicapées et promouvoir leur autonomisation, l'égalité des chances et leur participation :

* Tous les plans d'action, stratégies et politiques nationaux concernant les femmes et les filles, les enfants et les personnes handicapées (y compris : les lois et politiques sur l'égalité des sexes, les lois et politiques sur la prévention de la violence sexiste, les lois sur les droits de l'enfant et les lois nationales sur le handicap).
* Tous les plans et politiques sectoriels (notamment : santé, autonomisation économique, protection sociale, éducation, emploi, accès à la justice, etc.
* Tous les plans de développement nationaux (tels que les stratégies de réduction de la pauvreté, les cadres de développement des Nations unies ou les plans nationaux de mise en œuvre des SDG)
* Les États doivent également adopter une **double approche** en menant des actions ciblées visant spécifiquement à promouvoir les droits et l'autonomisation des femmes et des filles handicapées et à renforcer leur participation à la communauté par des mesures positives.[[31]](#footnote-31) Les mesures positives peuvent inclure des actions positives dans les domaines de l'éducation et de l'emploi, ainsi que des mesures visant à lutter contre les formes multiples et croisées de discrimination auxquelles les femmes et les filles handicapées sont confrontées, y compris pour celles qui appartiennent à des catégories de handicap particulièrement exclues.[[32]](#footnote-32) Cela devrait également se refléter dans l'allocation de ressources destinées à des actions ciblées spécifiques ainsi que dans les allocations entre les budgets sectoriels consacrés à l'intégration des femmes et des filles handicapées.

# E. Données et informations sur le handicap et le genre au Rwanda - SDG 17 : Partenariats pour les objectifs

Cette section traite spécifiquement de la cible **17.18 des** SDG **:** *d'ici 2020, renforcer l'aide au renforcement des capacités des pays en développement, notamment des pays les moins avancés et des petits États insulaires en développement, afin d'accroître sensiblement la disponibilité de données de qualité, actuelles et fiables, ventilées par revenu, sexe, âge, race, ethnicité, statut migratoire, handicap, situation géographique et autres caractéristiques pertinentes dans les contextes nationaux. Conformément à l'*article 31 de la CDPH (Statistiques et collecte de données), les données et informations recueillies par les États devraient être ventilées et utilisées pour aider à évaluer la mise en œuvre des obligations des États parties en vertu de la présente Convention et pour identifier et traiter les obstacles rencontrés par les personnes handicapées dans l'exercice de leurs droits. Afin de comprendre les obstacles rencontrés par les femmes et les filles handicapées, les données devraient être ventilées par handicap et par sexe (homme, femme, non binaire) ainsi que par âge et autres caractéristiques clés telles que la géographie, l'ethnicité, etc.

Le Rwanda a effectué un recensement de la population et des habitations en 2012 ; le recensement utilise la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) pour mesurer le handicap. Le Groupe de Washington sur le handicap a été créé pour répondre au besoin urgent de mesures du handicap basées sur la population qui peuvent fournir une image démographique plus précise des personnes handicapées vivant dans un pays ou une région. Par exemple, selon le recensement de 2012, il y avait 446 453 personnes handicapées vivant au Rwanda en 2012. La population totale du Rwanda en 2012 était de 10 515 973 habitants, ce qui signifie que les personnes handicapées constituaient 4,2 % de la population. Selon l'estimation de la Santé mondiale, qui estime que 15 % de la population mondiale est handicapée, le résultat du recensement national de 2012 semble être une sous-estimation.

Les mesures du handicap utilisées dans un recensement ou une enquête de population donnent des résultats variables. La mesure de l'ICF est différente de la série de questions du groupe de Washington car l'ICF est basée sur le fait de demander aux personnes quel type de handicap elles présentent. Dans un recensement, les personnes interrogées peuvent hésiter à dire qu'elles ont un handicap en raison de la stigmatisation et de la honte. Pour obtenir un décompte plus précis, la série de questions du Groupe de Washington demande ce que les gens peuvent faire plutôt que de demander quel type de handicap en posant des questions différentes sur le handicap.

Au Rwanda, il n'existe pas de stratégies ou d'initiatives nationales au sein de l'Institut national de la statistique (INS) pour mener des processus de collecte de données ou d'informations spécifiquement sur le handicap ou sur les femmes et les filles handicapées. Cependant, l'INS a publié un rapport thématique sur le handicap et un rapport thématique sur le genre en 2014, basé sur les résultats du recensement de 2012. Jusqu'à présent, aucune initiative n'a été prise pour renforcer les capacités du NIS au sein du Groupe de Washington sur les outils de mesure des statistiques sur le handicap.

# ****III. Analyse juridique et politique : Comprendre comment les SDG 3 : santé et bien-être, 4 : éducation de qualité, 5 : égalité des sexes, 8 : travail décent et croissance économique et 17 : partenariats pour les objectifs, sont mis en œuvre pour traiter les droits des femmes et des filles handicapées en conformité avec la CDPH au Nigeria****

En 2018, le gouvernement du Nigeria a promulgué la loi sur la discrimination à l'égard des personnes handicapées (interdiction). Ce n'est qu'une première étape dans l'accomplissement des obligations du Nigeria au titre de la CDPH. Les autorités doivent maintenant mettre en place des mesures efficaces pour sa mise en œuvre complète afin de garantir l'égalité de traitement et la participation des personnes handicapées dans tout le Nigéria. La stigmatisation et la discrimination en matière de handicap et de genre sont omniprésentes dans le pays, ce qui conduit à l'exclusion et à la marginalisation. Le cadre juridique doit protéger leurs droits et garantir l'absence de pratiques discriminatoires. Cependant, le cadre juridique et politique existant qui régit la santé, le travail, l'éducation et l'égalité des sexes présente de grandes lacunes en ce qui concerne la conformité avec la CDPH.

# A. Le cadre juridique et politique de la SDG 4 : Accès à une éducation de qualité au Nigeria

Au Nigeria, l'enseignement primaire est officiellement gratuit et obligatoire pour tous les enfants. Le sexe et le handicap sont deux facteurs importants dans un schéma global de marginalisation de l'éducation au Nigeria. Dans les États du nord-est et du nord-ouest du Nigéria, la fréquentation féminine de l'école primaire est respectivement de 47,7 % et 47,3 %, ce qui signifie que plus de la moitié des filles ne sont pas scolarisées. L'exclusion de l'école est due à différents facteurs, notamment les barrières économiques, les normes et pratiques socioculturelles qui découragent la fréquentation de l'enseignement formel.[[33]](#footnote-33) Pour les filles handicapées, les obstacles sont encore plus importants, notamment l'inaccessibilité des écoles, l'inaccessibilité du matériel et des informations scolaires, la stigmatisation liée au handicap et les attitudes discriminatoires au sein des familles elles-mêmes qui découragent leurs membres de fréquenter l'école.

**1. Cadre juridique de la SDG 4 : Accès à une éducation de qualité au Nigeria**

La loi de 2004 sur l'éducation de base universelle obligatoire régit l'enseignement primaire et secondaire.[[34]](#footnote-34) La loi établit que chaque enfant au Nigeria a droit à l'éducation de base à l'article 2 : *Chaque gouvernement au Nigeria doit fournir une éducation de base gratuite, obligatoire et universelle à chaque enfant en âge de fréquenter l'école primaire et secondaire.* Bien que cette loi prévoie une éducation gratuite et universelle pour tous aux niveaux primaire et secondaire, elle ne contient aucune disposition interdisant la discrimination fondée sur le handicap ou le sexe.

La loi définit l'éducation de base à l'article 15 (1) comme suit  *Dans la présente loi, on entend par "éducation de base" les soins et l'éducation de la petite enfance et neuf années de scolarité formelle ; par "enfant ou pupille", on entend une personne en âge de fréquenter l'école primaire ou le premier cycle de l'enseignement secondaire qui est âgée de 6 à 16 ans, qu'elle soit handicapée ou non ;*

Toujours à l'article 15, la loi définit plus précisément qui peut suivre l'enseignement de base :

*Par "éducation de base universelle", on entend la protection et l'éducation de la petite enfance, les neuf années de scolarité formelle, l'alphabétisation des adultes et l'éducation non formelle, les programmes d'acquisition de compétences et l'éducation de groupes spéciaux tels que les nomades et les migrants, les filles et les femmes, les almajiri, les enfants des rues et les groupes de personnes handicapées.*

Les apprenants handicapés et les filles sont inclus dans la liste de ceux qui peuvent suivre l'enseignement de base ordinaire. Toutefois, la loi ne réglemente pas l'accès à l'éducation, l'accessibilité du système scolaire et des programmes d'études, ni ne prévoit d'aménagements raisonnables pour l'accès à l'éducation, comme le stipule l'article 24 de la CDPH (Éducation). Ainsi, la loi appelle à une éducation de base et obligatoire pour tous, indépendamment des divers besoins des étudiants.

*La loi sur les droits des personnes handicapées de 2018*

La loi de 2018 sur les droits des personnes handicapées établit une Commission nationale pour les personnes handicapées et lui donne la responsabilité de garantir les droits civils de toutes les personnes handicapées ainsi que leurs droits en matière de santé, d'éducation, de société et d'économie. Conformément[[35]](#footnote-35) à l'article 5 de la CDPH (égalité et non-discrimination), la loi interdit la discrimination fondée sur le handicap mais ne garantit pas aux personnes handicapées une protection juridique égale et efficace contre la discrimination pour tous les motifs. En ce qui concerne les femmes et les filles handicapées, la loi n'interdit pas la discrimination fondée sur le handicap et le sexe. Comme le demande l'article 5 de la CDPH, la loi ne prévoit pas d'aménagements raisonnables ou ne stipule pas que leur refus constitue une discrimination. Des amendes sont prévues pour les actes de discrimination (jusqu'à environ 2400 EUR) mais les mécanismes de plainte pour les dispositions anti-discriminatoires permettant de signaler une discrimination ne sont pas décrits dans la loi avec des recours ou des sanctions efficaces. La loi demande au ministère de l'information de mener des actions de sensibilisation aux droits des personnes handicapées et de promouvoir des messages sur les capacités et les contributions des personnes handicapées, conformément à l'article 8 de la CDPH (sensibilisation). Conformément à l'article 9 de la CDPH (Accessibilité), la loi prévoit des normes d'accessibilité pour les bâtiments publics, les routes et les systèmes de transport. Les normes d'accessibilité décrites dans la loi sont axées sur l'accessibilité physique sans tenir compte de l'accessibilité de l'information et de la communication.

La loi sur les droits des personnes handicapées garantit l'accès à l'éducation sans discrimination fondée sur le handicap, comme le stipule l'article 24 de la CDPH (Éducation). Toutefois, elle contient des dispositions relatives à l'égalité des chances dans l'accès à l'éducation. Par exemple, la loi ne prévoit pas d'aménagements raisonnables dans l'accès à l'éducation ni de clause de non-rejet protégeant les apprenants handicapés contre le fait d'être considérés comme "non éducables". La loi prévoit que toutes les écoles primaires et secondaires doivent être inclusives et que des installations spéciales seront fournies pour l'éducation efficace des apprenants handicapés. Bien que le texte juridique soit quelque peu vague, il semble contredire le principe de l'éducation inclusive tel que défini dans l'article 24 de la CDPH en établissant des installations séparées pour les étudiants handicapés en dehors du système d'enseignement ordinaire.

**2. Le cadre politique de l'éducation**

*Politique nationale de l'éducation 2004*

La politique nationale de l'éducation (NPE) est le principal instrument politique qui régit l'éducation au Nigeria. Cette politique garantit l'éducation pour tous sans aucune discrimination et que chaque enfant nigérian a droit à l'égalité des chances en matière d'éducation, quel que soit son handicap. Le plan définit également l'éducation spéciale par le biais d'un programme d'études diversifié pour tous et dans le cadre du système d'enseignement ordinaire. La politique définit des unités spéciales pour l'éducation spéciale au sein des écoles ordinaires, la formation des enseignants et des administrateurs ainsi que des services et du matériel de soutien tels que des brailleuses, des orthophonistes, des fauteuils roulants, des membres artificiels, des cannes de mobilité et des appareils auditifs. La politique prévoit également que les écoles soient adaptées pour être accessibles.[[36]](#footnote-36) La politique aborde les déséquilibres entre les sexes dans l'éducation dans le cadre des objectifs politiques principaux, mais elle ne précise pas comment cela sera abordé et quelles interventions politiques sont nécessaires pour promouvoir l'accès des filles à l'éducation et réduire les taux d'abandon.

*Politique nationale d'éducation inclusive*

La politique nationale d'éducation inclusive appelle à un changement dans l'éducation ségrégée dans le cadre du modèle d'éducation spéciale, afin que tous les apprenants soient éduqués ensemble dans des écoles ordinaires au sein du système d'éducation générale. La politique décrit un système d'éducation où les enseignants sont formés pour enseigner à des élèves ayant des styles d'apprentissage et des besoins différents et où des soutiens et des ressources sont disponibles pour les enseignants et les élèves pour des besoins spécifiques tels qu'un programme adapté et modifié, le braille, l'enseignement de la langue des signes, les boucles d'oreille, le speech-to-text etc. La politique préconise une approche basée sur l'apprenant dans laquelle les salles de classe et les programmes sont adaptés pour répondre aux besoins individuels des apprenants. Toutefois, la politique utilise une définition du handicap qui n'est pas conforme à la CDPH : le handicap est défini comme une *condition dans laquelle une personne ne peut pas fonctionner de manière optimale sans aide, que ce soit à long terme ou de manière permanente*. Fondamentale pour une politique visant à générer un changement de paradigme, la définition doit être conforme à la CDPH.

*Respect de la CDPH*

Bien que la politique nationale d'éducation inclusive définisse l'éducation inclusive conformément à l'article 24 de la CDPH (Éducation), elle n'énonce pas les mesures nécessaires pour mettre en œuvre ces réformes dans la pratique. Il n'y a pas de ressources importantes allouées pour la formation continue des enseignants sur l'éducation inclusive et les méthodologies d'apprentissage adaptées. La politique ne précise pas les budgets, le calendrier ou les autorités responsables pour mettre en œuvre des réformes à grande échelle telles que : des adaptations à toutes les écoles pour les rendre accessibles avec les services de soutien nécessaires tels que l'interprétation en langue des signes, les imprimantes braille, les boucles d'oreille, etc. Par exemple, la politique prévoit la rénovation d'une école spéciale par an pour servir de centre de ressources sur l'éducation inclusive. Enfin, la politique nationale d'éducation inclusive ne tient pas compte de la dimension de genre en examinant les formes multiples et croisées de discrimination auxquelles les filles et les femmes handicapées sont confrontées pour accéder à l'éducation et la terminer.

Cette politique manque de mécanismes de mise en œuvre essentiels pour faire de l'éducation inclusive une réalité au Nigeria, notamment :

1. Fixer un calendrier et une couverture pour la transition vers un système d'enseignement primaire et secondaire inclusif, gratuit et disponible dans la communauté de l'apprenant
2. Transférer la responsabilité de tous les enfants et apprenants au ministère de l'éducation
3. Rendre obligatoire un environnement d'apprentissage scolaire totalement accessible
4. Consacrer un budget et une formation pour renforcer les capacités du secteur de l'éducation en matière d'éducation inclusive
5. Établir un programme d'études national avec des méthodes et du matériel pédagogique modifiés et adaptés pour répondre à des besoins divers
6. Établir des protocoles qui permettent aux apprenants handicapés de faire des choix et de s'autodéterminer dans le processus d'éducation. Il est important que les apprenants handicapés et leurs familles soient habilités à faire des choix concernant leur éducation et leur lieu de scolarisation, car c'est un élément clé de l'autodétermination. Par exemple, un apprenant aveugle peut vouloir fréquenter une école ordinaire en utilisant du matériel d'apprentissage accessible en braille et des enregistrements audio et autres formats accessibles. Il peut aussi choisir de fréquenter une école spécialement conçue pour les étudiants aveugles, où ils apprennent en braille.
7. Mettre en place des mécanismes transparents d'information et d'exécution assortis de recours efficaces
8. Mandater la collecte de données sur les apprenants handicapés scolarisés et non scolarisés
9. des mesures en faveur de l'égalité des chances dans l'éducation, telles que des campagnes de lutte contre les brimades, des transports accessibles pour se rendre à l'école et en revenir, afin de prévenir la violence et le harcèlement fondés sur le sexe et le handicap et de réduire le taux d'abandon scolaire

# B. Le cadre politique et juridique de la SDG 3 : Santé au Nigeria

Le cadre juridique et politique en matière de santé au Nigeria aborde effectivement le handicap et le genre, mais les lois sur la santé ne sont pas conformes à la disposition clé de la CDPH 25 (Santé) et les politiques de santé n'abordent pas le genre et le handicap mais traitent séparément ces deux questions plutôt que de répondre aux besoins et aux droits spécifiques des femmes et des filles handicapées en matière de santé.

**1. Le cadre juridique sur l'accès à la santé des femmes et des filles handicapées au Nigeria**

La Constitution de 1999 ne met pas l'accent sur le droit à la santé et n'indique pas les rôles et responsabilités du gouvernement dans la gestion du système de soins de santé. La loi nationale sur la santé de 2014 est le premier cadre législatif de réglementation de la santé. Le pays dispose de plusieurs politiques et plans sous-sectoriels, notamment la politique de santé génésique, la politique et le plan national de ressources humaines pour la santé (HRH), la politique nationale de promotion de la santé, la politique de financement de la santé et le plan d'action stratégique national pour la nutrition, entre autres.

***La loi sur la santé nationale de 2014***

Au chapitre 22 de la loi nationale sur la santé, la loi garantit à toutes les personnes handicapées l'accès à la santé sans discrimination fondée sur le handicap, comme le stipule l'article 25 de la CDPH (Santé). Il stipule que : *le gouvernement doit garantir un accès sans entrave à des soins de santé adéquats sans discrimination fondée sur le handicap*. Au chapitre 22, la loi sur la santé stipule qu'un certificat d'incapacité permanente donne droit aux droits inscrits dans la loi sur le handicap. Dans la loi sur le handicap, un certificat d'invalidité est accordé après une évaluation médicale et il permet aux personnes handicapées d'avoir accès à des soins de santé gratuits dans les établissements de santé publics. En termes de conformité avec l'article 25 de la CDPH (Santé), la loi nationale sur la santé ne garantit pas aux personnes handicapées le droit aux services de santé, y compris l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive qui sont accessibles et disponibles aussi près que possible des communautés où vivent les personnes handicapées. En outre, conformément à l'article 25, la loi doit également garantir la fourniture de services de santé spécifiques aux handicaps, tels que l'intervention précoce, l'orthophonie, l'ergothérapie, la réadaptation, etc. La loi ne réglemente pas la qualité des soins fournis aux personnes handicapées en garantissant qu'elles reçoivent les mêmes soins sur la base de l'égalité avec les autres et du consentement libre et éclairé. La loi ne contient pas de disposition sur le refus de services aux personnes handicapées qui constituerait une discrimination fondée sur le handicap et ne prévoit pas non plus d'aménagements raisonnables dans l'accès à la santé. Enfin, la loi n'interdit pas le refus de soins de santé sur la base d'un handicap.

***La Constitution nationale et la privation de liberté fondée sur le handicap***

Des violations peuvent avoir lieu dans les établissements de soins de santé où les personnes handicapées sont placées contre leur volonté dans des institutions, des services psychiatriques des hôpitaux et d'autres établissements de traitement résidentiel. Ces actes de privation de liberté fondés sur le handicap touchent de manière disproportionnée les personnes handicapées et en particulier les personnes souffrant de handicaps intellectuels et psychosociaux. Pour éviter cela, le cadre juridique doit protéger contre le traitement forcé et la privation de liberté dans les établissements de soins. La Constitution du Nigeria est incongrue avec la CDPH sur ces questions. L'article 35 de la Constitution stipule *Toute personne a droit à sa liberté personnelle et nul ne peut être privé de cette liberté, sauf dans les cas suivants et conformément à une procédure autorisée par la loi : Dans le cas de personnes souffrant de maladies contagieuses, de personnes aliénées, de personnes dépendantes de la drogue et de l'alcool ou de vagabonds, aux fins de leur prise en charge, de leur traitement ou de la protection de la communauté.* Cet article n'est pas conforme à l'article 14 de la CDPH : Liberté et sécurité de la personne et a de larges implications pour l'enfermement des personnes handicapées dans des établissements de soins de santé contre leur volonté.

**2. Le cadre politique du SDG 5 au Nigeria**

***La politique et la stratégie nationale de santé 2016***

La politique et la stratégie nationale de santé de 2016 est la principale politique de régulation de la santé au Nigeria. L'objectif général de cette politique est de renforcer le système de santé et les soins de santé primaires du Nigéria afin de fournir à tous les Nigérians des services de santé de qualité, efficaces, équitables, accessibles, abordables, acceptables et complets. Par conséquent, dans ce but, la politique devrait être pleinement conforme à l'article 25 de la CDPH (Santé) afin de garantir que les soins de santé soient accessibles à toutes les personnes handicapées. Une partie de la politique est consacrée au handicap et vise à réduire le fardeau des handicaps dans le pays, à réduire la morbidité et la mortalité associées aux handicaps, à garantir l'accès aux services de santé pour les personnes handicapées et à améliorer leur qualité de vie. Les mesures politiques en matière de handicap comprennent : l'intégration des interventions liées au handicap dans les programmes de santé nationaux existants, la garantie de l'accès aux services de santé pour les personnes handicapées, la promotion de mesures visant à réduire la stigmatisation des personnes handicapées et le renforcement de la base de données factuelles sur le handicap.

Bien que ces mesures soient positives, la politique n'aborde pas le renforcement et l'expansion des services de santé spécifiques au handicap tels que la physiothérapie, l'orthophonie, l'ergothérapie et l'intervention précoce. Elle ne prévoit pas de budget ou de programmes pour garantir que les services de santé généraux soient pleinement accessibles, abordables et disponibles plus près des communautés où vivent les gens. En outre, ni la loi nationale sur la santé ni la politique de santé ne prévoient de protection explicite contre le refus de services de santé sur la base du handicap, comme le stipule la CDPH. Enfin, comme le précise l'article 25 de la CDPH, la politique ne traite pas de l'accès à la santé sur la base du consentement éclairé.[[37]](#footnote-37)

Si la politique de santé n'analyse pas la manière dont les personnes handicapées accèdent aux services de santé, elle indique qu'en général, tous les Nigérians sont confrontés à des obstacles dans l'accès aux soins de santé en raison des longues distances à parcourir pour se rendre aux établissements de santé, du coût des services et de l'attitude des travailleurs de la santé.[[38]](#footnote-38) Ces obstacles seraient probablement exacerbés pour les personnes handicapées étant donné les obstacles supplémentaires que sont l'accessibilité et la stigmatisation liés au handicap et au sexe.

Cette politique préconise l'équité entre les sexes et la réactivité dans la prestation des soins de santé, mais elle n'inclut pas explicitement les femmes et les filles handicapées et n'adopte pas une approche intersectionnelle des sexes. La politique procède à une analyse sexospécifique des résultats en matière de santé en ventilant les données sanitaires par sexe, mais pas par sexe ni par handicap. La politique examine également les inégalités en matière de santé, notamment le sexe, le statut socio-économique et la situation géographique, mais pas en fonction du handicap. Dans une perspective de genre, la politique décrit certains des principaux risques sanitaires auxquels les femmes sont confrontées : la grossesse et les complications liées à l'accouchement constituent d'autres facteurs importants de la charge croissante des maladies. Toutefois, sans une approche intersectionnelle du handicap et du genre, les mesures politiques en faveur des femmes et des filles en matière d'accès à la santé ne répondront pas aux besoins et aux droits des femmes et des filles handicapées.

*Politique nationale de la population pour le développement durable (2004)*

Le cadre juridique et politique de l'accès à la santé sexuelle et reproductive au Nigeria est régi par la politique nationale sur la population pour le développement durable (2004). La politique démographique du Nigéria fournit le cadre dans lequel ses services de planification familiale sont fournis. La politique inclut les personnes handicapées dans l'une des stratégies de mise en œuvre de la dynamique de la population. Les personnes handicapées sont incluses au même titre que les nomades, les personnes âgées, les réfugiés ou les personnes déplacées. En outre, la politique appelle à des efforts accrus pour augmenter les taux d'alphabétisation des femmes et des filles, y compris les femmes et les filles handicapées, qui constituent l'un des groupes exclus de l'éducation au Nigeria. Toutefois, la politique ne traite pas de la manière de rendre les services de santé génésique et de planning familial accessibles aux femmes handicapées, de la manière d'aborder la stigmatisation et les attitudes discriminatoires des prestataires de soins de santé ou des besoins spécifiques des femmes handicapées en matière de santé génésique et de planning familial, tels que décrits dans les articles 6 (Femmes handicapées) et 23 (Respect du domicile et de la famille) de la CDPH. Enfin, la politique ne traite pas de la violence sexiste ou sexuelle à l'égard des femmes et des filles handicapées ni des violations des droits particuliers qu'elles peuvent subir, telles que la stérilisation forcée ou forcée, l'avortement et/ou la contraception, conformément à l'article 16 de la CDPH (Droit de ne pas être exploité, ni soumis à la violence et aux mauvais traitements).[[39]](#footnote-39)

*Politique nationale pour la prestation de services de santé mentale Nigeria, 2013*

L'accès aux services de santé mentale est réglementé par la politique nationale de prestation de services de santé mentale du Nigeria de 2013. Cette politique a été élaborée en consultation avec un large éventail d'acteurs, y compris les "utilisateurs de services", et elle aborde la santé mentale sous l'angle de la justice sociale et de l'égalité, l'un des principes directeurs étant axé sur les droits de l'homme et l'inclusion dans la vie sociale. Grâce à ce principe, la politique vise à démanteler la stigmatisation et la discrimination auxquelles sont confrontées les personnes souffrant de handicaps psychosociaux afin de promouvoir l'inclusion par un accès équitable aux services. La politique appelle à une meilleure compréhension et à une meilleure formation en matière de santé mentale au sein du système de soins primaires ainsi qu'au développement de services complets décentralisés à base communautaire. L'objectif de la stratégie est de réduire l'institutionnalisation à long terme. La politique suggère un traitement sur une base volontaire mais n'appelle pas à une interdiction du traitement involontaire. La politique n'appelle pas à l'accès aux services sur la base d'un consentement éclairé ; elle n'aborde pas la question de la capacité juridique. La politique tient compte du genre dans une section en soulignant la nécessité de soutenir les femmes en post-partum pour s'assurer qu'elles obtiennent un soutien pour la dépression post-partum. Cependant, aucune autre initiative politique n'est prévue pour aider les femmes et les filles souffrant de handicaps psychosociaux en utilisant une planification équitable et sensible au genre pour accéder aux services.[[40]](#footnote-40)

# C. Le cadre juridique et politique de la SDG 8 : Accès à un travail décent au Nigeria

Le droit au travail et à l'emploi est garanti par la Constitution du Nigeria, 17 (3) a garantissant que tous les citoyens ont accès à un moyen de subsistance adéquat ainsi qu'à l'emploi sans discrimination. La discrimination fondée sur le handicap ou le sexe n'est pas explicitement interdite dans la Constitution. La Constitution garantit également que les conditions de travail sont justes et humaines, que la santé, la sécurité et le bien-être de toutes les personnes qui travaillent sont protégés et ne sont pas maltraités ou mis en danger, qu'il y a une rémunération égale pour le travail sans discrimination fondée sur le sexe ou sur tout autre motif (sans mentionner explicitement le handicap).

**1. Le cadre juridique sur l'accès au travail et à l'emploi des femmes handicapées au Nigeria**

***Loi sur le travail au Nigeria***

La loi sur le travail du Nigeria porte sur les droits, les conditions de travail, le salaire minimum, les clauses de résiliation et autres règles fixées par le gouvernement nigérian. La loi sur le travail ne traite pas de la discrimination dans l'accès au travail ni des conditions de travail justes et favorables telles que l'accessibilité des lieux de travail, les aménagements raisonnables ou l'égalité de rémunération pour un travail égal. L'interdiction de la discrimination dans l'accès au travail est réglementée par la constitution, mais pas explicitement sur la base du handicap :

La loi sur le travail prévoit des classes spéciales de travailleurs et diverses dispositions spéciales dans la section III, chapitres 54-58 et 59-64, qui inclut les femmes et les jeunes. Les personnes handicapées ne sont pas incluses dans cette section. Cette section de la loi sur le travail protège les femmes et les jeunes du travail des enfants, du travail de nuit, du travail dans les mines et leur garantit une compensation pendant leur congé médical.

Conformément à l'article 27 de la CDPH (Travail et emploi), la loi interdit le travail forcé ; cependant, il n'existe pas de dispositions interdisant la discrimination fondée sur le handicap ou le sexe et il n'y a pas de dispositions prévoyant des aménagements raisonnables dans l'accès au travail ou à l'emploi. Enfin, la loi ne traite pas de l'égalité de rémunération pour un travail égal, comme le prévoit l'article 27 ; cependant, cette question est protégée par la constitution, mais pas explicitement pour les personnes handicapées ou les femmes.[[41]](#footnote-41)

**2. Le cadre politique sur l'accès aux femmes et à l'emploi pour les femmes handicapées au Nigeria**

*Politique nationale de l'emploi 2017*

La politique nationale de l'emploi de 2017 est la principale politique régissant les questions de travail au Nigeria. Cette politique traite de l'inégalité des sexes et des handicaps dans l'accès au travail et à l'emploi comme faisant partie de ses principaux objectifs. Dans l'objectif 1, la politique vise à : *assurer la pleine employabilité des Nigérians handicapés ; éliminer toutes les formes de discrimination à l'égard des personnes handicapées ; leur donner accès à l'éducation et à la formation professionnelle inclusives exigées par le marché du travail pour leur permettre de s'intégrer dans la main-d'œuvre du pays.* La politique préconise d'améliorer l'accessibilité des lieux de travail, d'assouplir les horaires et les calendriers de travail pour tenir compte du temps de transport entre le domicile et le lieu de travail, des besoins en matière de santé et d'autres considérations, d'assurer l'accès à l'éducation inclusive, y compris la formation professionnelle, d'interdire la discrimination fondée sur le handicap et de mettre en place des incitations fiscales pour les employeurs. La politique appelle également le gouvernement à améliorer la qualité et la disponibilité des données et des statistiques sur le handicap au Nigeria afin de formuler des politiques et des programmes de développement tenant compte du handicap dans tout le pays.

Cette politique appelle également à une plus grande participation des femmes à l'emploi par l'accès à des programmes d'auto-emploi, à des conseils de carrière pour les femmes, à des programmes d'action positive et à des mesures visant à éliminer la discrimination fondée sur le sexe dans l'accès au travail ou à l'emploi. Toutefois, la politique ne tient pas compte des femmes handicapées ou d'autres identités non majoritaires dans l'accès au travail ou à l'emploi. Toutefois, dans le plan de mise en œuvre de la politique, les objectifs en matière de genre et de handicap ne sont pas définis en termes d'activités ou d'interventions politiques.[[42]](#footnote-42)

***Le programme de transformation agricole du Nigeria***

Les femmes représentent 70 % du secteur agricole au Nigeria.[[43]](#footnote-43) Bien que le programme de transformation agricole appelle à l'intégration de la dimension de genre dans le secteur agricole, la politique n'examine pas de manière transversale la manière dont les femmes handicapées peuvent être incluses dans les efforts de développement agricole. La politique ne traite pas de l'accessibilité ou des aménagements raisonnables dans le travail agricole, ni des obstacles spécifiques auxquels les femmes handicapées sont confrontées pour accéder au travail ou à l'emploi, qu'elles fassent partie de la main-d'œuvre formelle ou informelle. Le programme de transformation agricole consacre une petite sous-section à la question du genre dans son ensemble, ce qui est surprenant étant donné que les femmes constituent la majorité de la force de production agricole.

***Vision 2020***

La Vision 2020 est la principale stratégie de développement qui stimule le développement économique au Nigeria. La stratégie comporte des groupes d'intérêt particuliers qui doivent participer aux processus de la Vision 2020, dont les femmes et les personnes handicapées. La stratégie est vague quant à la manière dont elle abordera les questions de handicap. Elle vise à traiter les questions de handicap en révisant le système éducatif et les lois sur la discrimination ainsi que la sensibilisation visant à développer des groupes d'entraide, mais il n'existe pas de directives politiques, d'initiatives, d'indicateurs ou de budgets clairs pour traiter l'inégalité des sexes et des handicaps.

En ce qui concerne le genre, la Vision 2020 adopte une approche plus intersectionnelle en promouvant l'égalité pour tous, sans distinction de race, de classe, de handicap ou de sexe. La stratégie a fixé comme objectif d'augmenter d'au moins 30 % le nombre de femmes occupant des postes de haut niveau sur le lieu de travail d'ici 2015 et a mis en place des réformes pour promouvoir les principes de non-discrimination, de protection et de promotion de l'égalité des sexes. On ne sait pas très bien dans quelle mesure la Vision 2020 a permis d'atteindre cet objectif. Dans le rapport de mise en œuvre à mi-parcours, il n'est pas fait mention des personnes handicapées. Le genre est abordé dans le rapport dans la section sur le développement du capital humain. Il n'est pas clair comment la stratégie aborde le développement du capital humain des femmes handicapées. La Vision 2020 ne comprend pas d'objectifs et de cibles qui tiennent compte des personnes handicapées.[[44]](#footnote-44)

# D. Le cadre juridique et politique de la SDG 5 : Égalité des sexes au Nigeria

*Politique nationale de l'égalité des sexes de 2006 par le ministère fédéral des affaires féminines et du développement social*

La politique nationale de l'égalité des sexes comporte un chapitre sur les inégalités sociales et les groupes sous-représentés, notamment les femmes handicapées. Cette section de la politique s'adresse aux personnes handicapées en tant que groupe vulnérable et appelle à la pleine réalisation de leurs droits et à l'égalité des chances. La politique de genre fait référence à la CDPH et reconnaît les multiples formes de discrimination auxquelles les femmes handicapées sont confrontées. Bien qu'il y ait une section de la politique sur les groupes vulnérables, le handicap n'est pas intégré dans l'ensemble de la politique comme dans l'autonomisation des femmes, le développement économique des femmes, etc.[[45]](#footnote-45)

*Cadre stratégique national pour l'égalité des sexes 2008-2013*

Le cadre stratégique national pour l'égalité des sexes de 2008-2013 fait de l'élaboration d'une stratégie en matière de handicap et d'égalité des sexes l'un de ses indicateurs. Toutefois, le document ne traite pas du handicap et du genre dans un autre domaine de la stratégie.[[46]](#footnote-46)

*Directives nationales et normes d'orientation sur la violence fondée sur le sexe au Nigeria*

Ces lignes directrices fixent les normes des systèmes de prévention et de protection contre la violence sexiste au Nigeria. Malheureusement, les lignes directrices ne mentionnent qu'une seule fois les personnes handicapées comme étant un groupe vulnérable à la violence sexiste. Les lignes directrices ne mentionnent pas l'accessibilité, les femmes et les filles handicapées et les formes spécifiques de violence et d'abus auxquels elles sont confrontées.[[47]](#footnote-47)

*Respect de la CDPH*

Conformément à l'article 6 de la CDPH (femmes handicapées) et à l'objectif 5.C des SDG, le cadre juridique et politique du Nigeria devrait aborder les droits des femmes et des filles handicapées et promouvoir leur autonomisation, l'égalité des chances et leur participation :

* Tous les plans d'action, stratégies et politiques nationaux concernant les femmes et les filles, les enfants et les personnes handicapées (y compris : les lois et politiques sur l'égalité des sexes, les lois et politiques sur la prévention de la violence sexiste, les lois sur les droits de l'enfant et les lois nationales sur le handicap).
* Tous les plans et politiques sectoriels (notamment : santé, autonomisation économique, protection sociale, éducation, emploi, accès à la justice, etc.
* Tous les plans de développement nationaux (tels que les stratégies de réduction de la pauvreté, les cadres de développement des Nations unies ou les plans nationaux de mise en œuvre des SDG)
* Les États doivent également adopter une **double approche** en menant des actions ciblées visant spécifiquement à promouvoir les droits et l'autonomisation des femmes et des filles handicapées et à renforcer leur participation à la communauté par des mesures positives.[[48]](#footnote-48) Les mesures positives peuvent inclure des actions positives dans les domaines de l'éducation et de l'emploi, ainsi que des mesures visant à lutter contre les formes multiples et croisées de discrimination auxquelles les femmes et les filles handicapées sont confrontées, y compris pour celles qui appartiennent à des catégories de handicap particulièrement exclues.[[49]](#footnote-49) Cela devrait également se refléter dans l'allocation de ressources destinées à des actions ciblées spécifiques ainsi que dans les allocations entre les budgets sectoriels consacrés à l'intégration des femmes et des filles handicapées.

# E. Données et informations sur le handicap et le genre au Nigeria - SDG 17 : Partenariats pour les objectifs

Selon l'enquête générale sur les ménages menée en 2011 et 2013, le taux de prévalence du handicap au Nigeria est de 2 %. Étant donné que l'Organisation mondiale de la santé estime la prévalence mondiale du handicap à 15 %, ce chiffre est probablement une sous-estimation brute.

Le plan directeur statistique du système national de statistiques du Nigeria pour 2004-2008 prévoit des données solides sur le genre et la pauvreté dans le système national de statistiques, y compris la ventilation des données sur le genre afin de combler les lacunes des systèmes actuels de collecte de données. Toutefois, le plan ne traite pas de la collecte et de la désagrégation des données dans ce plan.

La stratégie nationale pour le développement des statistiques au Nigeria 2017-2021 ne traite pas du handicap mais s'intéresse au suivi de la pauvreté et de l'égalité des sexes. La stratégie préconise des données plus solides sur le genre et l'intégration des statistiques sur le genre dans la production statistique. Elle prévoit également le développement d'un programme de données sur le genre, de données sensibles au genre dans le recensement national et dans les enquêtes et la formation sur les statistiques de genre. Cependant, il n'est pas fait mention de données sur le genre et le handicap ou de collecte et de ventilation de données sur le handicap. La stratégie n'aborde pas le Groupe de Washington sur le handicap et les données ou le renforcement des capacités de l'Office national des statistiques et des collecteurs de données sur le handicap.

Toutefois, en 2016, le Nigeria a mené des enquêtes par sondage sur la prévalence du handicap chez les enfants dans 17 États. Ils n'ont pas utilisé les questions du Groupe de Washington ni formé les enquêteurs sur les questions de handicap avant de réaliser les enquêtes. Malheureusement, les résultats des données ne sont pas disponibles, il est donc difficile de savoir comment les résultats de l'enquête se comparent au chiffre de prévalence de 15 % de l'OMS.

# F. Rapport focus group du Nigeria sur les droits des femmes handicapées dans la mise en œuvre des objectifs de développement durable conformément à la convention des nations unies relative aux droits des personnes handicapées

**1. Première session (SDG 4 - Qualité et éducation inclusive conformément aux articles 6 et 24 de la CDPH) :**

1.2.1 Accessibilité aux écoles spéciales et ordinaires -

1.2.1.1 Le Nigeria a mis en place une loi nationale sur le handicap qui prévoit une éducation inclusive pour les enfants et les apprenants handicapés. Il existe également des lois sur les droits des personnes handicapées dans plus de la moitié des 36 États de la fédération. Il existe également une politique d'éducation inclusive aux niveaux national et infranational dans le pays. Cependant, il n'y a pas de mise en œuvre complète et appropriée de ces lois et politiques nationales et infranationales sur le handicap en ce qui concerne l'offre d'une éducation inclusive pour les enfants handicapés (Ajuwon, 2008). En particulier, aucune de ces lois et politiques ne prévoit de dispositions spécifiques pour soutenir les besoins particuliers des personnes handicapées.

1.2.1.2 Les participants ont confirmé que les enfants handicapés moteurs fréquentent à la fois des écoles spéciales et des écoles ordinaires et que l'inscription dans une école particulière dépend du type de handicap. Il a été généralement convenu que les GWD vont à la fois dans des écoles spéciales et dans des écoles ordinaires aux niveaux primaire et secondaire. Cependant, les participants ont noté que la plupart des écoles ordinaires et des écoles spéciales sont trop peu nombreuses, situées dans des régions éloignées, mal dotées en personnel, mal équipées et sous-financées.

1.2.1.3 Un participant sourd a fait remarquer que les sourds préfèrent aller dans des écoles primaires et secondaires spéciales en raison de la nécessité d'acquérir des compétences appropriées dans la culture de la langue des signes. Elle a indiqué que l'éducation inclusive n'est pas efficace pour les filles sourdes aux niveaux primaire et secondaire en raison de l'insuffisance d'enseignants spécialisés, de professeurs de matières qui comprennent la langue des signes et d'interprètes.

1.2.1.4 Les participants aveugles ont également indiqué que la plupart des filles aveugles vont dans des écoles spéciales. Ils ont noté que la pratique actuelle de l'éducation inclusive au Nigeria ne répondait pas aux besoins des filles aveugles. Selon eux, cela est dû au manque d'enseignants formés, à l'absence de manuels en braille et de technologies d'assistance. Ils ont préconisé d'encourager l'éducation inclusive mais de prendre les dispositions nécessaires sur le plan humain, matériel, financier et technique pour qu'elle fonctionne mieux. Un participant aveugle a noté qu'avec l'éducation inclusive, la discrimination et les autres mauvaises pratiques envers les JMZ seront réduites.

1.2.1.5 Un participant ayant un handicap physique a déclaré que le principal obstacle aux JMZ dans les écoles primaires et secondaires est l'inaccessibilité des bâtiments scolaires et des transports publics. Elle a également fait remarquer que la plupart des écoles publiques d'intégration disponibles sont trop peu nombreuses et trop éloignées des lieux de résidence.

***"Je connais une dame de 35 ans qui n'a jamais fréquenté aucune école parce que la seule école de son lieu de résidence n'est pas accessible et qu'elle n'a pas les ressources nécessaires pour fréquenter des écoles situées dans des lieux éloignés". (Un participant ayant un handicap physique).***

1.2.1.6 Les participants atteints d'albinisme ont indiqué que les filles albinos ne rencontrent pas beaucoup de difficultés pour accéder aux écoles primaires et secondaires. Cependant, ils ont révélé que leur principal défi est le manque d'aides visuelles, la stigmatisation et le manque de sensibilisation et de compréhension des enseignants.

1.2.1.7 Les personnes handicapées mentales et leurs représentants (parents) à la DGF ont noté qu'il y a très peu d'accès pour les filles handicapées mentales aux écoles primaires et secondaires parce qu'il y a très peu d'écoles primaires et secondaires publiques qui soutiennent les filles souffrant de divers handicaps intellectuels. En outre, il y a peu d'enseignants ayant les compétences professionnelles requises pour soutenir les filles souffrant de handicaps intellectuels.

***"La plupart d'entre nous gardons nos enfants à la maison, ceux qui peuvent se permettre une aide à domicile font venir des professionnels pour les former chez eux" (participant-parent d'une fille ayant un handicap intellectuel).***

1.2.1 Taux de réalisation

1.2.2.1 Les participants ont généralement observé que les personnes handicapées mentales (en particulier les aveugles, les sourds, les handicapés physiques et intellectuels) s'inscrivent très tard à l'école primaire et secondaire, le plus souvent vers l'âge de 10 à 15 ans, et qu'en raison de la rapidité de leur développement physiologique, elles sont confrontées à divers problèmes, notamment le harcèlement sexuel, la discrimination fondée sur l'âge, les pressions exercées pour se marier, la pauvreté, etc. En conséquence, seuls 3 % environ des GWD sont en mesure de terminer leurs études primaires et secondaires en raison de ces problèmes.

1.2.2.2 La plupart des participants ont convenu que les personnes aveugles, sourdes, albinos ou handicapées physiques terminent la plupart du temps leurs études primaires et secondaires.

1.2.2.3 Cependant, les participants souffrant de handicaps intellectuels ont indiqué que les filles souffrant de handicaps intellectuels sont les plus touchées en termes d'acquisition de l'éducation formelle, seules quelques unes parviennent à passer avec beaucoup de difficultés le cap de l'éducation primaire avant d'être transférées dans des établissements de formation professionnelle.

1.2.2.4 Les participants ont noté que moins de GWD et de WWD vont et achèvent leurs études supérieures, principalement en raison du manque de capacité financière des parents.

"Je n'ai pas eu la possibilité d'aller dans un établissement d'enseignement supérieur parce que mes parents n'avaient pas les moyens de me soutenir". (Un participant sourd).

1.2.1 Soutien des parents -

1.2.3.1 Le consensus parmi les participants était que les parents sont généralement très favorables à l'éducation de leurs GWD et WWD. Cependant, la plupart des parents, en particulier ceux des zones rurales, manquent cruellement de conscience et de connaissances sur la manière de soutenir l'éducation de leurs enfants. C'est pourquoi la plupart des parents dans ces régions gardent encore leurs enfants à la maison.

1.2.3.2 Un participant sourd a indiqué que les parents, en particulier les mères, sont prêts à aider leurs enfants à aller à l'école. Cependant, les écoles spéciales et ordinaires disponibles sont trop peu nombreuses et trop éloignées et trop coûteuses en termes de transport des personnes qui s'occupent des enfants et des enfants à l'école.

1.2.3.3 Un participant, parent d'une fille handicapée intellectuelle, a noté que certains parents, en particulier les mères, sont obligés de quitter leur emploi pour pouvoir emmener leurs enfants à l'école.

***"J'ai dû quitter mon emploi parce que je ne peux pas laisser ma fille seule à la maison et qu'il n'y a pas d'école à proximité où je puisse l'emmener. J'ai également dû l'emmener suivre une thérapie dans un centre très éloigné". (Parent participant d'une fille ayant une déficience intellectuelle)***

1.2.3.4 Un participant aveugle a indiqué qu'il y a une très faible sensibilisation, de sorte que les parents ne savent pas comment donner à leurs enfants une éducation de base. Selon elle :

***"Quand je suis devenue aveugle, mes parents ne savaient pas où ni dans quelle école m'emmener pendant longtemps". (Un participant aveugle)***

1.2.1 Obstacles

1.2.4.1 Les participants ont convenu que les GWD et les WWD sont plus susceptibles d'être exclus de l'éducation en raison de croyances et de pratiques socioculturelles négatives, de pressions en faveur du mariage, de discrimination fondée sur le sexe, d'abus sexuels, etc.

1.2.4.2 Un participant aveugle a indiqué que les filles et les femmes aveugles sont confrontées à de graves problèmes d'inaccessibilité en raison du manque d'aides à l'apprentissage, d'enseignants spécialisés et de la mauvaise attitude des enseignants et des administrateurs.

1.2.4.3 Un participant sourd a indiqué que le seul défi pour les filles et les femmes sourdes est le manque d'interprètes et d'aides à l'apprentissage.

1.2.4.4 Les participants ont convenu que les filles et les femmes souffrant de handicaps intellectuels ne sont souvent pas accueillies dans les écoles, contrairement à d'autres handicaps. Il a également été noté qu'il n'y a pas suffisamment d'enseignants spécialisés, ni d'aides pédagogiques appropriées.

1.2.4.5 Une participante souffrant d'un handicap physique a fait part de son expérience en tant qu'étudiante dans un établissement d'enseignement supérieur :

***"J'ai acquis mon handicap en tant qu'adulte et fréquenter un établissement d'enseignement supérieur était un enfer. Les classes sont très éloignées des foyers ; la direction de l'école n'est pas sensible à mon handicap et à mes besoins. J'ai dû me battre pour tout, y compris pour avoir une place assise en classe". (Participant avec un handicap physique)***

1.2.4.6 Une participante qui est le parent d'un enfant ayant une déficience intellectuelle a raconté son expérience d'avoir emmené sa petite fille à l'école :

***"Je rencontre de sérieuses difficultés pour l'emmener à l'école tous les jours. J'ai dû abandonner mon travail pour lui donner toute l'attention dont elle a besoin". (Participant parent d'une fille ayant une déficience intellectuelle)***

1.2.1 Recommandations

1.2.5.1 Les participants ont convenu que les OT s'efforcent de faire de leur mieux pour plaider en faveur de l'éducation inclusive. Toutefois, ces autorités sont confrontées à d'énormes difficultés financières, à la discrimination, etc. Ils ont convenu que les organisations de développement de l'enfance devraient s'unir pour plaider en faveur d'un accès et d'une inclusion accrus des enfants et des jeunes à l'éducation. Ces groupes devraient soutenir la diffusion de plus d'informations sur l'emplacement des écoles.

1.2.5.2 Un participant sourd qui dirige une école maternelle spéciale pour les enfants sourds a suggéré que les organisations de défense des droits de l'homme fassent davantage pour impliquer les parents de personnes sourdes afin d'améliorer l'accès à l'éducation pour les personnes sourdes et malentendantes. Elle a fait remarquer que dans la plupart des cas, les parents sont incapables de subvenir aux besoins de leurs enfants en raison de leur ignorance :

"Les parents ne sont souvent pas engagés dans l'éducation des GWD. Les parents préfèrent souvent les laisser à la maison parce qu'ils pensent que les GWD ne sont pas pertinents et viables sur le plan socio-économique". (Un participant sourd)

Elle a en outre fait remarquer que "la plupart des parents ne connaissent pas le langage des signes". Ainsi, les enfants sourds n'apprécient pas la communication à la maison :

"Les filles sourdes apprennent de l'extérieur, ce qui leur permet de recevoir de mauvaises informations et d'adopter un mauvais comportement. (Un participant sourd)

2. Deuxième session (SDG 5 - Égalité des sexes et SDG 17 - Partenariat mondial, conformément à l'article 6 de la CDPH) :

2.1 Égalité des sexes :

2.3.1.1 Les participants ont observé qu'il n'existe pas de cadre juridique et politique majeur en matière d'égalité des sexes aux niveaux national et sous-national au Nigeria. Il a été reconnu que la seule tentative de promulguer une loi sur le genre et l'égalité des chances (GEO) au niveau national a échoué.

(Projet de loi GEO, 2011 http://www.aacoalition.org/images/Gender\_and\_Equal\_Opportunities\_Bill\_National.pdf.) Pendant ce temps, une participante aveugle a noté que son examen du projet de loi GEO raté indiquait que le projet de loi n'était pas sensible aux questions concernant les GWD et les WWD.

2.3.1.2 Cependant, une participante handicapée physique a fait remarquer qu'il existe une politique nationale de genre (http://www.aacoalition.org/national\_policy\_women.htm) qui ne fait qu'une référence très limitée aux JMT, uniquement en ce qui concerne la discrimination fondée sur l'emploi. Elle a ajouté qu'il existe une politique nationale sur l'égalité des sexes () qui ne fait qu'une référence très limitée aux JMT en ce qui concerne la discrimination fondée sur l'emploi :

"...Cette politique nationale de genre n'est pas populaire, elle est largement inappliquée, en particulier en ce qui concerne les GWD et les WWD, et elle est manifestement dépassée car elle a été élaborée en accord avec les OMD et était censée être révisée en 2015". (Participant avec un handicap physique)

2.3.1.3 Les participants ont convenu d'être conscients des cadres juridiques et politiques sur la violence fondée sur le sexe (VFG) au niveau national et au niveau des États. Il a été fait référence à la loi de l'État de Lagos sur la violence domestique. Tous les participants ont indiqué leur connaissance des différents organismes de l'État de Lagos chargés de traiter la violence domestique et la violence fondée sur le genre. Toutefois, aucun des participants n'a indiqué connaître les dispositions des lois et politiques existantes sur la VBG aux niveaux national et étatique, ciblées sur les JBG et les JMT.

2.3.1.4 En ce qui concerne l'accès et la participation aux programmes sur l'égalité des sexes et la violence sexiste, les participants ont généralement admis avoir assisté à plusieurs événements ; principalement des programmes de renforcement des capacités sur les droits des femmes, l'égalité des sexes, la violence sexiste, etc.

2.3.1.5 Une participante handicapée physique a fait remarquer que des groupes de femmes se sont engagés dans des actions de plaidoyer sur l'égalité des sexes au Nigeria. Elle a en outre noté que les GWD et les WWD sont atteints dans les programmes et les initiatives des groupes de défense des droits des femmes.

2.3.1.6 Une participante sourde a toutefois fait remarquer que même lorsque les JMT participent à des activités de défense des femmes et de l'égalité des sexes, les JMT sont souvent trop peu nombreuses et leur voix n'est guère entendue.

2.3.1.7 Un participant aveugle a déclaré que :

"J'ai assisté à un événement sur la défense des droits des femmes et j'étais la seule participante aux JMZ et mes contributions ont été reconnues. Cependant, aucune disposition n'a été prise pour moi parce que tous les documents étaient imprimés ; bien que quelqu'un ait dû me les lire". (Participante aveugle)

2.3.1.8 En ce qui concerne la disponibilité et l'accessibilité des services de lutte contre la violence liée au sexe, les participants ont convenu que les services de lutte contre la violence liée au sexe sont disponibles et principalement administrés par des organisations gouvernementales et non gouvernementales. Toutefois, la plupart des participants ont indiqué que l'accès à ces services posait toujours des problèmes.

2.3.1.9 Une participante aveugle a partagé son expérience professionnelle avec une agence publique pour les affaires féminines :

"J'ai fait mon année obligatoire de Service national de la jeunesse avec le ministère des affaires féminines et de la lutte contre la pauvreté de l'État de Lagos. Cependant, le site de l'agence n'est pas accessible aux GWD et aux WWD. Par exemple, alors que les personnes en fauteuil roulant ne peuvent pas se rendre facilement au bureau, les informations documentées ne sont pas accessibles aux aveugles, et il n'y a pas d'interprètes en langue des signes pour les sourds dans cette agence". (Un participant aveugle)

2.3.1.10 Un participant sourd a fait observer que les jeunes filles et les femmes sourdes ne peuvent pas accéder aux services de lutte contre la violence liée au sexe car ces agences ne disposent pas d'interprètes en langue des signes. Selon elle :

"J'ai entendu des cas où des femmes sourdes vont signaler des cas d'abus physiques et sexuels et où elles sont encore plus agressées par les responsables de ces agences, elles disent que les femmes sourdes sont trop agressives, impatientes, etc. (Une participante sourde)

2.3.1.11 Un participant aveugle a noté que les processus de signalement des abus ou des violations des droits ne sont pas accessibles. Par exemple :

"Lorsque vous allez faire un rapport, on vous dit d'écrire et il n'y a pas de possibilité pour une femme aveugle d'écrire en braille et pour les femmes aveugles qui sont analphabètes, il n'y aura personne pour écrire à leur place". (Un participant aveugle)

2.3.1.12 Une participante souffrant d'un handicap physique a partagé l'expérience d'un cas de violence liée au sexe dont elle a été témoin :

"Je connais une JMV qui est maltraitée par son mari, mais elle a peur de porter plainte parce qu'elle ne veut pas quitter son mariage". (Participante avec un handicap physique)

2.3.1.13 Un participant sourd a partagé le cas d'une jeune fille sourde violée par un homme :

"Lorsque le cas a été signalé à la police, les parents de la jeune fille sourde ont été exploités financièrement par les forces de l'ordre. Cela a frustré les parents de la jeune fille sourde et les a empêchés de poursuivre l'affaire". (Un participant sourd)

2.3.1.14 Un parent participant d'une fille handicapée intellectuelle a fait remarquer que les femmes et les filles souffrant de divers handicaps intellectuels sont les plus touchées par la violence liée au sexe car elles ne peuvent pas facilement s'exprimer ou signaler les cas de violence. Elle a partagé le cas d'un parent masculin qui a abusé de son enfant féminin autiste et l'a maltraité de diverses manières. Le cas a été signalé et fait actuellement l'objet d'une attention de la part des organismes compétents de l'État de Lagos en matière de violence domestique.

2.3.1.15 Les discussions ont indiqué que bien qu'il n'existe pas de programmes d'autonomisation économique axés sur les femmes, il existe plusieurs programmes d'autonomisation économique universels aux niveaux national et infranational. Certains de ces programmes sont également mis en œuvre au niveau de la base. Parmi les programmes identifiés figurent le programme national d'investissement social (NSIP), le fonds d'autonomisation des handicapés de l'État de Lagos, le fonds fiduciaire pour l'emploi de l'État de Lagos, etc.

2.3.1.16 Les participants conviennent que les JMZ ont eu des possibilités raisonnables de participer à certains de ces programmes. Cependant, l'accessibilité et la participation sont encore limitées, avec quelques difficultés telles que l'insensibilité de la plupart des programmes d'autonomisation économique aux besoins particuliers des JMZ ; l'utilisation de lieux inaccessibles pour la conduite de nombreux programmes d'autonomisation ; l'absence de matériel de formation professionnelle, d'information et d'aides accessibles ; et l'absence d'interprètes qualifiés en langue des signes dans la plupart des programmes d'autonomisation.

2.3.1.17 Une participante aveugle a fait part de son expérience en matière d'émancipation économique :

"Depuis que je suis devenue aveugle, je n'ai jamais vu où les JMZ reçoivent une autonomisation économique comme les micro-crédits. Il y a des endroits où j'avais l'habitude d'aller avant de devenir aveugle et où j'obtenais des microcrédits. Cependant, depuis que je suis aveugle, je suis allée dans de tels endroits et ils m'ont refusé à juste titre l'accès au microcrédit en raison de mon handicap". (Un participant aveugle)

2.3.1.18 Un participant sourd a indiqué que même lorsque les JMZ sont formés avec des compétences professionnelles, ils ne reçoivent pas de capital de démarrage :

"J'ai vu des endroits où les compétences professionnelles sont dispensées en présence de femmes sourdes et où il n'y a pas d'interprètes en langue des signes pour elles". (Participant sourd)

2.3.1.19 Un participant aveugle s'est plaint que lorsque des formations professionnelles sont organisées, elles ne sont pas accessibles et inclusives :

"J'en ai suivi une à Ikeja (la capitale de l'État de Lagos) où nous avons appris à connaître les services de restauration. La formation n'offrait pas de matériel accessible aux participants aveugles et ils utilisaient des illustrations et des démonstrations que je ne pouvais pas voir". (Participant aveugle)

2.3.1.20 En ce qui concerne l'éducation, les participants ont identifié les cadres juridiques et politiques existants pour inclure la Loi sur le handicap du Nigeria et des lois similaires aux niveaux sous-nationaux, ainsi que la Politique nationale sur l'éducation inclusive avec des politiques similaires aux niveaux sous-nationaux. Cependant, ces cadres juridiques et politiques ne prévoient pas de dispositions pour les besoins éducatifs spécifiques des GWD et des WWD. En outre, les discussions ont révélé que la plupart des dispositions de ces cadres juridiques et politiques n'ont pas encore été pleinement et correctement mises en œuvre.

2.3.1.21 L'accès des personnes handicapées et des personnes handicapées mentales aux droits et aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) est encore assez lointain, (FACICP, 2019), (JAAIDS, 2017) Bien que les participants aient reconnu que les lois et politiques nationales et sous-nationales existantes en matière de handicap contiennent des dispositions sur l'accès aux services de santé pour les personnes handicapées, il a été convenu que les dispositions de santé dans la plupart de ces lois sur le handicap ne prennent pas en compte les besoins de SSR des personnes handicapées et des personnes handicapées mentales.

2.3.1.22 Les participants ont noté que la plupart des établissements de santé publique ne sont pas accessibles aux personnes handicapées et aux personnes handicapées mentales. Il a également été indiqué qu'il y a une faible sensibilisation aux questions de handicap et des attitudes discriminatoires parmi les travailleurs de la santé.

2.3.1.23 Néanmoins, la plupart des participants ont indiqué qu'ils avaient participé et bénéficié des programmes de sensibilisation et de renforcement des capacités en matière de santé sexuelle et reproductive organisés par les AD, les OPH et d'autres OSC classiques.

2.3.1.24 Les participants ont été unanimes à suggérer qu'il est nécessaire que les AD et les OPH renforcent leurs activités de plaidoyer et de sensibilisation sur l'inclusion des JMG et des JMV dans les programmes d'égalité des sexes et de lutte contre la violence liée au sexe. Il a été fortement suggéré qu'il devrait y avoir une utilisation plus stratégique des médias sociaux par les GWD, les WWD, les DWO et les DPO pour augmenter les campagnes à cet égard.

2.2.1 Partenariat et collaboration

2.3.2.1 Il existe des agences gouvernementales aux niveaux national, étatique et local qui sont responsables des affaires féminines. Ces agences intègrent et interagissent avec les GWD et les WWD. Cependant, les participants ont noté qu'il existe encore de sérieux obstacles à l'engagement des GWD et des WWD, tels qu'une mauvaise attitude, un manque d'accessibilité, etc.

2.3.2.2 Bien qu'il ait été reconnu qu'il existe des mouvements visibles de femmes et de droits des femmes au Nigeria, la plupart de ces mouvements n'incluent pas les GWD et les WWD. En outre, il n'existe pas de partenariats solides entre les DWO et les principaux mouvements de défense des droits des femmes.

2.3.2.3 Les participants ont convenu que la discrimination et d'autres attitudes négatives de la part des organisations féminines traditionnelles, le manque de sensibilisation aux questions de handicap, le manque de connaissances suffisantes sur les OTD sont quelques-unes des raisons pour lesquelles les mouvements traditionnels de défense des droits des femmes excluent les JMV et les JMT. Il a également été observé que beaucoup d'organisations de femmes handicapées n'ont pas la capacité de s'engager et d'établir des partenariats avec le mouvement général des droits de la femme.

2.3.2.4 La plupart des participants ont indiqué qu'ils avaient participé à plusieurs programmes de défense des droits des femmes, de renforcement des capacités et de sensibilisation organisés par des organisations générales de défense des droits des femmes. Seuls 4 participants ont indiqué qu'ils avaient eu l'occasion de s'exprimer ou de jouer d'autres rôles dans le cadre de ces événements. Cependant, il a été noté qu'il s'agit d'un nouveau développement qui est encore confronté à des défis d'accessibilité et à des barrières comportementales.

2.3.2.5 De manière générale, les participants ont recommandé que les principaux mouvements de défense des droits des femmes renforcent délibérément leurs capacités, développent des mécanismes institutionnels tels que la politique en matière de handicap afin d'inclure les GWD et les WWD dans leurs programmes. Il a également été suggéré que les organisations de femmes handicapées élaborent des stratégies visant à établir une collaboration et un partenariat avec les principaux mouvements de défense des droits des femmes.

3. Troisième session (SDG 8 - Croissance économique et travail décent pour tous, conformément aux articles 6 et 27 de la CDPH) :

3.4.1 Les JMT ont généralement accès à l'emploi dans les secteurs formel et informel de l'économie nigériane. Il n'existe aucun cas rapporté ou documenté de différence de salaire entre les femmes handicapées et les femmes non handicapées ; bien qu'il existe des rapports et des preuves documentées de l'inégalité des opportunités d'emploi entre les femmes handicapées et les femmes non handicapées (USAID, 2011), entre les hommes et les femmes en général, et entre les hommes et les femmes handicapées également.

3.4.2 Il existe des dispositions positives dans pratiquement toutes les lois et politiques nationales et sous-nationales sur le handicap concernant la nécessité pour les employeurs de réserver des quotas spécifiques (allant de 1 à 5 %) pour les personnes handicapées qualifiées. Toutefois, aucune de ces dispositions positives n'accorde de quotas spécifiques aux personnes handicapées.

3.4.3 Les participants ont convenu que l'espace du handicap au Nigeria est largement dominé par leurs homologues masculins qui sont souvent les premiers à profiter des opportunités d'emploi et autres opportunités d'autonomisation économique. Selon eux, c'est là le principal obstacle aux possibilités d'emploi pour les JMZ.

3.4.4 Un participant aveugle a fait remarquer que les hommes handicapés sont plus favorisés dans l'obtention d'un emploi que les JMZ. Selon elle, les hommes handicapés sont plus favorisés dans l'obtention d'un emploi que les JMT :

"Lors du récent recrutement de personnes handicapées par le gouvernement de l'État de Lagos, les hommes handicapés ont été plus nombreux à obtenir un emploi que les JMH". (Une participante aveugle)

3.4.5 Les JMZ ne sont pas nécessairement limités à des emplois dans des secteurs ou des cadres d'organisations spécifiques. Le profil d'emploi des participants indique une répartition équitable entre les cadres de direction, les cadres supérieurs et les cadres subalternes, entre les secteurs privé et public, et entre les secteurs formel et informel respectivement.

3.4.6 Néanmoins, les participants ont convenu que le gouvernement est un employeur important de personnes handicapées, y compris de personnes handicapées mentales. Toutefois, certains employeurs du secteur privé emploient également des personnes handicapées. Néanmoins, les JMT sont toujours confrontés à des problèmes d'accessibilité et d'inclusion.

3.4.7 Au Nigeria, les lois et politiques nationales et infranationales sur le handicap qui spécifient des conditions d'emploi inclusives et un environnement de travail accessible aux personnes handicapées (y compris les personnes handicapées mentales) sont assez récentes et n'ont pas été pleinement et correctement mises en œuvre. Ainsi, les participants ayant un emploi ont indiqué que leurs différents lieux de travail sont largement inaccessibles aux JEM. Aucun des participants n'a fourni de preuve que les employeurs fournissent des aménagements raisonnables tels que l'interprétation en langue des signes, du temps supplémentaire pour terminer le travail, un bureau plus haut pour travailler afin d'accueillir un fauteuil roulant, une technologie accessible pour permettre des programmes de lecture d'écran, etc.

3.4.8 Un participant albinos a admis qu'il n'y avait pas d'obstacles spécifiques à l'obtention d'un emploi par une personne albinos.

3.4.9 Une participante aveugle a fait part de son expérience :

"J'ai été confrontée à de sérieux problèmes d'accessibilité en essayant de trouver un emploi, notamment en ce qui concerne l'accès aux informations sur les offres d'emploi, la participation aux entretiens, etc. Une fois, j'ai reçu un appel pour une offre d'emploi, apparemment parce que l'employeur ne savait pas que j'étais aveugle et quand il l'a appris, l'offre d'emploi a été retirée". (Un participant aveugle)

3.4.10 Un participant sourd a déclaré que la plupart des femmes sourdes travaillent avec le gouvernement dans les sections administratives où il n'est pas nécessaire d'avoir trop de communication vocale humaine. Elle a également déclaré que de nombreux sourds travaillent comme enseignants dans des écoles spéciales en raison du manque d'emplois accessibles dans d'autres secteurs.

3.4.11 Une participante, qui représente les femmes souffrant de handicaps intellectuels, a fait remarquer que le secteur formel manque d'une sensibilisation de base et d'une orientation appropriée sur les possibilités d'emploi des femmes souffrant de handicaps intellectuels. Ainsi, les femmes handicapées mentales obtiennent difficilement un emploi formel, tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Elle a ajouté que la plupart des femmes handicapées mentales sont des travailleuses indépendantes.

3.4.12 Une participante souffrant d'un handicap physique a raconté le cas d'une employée aveugle dans son bureau :

"La collègue aveugle de mon bureau est généralement assise sans rien faire parce qu'elle ne bénéficie pas d'aides au travail". (Participant ayant un handicap physique)

3.4.13 Un participant atteint d'une lésion de la moelle épinière a indiqué que :

"Lorsque je suis allé reprendre mon travail sur mon lieu de travail actuel, les personnes que j'y ai rencontrées se sont plaintes de la raison pour laquelle j'ai été affecté à cet endroit, car elles estimaient que je n'étais pas apte à y travailler et que leur bureau n'était pas accessible pour moi". (Participant ayant un handicap physique - lésion de la moelle épinière)

3.4.14 Les participants sont parvenus à un consensus sur le fait que les femmes handicapées mentales semblent souffrir davantage de discrimination en matière d'emploi. En effet, la plupart des femmes handicapées mentales ne peuvent accéder à l'enseignement secondaire et supérieur et possèdent donc des compétences limitées exigées par les employeurs officiels. D'autre part, les employeurs des secteurs public et privé sont peu ou pas conscients du potentiel d'emploi des femmes handicapées mentales.

3.4.15 Néanmoins, les participants aveugles et sourds respectivement ont également indiqué la prévalence de diverses formes de discrimination en raison des difficultés à recruter des interprètes en langue des signes pour les sourds et des difficultés à accéder aux informations imprimées pour les aveugles.

3.4.16 La plupart des participants ont reconnu que les JMZ sont souvent exploités sexuellement dans le cadre de la recherche d'un emploi.

3.4.17 Un participant sourd a indiqué que les femmes sourdes sont victimes de discrimination parce que les employeurs estiment que le recours à des interprètes en langue des signes l'emporte sur la confidentialité officielle sur le lieu de travail. Ainsi, les femmes sourdes n'obtiennent pas d'emploi dans le secteur formel.

3.4.18 Un participant aveugle a fait remarquer que les femmes aveugles n'ont pas accès à une éducation appropriée, par exemple un accès insuffisant à l'apprentissage des mathématiques, ce qui limite leurs possibilités d'emploi.

3.4.19 En termes d'acquisition de compétences professionnelles pour les personnes handicapées, il a été révélé qu'il existe des programmes de formation professionnelle pour les personnes handicapées (y compris les personnes handicapées mentales) au Nigeria. La plupart des centres de formation professionnelle appartiennent au gouvernement national, aux États et aux collectivités locales. Seuls quelques rares centres sont détenus par des organisations non gouvernementales. En outre, des centres d'acquisition de compétences professionnelles sont également disponibles et appartiennent à des organisations gouvernementales et non gouvernementales.

3.4.20 Les participants ont convenu qu'il n'y a pas de restrictions pour les JMZ en ce qui concerne l'accès à ces centres d'acquisition de compétences professionnelles. Toutefois, la participation à la plupart des centres d'acquisition de compétences professionnelles classiques est souvent limitée par divers problèmes d'accessibilité. En outre, les participants ont noté que les JMT sont souvent incapables d'accéder à l'aide financière de démarrage après la formation parce que les hommes handicapés dominent ces opportunités.

3.4.21 Un participant aveugle a déclaré que :

"En tant que traiteur, j'ai été sévèrement discriminé dans l'obtention d'emplois de traiteur parce qu'on me dit que je suis aveugle et que je ne sais pas cuisiner". (Un participant aveugle)

3.4.22 Il n'existe aucune preuve documentée de l'existence de services d'emploi accessibles et inclusifs, en particulier pour les JMZ au Nigeria. C'est l'une des raisons pour lesquelles les personnes handicapées (y compris les personnes handicapées mentales) sont incapables de trouver un emploi formel dans les secteurs public et privé. En outre, la plupart des programmes de formation aux compétences d'employabilité et de développement de l'esprit d'entreprise ne sont souvent pas inclusifs et accessibles aux personnes handicapées (y compris les personnes handicapées mentales) parce que, dans la plupart des cas, les organisateurs de ces programmes ne sont pas sensibilisés et n'ont pas la capacité de faire participer les personnes handicapées mentales. En outre, il y a généralement un manque d'accessibilité physique et d'autres formes d'accessibilité à ces programmes.

3.4.23 Les participants ont convenu que les OT devraient renforcer leur action de sensibilisation et s'engager davantage auprès des parties prenantes concernées, notamment les employeurs formels des secteurs public et privé, afin d'accroître les possibilités d'emploi pour les JMZ.

3.4.24 Un participant sourd a indiqué que l'emploi pour les JMT ne devrait pas être basé sur la charité. Elle a suggéré d'accroître l'autopromotion, tandis que les JMT qui ont un bon emploi devraient aider ceux qui n'en ont pas en défendant les possibilités d'emploi.

3.4.25 Un participant parent d'une fille handicapée intellectuelle a préconisé que les mères de filles et de femmes handicapées qui ont perdu leur emploi en s'occupant de leurs GWD et de leurs WWD soient incluses dans le processus de défense des intérêts et prises en compte pour l'autonomisation économique et les possibilités d'emploi.

4. RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS

4.1 SDG 4-

4.1.1 Malgré l'existence de lois et de politiques sur le handicap qui prévoient une éducation inclusive au Nigeria, les GWD sont confrontés à des difficultés pour accéder à l'éducation à tous les niveaux.

4.1.2 Les défis identifiés vont de la mauvaise mise en œuvre du programme d'éducation inclusive pour répondre aux besoins spécifiques des GWD, au nombre insuffisant d'écoles et au défi de la longue distance entre l'école et le domicile, à l'inaccessibilité des infrastructures scolaires, au manque d'enseignants formés et de matériel d'apprentissage, etc.

4.1.3 Faible taux d'achèvement des études chez les filles souffrant de handicaps intellectuels par rapport aux autres groupes de handicaps.

4.1.4 Incapacité de la plupart des GWD et des WWD à terminer leurs études supérieures en raison du manque de soutien financier, de la discrimination, etc.

4.1.5 Limitations du soutien parental en raison d'un soutien scolaire inadéquat et de la mauvaise situation financière de la plupart des parents.

4.2 SDG 5 & 17-

4.2.1 Il n'existe pas de loi fonctionnelle sur l'égalité des sexes au Nigeria. Cependant, il existe des cadres juridiques et politiques sur la violence fondée sur le sexe aux niveaux national et sous-national.

4.2.2 Bien que les GWD et les WWD jouissent d'un niveau raisonnable de participation aux programmes d'égalité des sexes et de lutte contre la violence liée au sexe, ils sont toujours confrontés aux problèmes d'accessibilité physique des lieux où se déroulent les programmes, au manque d'informations et d'autres matériels dans des formats accessibles, au manque d'interprètes en langue des signes, etc.

4.2.3 Les services de lutte contre les VBG sont encore largement inaccessibles aux GWD et aux JMZ en raison de la faible capacité des prestataires de services.

4.2.4 Les programmes d'autonomisation économique ne prennent pas en compte les besoins particuliers des personnes handicapées et des personnes handicapées mentales. Cela est dû à la faible capacité des propriétaires de ces programmes et aux problèmes d'accessibilité typiques.

4.2.5 L'inaccessibilité des établissements de santé publique et de leurs services aux GWD et aux WWD, ainsi que la faible capacité des travailleurs de la santé rendent difficile l'accès aux programmes de santé sexuelle et reproductive.

4.2.6 Il existe des agences gouvernementales aux niveaux national et infranational qui sont chargées des questions relatives aux femmes. Il existe également des organisations et des mouvements de défense des droits des femmes dans tout le Nigeria.

4.2.7 Alors que les services de la plupart des agences gouvernementales axées sur les femmes ne sont pas accessibles aux GWD et aux WWD, les GWD et les WWD ont beaucoup de mal à participer aux programmes des organisations et des mouvements de défense des droits des femmes.

4.2.8 La discrimination et d'autres attitudes négatives de la part des organisations féminines traditionnelles, le manque de sensibilisation aux questions de handicap, le manque de connaissances suffisantes sur les AD sont quelques-unes des raisons pour lesquelles les mouvements traditionnels de défense des droits des femmes excluent les GWD et les WWD.

4.2.9 De nombreuses organisations de femmes handicapées n'ont pas la capacité de s'engager et d'établir des partenariats avec les principaux mouvements de défense des droits des femmes.

4.3 SDG 8-

4.3.1 Les JMT ont généralement accès à des emplois dans les secteurs formel et informel de l'économie nigériane. Il n'existe aucun cas signalé ou documenté de différence de salaire entre les femmes handicapées et les femmes non handicapées, bien qu'il existe des rapports et des preuves documentées de l'inégalité des opportunités d'emploi entre les hommes et les femmes en général, et entre les hommes et les femmes handicapées également.

4.3.2 Il existe des dispositions positives dans pratiquement toutes les lois et politiques nationales et sous-nationales sur le handicap concernant la nécessité pour les employeurs de réserver des quotas spécifiques (allant de 1 à 5 %) aux personnes handicapées qualifiées. Toutefois, aucune de ces dispositions positives n'accorde de quotas spécifiques aux personnes handicapées.

4.3.3 Les hommes handicapés sont plus avantagés sur le plan de l'emploi que les JMH, car ils sont à la tête de la plupart des OPH et ont un meilleur accès aux possibilités d'emploi.

4.3.4 La plupart des employeurs ne prévoient pas d'aménagements raisonnables sur les lieux de travail pour les personnes handicapées, y compris les personnes handicapées mentales.

4.3.5 Il n'existe pas de preuves documentées de l'existence de services d'emploi assisté accessibles et inclusifs, en particulier pour les personnes handicapées mentales au Nigeria. C'est l'une des raisons pour lesquelles les personnes handicapées (y compris les personnes handicapées mentales) sont incapables de trouver un emploi formel dans les secteurs public et privé. En outre, la plupart des programmes de formation aux compétences d'employabilité et de développement de l'esprit d'entreprise ne sont souvent pas inclusifs et ne sont pas accessibles aux personnes handicapées (y compris les personnes handicapées mentales) parce que, dans la plupart des cas, les organisateurs de ces programmes ne sont pas sensibilisés et n'ont pas la capacité de faire participer les personnes handicapées mentales. En outre, il y a généralement un manque d'accessibilité physique et d'autres formes d'accessibilité à ces programmes.

**Recommandations Générales**

- Les participants proposent que des dispositions ou des lignes directrices sensibles au genre soient élaborées pour soutenir la mise en œuvre de lois et de politiques d'éducation inclusive aux niveaux national et sous-national afin de répondre aux besoins des JMV et des JMT.

- Il est également proposé que les amendements nécessaires soient apportés aux lois nationales et infranationales existantes sur les droits des personnes handicapées afin d'adapter les dispositions positives en matière d'opportunités d'emploi et de travail décent pour les JMZ.

- Les participants ont convenu qu'il faudrait faire plus de plaidoyer, de sensibilisation du public, de mobilisation sociale et de sensibilisation au niveau communautaire pour améliorer la prise de conscience et la participation aux lois, politiques et programmes sur l'égalité des sexes et la VBG.

- Les participants ont également indiqué que les organisations de femmes handicapées (Disabled Women's organization-DWOs) devraient collaborer avec les principales organisations de défense des droits des femmes afin d'entreprendre une action collective pour plaider en faveur de la révision des lois et des politiques afin de garantir l'égalité des sexes et l'inclusion des femmes et des jeunes filles handicapées, en particulier dans les secteurs essentiels de la santé, de l'éducation, de l'emploi et de l'autonomisation économique, etc.

- Les participants ont indiqué qu'avec le soutien technique et financier nécessaire, les AD peuvent sensibiliser et mener des actions de plaidoyer. Toutefois, l'utilisation stratégique des médias sociaux devrait être intensifiée pour promouvoir les droits des femmes et des jeunes filles en matière d'éducation, de santé sexuelle et reproductive, d'émancipation économique, ainsi que sur les questions d'égalité des sexes et de violence fondée sur le sexe.

**Conclusion**

* Le FGD a été l'occasion pour les participants de s'informer sur les SDG, la CDPH, ainsi que sur les cadres juridiques et politiques nationaux et sous-nationaux existants sur les droits des GWD et des WWD. Ils ont pu partager leurs expériences sur toutes les questions soulevées et donner des recommandations le cas échéant.
* La DG a révélé que les GWD et les WWD au Nigeria sont toujours confrontés aux défis de la discrimination sociale et du manque d'accès aux services de base, y compris l'éducation, la santé et les opportunités d'emploi. Les participants ont convenu que non seulement les lois et politiques nationales et sous-nationales existantes en matière de handicap sont mal appliquées pour protéger les droits des personnes handicapées, mais que d'autres lois générales sur l'égalité des sexes et la violence sexiste ne sont pas sensibles aux questions concernant les personnes handicapées. Il a également été observé que le partenariat entre les organisations de défense des droits des femmes et le mouvement général de défense des droits des femmes est faible.
* Tous les participants ont convenu que la création d'un environnement équitable et accessible permettant aux femmes handicapées de vivre et de s'épanouir parmi leurs pairs est très essentielle car elle relève de la responsabilité du gouvernement et est dans le meilleur intérêt des citoyens qu'elles représentent. Ils ont exhorté le gouvernement et toutes les parties prenantes concernées à déployer le modèle de handicap basé sur les droits pour traiter les questions de handicap au lieu du modèle caritatif qui n'est pas le meilleur.

# IV. Analyse juridique et politique : Comprendre comment les SDG 3 : santé et bien-être, 4 : éducation de qualité, 5 : égalité des sexes, 8 : travail décent et croissance économique et 17 : partenariats pour les objectifs, sont mis en œuvre pour traiter les droits des femmes et des filles handicapées en conformité avec la CDPH au Kenya

Le gouvernement kenyan s'est engagé à prendre en compte les droits des personnes handicapées en ratifiant la CDPH, en s'engageant à modifier la loi sur les personnes handicapées de 2003 par le biais du projet d'amendement de 2019 et en ratifiant le traité de Marrakech. Le traité a ensuite été intégré dans une loi du Parlement par le biais des nouvelles lois nationales sur les droits d'auteur en septembre 2019 et le recensement national de la population et du logement de 2019 a utilisé pour la première fois la série de questions courtes du Groupe de Washington. En outre, le Kenya a co-organisé le Sommet mondial des personnes handicapées avec le gouvernement britannique en 2018 et s'est ensuite engagé à respecter la Charte pour le changement. À cet effet, il a élaboré un plan d'action national sur la mise en œuvre de la Charte du Sommet mondial des personnes handicapées. Toutefois, le cadre juridique et politique général laisse de grandes lacunes dans la conformité avec la CDPH et ces lacunes contribuent à un système d'exclusion, de ségrégation et de discrimination généralisée. Pour les femmes et les filles handicapées, ces violations des droits sont encore plus importantes car elles sont confrontées à la discrimination et à l'exclusion en raison de leur handicap et de leur sexe.

# A. Le cadre juridique et politique de la SDG 4 : Accès à une éducation de qualité au Kenya

Au Kenya, les lois et les politiques en matière d'éducation contribuent à un système où très peu de personnes handicapées fréquentent les écoles ordinaires et terminent l'enseignement primaire. Le cadre juridique et politique de l'éducation au Kenya met en place un système d'enseignement spécial pour les apprenants handicapés qui fonctionne en dehors du système d'enseignement ordinaire.

**1. Le cadre juridique de l'accès à l'éducation au Kenya**

Au Kenya, le droit à l'éducation est explicitement prévu par l'article 53(b) de la Constitution kenyane de 2010 qui garantit le droit à une éducation de base gratuite et obligatoire pour chaque enfant. L'article 54 de la Constitution vise particulièrement les personnes handicapées et prévoit que les personnes handicapées ont le droit d'accéder à des établissements et des installations d'enseignement intégrés dans la société dans la mesure compatible avec leurs intérêts et leurs besoins. La Constitution du Kenya, dans son article 53 (1) (b), stipule que tout enfant a droit à une éducation de base gratuite et obligatoire et l'article 55 (a) dit que l'État doit prendre des mesures, y compris des programmes d'action positive, pour garantir que les jeunes accèdent à une éducation et une formation appropriées. En outre, la Déclaration des droits interdit la discrimination fondée sur le handicap et le sexe parmi les autres marqueurs d'identité.

**La loi sur l'éducation de base numéro 14 de 2013**

La loi 14 de 2013 sur l'éducation de base garantit le droit de tous les enfants handicapés à une éducation gratuite et obligatoire pour la première fois au Kenya (partie IV, article 28). La loi interdit également le refus d'admission dans les écoles publiques dans la partie IV, section 34 et elle interdit la discrimination dans l'accès à l'éducation sur la base du handicap et du sexe (section 34 (2)).

Si la loi sur l'éducation de base garantit le droit de tous les enfants à l'éducation, elle crée également un système dans lequel les enfants handicapés sont tenus de fréquenter des écoles séparées, uniquement en raison de leur handicap. Dans la partie IV, section 28 (d), la loi prévoit des écoles spéciales (séparées) et intégrées pour les apprenants handicapés et la mise en place d'un système d'éducation pour les besoins spéciaux. La loi adopte un modèle médical lorsqu'elle définit l'éducation pour les besoins spéciaux dans lequel il y a un programme d'études séparé défini comme : un programme d'études approprié pour les enfants handicapés" et des écoles séparées définies comme étant : *établies au profit d'une classe particulière d'enfants qui ont besoin d'une forme spéciale d'éducation, de traitement ou de soins*. La loi ne prévoit pas non plus d'aménagements raisonnables dans l'enseignement, ce qui équivaut à une discrimination fondée sur le handicap. Deuxièmement, la loi ne garantit pas la mise en place d'un système d'éducation inclusif au Kenya, comme l'exige l'article 24 de la CDPH. Enfin, la loi ne prévoit pas de clause de non-rejet dans l'éducation garantissant que tous les apprenants handicapés peuvent aller à l'école ordinaire. Si la loi prévoit pour la première fois un enseignement obligatoire gratuit au Kenya, elle ne fait pas assez pour promouvoir l'égalité des chances en matière d'éducation pour les enfants handicapés, comme l'exige la CDPH.[[50]](#footnote-50)

**2. Le cadre politique sur l'accès à l'éducation au Kenya**

**Cadre politique pour les besoins éducatifs spéciaux 2008**

Cette politique préconise l'accès à l'éducation pour tous les apprenants ; cependant, elle adopte une approche de l'éducation axée sur les besoins spéciaux, dans laquelle les apprenants handicapés doivent s'adapter à la classe ou être placés dans une unité spéciale ou une école spéciale. Dans cette politique, les écoles ordinaires sont définies comme étant exclusives **: Il s'***agit d'institutions appelées écoles ordinaires et qui accueillent normalement des apprenants non handicapés*. La politique utilise des termes tels que "intégration" et "intervention" et définit les écoles spéciales comme des écoles qui sont établies en dehors de l'enseignement ordinaire pour offrir un enseignement aux enfants ayant des besoins spéciaux en matière d'éducation, en fonction de leur handicap.

La politique d'éducation pour les besoins spéciaux de 2008 tente de promouvoir l'éducation inclusive en appelant à l'intégration de l'éducation pour les besoins spéciaux par la création de plus d'écoles spéciales et en développant l'éducation inclusive dans les écoles ordinaires. Plutôt que d'appeler à ce que toutes les écoles soient inclusives, elle élargit la notion d'enseignement spécial pour répondre aux besoins éducatifs des apprenants handicapés. Cette politique est progressiste dans la mesure où elle promeut le principe de l'égalité d'accès à l'éducation, l'égalité d'accès aux services qui répondent aux besoins des apprenants individuels et l'égalité des sexes et des handicaps dans l'apprentissage. Cependant, la politique ne va pas assez loin pour promouvoir l'égalité des chances pour les apprenants handicapés en veillant à ce que toutes les salles de classe soient accessibles, inclusives et répondent aux besoins de tous les apprenants. La politique ne mentionne pas les aménagements raisonnables dans l'accès à l'éducation, ni ne souligne la nécessité d'un soutien individualisé et d'un programme d'études flexible au sein du système scolaire ordinaire pour garantir un système d'éducation inclusif à tous les niveaux du système éducatif.[[51]](#footnote-51)

**La politique sectorielle pour les apprenants et stagiaires handicapés à partir de 2018**

Cette politique fait un pas en avant dans l'éducation inclusive au Kenya en demandant une éducation inclusive et un programme d'études adapté aux besoins individuels de tous les apprenants. Elle vise à intégrer et à fournir une éducation inclusive à tous les niveaux d'enseignement tout en donnant accès à une éducation et une formation de qualité et pertinente à tous les niveaux. Il vise également à mettre en œuvre des normes et des règlements d'évaluation et d'intervention précoce dans l'éducation. La politique accorde également la priorité à l'équité et à l'intégration de la dimension de genre ainsi qu'à la création d'environnements d'apprentissage sans obstacles à tous les niveaux de l'éducation. L'éducation inclusive est considérée comme l'approche principale, tout en reconnaissant le rôle des établissements d'apprentissage spéciaux, des unités/classes spéciales et des programmes d'éducation à domicile.

Si cette politique appelle à une éducation inclusive, elle confond les termes alternant entre les réformes de l'éducation inclusive et l'éducation spéciale. La politique n'est pas non plus claire sur la manière dont le pays va passer à un système d'éducation totalement inclusif. La politique ne va pas assez loin pour décrire les initiatives nécessaires pour promouvoir l'accès à l'éducation sur un pied d'égalité avec les autres. Par exemple, la politique n'aborde pas la nécessité d'un aménagement raisonnable dans l'accès à l'éducation, la nécessité d'une clause de non-rejet qui garantit qu'aucun enfant ne peut être considéré comme non scolarisable. Elle renforce le fait que tous les enfants handicapés, quel que soit le diagnostic ou la gravité de leur handicap, ont le droit à un enseignement primaire gratuit et à l'accès à l'enseignement secondaire dans les écoles publiques de leur quartier. La politique ne prévoit pas non plus de plans et de budget pour la transition vers un système éducatif totalement inclusif. La politique ne précise pas comment les enfants seront enseignés dans leur propre langue, y compris la langue des signes kenyane. Enfin, la politique ne décrit pas suffisamment les programmes nécessaires pour lutter contre la discrimination et l'exclusion auxquelles sont confrontées les filles et les femmes handicapées dans l'accès à l'éducation. Par exemple, aucun programme n'est proposé pour lutter contre la discrimination fondée sur le sexe et le handicap en classe ou pour prévenir les brimades, le harcèlement et/ou la violence sexiste dans les écoles à l'encontre des filles et des femmes handicapées.[[52]](#footnote-52)

**Le plan stratégique national pour le secteur de l'éducation**

Ce plan appelle à une éducation inclusive et met en évidence l'exclusion à laquelle les apprenants handicapés ont été confrontés dans l'accès à l'éducation. Le plan stratégique identifie les apprenants handicapés comme un groupe cible pour la réduction des disparités dans l'accès et le maintien dans l'enseignement primaire. La stratégie appelle également à une transition progressive vers l'éducation inclusive, notamment :

* Rénover les infrastructures, équiper et doter en personnel les écoles ordinaires, les écoles spéciales, les unités spéciales et les programmes intégrés (334 écoles ordinaires, 290 écoles primaires spéciales, 470 unités spéciales, 47 programmes intégrés, 35 écoles secondaires spéciales, 78 écoles secondaires intégrées) afin d'offrir une éducation inclusive et de servir de CRIE ;
* Moderniser et équiper un atelier du KISE pour la production d'appareils, de technologies et de matériaux d'assistance ;
* Effectuer une évaluation des besoins afin d'établir les ressources d'apprentissage spécialisées, les dispositifs d'assistance et les technologies nécessaires pour soutenir l'éducation inclusive ;
* Fournir des ressources d'apprentissage spécialisées, des appareils et des technologies d'assistance aux apprenants ayant des besoins spéciaux et un handicap ;
* Fournir du matériel pédagogique à 334 écoles régulières inclusives ;
* Créer, équiper et doter en personnel une Académie nationale pour les enfants doués et talentueux ;
* Adapter et transcrire les documents imprimés pour les apprenants ayant des besoins particuliers ;
* Développer un coût unitaire différencié pour les apprenants et les stagiaires ayant des besoins spéciaux et des handicaps afin d'éclairer la planification et le financement de l'éducation inclusive
* *Élaborer des lignes directrices et un programme d'études pour la prestation d'un enseignement à domicile et soutenir sa mise en œuvre.*

*La stratégie décrit également des activités visant à soutenir des services d'intervention précoce plus efficaces dans le domaine de l'éducation et à soutenir une éducation inclusive de qualité grâce à un programme d'études et une formation des enseignants améliorés. La stratégie définit des objectifs et des activités visant à garantir que les écoles sont accessibles et inclusives. Enfin, la stratégie définit des activités et des objectifs visant à assurer la collaboration, la responsabilisation et la sensibilisation des parties prenantes en matière d'éducation inclusive.[[53]](#footnote-53) Ce plan fournit la stratégie la plus complète pour la réforme du système éducatif en vue d'un système totalement inclusif dans le pays. Il appartiendra au mouvement des personnes handicapées de suivre ses progrès dans la mise en œuvre.*

**Les politiques des SDG en matière d'éducation : Un cadre politique pour la réforme de l'éducation et de la formation en vue du développement durable au Kenya**

Le ministère de l'éducation a publié un document politique pour la réforme de l'éducation conformément aux SDG et dans ce cadre politique, il y a une brève section sur l'éducation des besoins spéciaux. Il appelle à la mise en place d'une éducation inclusive, mais les stratégies qu'il expose sont vagues et demandent un renforcement de l'évaluation pour l'identification précoce et la réforme de l'éducation spéciale. Il n'est pas clair si le cadre politique adopte une approche d'éducation inclusive qui s'aligne sur l'article 24 de la CDPH ou non.

1. **Le cadre juridique et politique du SDG 8 : Travail décent et développement économique**

**1. Le cadre juridique du SDG 8 au Kenya**

**La loi sur l'emploi (2007)**

Cette loi prévoit des règlements concernant les conditions d'emploi et, à l'article 5, elle interdit la discrimination et le harcèlement, directement ou indirectement, à l'encontre des employés ou des employés potentiels, en raison d'un handicap, du sexe, de la race, de la langue, de la religion et d'autres marqueurs d'identité non majoritaires en ce qui concerne le recrutement, la formation, la promotion, les conditions d'emploi, la cessation d'emploi ou d'autres questions liées à l'emploi. La loi précise également que les mesures d'action positive ne constituent pas une forme de discrimination. Conformément à l'article 24 de la CDPH, la loi demande un salaire égal pour un travail égal et interdit le travail forcé. La loi ne prévoit pas d'aménagements raisonnables dans l'accès au travail et à l'emploi, ni ne réglemente le fait que son refus constitue une discrimination fondée sur le handicap. Bien que la loi ne traite pas de questions spécifiques telles que les aménagements raisonnables pour les personnes handicapées, le projet de loi 2019 sur les personnes handicapées (en cours d'abrogation) a comblé ces lacunes conformément aux dispositions de la CDPH et à la Constitution du Kenya (2010).[[54]](#footnote-54)

**La loi sur les personnes handicapées (2003)[[55]](#footnote-55) relative à l'emploi**

La loi sur les personnes handicapées n'interdit pas explicitement la discrimination fondée sur le handicap lors de l'accès au travail ou à l'emploi. Elle stipule plutôt qu'aucune personne handicapée ne peut se voir refuser exige des employeurs qu'ils fournissent des aménagements raisonnables, mais ce n'est pas stipulé comme un droit et si un aménagement raisonnable n'est pas fourni, la loi n'indique pas explicitement qu'il s'agit d'une forme de discrimination.

L'article 12 (Emploi) de la loi stipule que

1. Nul ne peut refuser à une personne handicapée l'accès à des possibilités d'emploi approprié
2. Un travailleur qualifié handicapé est soumis aux mêmes conditions d'emploi et aux mêmes compensations, privilèges, avantages, bénéfices marginaux, incitations ou allocations que les travailleurs qualifiés non handicapés
3. Un salarié handicapé a droit à une exonération d'impôt sur tous les revenus provenant de son emploi.

La loi sur les personnes handicapées oblige les employeurs à fournir des aménagements raisonnables, mais ce n'est pas un droit et si un aménagement raisonnable n'est pas fourni, la loi ne précise pas explicitement qu'il s'agit d'une forme de discrimination. La loi sur les personnes handicapées prévoit également des incitations pour les employeurs, notamment des exonérations et des déductions fiscales pour la mise en œuvre d'aménagements raisonnables sur le lieu de travail.

**Projet de loi sur la langue des signes kényane 2019**

Le Parlement du Kenya élabore actuellement le projet de loi sur la langue des signes kenyane, 2019. Ce projet de loi donne effet à l'article 7(3)(b) de la Constitution sur la promotion et le développement de l'utilisation de la langue des signes kenyane ; donne effet à l'article 54(1)(d) ; prévoit l'inclusion de la langue des signes dans les programmes d'enseignement ; prévoit l'utilisation de la langue des signes dans les procédures judiciaires. Par exemple, le projet de loi demande qu'un employeur crée des aménagements raisonnables pour les personnes sourdes ou malentendantes et que le gouvernement prenne toutes les mesures nécessaires pour développer les compétences en langue des signes chez les personnes entendantes en proposant la langue des signes kényane comme matière dans le programme d'enseignement général. La langue des signes kenyane doit également être proposée comme discipline d'étude dans les établissements de formation technique et professionnelle, les collèges publics et les universités publiques.

**2. Le cadre politique sur l'accès au travail et à l'emploi au Kenya**

**Le plan stratégique du ministère du travail et de la protection sociale pour 2018-2022**

Cette politique identifie les personnes handicapées comme l'un des groupes confrontés aux taux les plus élevés de pauvreté et d'inégalité au Kenya et présente de nombreuses réformes et initiatives politiques visant à leur donner une autonomie économique. Elle souligne la nécessité de programmes de formation professionnelle inclusifs pour accroître la participation des personnes handicapées aux processus de formation et de développement. Il appelle à la mise en place d'appareils d'assistance et de pôles technologiques accessibles dans tout le Kenya. La stratégie donne la priorité à la finalisation de la loi sur le handicap de 2018 et à la création d'un mécanisme de coordination inter-agences pour soutenir la mise en œuvre d'un cadre juridique sur le handicap. Enfin, la stratégie appelle également à un plaidoyer national sur les droits des personnes handicapées afin de mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination dont elles sont victimes.[[56]](#footnote-56)

Cette politique décrit également les programmes et les initiatives politiques visant à lutter contre les inégalités entre les sexes dans le domaine du travail et de l'emploi. La stratégie préconise l'intégration des questions de genre et de handicap dans le domaine du travail. Bien que la politique aborde à la fois le genre et le handicap, elle n'adopte pas une approche intersectionnelle du handicap en examinant les obstacles spécifiques auxquels les femmes handicapées sont confrontées pour accéder au travail et à l'emploi ou leurs besoins spécifiques en matière de prestations de protection sociale.

La stratégie a des résultats et des produits concrets en ce qui concerne l'intégration du handicap et de l'égalité des sexes et la mise en œuvre d'un cadre juridique sur les droits des personnes handicapées. Toutefois, la stratégie ne permet pas de savoir si l'accès au travail, à l'emploi et à la protection sociale est compris dans la perspective de la CDPH. La stratégie n'aborde pas, par exemple, les coûts supplémentaires liés au handicap et la manière dont ceux-ci devraient être intégrés dans les mécanismes de protection sociale. La stratégie n'aborde pas les réformes nécessaires pour garantir l'accès au travail et à l'emploi, telles que les aménagements raisonnables, l'interdiction de la discrimination fondée sur le handicap avec des recours et des sanctions efficaces.

**La politique de diversité dans la fonction publique (2016)**

Cette politique exige de chaque institution de service public qu'elle adopte des mesures qui facilitent la réalisation des principes constitutionnels visant à garantir un service public inclusif. Elle exige qu'au moins cinq pour cent (5 %) des personnes nommées dans le secteur public soient des personnes handicapées. Dans les cas où une institution de la fonction publique n'a pas satisfait à cette exigence, des mesures doivent être mises en place, y compris l'adoption d'actions positives pour assurer une réalisation progressive dans les cinq ans suivant l'entrée en vigueur. Il n'est pas clair quels mécanismes de contrôle seront mis en place pour ce quota ou quelles sont les sanctions en cas de non-respect. La politique n'aborde pas la question des aménagements raisonnables sur le lieu de travail. Il existe une politique et des lignes directrices sur le handicap pour la fonction publique (2018) qui a été rédigée mais n'a pas encore été approuvée.[[57]](#footnote-57)

**Vision 2030 du Kenya**

Il s'agit du principal cadre de développement du pays pour la mise en œuvre des SDG. Il est divisé en différents piliers thématiques et le handicap et le genre sont traités dans le pilier social dans une sous-section sur le genre et les groupes vulnérables. La portée de la Vision 2030 pour aborder les droits des femmes et des filles handicapées est limitée. Le problème majeur est que les questions de genre et de handicap sont enfermées dans le pilier social de la Vision 2030 au lieu d'être incluses dans toutes les sections de la stratégie. Deuxièmement, les initiatives conçues pour traiter le handicap sont des efforts fragmentaires qui découlent d'un modèle médical ou caritatif. Ces initiatives sont fondées sur la ségrégation scolaire et sur des programmes d'aide financière et matérielle à petite échelle qui ne créeront pas les conditions d'une participation pleine et effective des femmes et des filles handicapées dans la communauté.

Dans le troisième plan à moyen terme 2018-2022 visant à mettre en œuvre la Vision 2030, l'égalité des sexes et l'autonomisation des personnes handicapées continueront à être une priorité. Toutefois, la plupart des initiatives reposent sur des subventions, le versement d'appareils d'assistance, l'accès aux marchés publics et aux microcrédits plutôt que sur la lutte contre les inégalités et les obstacles structurels auxquels sont confrontées les femmes et les filles handicapées. Le plan précise qu'un projet de loi national sur l'égalité doit être élaboré et vise à finaliser une politique nationale sur le handicap. Le plan n'utilise pas une optique intersectionnelle pour examiner la situation unique des femmes et des filles handicapées, mais maintient plutôt une séparation entre l'intégration de la dimension de genre et l'intégration du handicap.[[58]](#footnote-58)

# B. Le cadre juridique et politique de la SDG 3 (Vie saine et bien-être pour tous) au Kenya

La Constitution du Kenya prévoit que toute personne a droit au meilleur état de santé possible et aux services de soins de santé, comme le garantit l'article 43, point a), et dans le cas des enfants, l'article 53, paragraphe 1, point c). En outre, l'article 56 de la Constitution impose à l'État l'obligation de mettre en place des programmes visant à garantir que les minorités et les groupes marginalisés, y compris les personnes handicapées, aient accès aux services de santé. Malgré ces garanties dans la Constitution, le cadre juridique et politique en matière de santé ne va pas assez loin pour mettre en œuvre l'article 25 de la CDPH (Santé) et assurer une vie saine pour tous comme le souligne la SDG 3 (Vie saine et bien-être pour tous). Les lacunes en matière de conformité avec l'article 25 de la CDPH signifient que les personnes handicapées n'ont pas accès à des services de santé de qualité, accessibles, abordables et pertinents sur un pied d'égalité avec les autres et qu'elles sont laissées pour compte dans le système de santé.

**1. Le cadre juridique de l'accès à la santé au Kenya**

**La loi nationale sur la santé de 2017**

La loi nationale sur la santé, la loi 21 de 2017, n'interdit pas la discrimination (sur quelque base que ce soit) dans l'accès aux soins de santé. Au contraire, la loi sur la santé nationale vise à protéger, respecter et réaliser les droits à la santé de toutes les personnes au Kenya par la réalisation progressive de leur droit au meilleur état de santé possible, y compris les soins de santé génésique et le droit aux traitements médicaux d'urgence (article 3 (b)). Dans la section 3 (c) de la loi, elle assure la réalisation des droits à la santé de tous les groupes vulnérables, y compris les femmes et les personnes handicapées entre autres groupes. En ce qui concerne les droits à la santé génésique, l'article 6 de la loi garantit le droit des hommes et des femmes en âge de procréer d'avoir accès à des services de santé génésique qui soient sûrs, efficaces, abordables et acceptables. L'article 9 de la loi régit le consentement et, à l'alinéa a) du paragraphe 1 de l'article 9, elle précise que : aucun service de santé spécifié ne peut être fourni à un patient sans son consentement éclairé, sauf si le patient n'est pas en mesure de donner son consentement éclairé et que ce consentement est donné par une personne mandatée ou autorisée à le faire. Au paragraphe 9 (3), la loi définit le consentement éclairé comme suit : **consentement à** la fourniture d'un service de santé spécifié donné par une personne ayant la capacité juridique de le faire et qui a été informée comme prévu à l'[article 8 de la](http://kenyalaw.org:8181/exist/kenyalex/actview.xql?actid=No.%2021%20of%202017#KE/LEG/EN/AR/H/NO.%2021%20OF%202017/sec_8) présente loi.[[59]](#footnote-59)

La CDPH reconnaît l'égalité de la capacité juridique et le consentement libre et éclairé des personnes handicapées. L'article 25 oblige les professionnels de la santé à fournir des soins aux personnes handicapées sur la base d'un consentement libre et éclairé. Comme l'exige la CDPH 25, la loi ne garantit pas le droit à des services de santé et de santé reproductive accessibles et n'impose pas d'aménagements raisonnables pour l'accès à ces services. La loi sur la santé n'interdit pas toutes les formes de discrimination dans la fourniture de soins de santé sur la base du handicap et le refus de services aux personnes handicapées constitue une discrimination fondée sur le handicap. Elle n'impose pas d'aménagements raisonnables dans l'accès à tous les services de santé et ne reconnaît pas que le refus de ces services constitue une discrimination fondée sur le handicap. Elle traite de la confidentialité des informations relatives à la santé mais ne protège pas explicitement la confidentialité des informations relatives à la santé des personnes handicapées, y compris les femmes et les filles handicapées.

**Fonds national d'assurance maladie**

La couverture médicale du gouvernement (par le biais du Fonds national d'assurance maladie - NHIF) offre une couverture limitée, ce qui signifie que les personnes handicapées nécessitant des services médicaux tels que l'ergothérapie, l'orthophonie et la physiothérapie doivent payer séparément pour ce service privé. En exigeant des personnes handicapées qu'elles paient les services de santé liés au handicap de manière privée, cela signifie qu'elles doivent payer un supplément pour que leurs besoins de santé soient satisfaits. Cela est contraire à l'article 28 (Niveau de vie adéquat et protection sociale) qui exige des États qu'ils prennent en compte les coûts supplémentaires liés au handicap dans les régimes de protection sociale tels que les services de santé liés au handicap ou les services de soutien tels que l'assistance personnelle qui permettent aux personnes handicapées de vivre de manière indépendante et d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé.

**Loi sur les personnes handicapées (2003)**

L'article 20 de la loi sur les personnes handicapées (2003) traite de la santé et charge le Conseil national des personnes handicapées de renforcer les capacités du ministère de la santé en ce qui concerne les besoins des personnes handicapées en matière d'accès aux soins de santé. La loi sur les personnes handicapées charge également le Conseil national des personnes handicapées (NCPWD) de surveiller la fourniture de services de soins de santé aux personnes handicapées. L'externalisation de la responsabilité du suivi au Conseil national est problématique à de nombreux niveaux ; le conseil n'a pas la capacité ou le budget nécessaire pour contrôler l'accès aux soins de santé des personnes handicapées à l'échelle nationale. En outre, le contrôle de l'accès à la santé devrait relever de la responsabilité du ministère de la santé afin de garantir l'obligation de rendre des comptes et non de compenser sa responsabilité envers le Conseil national qui manque de ressources et n'est pas habilité à sanctionner ceux qui ne fournissent pas les services de manière adéquate.

**Loi sur la santé mentale de 2018**

La loi sur la santé mentale est axée sur la promotion du bien-être, la prévention des maladies mentales par la réadaptation et/ou le traitement tout en garantissant la protection des droits des personnes souffrant de handicaps psychosociaux. La loi définit les personnes souffrant de handicaps psychosociaux d'un point de vue médical en les désignant comme des personnes souffrant de troubles mentaux qui ont été diagnostiquées comme des personnes psychopathes souffrant de maladie mentale et des personnes souffrant de déficience mentale due à l'abus d'alcool ou de substances.

La loi est guidée par un ensemble de principes qui comprennent la promotion et la réalisation du droit au meilleur état de santé possible, tel que consacré par l'article 43 de la Constitution, et la préservation de la liberté et de la dignité de chaque être humain. La loi prévoit également la mise en œuvre de politiques et de plans de soins pour les personnes atteintes de maladie mentale. Le concept de soins est souvent en contradiction avec le paradigme des droits de l'homme en matière d'aide aux personnes handicapées, car la notion de soins a souvent été utilisée pour traiter les personnes handicapées comme des bénéficiaires passifs de soins plutôt que comme des détenteurs de droits contrôlant les services qu'ils choisissent d'utiliser. Les services de soins ont également pour héritage l'enfermement et l'objectivation des personnes handicapées dans des institutions ou des établissements de soins de longue durée.[[60]](#footnote-60)

Le projet de loi prévoit une dérogation entre une approche fondée sur les droits protégeant les personnes souffrant de handicaps psychosociaux contre la discrimination et la mise en place de traitements et d'interventions pour traiter les maladies mentales. Il établit des normes de soins pour les établissements de traitement des maladies mentales avec une augmentation du financement et de la formation des professionnels de la santé mentale, des investissements dans les produits psychopharmaceutiques et une augmentation des services de réadaptation, plutôt que de fournir un cadre pour un soutien complet et communautaire en fonction des besoins individuels des personnes. La loi est incompatible avec la CDPH sur un certain nombre de droits essentiels, notamment le consentement éclairé, la capacité juridique et la discrimination fondée sur le handicap dans l'accès à l'assurance maladie. La loi définit le consentement éclairé pour le traitement à l'article 3 B qui permet de considérer qu'une personne est incapable de donner son consentement éclairé et de réglementer ces droits à un décideur de substitution. Cette disposition n'est pas conforme à l'article 25 de la CDPH et à l'article 12 de la CDPH (Reconnaissance égale devant la loi), car elle ne le fait pas :

* Reconnaître le droit au consentement libre et éclairé de chaque individu, quel que soit son statut formel de capacité juridique
* Interdire aux décideurs substituts de donner leur consentement au nom des personnes handicapées et garantir la disponibilité d'une prise de décision assistée[[61]](#footnote-61) pour les décisions relatives aux soins de santé
* Interdire l'autorisation d'interner des personnes dans des services de santé mentale ou l'imposition d'un traitement obligatoire dans des institutions ou dans la communauté

En outre, la loi ne garantit pas la disponibilité d'informations sur la planification préalable et d'autres formes de prise de décision assistée, ni l'accès à ces informations, comme l'exige l'article 12 de la CDPH (Reconnaissance égale devant la loi). Toutefois, la loi interdit la discrimination dans l'accès à l'assurance maladie sur la base de leur handicap dans la partie II, section 3D.[[62]](#footnote-62)

**2. Cadre politique sur l'accès à la santé au Kenya**

**Politique de santé : Politique de santé du Kenya 2014-2030**

La politique de santé du Kenya appelle les gouvernements nationaux et des comtés à mettre en place des mesures pour réaliser progressivement le droit à la santé tel que décrit dans l'article 21 de la Constitution. Le secteur de la santé utilisera une approche fondée sur les droits de l'homme dans la prestation des soins de santé et intégrera les normes et principes des droits de l'homme dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions et programmes de santé. Cela inclut la dignité humaine, l'attention portée aux besoins et aux droits de tous, avec un accent particulier sur les enfants, les personnes handicapées, les jeunes, les minorités et les groupes marginalisés, ainsi que les membres plus âgés de la société (Constitution du Kenya 2010, articles 53-57), et la garantie que les services de santé sont accessibles à tous. L'objectif politique relatif aux services de santé essentiels stipule que : La fourniture de services de santé essentiels sera axée sur la fourniture de soins de santé abordables, équitables, accessibles et de qualité, répondant aux besoins des clients.[[63]](#footnote-63)

Si la politique inclut le terme "accessible" à plusieurs reprises et vise à garantir des soins de santé de qualité répondant aux besoins de tous, elle ne garantit pas explicitement l'égalité d'accès des personnes handicapées aux services de santé généraux (y compris la santé sexuelle et reproductive, la santé mentale, le VIH/sida, la santé des adolescents et des personnes âgées, etc. La politique n'aborde pas le démantèlement des obstacles à la santé auxquels les personnes handicapées, et en particulier les femmes et les filles handicapées, sont confrontées, ni n'établit de normes d'accessibilité pour les services de santé. La politique ne répond pas au besoin de services de santé spécialisés[[64]](#footnote-64) qui répondent aux besoins de santé des personnes handicapées et des professions spécialisées qui peuvent fournir ces services. [[65]](#footnote-65) Elle appelle seulement à l'extension des services de réadaptation et des services psychologiques. Comme l'a souligné le rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées, afin de réaliser l'article 25 de la CDPH, le cadre de la politique de santé doit garantir l'intégration de services complets d'adaptation et de réadaptation liés à la santé ainsi que des appareils et accessoires fonctionnels dans les soins de santé primaires[[66]](#footnote-66). Enfin, la politique ne prévoit pas de budget spécifique ni de résultats ciblés pour améliorer les résultats sanitaires des personnes handicapées par des mesures globales visant à garantir que les femmes et les filles handicapées ainsi que toutes les personnes handicapées puissent accéder aux services de santé sur une base d'égalité afin d'assurer la bonne santé et le bien-être de tous.

**Politique nationale de santé sexuelle et reproductive des adolescents 2015**

La politique nationale de santé sexuelle et reproductive des adolescents s'adresse aux personnes handicapées et en particulier aux jeunes handicapés, qui constituent l'un des principaux groupes marginalisés dans l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. En tant que telle, la politique vise à promouvoir des informations et des services de santé sexuelle et génésique "adaptés aux besoins des personnes handicapées". La politique désigne le Conseil national des personnes handicapées comme l'organe responsable de veiller à ce que les services de santé sexuelle et génésique tiennent compte du handicap.[[67]](#footnote-67) Bien que la politique identifie les jeunes handicapés comme un groupe marginalisé, elle n'énonce aucune mesure politique pour traiter les obstacles auxquels ils sont confrontés dans l'accès et l'utilisation des services de santé sexuelle et génésique.

**Politique en matière de santé mentale**

La politique de santé mentale adopte l'approche de l'OMS en matière de soutien aux services de santé mentale, qui prévoit des allocations budgétaires conformes aux normes de l'OMS et des programmes de financement de la santé communautaire pour soutenir les services de santé mentale. Les priorités en matière de prestation de services de santé mentale établies dans la politique exigent des services qui soient abordables, accessibles, équitables, durables et de bonne qualité. Elle appelle à l'intégration du système de santé mentale dans le système de santé général et les services comprennent la prévention, le traitement et la réadaptation. La politique appelle à une augmentation de la réadaptation à base communautaire, au soutien des familles et des soignants, à la mise en place d'installations récréatives et thérapeutiques communautaires et de programmes de protection sociale et de prestations d'invalidité. La politique adopte une approche sexospécifique en tenant compte de la prévalence plus élevée des handicaps mentaux chez les femmes et les filles et des multiples formes de discrimination et de violation des droits de l'homme que subissent les femmes et les filles. Toutefois, elle n'appelle pas à la mise en place de programmes ou de services spécifiques fondés sur le sexe.

Cette politique n'appelle pas à une réévaluation du système global de santé mentale qui est basé sur le traitement et la médicalisation de la santé mentale. Elle ne traite pas de la fermeture d'institutions ou de centres de traitement résidentiel à long terme, d'hôpitaux psychiatriques ou d'autres formes d'institutionnalisation. Bien qu'il appelle à des services de réadaptation à base communautaire, il ne souligne pas la nécessité d'autres services à base communautaire et dirigés par les utilisateurs qui sont pertinents pour les besoins des personnes souffrant de handicaps psychosociaux et les aident à vivre dans la communauté, comme le souligne l'article 19 de la CDPH (Vivre de manière indépendante et être inclus dans la communauté).[[68]](#footnote-68)

# D. Le cadre juridique et politique de la SDG 5 : Égalité des sexes au Kenya

Le cadre juridique et politique sur l'égalité des sexes au Kenya ne fait pas grand-chose pour promouvoir les droits des femmes et des filles handicapées. Les lois sur l'égalité des sexes ne traitent pas des femmes et des filles handicapées en faisant explicitement référence aux obstacles et aux violations des droits auxquels elles sont confrontées.

**1. Cadre législatif type sur la violence sexuelle et sexiste, 2018**

Le ministère du genre et de l'égalité a élaboré un cadre législatif pour lutter contre la violence sexuelle et sexiste au niveau des comtés au Kenya. Dans ce cadre, les femmes et les filles handicapées sont très peu mentionnées et le cadre ne traite pas explicitement des violations des droits spécifiques auxquelles les femmes et les filles handicapées sont confrontées en matière de violence sexuelle et sexiste. Le cadre prévoit la collecte et la ventilation des données par sexe et par handicap, ainsi que la participation d'une personne handicapée au comité de gestion de la violence sexuelle et sexiste au niveau du comté.[[69]](#footnote-69)

**Politique nationale sur le genre et le développement 2019**

Cette politique s'attaque aux formes de discrimination intersectionnelles auxquelles les femmes et les filles sont confrontées en raison de leur âge, de leur handicap ou de leur appartenance à une communauté marginalisée. Cette politique prévoit des interventions programmatiques pour lutter contre les formes de discrimination intersectionnelles, notamment : le soutien à la production de données factuelles sur l'ampleur, les effets et les implications des différentes inégalités que présente la discrimination intersectionnelle et multiple ; le respect des dispositions constitutionnelles et juridiques contre la discrimination ; et des mesures ciblées pour lutter contre les inégalités intersectionnelles et multiples.[[70]](#footnote-70)

**Politique nationale et plan d'action sur les droits de l'homme Kenya, 2014**

Cette politique se concentre sur un ensemble de domaines prioritaires en matière de droits de l'homme et de droits de groupes spécifiques qui ont été identifiés par le public lors d'auditions nationales. Les droits de groupes spécifiques, des groupes particuliers de personnes qui font face à des défis uniques dans la réalisation égale de leurs droits et qui ont besoin de protections supplémentaires, sont les suivants : les femmes, les enfants, les personnes handicapées, les jeunes, les personnes âgées, les groupes marginalisés et minoritaires, les personnes déplacées à l'intérieur du pays et les réfugiés.

En ce qui concerne les personnes handicapées, la politique définit des actions prioritaires qui comprennent

1. Mettre en œuvre les droits des personnes handicapées par des mesures politiques, législatives, administratives, judiciaires et autres, y compris des mesures de discrimination positive ;

2. Mettre en place un cadre favorable aux personnes handicapées afin de garantir la réalisation de leur plein potentiel de participation à la vie politique, sociale, culturelle et économique ; et

3. Renforcer les institutions nationales qui promeuvent les droits des personnes handicapées

La politique n'indique pas clairement comment les droits des personnes handicapées seront traités par le cadre juridique et si la politique appelle à des réformes juridiques ou à la mise en œuvre des lois existantes. La politique ne mentionne pas la modification ou l'élaboration de lois et de politiques pour se conformer à la CDPH. La politique n'adopte pas une approche intersectionnelle de la discrimination dans le traitement des droits des femmes.[[71]](#footnote-71)

# E. Données et informations sur le handicap et le genre au Kenya - SDG 17 : Partenariats pour les objectifs

Cette section traite spécifiquement de la cible **17.18 des** SDG **:** *d'ici 2020, renforcer l'aide au renforcement des capacités des pays en développement, notamment des pays les moins avancés et des petits États insulaires en développement, afin d'accroître sensiblement la disponibilité de données de qualité, actuelles et fiables, ventilées par revenu, sexe, âge, race, ethnicité, statut migratoire, handicap, situation géographique et autres caractéristiques pertinentes dans les contextes nationaux. Conformément à l'*article 31 de la CDPH (Statistiques et collecte de données), les données et informations recueillies par les États devraient être ventilées et utilisées pour aider à évaluer la mise en œuvre des obligations des États parties en vertu de la présente Convention et pour identifier et traiter les obstacles rencontrés par les personnes handicapées dans l'exercice de leurs droits. Afin de comprendre les obstacles rencontrés par les femmes et les filles handicapées, les données devraient être ventilées par handicap et par sexe (homme, femme, non binaire) ainsi que par âge et autres caractéristiques clés telles que la géographie, l'ethnicité, etc.

En ce qui concerne l'article 31 de la CDPH (Statistiques et collecte de données) et l'article 6 de la CDPH (Femmes handicapées), en 2019, le recensement national de la population et du logement de 2019, pour la première fois, le Kenya a utilisé la courte série de questions du Groupe de Washington pour identifier le nombre de personnes handicapées dans le pays, ventilé par sexe.

Le recensement national du logement et de la population du Kenya (2019) est terminé, mais le Bureau national des statistiques du Kenya (KNBS) n'a pas encore publié la monographie sur le handicap. L'enquête intégrée sur le budget des ménages du Kenya (KNBS, 2018) a établi une prévalence du handicap de 2,8 % (mais cette donnée a été fortement contestée). Sur la base des estimations de l'OMS et de la Banque mondiale selon lesquelles la population mondiale de personnes handicapées est de 15 %, cela signifie qu'il pourrait y avoir 7 134 644 (3 532 208 hommes et 3 602 207 femmes) personnes handicapées au Kenya.

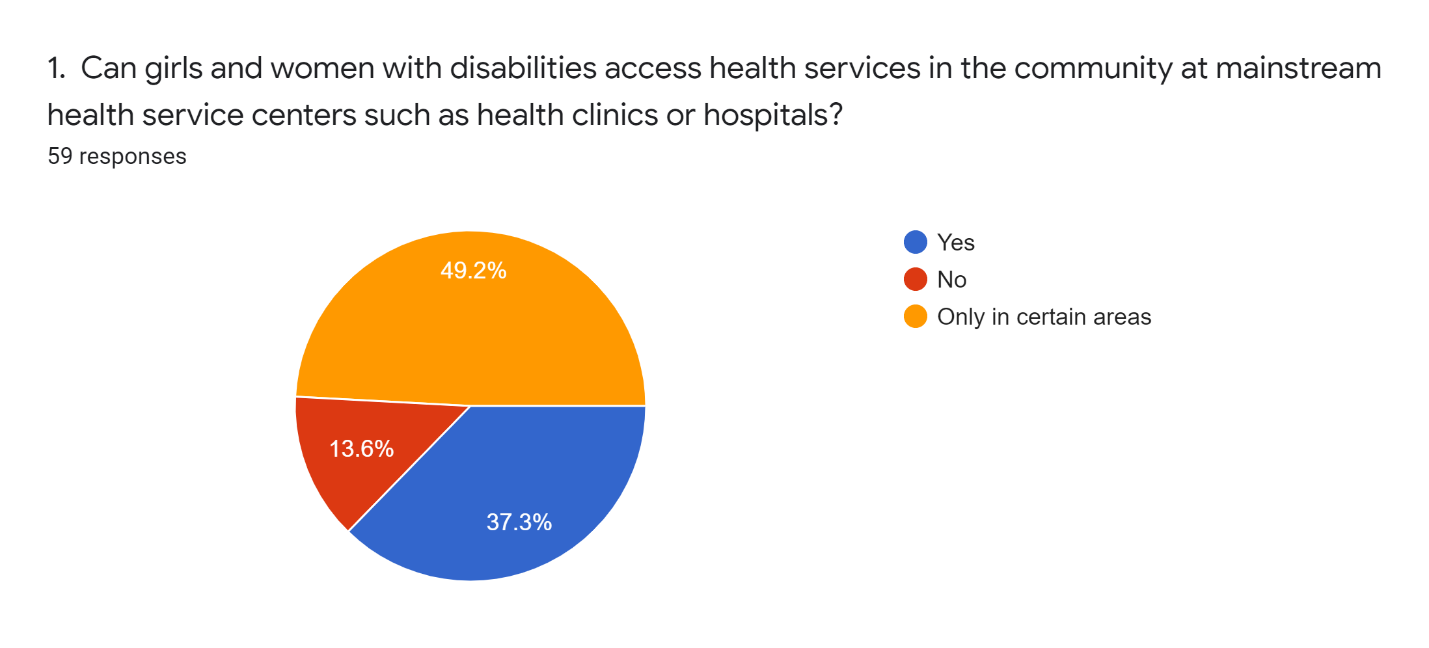
Le Bureau national des statistiques du Kenya n'a actuellement aucune stratégie ou politique en place pour mettre en œuvre des systèmes de collecte de données sur le handicap et le genre ou pour former les collecteurs de données à l'ensemble des questions du Groupe de Washington. Il est encore nécessaire de travailler avec les agences de statistiques au niveau national et au niveau des comtés pour les sensibiliser et renforcer leur expertise afin de collecter et de ventiler avec précision les données sur le handicap et le genre.

# F. Rapport du Focus Group sur la situation des femmes et des filles handicapées au Kenya concernant les SDG 3 (Santé et bien-être), 4 (Éducation de qualité pour tous), 5 (Égalité des sexes) et 8 (Travail décent et croissance économique) au Kenya.

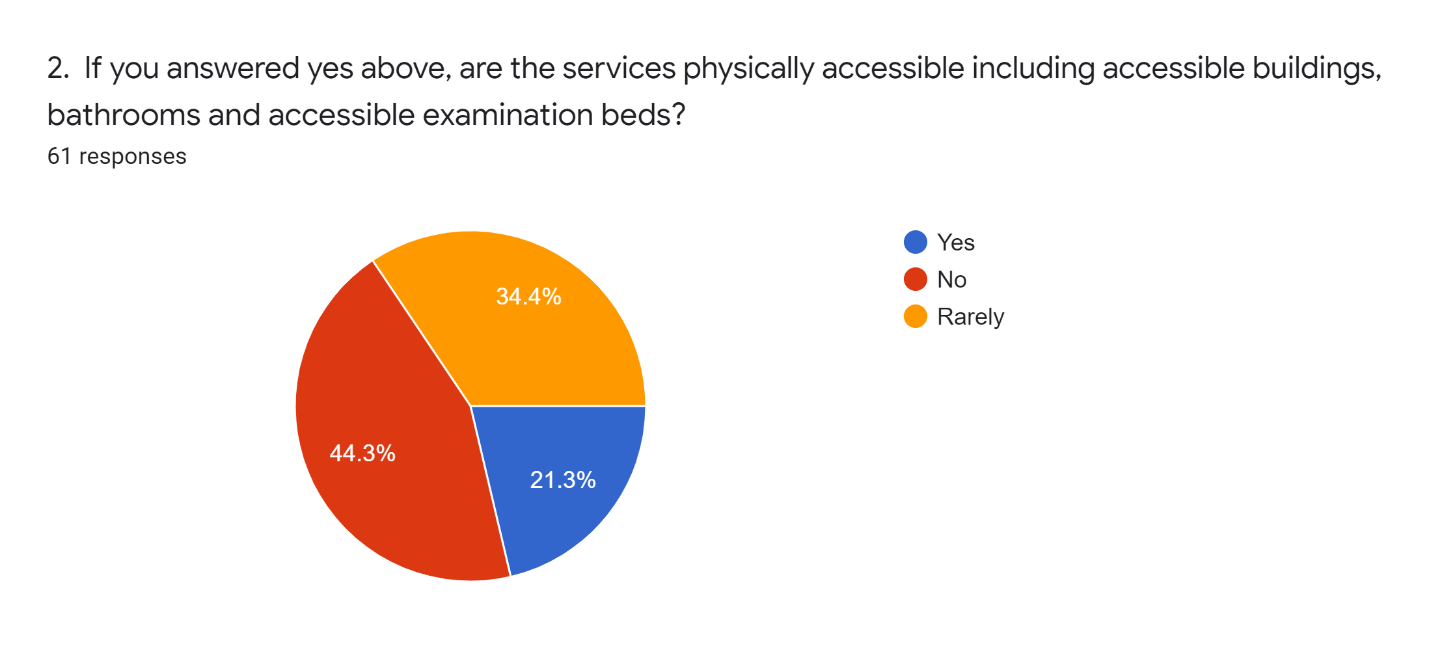
**SDG 3 : Santé et bien-être des femmes et des filles handicapées au Kenya**

Ce questionnaire examine la situation au Kenya pour les femmes handicapées sur la mise en œuvre de la SDG 3 : Bonne santé et bien-être, conformément à l'article 25 (Santé) et à l'article 6 (Femmes handicapées) et à l'article 23 (Respect du domicile et de la famille) de la CDPH. Les questions tentent de mieux comprendre comment les femmes et les filles handicapées accèdent aux services de santé au Kenya, si les services sont fournis dans leurs communautés et dans des cadres qui tiennent compte du genre et du handicap dans le système de santé général, y compris les services de santé sexuelle et reproductive, comme l'exigent les articles 25, 23 et 6 de la CDPH.

En évaluant si les filles et les femmes handicapées peuvent ou non accéder aux services de santé de la communauté dans les centres de services de santé ordinaires, seuls 37,3 % des répondants ont répondu par l'affirmative (voir le graphique 1 ci-dessous). Près de la moitié des répondants (49,2 %) ont déclaré qu'ils ne pouvaient accéder aux services que dans certaines zones. Lorsque ces services sont disponibles, seuls 21 % des répondants ont déclaré que les services sont physiquement accessibles (voir graphique 2) et seuls 2 % des répondants ont estimé que les informations et la communication au sein de ces services étaient fournies dans des formats accessibles.

**Graphique 1: accès aux services de santé dans la communauté**

**Graphique 2 : Les services sont-ils accessibles**

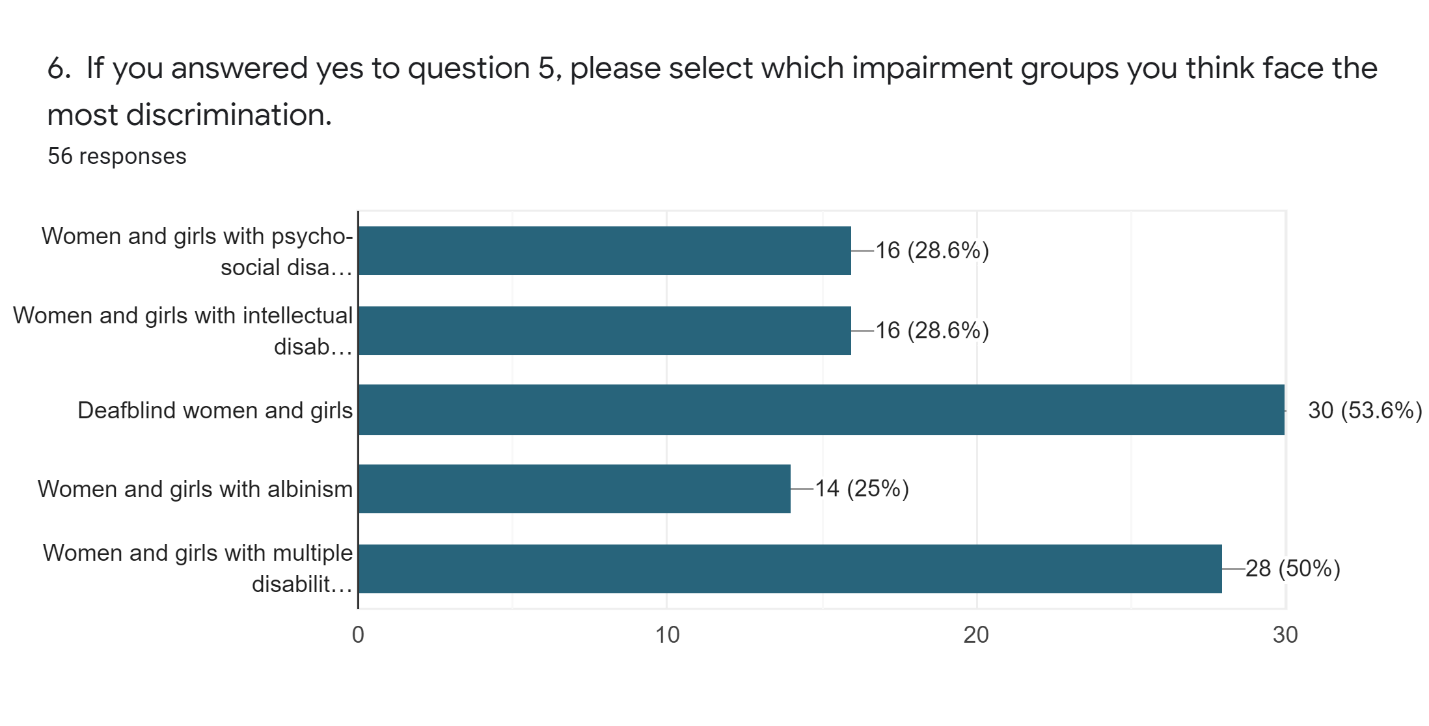


Lorsqu'on a demandé aux répondants d'évaluer les obstacles à l'accès aux services dans le cadre du système de santé général, notamment l'accessibilité, la distance par rapport aux services, le coût ou la stigmatisation et les attitudes discriminatoires, 46,6 % ont répondu que les prestataires de soins de santé avaient des attitudes stigmatisantes et discriminatoires. Les réponses ont été réparties assez équitablement entre les obstacles restants, indiquant que l'accessibilité, la distance entre les services et la communauté et le coût sont également des éléments dissuasifs importants pour l'accès aux soins de santé. Des réformes globales qui abordent non seulement l'accessibilité des services mais aussi les coûts, la proximité de la communauté ainsi que les attitudes des travailleurs de la santé sont essentielles pour garantir l'accès à la santé de toutes les femmes et filles handicapées.

Lorsqu'on a demandé aux répondants d'évaluer les obstacles à l'accès aux services dans le cadre du système de santé général, notamment l'accessibilité, la distance par rapport aux services, le coût ou la stigmatisation et les attitudes discriminatoires, 46,6 % ont répondu que les prestataires de soins de santé avaient des attitudes stigmatisantes et discriminatoires. Les réponses ont été réparties assez équitablement entre les obstacles restants, indiquant que l'accessibilité, la distance entre les services et la communauté et le coût sont également des éléments dissuasifs importants pour l'accès aux soins de santé. Des réformes globales qui abordent non seulement l'accessibilité des services mais aussi les coûts, la proximité de la communauté ainsi que les attitudes des travailleurs de la santé sont essentielles pour garantir l'accès à la santé de toutes les femmes et filles handicapées.

En ce qui concerne les formes multiples et croisées de discrimination auxquelles sont confrontés les différents groupes de femmes et de filles handicapées, nous avons demandé aux répondants si les femmes de certains groupes de handicaps subissent des taux de discrimination plus élevés lorsqu'elles accèdent aux services de santé. Une écrasante majorité de répondants a répondu par l'affirmative à cette question (94,9 %). Ils ont souligné que les femmes et les filles sourdes et aveugles et les femmes et les filles souffrant de handicaps multiples sont confrontées à des taux de discrimination plus élevés. Les répondants ont également indiqué que les femmes et les filles albinos, les femmes souffrant de handicaps psychosociaux et les femmes et les filles souffrant de handicaps intellectuels sont également confrontées à un taux élevé de discrimination (voir graphique 3).

**Graphique 3 : Quels sont les groupes les plus exposés à la discrimination ?**



En ce qui concerne l'accès aux services de santé sexuelle et génésique, les répondants ont été très nombreux à convenir que la plupart des femmes et des filles handicapées ne peuvent pas accéder à ces services. Seulement 32,2 % des personnes interrogées estiment que les femmes handicapées peuvent accéder aux services de santé sexuelle et génésique classiques, notamment les services gynécologiques, les programmes de lutte contre le VIH/sida, les services de santé sexuelle et de planning familial et les tests de dépistage des maladies sexuellement transmissibles. Lorsque les femmes handicapées ont accès à ces services, les personnes interrogées ont déclaré qu'ils ne sont jamais ou rarement accessibles. À la question de savoir si les services sont physiquement accessibles, si l'information et la communication sont accessibles, y compris l'interprétation en braille ou en langue des signes, 70,2 % ont répondu "jamais" et 29,8 % "rarement". Les répondants ont également estimé que certains groupes de personnes handicapées se heurtent à des obstacles plus importants et connaissent des taux de discrimination plus élevés lorsqu'ils accèdent à ces services, notamment : les femmes sourdes-aveugles, les femmes souffrant de handicaps multiples, les femmes souffrant de handicaps psychosociaux, les femmes albinos et les femmes souffrant de handicaps intellectuels (voir graphique 4).

**Graphique 4 : Quels sont les groupes de handicapés les plus discriminés dans l'accès à la santé sexuelle et reproductive**

# 

En ce qui concerne la disponibilité de services spécialisés pour répondre aux besoins de santé des femmes et des filles handicapées, tels que la réadaptation liée à la santé, l'intervention précoce, les services de santé mentale communautaires ou l'orthophonie, 44,1 % des personnes interrogées estiment qu'ils sont rarement disponibles, tandis que 18,6 % déclarent qu'ils ne le sont jamais. Seuls 37,3 % des personnes interrogées ont déclaré que ces services existent au Kenya. Cependant, lorsqu'on leur demande si ces services sont disponibles dans la communauté, 41,1 % des personnes interrogées répondent jamais, tandis que 37,3 % disent qu'ils sont rarement disponibles. 88,9 pour cent des personnes interrogées ont déclaré que lorsque ces services spécialisés sont disponibles, ils ne sont pas abordables.

La SDG 3 vise à atteindre une couverture sanitaire universelle et un accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2030 dans les cibles 3.7 et 3.8. Si seulement 37,3 % des personnes interrogées déclarent pouvoir accéder aux services de santé classiques dans leur communauté, une grande partie de la communauté des personnes handicapées est incapable d'exercer son droit à la santé. L'enquête en ligne montre que les femmes et les jeunes filles handicapées se heurtent à d'importants obstacles dans l'accès aux services de santé sexuelle et génésique au Kenya. En outre, comme l'exige l'article 25 de la CDPH (Santé), les services de santé, y compris les services de santé sexuelle et génésique, au Kenya ne sont pas accessibles à la majorité des femmes handicapées interrogées. De plus, comme l'exige l'article 25 de la CDPH, les services de santé spécialisés pour répondre aux besoins spécifiques des personnes handicapées sont rares et lorsqu'ils existent, ils sont financièrement inaccessibles pour la majorité des personnes interrogées. Si les femmes et les filles handicapées ne peuvent pas accéder aux services de santé sur un pied d'égalité avec les autres membres de leur communauté et ne peuvent pas accéder aux services répondant à leurs besoins de santé, la SDG 3 ne sera pas satisfaite d'ici 2030.

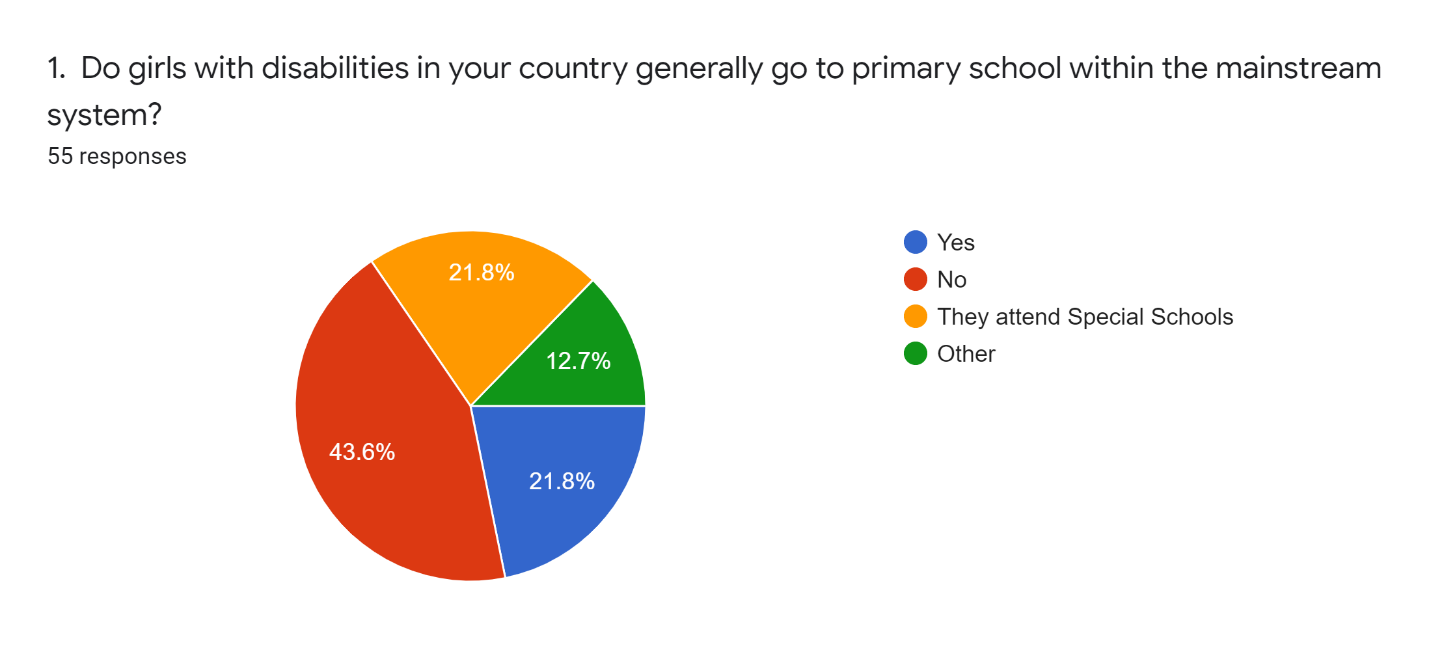
La SDG 3 vise à atteindre une couverture sanitaire universelle et un accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2030 dans les cibles 3.7 et 3.8. Si seulement 37,3 % des femmes et des filles handicapées au Kenya peuvent accéder aux services de santé traditionnels dans leur communauté, la SDG 3 ne sera pas atteinte d'ici 2030.

**SDG 4 : Une éducation de qualité pour les femmes et les filles handicapées au Kenya**

L'enquête en ligne a également examiné la situation au Kenya pour les femmes handicapées sur la mise en œuvre de la SDG 4 : une éducation de qualité en accord avec l'article 24 de la CDPH (éducation) et l'article 6 de la CDPH (femmes handicapées). L'enquête a tenté de se faire une meilleure idée de la manière dont les femmes et les filles handicapées accèdent à l'éducation au Kenya.

En évaluant si les filles handicapées accèdent ou non à l'enseignement primaire ordinaire, 43,6 % des personnes interrogées ont estimé que les filles handicapées ne fréquentent pas l'école primaire au sein des écoles ordinaires. Seules 21,8 % des personnes interrogées estiment que les filles handicapées fréquentent des écoles spéciales, tandis que 21,8 % ont répondu positivement que les filles handicapées accèdent à l'enseignement ordinaire au niveau de l'école primaire. Ces réponses montrent qu'il existe une perception commune selon laquelle les filles handicapées n'accèdent pas à l'enseignement primaire dans les écoles ordinaires (voir graphique 5).

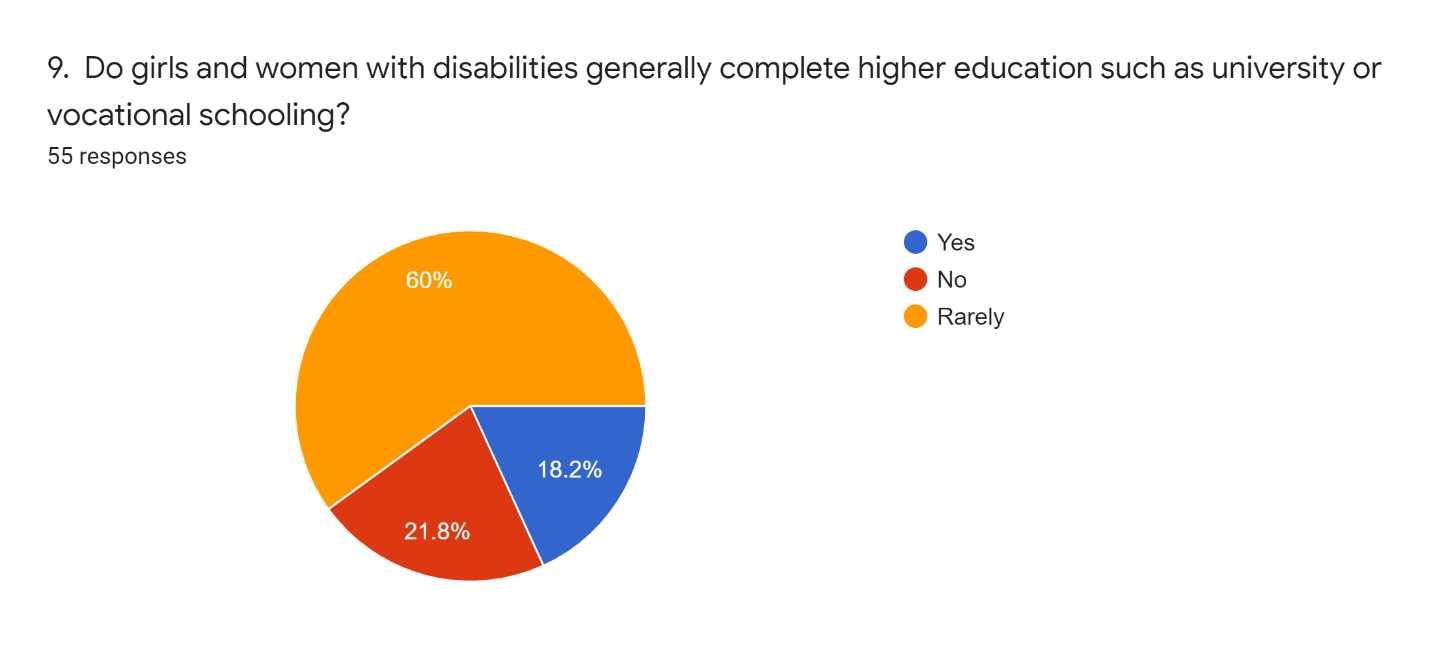
**Graphique 5 : Les filles handicapées fréquentent-elles l'école primaire**



Les répondants ont fait état des divers obstacles à l'accès à l'éducation, notamment : la stigmatisation et les attitudes discriminatoires de la part de la communauté et des écoles ; le manque d'enseignants formés pour soutenir les étudiants handicapés ; l'inaccessibilité des écoles et le manque de ressources éducatives pour soutenir les apprenants handicapés ; les frais de scolarité prohibitifs et le refus des membres de la famille de soutenir leur fille handicapée pour qu'elle aille à l'école ; la discrimination fondée sur le sexe et le handicap de la part des familles et des communautés.

Lorsque les filles handicapées accèdent à l'école primaire, nous avons interrogé les répondants sur les taux de rétention et d'abandon. La majorité des personnes interrogées (66 %) ont répondu que les filles handicapées ne terminent pas l'enseignement primaire et 77 % estiment qu'elles ne vont pas jusqu'au bout de l'enseignement secondaire. En ce qui concerne les niveaux d'enseignement supérieur, la grande majorité des personnes interrogées ont estimé que les filles et les femmes handicapées terminent rarement leurs études universitaires ou professionnelles (voir graphique 6).

**Graphique 6 : Les filles et les femmes handicapées suivent-elles des études supérieures**



Selon les femmes handicapées que nous avons interrogées, les obstacles à l'accès à l'enseignement ordinaire au Kenya sont considérables. Au niveau individuel et communautaire, les personnes interrogées ont estimé que les attitudes discriminatoires à l'égard du sexe et du handicap au sein des familles constituent l'un des principaux obstacles qui empêchent les familles de valoriser la scolarisation de leur fille handicapée. Les frais de scolarité sont également cités comme un obstacle majeur pour les familles dont un membre est handicapé. Les coûts prohibitifs des frais de scolarité obligent les familles à faire des choix quant au membre qu'elles peuvent aider à fréquenter l'école. Compte tenu de l'omniprésence des attitudes discriminatoires à l'égard des femmes et des personnes handicapées, les répondants indiquent que les familles envoient souvent leurs membres masculins non handicapés à l'école et gardent leurs membres féminins handicapés à la maison.

Au niveau des systèmes, les répondants ont souligné que le manque d'écoles accessibles, des services de soutien inadéquats, des enseignants non formés aux méthodes d'éducation inclusive et un programme rigide qui ne répond pas aux besoins éducatifs des apprenants handicapés constituaient les principaux obstacles à l'accès et au maintien à l'école. En outre, sans de vastes campagnes de prévention des brimades et de démantèlement de la stigmatisation et des attitudes discriminatoires, les apprenants handicapés, et en particulier les filles handicapées, continueront à être confrontés à la violence, notamment à la violence sexuelle et sexiste, au harcèlement et aux abus à l'école. L'inaccessibilité des transports et les longues distances à parcourir pour se rendre à l'école ont également été citées par les répondants comme un problème qui empêche les apprenants handicapés d'accéder à l'éducation.

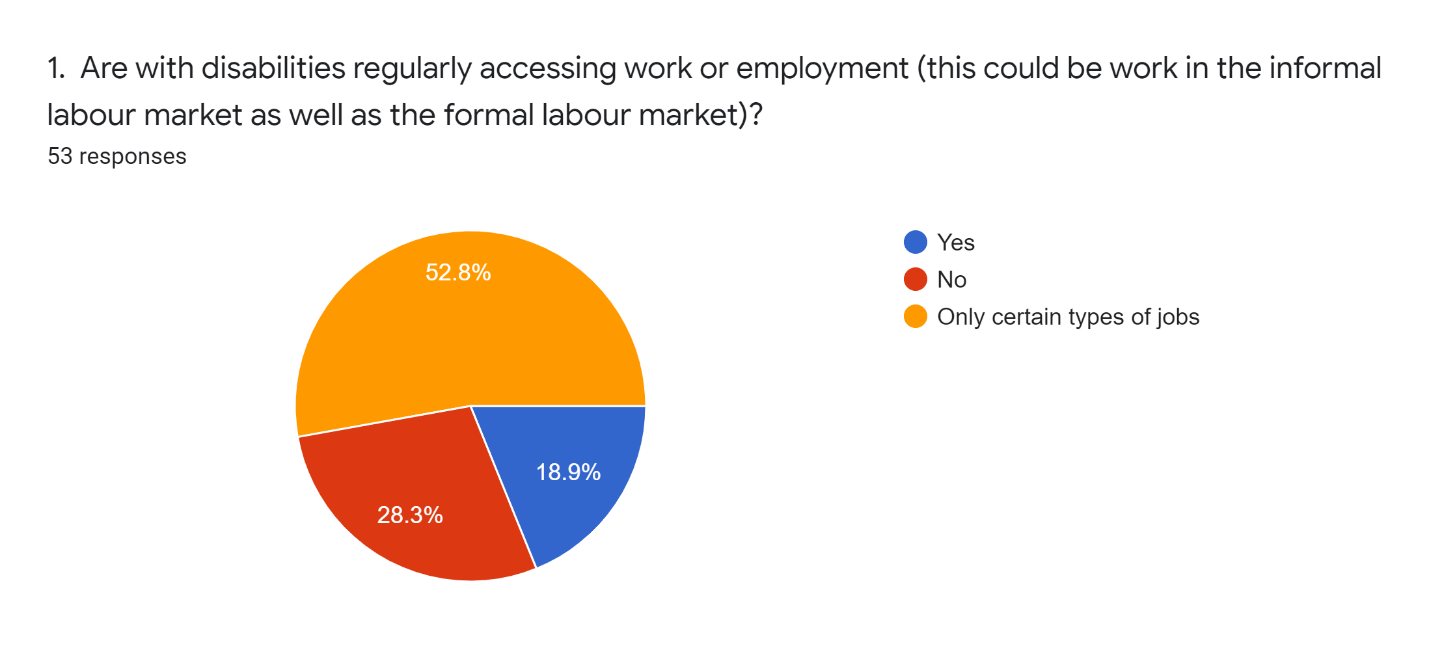
Avec autant d'obstacles à l'accès et au maintien à l'école des filles et des femmes handicapées au Kenya, le pays risque de ne pas respecter la SDG 5 et d'échouer dans ses efforts pour offrir une éducation de qualité aux apprenants handicapés. Par exemple, la cible 4.5 de la SDG 5 appelle à l'élimination des disparités entre les sexes dans l'éducation et à la garantie d'un accès égal à tous les niveaux d'éducation et de formation professionnelle pour les personnes vulnérables, y compris les personnes handicapées, les peuples indigènes et les enfants en situation vulnérable d'ici 2030. Si les obstacles à l'accès et au maintien à l'école dans le système d'enseignement général ne sont pas levés, les femmes et les filles handicapées continueront d'être exclues de l'éducation et cet objectif ne sera pas atteint.

**SDG 8 : Le droit à un travail décent pour les femmes handicapées au Kenya**

Cette section du questionnaire examine la situation concernant l'accès au travail et à l'emploi des femmes handicapées au Kenya. L'accès à un travail et à un emploi décents pour les femmes et les filles handicapées ne peut être réalisé que si les lois et les politiques garantissent l'accès à une main-d'œuvre inclusive sur une base d'égalité avec les autres et sans discrimination. En outre, des mesures sont en place pour aider les femmes handicapées à accéder au travail dans les secteurs public et privé, comme des aménagements raisonnables, des programmes de formation professionnelle accessibles et des mesures ciblées de discrimination positive pour augmenter le nombre de femmes handicapées qui obtiennent un emploi. Grâce au questionnaire, nous apprenons quels sont les obstacles à l'obtention d'une main-d'œuvre handicapée et inclusive sur le plan du genre au Kenya.

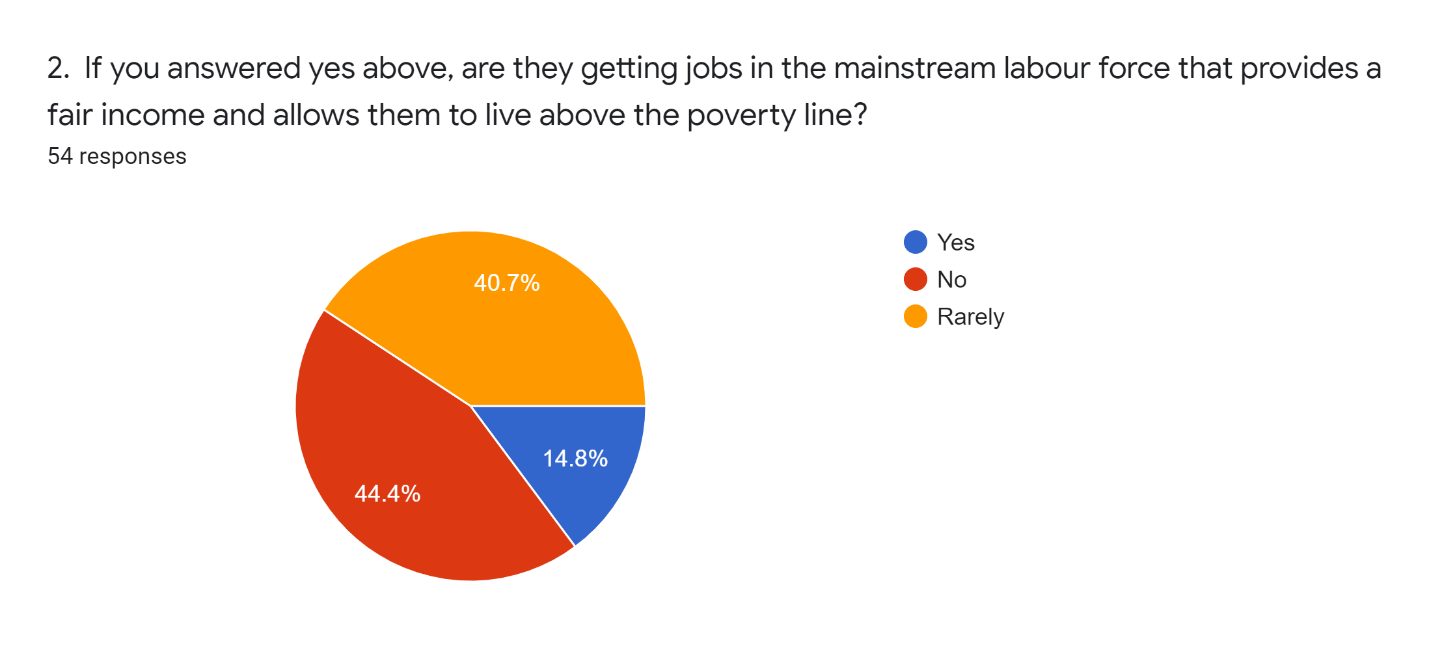
Nous avons demandé aux répondants si les femmes handicapées accèdent régulièrement au travail ou à l'emploi (travail formel ou informel). Seules 18,9 % des personnes interrogées ont répondu par l'affirmative, tandis que 52,8 % ont déclaré n'accéder qu'à certains types d'emplois et 28,3 % ont estimé que les femmes handicapées n'accédaient à aucun type de travail ou d'emploi (voir graphique 7).

**Graphique 7 : Les femmes handicapées accèdent-elles au travail ou à l'emploi ?**



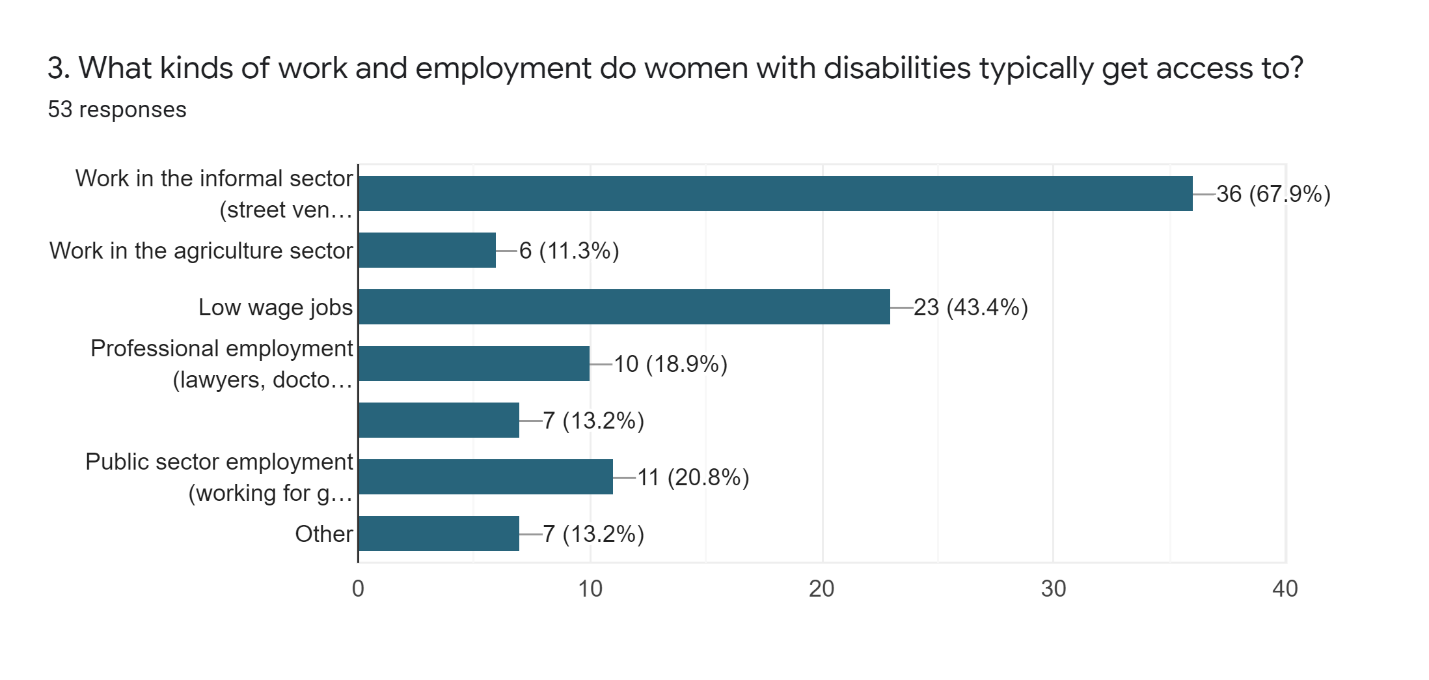
Les personnes interrogées ont également donné leur avis sur la question de savoir si les femmes handicapées qui accèdent au travail ou à l'emploi reçoivent ou non un salaire vital qui leur permet de vivre au-dessus du seuil de pauvreté. La majorité des répondants (89,1 %) estiment que les femmes handicapées ne reçoivent que rarement ou jamais un revenu équitable (voir graphique 8).

**Graphique 8 : Les femmes handicapées reçoivent-elles un salaire équitable pour leur travail**

****

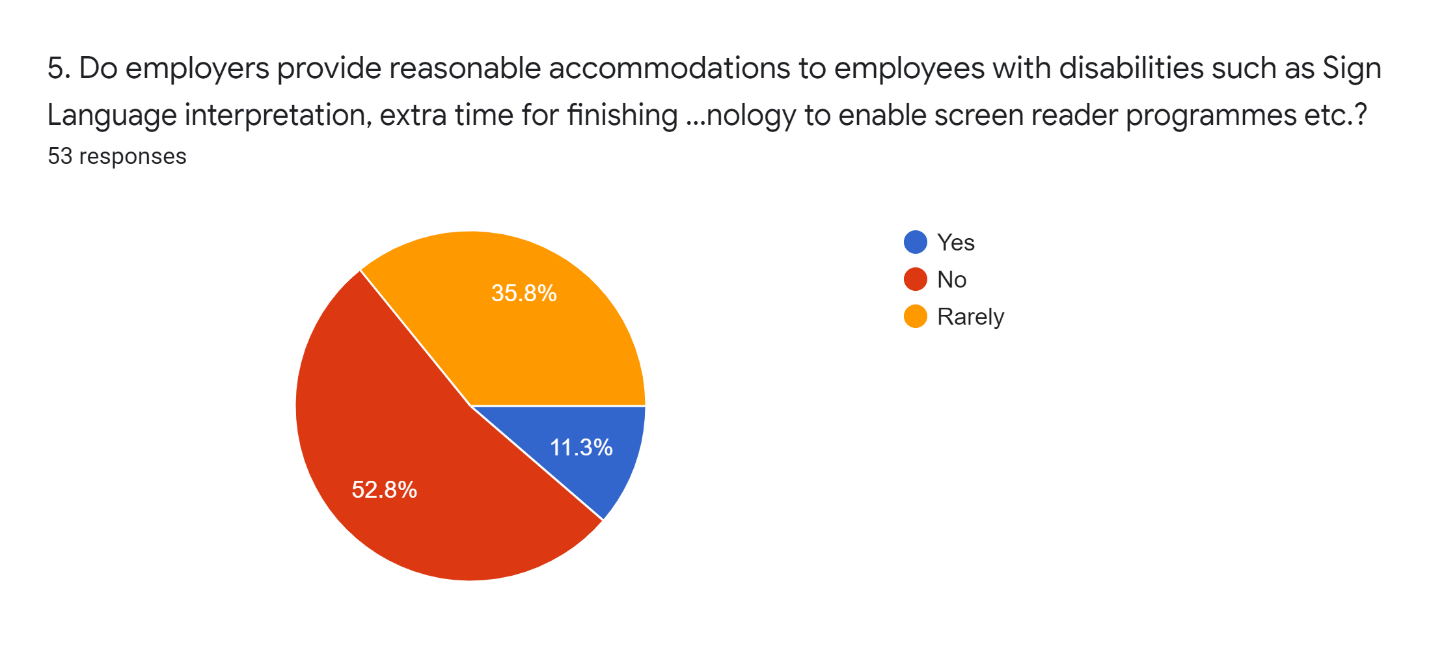
Ces données montrent qu'il existe une perception écrasante selon laquelle les femmes handicapées n'ont pas accès au travail et à l'emploi et que lorsqu'elles obtiennent un emploi dans la population active ordinaire, elles ne reçoivent pas un salaire qui leur permette de vivre au-dessus du seuil de pauvreté. Lorsqu'elles accèdent au travail ou à l'emploi, nous avons demandé aux personnes interrogées d'identifier les types de secteurs d'emploi dans lesquels elles travaillent généralement. Les deux principaux secteurs dans lesquels les femmes handicapées travaillent, selon les répondants, sont le marché du travail informel et les emplois à bas salaire (voir graphique 9).

**Graphique 9 : Quels types de travail et d'emploi les femmes handicapées accèdent généralement**



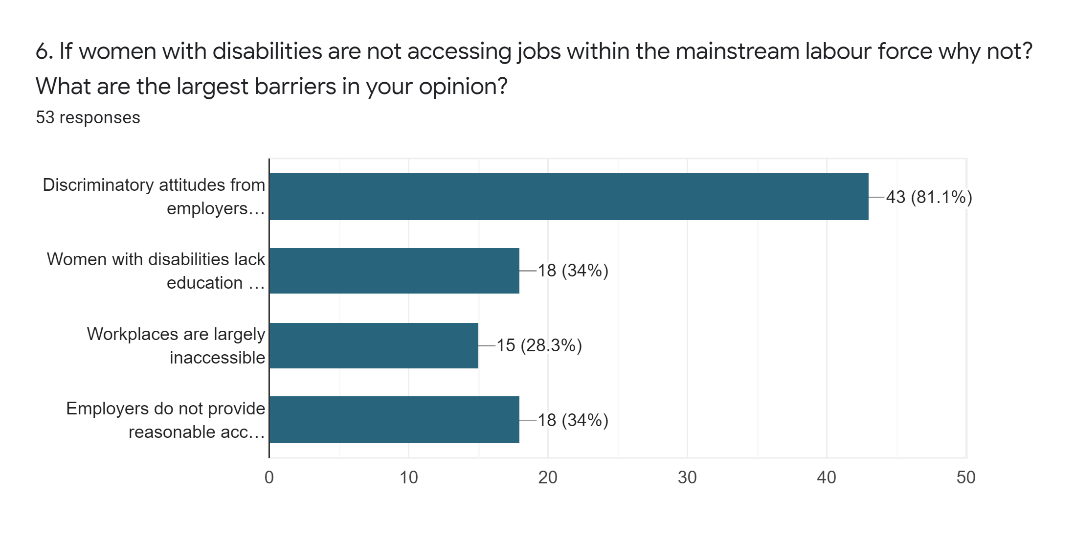
Nous avons demandé aux personnes interrogées d'évaluer si les lieux de travail au Kenya sont accessibles ou non, y compris les espaces de bureau et les salles de bain. Nous avons également demandé aux personnes interrogées d'évaluer si les employeurs fournissent ou non des aménagements raisonnables aux employés handicapés. En ce qui concerne l'accessibilité des lieux de travail, seulement 22,6 % des personnes interrogées ont déclaré que les espaces de travail sont généralement accessibles. Seulement 11,3 % des personnes interrogées ont déclaré que les employeurs fournissent régulièrement des aménagements raisonnables aux employés handicapés (voir graphique 10). L'article 27 de la CDPH (Travail et emploi) exige que les employeurs fournissent des aménagements raisonnables pour l'accès au travail et à l'emploi. Dans la pratique, les femmes handicapées interrogées ont, dans leur grande majorité, le sentiment que cela ne se fait pas.

**Graphique 10 : Les employeurs proposent-ils des aménagements raisonnables ?**



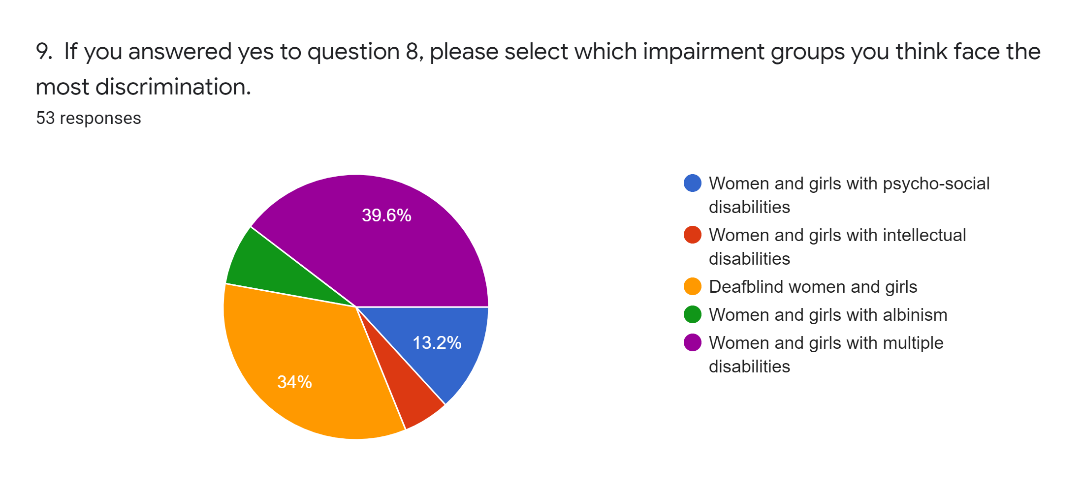
Les répondants ont été invités à classer les principaux obstacles auxquels les femmes handicapées sont confrontées pour accéder au travail, notamment : les attitudes discriminatoires, l'accessibilité du lieu de travail, le manque d'aménagements raisonnables ou le manque d'éducation. Les répondants ont classé les attitudes discriminatoires comme étant le plus grand obstacle, suivi du manque d'éducation (voir graphique 11).

**Graphique 11 : Quels sont les principaux obstacles à l'accès au travail et à l'emploi**



Les répondants ont également mis en avant les formes multiples et croisées de discrimination auxquelles les femmes de différents groupes de handicaps sont confrontées dans l'accès à l'emploi, ainsi que le fait que les hommes handicapés rencontrent ou non les mêmes obstacles lorsqu'ils cherchent un emploi. À la question de savoir si le sexe joue un rôle dans l'accès au travail, presque tous les répondants ont répondu par l'affirmative lorsqu'on leur a demandé si les femmes handicapées se heurtent à des obstacles plus importants que les hommes handicapés pour accéder au travail (94,3 %). Toutes les personnes interrogées ont unanimement reconnu que les femmes de certains groupes de handicap sont confrontées à des taux de discrimination plus élevés dans l'accès au travail et à l'emploi. Les personnes interrogées ont estimé que les femmes souffrant de handicaps multiples et les femmes sourdes et aveugles étaient les plus sous-représentées dans l'emploi et qu'elles étaient confrontées aux taux de discrimination les plus élevés, suivies par les femmes souffrant de handicaps psychosociaux (voir graphique 12).

**Graphique 12 : Quels sont les groupes de personnes handicapées les plus victimes de discrimination dans l'accès au travail et à l'emploi**



Il a également été demandé aux répondants s'il existe des mesures positives pour promouvoir l'emploi des femmes handicapées, telles que des programmes d'action positive et des incitations pour les employeurs. La majorité des répondants ont convenu qu'il existe des mesures positives telles que des incitations fiscales, des programmes de recrutement ciblés et des programmes de sensibilisation. Toutefois, lorsque nous avons posé des questions sur l'accès aux programmes de formation professionnelle, 58 % des personnes interrogées ont déclaré que les femmes handicapées n'avaient pas régulièrement accès à ces programmes. Nous avons demandé aux personnes interrogées de décrire les raisons pour lesquelles elles n'ont pas accès à la formation professionnelle et elles ont souligné une multitude de problèmes découlant de la stigmatisation et de la discrimination. Par exemple, les personnes interrogées ont décrit comment les programmes de formation professionnelle sont souvent inaccessibles et il y a un manque de compréhension de l'inclusion de la part des administrateurs de la formation professionnelle eux-mêmes. De nombreuses personnes interrogées ont indiqué que les employeurs et le personnel de formation professionnelle sont convaincus que les femmes handicapées peuvent apporter une contribution précieuse au marché du travail. Cette stigmatisation constitue un obstacle majeur à l'accès des femmes handicapées à un travail décent. Les personnes interrogées ont également souligné que l'exclusion de l'éducation des femmes handicapées constituait un autre obstacle majeur à l'obtention d'un travail décent. Enfin, les répondants ont souligné le manque de confiance des femmes handicapées dans leurs efforts pour trouver un emploi. Pour les femmes et les filles handicapées, il existe un lien entre l'exclusion de l'éducation et la stigmatisation et la discrimination généralisées liées au sexe et au handicap, qui peuvent entraîner une perte d'autonomie et un manque de confiance en soi pour aller chercher un travail décent.

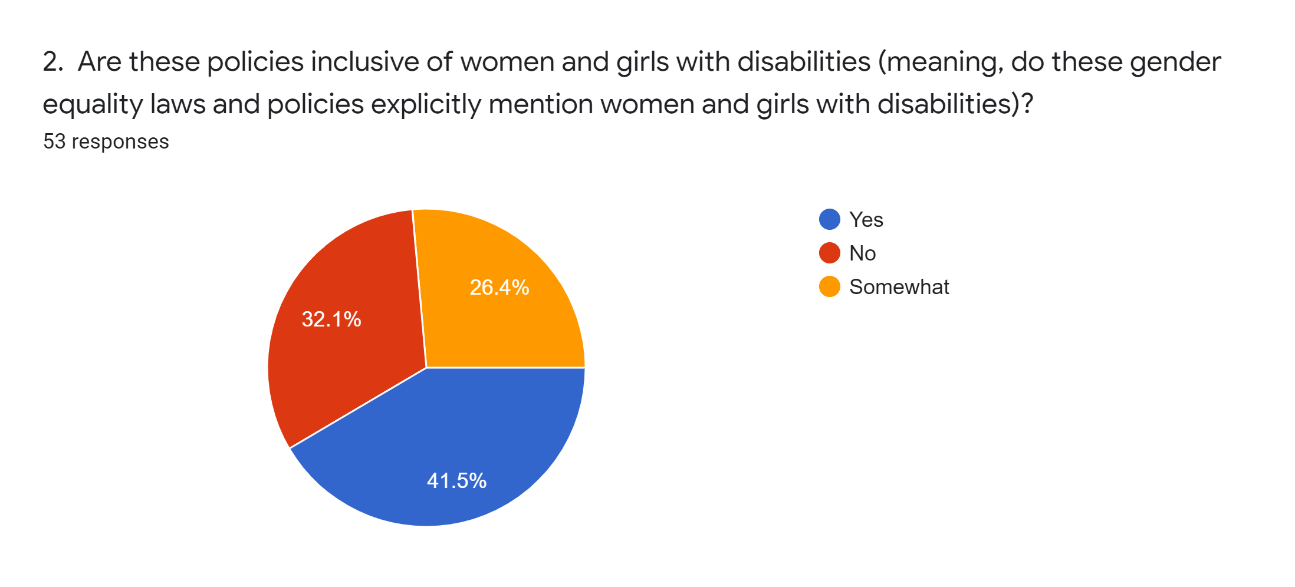
Les multiples obstacles auxquels se heurtent les femmes handicapées au Kenya pour accéder au travail doivent être levés pour que l'État puisse atteindre la cible 8**.5 de l'**objectif 8 des SDG d'*ici 2030, à savoir parvenir au plein emploi productif et à un travail décent pour toutes les femmes et tous les hommes, y compris les jeunes et les personnes handicapées, et à l'égalité de rémunération pour un travail de valeur égale.* Si la majorité des femmes handicapées au Kenya n'ont pas accès à un travail décent et que lorsqu'elles obtiennent un travail, c'est dans des emplois mal rémunérés sur le marché du travail informel, les objectifs de la SDG 8 ne seront pas atteints. En outre, si les efforts de mise en œuvre de la SDG 8 ne s'attaquent pas aux obstacles spécifiques auxquels les femmes handicapées sont confrontées, le gouvernement du Kenya risque de laisser ce segment de la population à la traîne.

**SDG 5 et 17 : Partenariats pour l'égalité des sexes**

Ce questionnaire examine la situation des femmes handicapées au Kenya en ce qui concerne la mise en œuvre de la directive 5 : Égalité des sexes et de la directive 17 : Partenariats mondiaux, conformément à l'article 6 de la CDPH (femmes handicapées). Les questions portaient sur l'égalité des sexes et sur l'intégration ou non des femmes et des filles handicapées dans les réformes et les politiques d'égalité des sexes. Les questions portaient également sur le fait de savoir si le mouvement des droits des femmes forme des partenariats et des alliances avec les femmes handicapées et les organisations qui les représentent au Kenya.

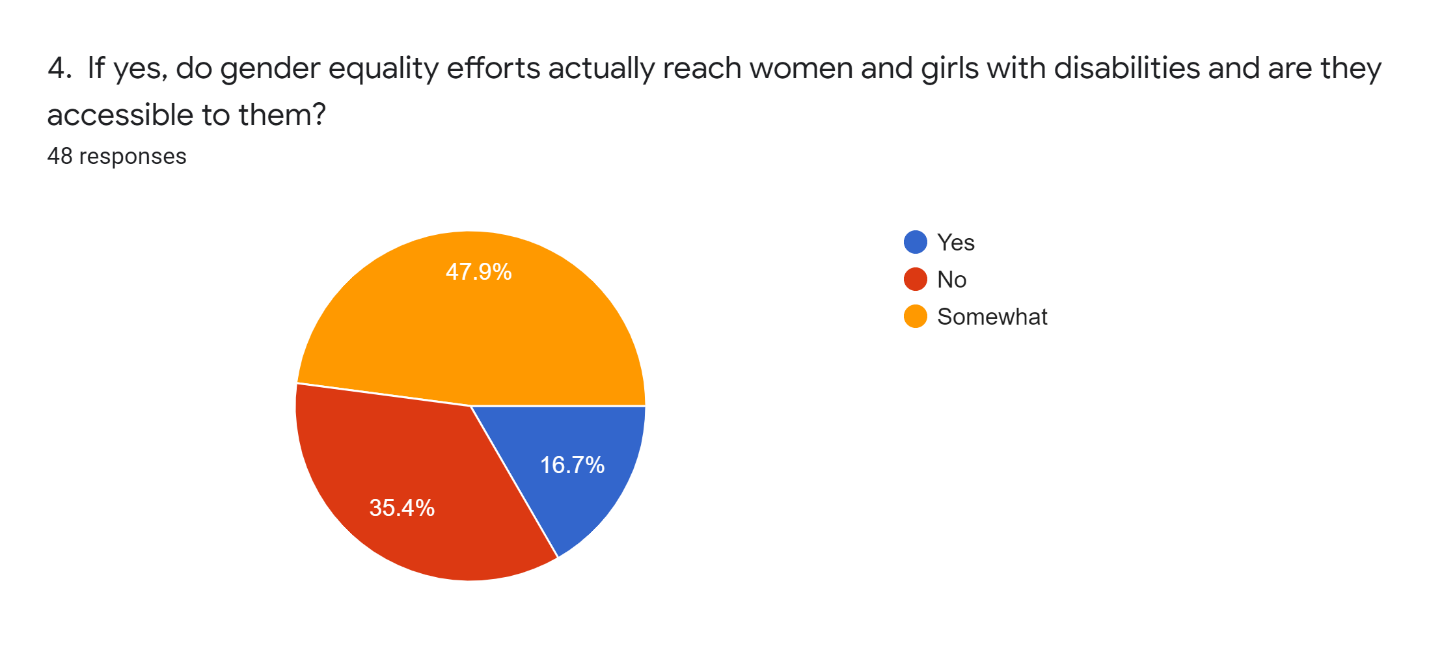
Nous avons demandé aux personnes interrogées si les lois et les politiques d'égalité des sexes au Kenya tiennent compte des femmes et des filles handicapées. Les réponses étaient partagées : 41,5 % des personnes interrogées ont répondu par l'affirmative, 32,1 % ont déclaré que les politiques ne sont pas inclusives et 26,4 % ont déclaré qu'elles ne sont que quelque peu inclusives (voir graphique 13).

**Graphique 13 : Les lois et les politiques en matière d'égalité des sexes incluent-elles les femmes et les filles handicapées**



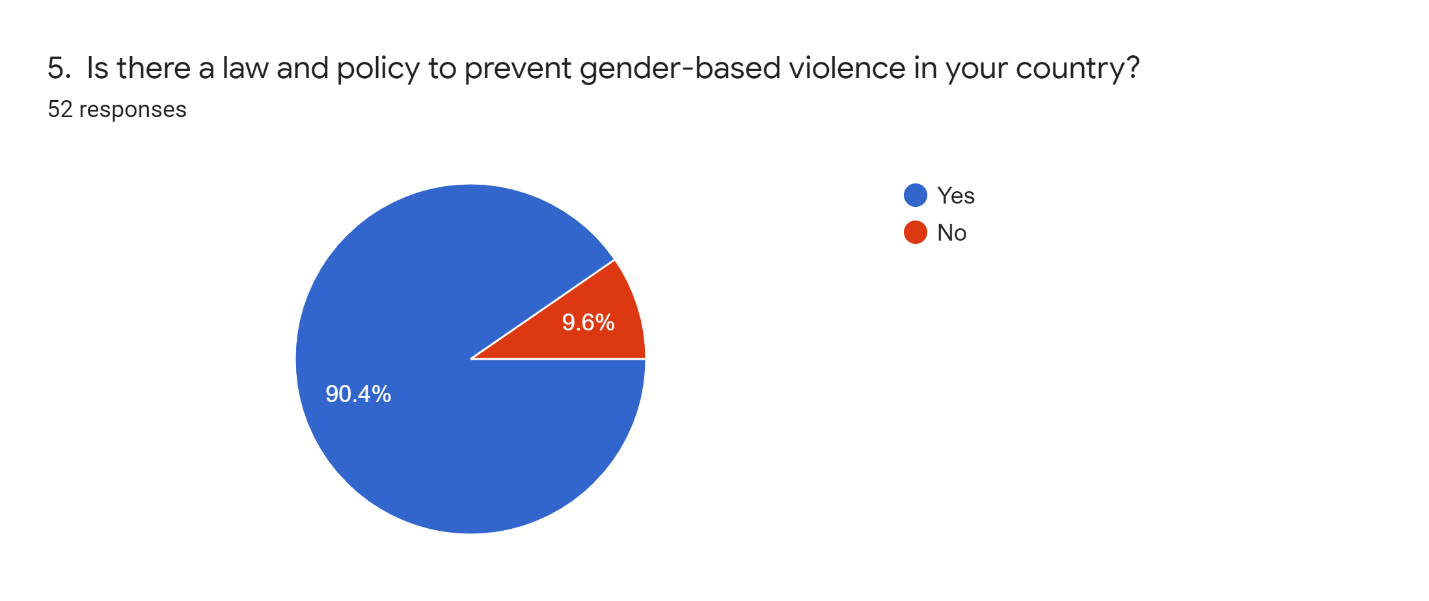
Lorsqu'on leur a demandé si les efforts en matière d'égalité des sexes au Kenya atteignaient réellement les femmes et les filles handicapées, la majorité des personnes interrogées ont estimé que c'était rarement ou jamais le cas (voir graphique 14).

**Graphique 14 : Les efforts en matière d'égalité des sexes atteignent-ils les femmes et les filles handicapées**



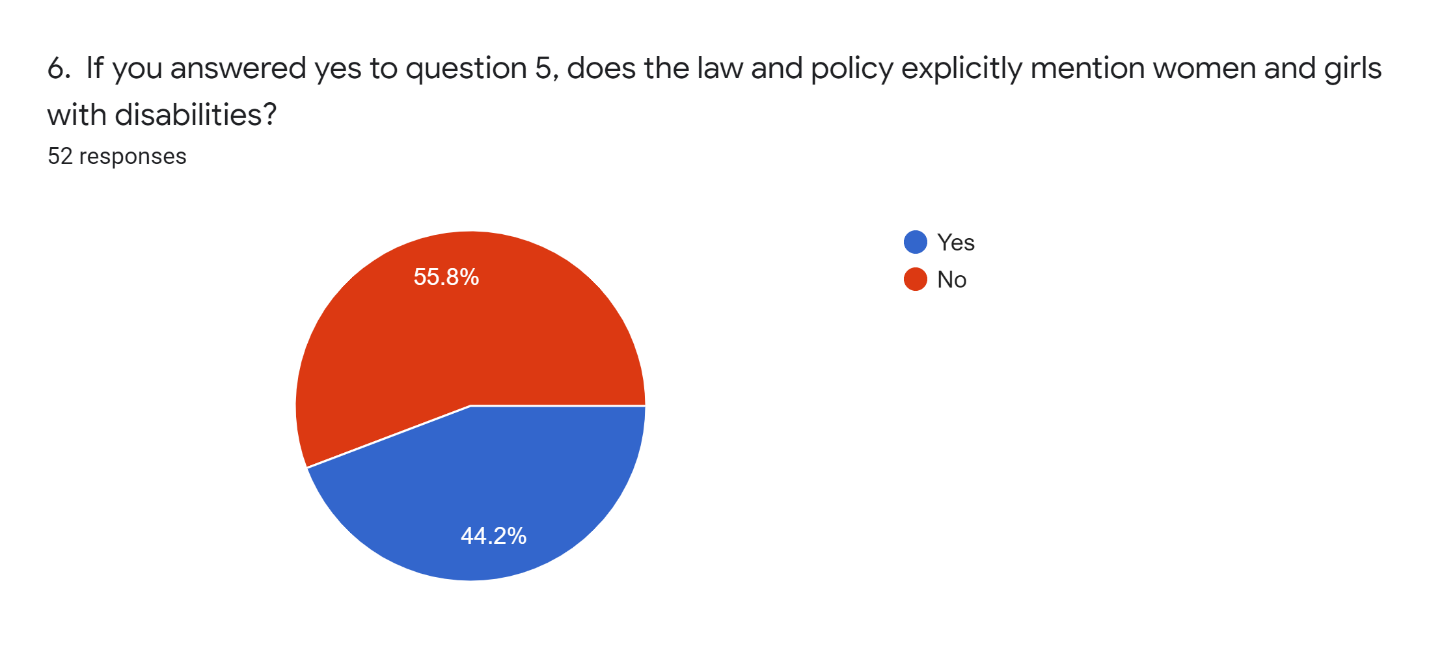
En ce qui concerne les lois, les politiques et les programmes relatifs à la violence sexiste, les personnes interrogées ont massivement convenu que des efforts de lutte contre la violence sexiste existent au Kenya, mais qu'ils n'incluent pas efficacement les femmes et les filles handicapées. Par exemple, 90,4 % des personnes interrogées savent qu'il existe une loi pour prévenir la violence sexiste au Kenya (voir graphique 15).

**Graphique 15 : Existe-t-il une loi sur la violence fondée sur le genre**



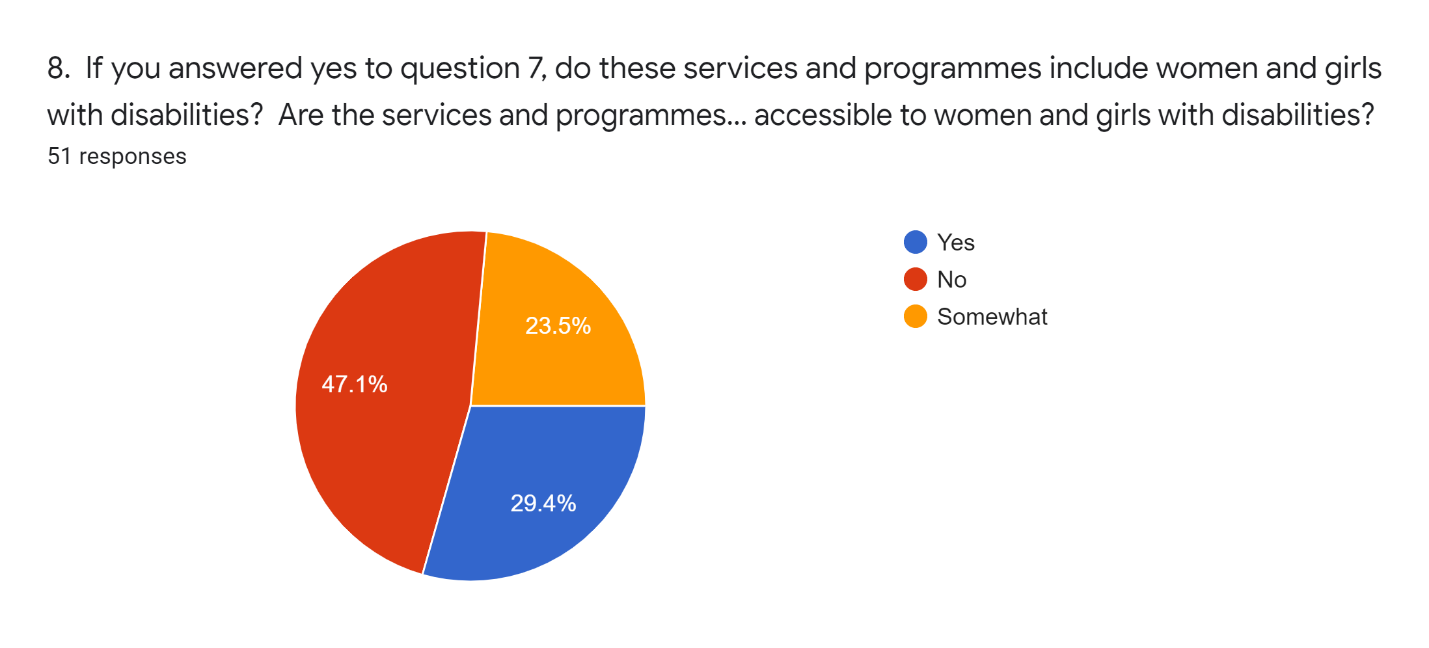
Cependant, plus de la moitié des répondants estiment que la loi n'inclut pas les femmes et les filles handicapées (voir graphique 16).

**Graphique 16 : La loi sur la violence fondée sur le sexe est-elle inclusive**



Les personnes interrogées se sont également penchées sur la manière dont cette loi est mise en œuvre dans la pratique. À la question de savoir si les programmes et services de lutte contre la violence sexiste sont inclusifs et accessibles aux femmes et aux filles handicapées, seuls 29,4 % ont répondu par l'affirmative, 70,6 % des répondants indiquant que ces services ne sont jamais ou rarement inclusifs (voir graphique 17).

**Graphique 17 : Les services et programmes de lutte contre la violence sexiste sont-ils inclusifs**

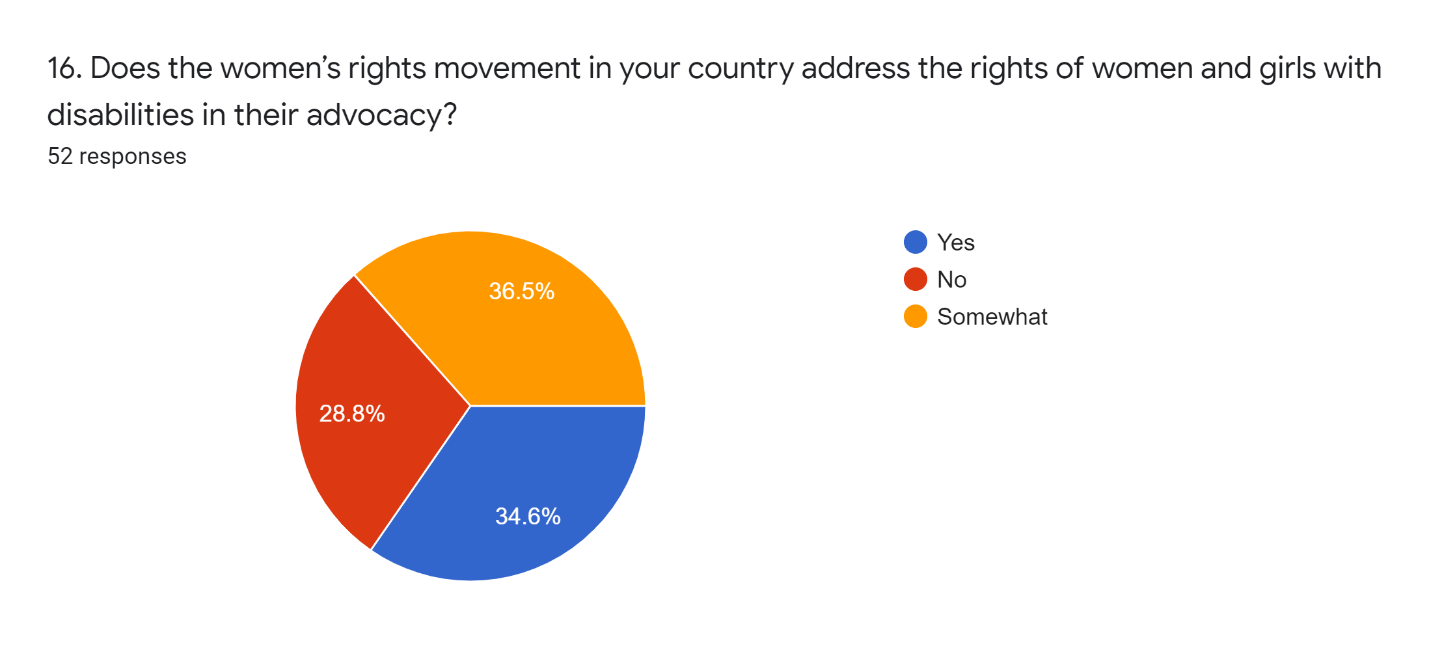


En ce qui concerne les programmes relatifs aux droits en matière de santé sexuelle et reproductive, les répondants ont eu des réponses similaires, ils ont convenu qu'il existe des programmes et des services mais qu'ils sont rarement inclusifs et accessibles (voir graphique 18).

**Graphique 18 : Les services et programmes de santé sexuelle et reproductive sont-ils inclus**

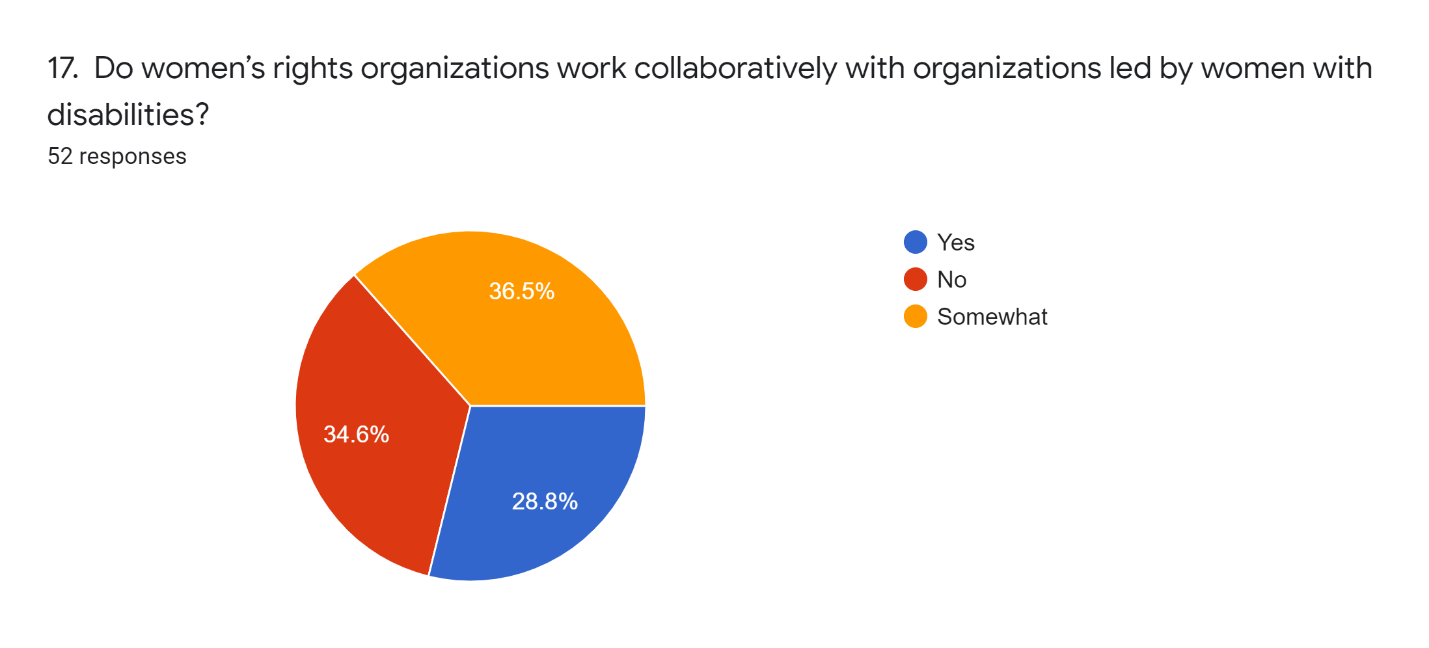
# 

L'enquête a demandé aux femmes handicapées d'évaluer le degré de collaboration et d'intégration du mouvement des femmes au Kenya avec les femmes handicapées. Les personnes interrogées ont été invitées à évaluer si le mouvement des femmes tient compte ou non des droits des femmes et des filles handicapées dans leurs activités de défense des droits. Les réponses à cette question ont été mitigées, avec 34,6 % de réponses affirmatives et 28,8 % de réponses négatives, tandis que 36,5 % ont répondu "plutôt" (voir graphique 19).

**Graphique 19 : Le mouvement des droits des femmes s'intéresse-t-il aux droits des femmes et des filles handicapées** 

Cependant, lorsqu'on leur a demandé si des partenariats se forment ou non entre les femmes handicapées et les acteurs des droits des femmes, seuls 28,8 % ont répondu par l'affirmative. La majorité des personnes interrogées ont estimé que des partenariats ne se forment pas ou seulement quelque peu entre les mouvements (voir graphique 20).

**Graphique 20 : Les organisations de défense des droits des femmes collaborent-elles avec des organisations dirigées par des femmes handicapées**

****

Les personnes interrogées ont décrit certains des efforts nécessaires pour favoriser les partenariats et la collaboration entre les femmes handicapées et le mouvement des droits des femmes au Kenya, notamment

* Les femmes leaders handicapées doivent former et habiliter le mouvement des femmes à prendre en compte les droits des femmes handicapées dans leurs priorités
* Les organisations dirigées par des femmes handicapées doivent défendre et exiger que leurs droits évoluent visiblement tant au sein de la société civile que vers le gouvernement
* Les femmes handicapées doivent travailler ensemble pour faire pression en faveur d'amendements aux lois existantes sur l'égalité des sexes afin de s'assurer qu'elles incluent les femmes handicapées
* La défense des droits des femmes handicapées dans le cadre de l'agenda général des droits de la femme doit s'adresser aux organisations de défense des droits de la femme ainsi qu'au ministère responsable de l'égalité des sexes
* Le gouvernement kenyan devrait fournir une plateforme pour les femmes handicapées afin qu'elles puissent participer au débat sur les droits des femmes

**Conclusion :**

Les résultats de l'enquête en ligne donnent un aperçu des réalités vécues par les femmes et les filles handicapées au Kenya en matière d'accès à l'éducation, à la santé, au travail et à l'emploi et de mesures d'égalité des sexes. Elle permet de comprendre comment la CDPH est appliquée dans la pratique en ce qui concerne les articles 6 (Femmes handicapées), 23 (Respect du domicile et de la famille), 24 (Éducation), 25 (Santé) et 27 (Travail et emploi). L'enquête fournit également des informations précieuses sur la manière dont les DDH 3, 4, 5, 8 et 17 sont mises en œuvre et sur ce qui doit être fait pour s'assurer qu'elles ne laissent pas de côté les femmes et les filles handicapées.

D'après les résultats, les personnes interrogées déclarent avoir subi des formes multiples et croisées de discrimination fondée sur le sexe et le handicap lorsqu'elles exercent leurs droits à la santé, à l'éducation, au travail et à l'égalité des sexes. Les répondants font état d'une multitude d'obstacles allant de la stigmatisation et des attitudes discriminatoires, à des environnements et des infrastructures inaccessibles, en passant par le manque de services et de programmes inclusifs et le manque de disponibilité de services et de programmes adaptés aux besoins des femmes et des filles handicapées. Il ressort de l'enquête que les femmes et les filles handicapées sont fortement exclues de l'éducation, des services de santé et de l'emploi, tout en étant confrontées à des niveaux élevés de stigmatisation et d'attitudes discriminatoires au sein de leurs communautés. Il est clair que la CDPH n'est pas mise en œuvre dans la pratique de manière à avoir un impact positif sur la vie des femmes et des filles handicapées. L'enquête souligne que le manque d'accès aux services et aux programmes, conjugué aux niveaux élevés de discrimination et de stigmatisation, prive les femmes et les filles handicapées de leurs droits et de leur autonomie. Le niveau d'exclusion et de discrimination auquel sont confrontées les femmes et les filles handicapées au Kenya exige non seulement des réformes des lois et des politiques, mais aussi la mise en place de programmes, de services et de mesures positives pour lever efficacement les obstacles et démanteler la stigmatisation et les attitudes discriminatoires. Des mesures sont également nécessaires pour donner aux femmes et aux filles handicapées les moyens de comprendre leurs droits et de prendre confiance en elles pour exiger le changement. Si ces réformes et ces mesures ne sont pas mises en place par le gouvernement kenyan, elles ne permettront pas d'atteindre les objectifs fixés par les SDG. Plus important encore, le processus des SDG sera un échec pour les femmes et les filles handicapées, les laissant à la traîne dans les efforts de développement.

# V. Analyse juridique et politique : Comprendre comment les SDG 3 : santé et bien-être, 4 : éducation de qualité, 5 : égalité des sexes, 8 : travail décent et croissance économique et 17 : partenariats pour les objectifs, sont mis en œuvre pour traiter les droits des femmes et des filles handicapées en conformité avec la CDPH au Mali

Le Mali l’a ratifiée par ordonnance nº 07-037/P-RM du 05 Septembre 2007 qui a été ratifiée à son tour par l’Assemblée Nationale le 08 Novembre 2007. Les instruments de ratification de la Convention ainsi que de son Protocole facultatif ont été déposés aux Nations Unies le 07 Avril 2008.

La traduction de cet engagement international s’est manifesté à travers l’adoption de la LOI N°2018-027 relative aux droits des personnes handicapées le 12 Mai 2018 par l’Assemblée Nationale et promulguer le 12 juin 2018 par le Président de la République.

Le gouvernement en collaboration avec la société civile sont à pied d’œuvre afin d’élaborer un projet de décret d’application pouvant garantir l’élaboration, la modification et (ou) la suppression de toute mesure discriminatoire à l’endroit des personnes handicapées dans le cadre juridique et de l’intégration de toute mesure inclusive au sens de la CRDPH afin de garantir l’égalisation des chances et des résultats dans le cadre politique.

Ce projet de décret devrait mettre un accent particulier sur les groupes de personnes handicapées les plus vulnérables qui sont les femmes et filles handicapées, à incapacité visuelles, intellectuelle et mentale et vivant en milieu rural.

# A. Le cadre juridique et politique de la SDG 4 : Éducation de qualité au Mali

Permettre à chaque malien d’achever au moins une éducation de base de qualité afin de fournir au pays des compétences indispensables à son émergence a été pendant longtemps une préoccupation centrale des différents gouvernements qui se sont succédé à la tête du Mali. le pays s’est doté d’un Programme décennal de développement de l’éducation (PRODEC)[[72]](#footnote-72) pour l’horizon 2008, mais réajusté jusqu’en 2010 pour tenir compte des nouveaux enjeux du secteur à la suite du diagnostic sectoriel mené en 2009. Si la mise en œuvre de ce programme a été essentielle dans les performances enregistrées par le Mali, la crise que le pays a traversée en 2012 n’a pas permis de progresser sur la dernière phase du programme qui devrait s’atteler à mettre en œuvre des réformes relatives à l’amélioration de la qualité et au renforcement de la gestion décentralisée de l’éducation de base. La préoccupation d’une éducation de qualité pour tous reste encore d’actualité, avec une volonté politique affichée à travers plusieurs documents stratégiques nationaux, dont le Cadre stratégique pour la relance économique et le développement durable (CREDD), qui établit le développement des compétences comme une priorité stratégique et un enjeu national pour l’essor économique et social.

Au regard de ces enjeux et défis nationaux, mais aussi des nouveaux engagements internationaux pris par notre pays, notamment par rapport à l’agenda 2030 de l’Education et l’agenda 2063 de l’Union Africaine, le Gouvernement de la République du Mali s’est engagé à élaborer un nouveau programme décennal, en capitalisant sur les leçons apprises de la mise en œuvre du précédent programme et des études spécifiques menées.

**1. Le cadre juridique de l'éducation au Mali**

La constitution[[73]](#footnote-73) du mali garanti que L'éducation, l'instruction, la formation, le travail, le logement, les loisirs, la santé, et la protection sociale constituent des droits reconnus en son article 17 et affirme que Tout citoyen a droit à l'instruction. L'enseignement public est obligatoire, gratuit et laïc. L'enseignement privé est reconnu et s'exerce dans les conditions définies par la loi en son article 18.

**La loi d’orientation sur l’éducation**

La Loi n° 99-046 du 28 décembre 1999 modifiée, portant loi d’orientation sur l’éducation[[74]](#footnote-74), qui garantit le droit à l’éducation pour chaque citoyen. Elle stipule en outre que « le droit d’aller à l’école s’exerce sans discrimination fondée sur le sexe, l’origine sociale, la race ou la religion » (article 9).

Cette loi définit l’Education Spéciale comme un type d’enseignement. Elle fait référence à l’éducation spéciale et l’éducation intégratrice.

Le système éducatif en République du Mali comprend l'éducation non formelle ; l'éducation spéciale ; l'enseignement normal ; la formation technique et professionnelle. L'éducation spéciale a pour objet de donner des soins éducatifs appropriés aux enfants et aux adolescents handicapés afin de leur permettre de conquérir ou de reconquérir leur autonomie intellectuelle, physique et morale et de s'insérer harmonieusement dans le contexte social. L'éducation spéciale s'adresse aux grands handicapés. L'organisation et les modalités de fonctionnement de l'éducation spéciale sont fixées par un décret pris en Conseil des Ministres. Les handicapés légers sont accueillis dans les différents ordres et types d'enseignement. Ils reçoivent les mêmes apprentissages que les apprenants non handicapés  
en même temps qu'ils bénéficient de soins éducatifs spéciaux.(Articles 30, 46, 47, 48, et 55)

L’Ordonnance n° 02-062/P-RM du 5 juin 2002 portant sur le Code de Protection de l’Enfant[[75]](#footnote-75) en son stipule que L'enfant handicapé a droit, en plus des droits reconnus à l'enfance, à la protection et aux soins médicaux ainsi qu'à un degré d'enseignement et de formation qui consolide son auto-prise en charge et facilite sa participation active à la vie sociale. (article 16).

Les Décrets n° 313, 314, 315 du 14 juin 2000 relatifs aux transferts de compétences dans les domaines de la Santé, de l’Education et de l’Hydraulique ;

Le Décret n° 94-276/P-RM du 15 août 1994 fixant les modalités d’application de la loi portant Statut de l’Enseignement Privé.

**2. Le cadre politique régissant l'éducation au Mali**

**La Politique Nationale En Matière D’éducation Spéciale Et D’éducation Intégratrice**

La présente politique privilégie l’éducation intégratrice par rapport à la forme traditionnelle d’éducation spéciale. Elle se définit comme l’ensemble des mesures et stratégies appropriées visant à assurer une prise en charge éducative des enfants et adolescents à besoins éducatifs spéciaux dans le cadre du système éducatif national, dans la perspective de « l’Education Pour Tous ».

Cette politique a pour objectif de Promouvoir l’éducation des enfants et adolescents à besoins éducatifs spéciaux dans le cadre du système éducatif national tout en mettant un accent particulier sur les mesures pouvant permettre d’informer et sensibilise tous les intervenants sur la politique nationale en matière d’éducation spéciale et d’éducation intégratrice ; de mobiliser les ressources humaines, matérielles et financières pour la mise en œuvre de la politique ; d’élaborer des modules sur les handicaps et les personnes handicapées dans la formation initiale des élèves-maîtres ; de former les ressources humaines compétentes pour la mise en œuvre de la politique ; de doter les institutions d’éducation spéciale et les écoles intégratrices en équipements spécialisées ; d’aménager et réhabiliter les salles de classe en vue de les rendre accessibles aux élèves handicapés ; d’élaborer une plate-forme de collaboration entre les différents intervenants : Ministère en charge de l’éducation, Ministère du Développement Social, les Collectivités Territoriales et les promoteurs d’école et les autorités scolaires aux niveaux central et déconcentré ; de développer les capacités des structures de l’éducation spéciale et de l’éducation intégratrice aux niveaux central et déconcentré en suivi et évaluation ; d’améliorer la connaissance et la compréhension du handicap et de l’éducation spéciale dans les différents milieux de vie maliens ; de développer la recherche-action sur le handicap, l’éducation spéciale et l’éducation intégratrice ; d’implanter des bibliothèques au sein des institutions d’éducation spéciale ; de faciliter l’accessibilité à l’éducation des enfants handicapés de parents démunis.

Les OPH initiatrices des institutions d’éducation spéciale ont eu le mérite d’avoir mis en évidence la problématique de l’éducation des enfants à besoins éducatifs spéciaux et ont largement contribué à sensibiliser les pouvoirs publics et la communauté sur le droit à l’éducation de ces enfants au même titre que leurs concitoyens.

Malheureusement, le coût élevé de l’éducation spéciale, les limites des moyens des initiateurs, de l’Etat et la concentration des institutions d’éducation spéciale dans quelques centres urbains n’ont permis que la prise en charge d’une infime minorité d’élèves à besoins éducatifs spéciaux. Il fallait trouver alors d’autres alternatives, d’où l’option pour l’éducation intégratrice/inclusive fondée sur les principes de l’égalité et de la justice sociale.

Cependant il a été remarqué que la promotion de l’éducation inclusive doit être l’alternative pour assurer l’accès à l’éducation des enfants handicapées notamment des filles handicapées.

**Analyse Des Résultats Définitifs du RGPH 2009 : scolarisation, instruction et alphabetisation au mali**

Les enfants handicapés sont souvent marginalisés dans nos sociétés. Cependant, l’ampleur de cette marginalisation peut dépendre du type d’handicap de l’enfant, du milieu de résidence et du sexe[[76]](#footnote-76). Il ressort que les handicapés sont dans l’ensemble moins scolarisés au primaire que les autres enfants du même âge. Le TNS au primaire parmi les enfants handicapés est de 42,9%. Les polyhandicapés sont d’avantage défavorisés que les autres types d’handicapés, avec un taux de scolarisation de 22,3 %. L’absence d’infrastructures adaptées à leur cas constitue probablement un obstacle à leur scolarisation. Outre l’inégalité entre les types d’handicapés, il faut noter que la chance pour un enfant handicapé  
d’être scolarisé pourrait aussi dépendre de son milieu de résidence. En effet, dans le milieu urbain 62,2% des handicapés sont scolarisés contre seulement 36,4% en milieu rural.

**Programme Décennal De Développement De L’éducation Et De La Formation Professionnelle Deuxième Génération (PRODEC 2), 2019-2028**

La vision des départements en charge de l’éducation et de la formation professionnelle est que, à l’horizon 2028, le Mali dispose d’un système éducatif performant et inclusif qui forme des citoyens patriotes, responsables, producteurs et créatifs qui contribuent au développement socio-économique de leur pays.

Ce nouveau programme décennal de développement de l’Education (PRODEC 2) vise à assurer le droit des citoyens à une éducation et formation de qualité à travers un système éducatif inclusif, mieux adapté, cohérent et fonctionnel. Cet objectif global est décliné par niveau d’enseignement.

Cette politique est déclinée de manière opérationnelle en cinq grand programmes constitués chacun de sous programmes dont le programme 3 consacre son sous programme 5 à la promotion de l’éducation inclusive.

Sous-programme 3.5. : Promotion de l’éducation inclusive à tous les niveaux

Au-delà du genre, considéré sous l’angle des rapports homme/femme, l’inclusion est perçue comme étant toute prise en compte de couches défavorisées ou vulnérables, y compris celles vivant avec un handicap. Ce sous-programme mettra l’accent sur la prise en charge des Enfants à Besoins Educatifs Spéciaux (EBES).

*Objectif spécifique 3.5.1. : Assurer la prise en charge éducative complète des Enfants à Besoins Educatifs Spéciaux (EBES)*

L’option du programme est de favoriser l’accès à l’éducation, à tous les niveaux du système éducatif, des Enfants à Besoins Educatifs Spéciaux (EBES). Cette mesure nécessitera la prise en compte des EBES en matière de construction d’infrastructures, d’acquisition de matériels didactiques et d’accompagnement aux plans sanitaire, alimentaire, financier et psychosocial.

Pour atteindre cet objectif, les stratégies suivantes seront développées  à savoir l’établissement d’une situation de référence (ou cartographie) des enfants à besoins éducatifs spéciaux ; la planification de la construction et l’équipement des infrastructures scolaires adaptées aux personnes en situation de handicap et l’accompagnement des élèves et étudiants à besoins spéciaux sur les plans sanitaire, alimentaire, financier et psychosocial.

***Respect de la CDPH***

Le cadre juridique reste aligné sur la close de non discrimination à travers la reconnaissance et la mention faite aux personnes handicapées comme groupe spécifique. Cela ouvre la porte à la prise de mesures spécifiques pouvant favoriser l’inclusion et l’autonomisation des femmes et filles handicapées en milieu scolaire. Le cadre politique de manière progressive à travers le plaidoyer des acteurs s’aligne sur les prescriptions de la CDPH à savoir la dernière politique nationale de l’éducation qui prévoit comme activité l’élaboration d’une politique nationale sur l’éducation inclusive. Cette politique pour être conforme à la CRDPH devrait assurer que toutes les filles et les femmes handicapées ont le droit à l'éducation sur un pied d'égalité avec les autres. Ceci inclue toutes les étapes et tous types d'enseignement, allant du préscolaire à l’enseignement fondamental à l'université jusqu’à la formation tout au long de la vie. En outre, toutes les filles et les femmes handicapées devraient avoir le droit d'accéder à l'éducation inclusive avec un soutien individualisé adéquat afin d’être en mesure de participer à l'éducation tout en accordant une attention particulière à la situation des filles qui sont non-voyantes, sourdes et sourdes et non-voyantes.

***Confusion des termes***

Le cadre juridique favorise une discrimination entre les personnes handicapées à travers l’utilisation des termes « handicap Legé » et « handicap lourd ». Dans le même ordre d’idée elle répercute dans les politiques une cohabitation entre les trois formes d’éducation à savoir l’éducation spéciale, intégratrice et inclusive. En plus de tout ça les personnes handicapées sont noyées dans le groupe des enfants à besoin d’éducation spéciaux.

# B. Le cadre juridique et politique de la SDG 3 : Santé et bien-être au Mali

Donner les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges est essentiel pour le développement durable.

De nombreux efforts supplémentaires sont nécessaires pour éliminer complètement un large éventail de maladies et résoudre de nombreux problèmes de santé persistants et émergents. En mettant l’accent sur un financement plus efficace des systèmes de santé, l’amélioration de l’assainissement et de l’hygiène, un meilleur accès aux professionnels de santé et davantage de conseils sur les moyens de réduire la pollution ambiante, des progrès significatifs peuvent être réalisés pour sauver des vies.

Les personnes handicapées ont le même droit d'accéder aux services de santé qu’autrui. Bien que ceci inclue les questions de santé liées au handicap, cela comprend principalement l'accès aux services de santé généraux. Veiller à ce que les interventions médicales ne soient effectuées qu’avec le consentement libre et éclairé de la personne concernée, constitue également une disposition importante.

**1. Le cadre juridique de l'accès à la santé au Mali**

**La constitution du mali adoptée par referendum du 12 janvier 1992 et promulguée par décret n°92-073 p-ctsp du 25 février 1992**

Le préambule affirme que pour l'avènement d'un Etat de droit et de démocratie pluraliste, le l’état du Mali proclame sa détermination à défendre les droits de la femme et de l'enfant ainsi que la diversité culturelle et linguistique de la communauté nationale, s'engage à assurer l'amélioration de la qualité de la vie, la protection de l'environnement et du patrimoine culturel et souscrit à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 Décembre 1948.

Les 3 premiers articles de la constitution réaffirme les valeur fondamentales de la personnes humaine, traite de l’égalité en droit et en devoir entre tous les malien y compris les personnes handicapées sans les mentionnées, déclare de toute discrimination fondée sur l'origine sociale, la couleur, la langue, la race, le sexe, la religion et l'opinion politique est prohibée, interdit la soumission de tous à la torture, ni à des sévices ou traitements inhumains, cruels, dégradants ou humiliants. Il prévoit des mesures de punition pour tout agent de l'Etat qui se rendrait coupable de tels actes, soit de sa propre initiative, soit sur instruction

ARTICLE 17 stipule que L'éducation, l'instruction, la formation, le travail, le logement, les loisirs, la santé, et la protection sociale constituent des droits reconnus.

**La loi d'orientation sur la sante**

La loi nationale de santé[[77]](#footnote-77) repose sur les principes fondamentaux d'équité, de justice, de solidarité, de participation de la population et de la société civile. Elle prend en compte les engagements internationaux auxquels la République du Mali a souscrit. Les priorités de l'action sanitaire sont réservées à la prévention des maladies, à la promotion sanitaire et au bien être de la famille en milieu rural et périurbain ainsi qu'à l'amélioration de l'accès des populations les plus pauvres aux soins de santé. Les populations bénéficiaires organisées en associations ou en mutuelles, les fondations et les congrégations religieuses participent également à la conception ct / ou à la mise en œuvre de la politique nationale de santé à travers les établissements de santé qu'elles sont admises à créer et à faire fonctionner. La politique pharmaceutique est partie intégrante de la politique sanitaire. Elle a pour objectif de rende accessibles, géographiquement, physiquement et financièrement à 'la population, des médicaments essentiels de qualité y compris ceux de la pharmacopée traditionnelle et les produits sanguins sécurisés. Le droit à la santé passe par l'infom1ation de tous les citoyens quant aux mécanismes de prévention et de transmission "des maladies les plus courantes. (Article3 2, 5, 16, 32 et 36)

**La loi hospitalière**

Le droit du malade[[78]](#footnote-78) au libre choix de son établissement hospitalier est un principe fondamental. Les limitations apportées à ce principe ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements hospitaliers de leur mode de tarification, des modalités de prise en charge dans le cadre d'un système de tiers payant et des contraintes liées à l’accès géographique ainsi qu'aux moyens de transport. Tout malade hospitalisé a le droit d'obtenir, par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, les informations contenues dans son dossier médical. A sa sortie de l’établissement, le malade doit recevoir sous pli fermé, une correspondance faisant le bilan de l'hospitalisation, précisant l'éventuel diagnostic retenu, et résumant les prescriptions de sortie qui ont été faites. Le service public hospitalier garantit l’accès de toutes les personnes présentes sur le territoire national à des soins d'urgence ou à des soins de référence de qualité. A ce titre, chaque établissement hospitalier est tenu d'accueillir en urgence et à tout moment, toute personne dont l’état de santé le justifie. Sont considérées comme des cas d'urgence, les malades, les femmes enceintes ou les victimes d'accident dont la vie ou l’intégrité physique, y compris celle des enfants qu'elles portent, peuvent être remises en cause à bref délai. (Articles 1, 4, 7 et 8)

**L’arrête n°08-2716 /ms-sg du 6 oct 2008 portant charte du malade dans les établissements hospitaliers.**

Les établissements hospitaliers[[79]](#footnote-79) sont tenus d’accueillir toutes personnes quels que soient leur origine, leur sexe, leur situation de famille, leur âge, leur état de santé, leur handicap, leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses. A défaut de pouvoir les accueillir, ils doivent tout mettre en œuvre pour assurer leur admission dans un autre établissement. L’égalité d’accès des usagers aux prestations des personnels de l’hôpital est garantie. A titre exceptionnel, une dérogation peut être fondée sur l’âge de l’usager, un handicap apparent ou l’urgence du cas. Dans cette situa[[80]](#footnote-80)tion, le personnel doit expliquer aux usagers présents les motifs de la décision d’accorder ce privilège. (Articles 6 et 24)

**La loi relative a la sante de la reproduction**

Cette loi traite de l’égalité entre l’homme et la femme en matière d’accès aux services de santé de la reproduction sur toutes ses formes. Néanmoins cette loi ne mentionne pas les personnes handicapées y compris les femmes handicapées. Cette situation induit le fait qu’aucune ne mesure spécifique ne sera prise dans ce volet pour l’inclusion des femmes et filles handicapées.

**La loi fixant les règles relatives a la prévention, a la prise en charge et au contrôle du VIH/SIDA**

La loi VIH/SIDA[[81]](#footnote-81) en vigueur ne contient aucunes mesures relatives à l’inclusion des personnes handicapées. Néanmoins le projet de révision de cette loi prend en compte la spécificité du handicap dans la prévention, a la prise en charge et au contrôle du VIH/SIDA.

**2. Le cadre politique pour la santé au Mali**

**Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social (PRODESS)**

Ce document[[82]](#footnote-82) contenant l'ensemble des objectifs structurés en tâches à exécuter pour une période de 5 ans dans le cadre du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social;

La politique nationale de solidarité du Mali se fonde sur la constitution de la République du Mali, le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, les engagements internationaux. Elle a pour objectif majeur d’assurer le bien-être des populations en réduisant les principales sources de détresse et d’instabilité sociales en vue d’un développement humain durable.

Sa mise en œuvre est assurée par les acteurs publics et privés. L’atteinte de l’objectif général de la politique nationale de développement social est assurée grâce à la mise en œuvre de programmes articulés autour des orientations que sont le renforcement de la solidarité et la lutte contre l’exclusion, la lutte contre la pauvreté et le renforcement de la protection sociale. Ses orientations spécifiques sont la promotion de l'intégration socio-économique des personnes âgées et la promotion de l'intégration socio- économique des personnes Handicapées. A la suite des grandes réalisation et leçons tirées du PDDS au titre de la période de 1998 à 2011, mise en œuvre d’une politique et des programmes de protection sociale comme le RAMED l’AMO, qui appuie les personnes en situation de handicap et d’autres citoyens dans la prise en charge de leurs problèmes de santé.

***Respect de la CDPH***

Le cadre juridique de la santé au mali étant constitué de plusieurs législations connait une réalisation progressive en termes de non discrimination. Les législations les plus recentres à savoir la loi hospitalière et la charte du malade contiennent des mentions personnes handicapées et adoptes des mesures garantissant l’aménagement raisonnable même si celles-ci restent plus ouvertes aux femmes et filles avec handicap physique. Le cadre politique de la santé au Mali se veut inclusive des personnes handicapées à travers la pleine et effective participation de la fédération Malienne des Associations de personnes handicapées à son processus de conception, révision, mise en œuvre, suivi et évaluation.

Le cadre juridique et politique de la santé au Mali devrait garantir assurer et favoriser le fait que les personnes handicapées aient le même droit d'accéder aux services de santé qu’autrui. Bien que ceci inclue les questions de santé liées au handicap, cela comprend principalement l'accès aux services de santé généraux. Veiller à ce que les interventions médicales ne soient effectuées qu’avec le consentement libre et éclairé de la personne concernée, constitue également une disposition importante de cet article.

***Confusion des termes***

Les cadres juridiques et politiques de la santé au Mali identifient les personnes handicapées sous différentes appellations. Force est de constater aussi la cohabitation des approches médicales, sociales et droit de l’homme dans le traitement des besoins des personnes handicapées ce qui induit l’adoption et la promotion de certaines mesures contraires aux prescriptions des articles 4, 9, 11, 16,23 et 25 de la CRDPH.

# C. Le cadre juridique et politique de la SDG 8 : Travail décent et développement économique au Mali

Ce huitième objectif reconnaît l'importance d’une croissance économique soutenue, partagée et durable afin d’offrir à chacun un emploi décent et de qualité. Il vise à éradiquer le travail indigne et à assurer une protection de tous les travailleurs. Il promeut le développement d'opportunités de formation et d'emploi pour la nouvelle génération, accompagnée d'une montée en compétences sur les emplois "durables". L'ODD8 prévoit également une coopération internationale renforcée pour soutenir la croissance et l'emploi décent dans les pays en développement grâce à une augmentation de l'aide pour le commerce, à la mise en place de politiques axées sur le développement et à une stratégie mondiale pour l'emploi des femmes, jeunes et personnes handicapées.

Les personnes handicapées sont confrontées à des taux de chômage 2 à 3 fois plus  
élevés que ceux des personnes non handicapées. Pour remédier à cette situation, un large éventail de mesures est nécessaire, en associant la protection contre la discrimination à tous les stades de l'emploi avec des mesures d'action positive.

L’analyse de cet objectif traitera du cadre juridique et des politiques en matière d’emploi ainsi que l’impact de ces politiques sur la population au Mali à travers particulièrement les cibles 8.3 et 8.5.

**1. Le cadre juridique des droits du travail au Mali**

LA CONSTITUTION DU MALI

ARTICLE 17/ - L'éducation, l'instruction, la formation, le travail, le logement, les loisirs, la  
santé, et la protection sociale constituent des droits reconnus.

ARTICLE 19/ - Le droit au travail et au repos est reconnu et est égal pour tous. Le travail  
est un devoir pour tout citoyen mais nul ne peut être contraint à un travail déterminé que  
dans le cas d'accomplissement d'un service exceptionnel d'intérêt général, égal pour tous  
dans les conditions déterminées par la loi.

**Code du Travail de 1992**

La loi nº 92- 020/ ANRM du 23 Septembre 1992 portant Code du Travail en République du Mali[[83]](#footnote-83) ne fait pas de référence spécifique aux personnes handicapées. Cependant le principe de l’égalité de chances au travail, à l’emploi, à la rémunération y est énoncé en affirmant que le droit au travail et à la formation est reconnu à chaque citoyen. A conditions égales de travail, de qualification professionnelle et de rendement, le salaire est égal pour tous les travailleurs, quels que soient leur origine, leur sexe, leur âge et leur statut. (ArticlesL4 et L95).

**Loi sur le Statut Général des Fonctionnaires de 2002**

La loi nº02-053/ANRM du 16 Décembre 2002 portant Statut général des fonctionnaires au Mali[[84]](#footnote-84) fait une référence spécifique aux personnes handicapées dans son article 18 en prévoyant des mesures spéciales en faveur des personnes handicapées. Pour l’application du présent statut, aucune distinction ne peut être faite entre les deux sexes et entre les personnes handicapées et les autres, sous réserve de la prise en considération des dispositions des statuts particuliers et des exigences requises pour l’exercice de certaines fonctions. (Article 18). Cependant des mesures spéciales peuvent être prises en faveur des personnes handicapées dans le cadre des règlements d’application du présent statut. Ces mesures ne pourront en aucun cas être considérées comme discriminatoires à l’égard des autres personnes ». Il convient de noter que la portée d’un tel article peut prêter à équivoque en ce que le verbe employé « peut », « peuvent » lui enlève tout caractère impératif. Ici l’on se donne la faculté de prendre ou non des mesures spéciales en faveur des personnes handicapées.

Aussi le décret n°05-164/P-RM du 06 Avril 2005 fixant les modalités d’application du Statut Général des Fonctionnaires ne fait aucune référence aux mesures spéciales en faveur des personnes handicapées prévues dans l’article 18 ci-dessus évoqué. Il convient de corriger cette lacune en prévoyant des mesures spéciales pour les personnes handicapées.

**Code de Prévoyance Sociale de 1999**

Quant l’handicap intervient au cours de la vie professionnelle, la protection sociale est assurée conformément au Code Prévoyance Sociale au Mali. L’Institut National de Prévoyance Sociale[[85]](#footnote-85) (INPS) est la structure nationale chargée de la mise œuvre de ce code.  
Les frais de soins, de rééducation, de réadaptation sont à la charge de l’Institut National de Prévoyance Sociale. L’employeur a l’obligation de reclasser le travailleur malade en l’affectant à un poste correspondant. Aussi le travailleur malade a droit à une indemnité pendant l’incapacité permanente du travail. Ce code règlemente aussi le régime de pension pour les travailleurs malades en cas d’incapacité temporaire ou permanente du travail. Des soins de santé, de réadaptation sont apportés aux travailleurs victimes d’accident du travail et de maladie professionnelle. Des allocations familiales sont maintenues pour les enfants handicapés jusqu’à l’âge de 21 ans que ces enfants poursuivent ou pas des études ou l’apprentissage. La protection sociale est confrontée au non paiement des cotisations par l’employeur à l’IN PS mettant en cause la prise en charge effective des travailleurs. Souvent le travailleur malade se lance contre l’employeur non affilié à l’IN PS, dans une procédure judiciaire dont il ignore les suites pour obtenir réparation. Il faut rappeler que le plateau des services de l’IN PS et de la Caisse Nationale de Retraite ne profite qu’aux bénéficiaires c'est-à-dire les travailleurs inscrits et leur famille. D’où l’épineuse question de la protection sociale des jeunes handicapés et des adultes handicapés qui sont non salariés, par conséquent ne bénéficiant pas des avantages de l’IN PS. Au Mali, la protection sociale des personnes handicapées est assurée par la Direction Nationale du Développement Social et de l’Economie Solidaire qui appuie les Organisations de personnes handicapées dans leur action. Aussi des aides en appareils et équipements nécessaires sont fournies aux personnes handicapées grâce à l’appui des partenaires techniques et financiers aux organisations de personnes handicapées.

**Loi d’orientation agricole de 2006**

L’accès facile à la terre constitue un véritable facteur de développement pour la  
personne handicapée et sa famille. La loi d’orientation agricole de 2006[[86]](#footnote-86) prévoit en son article 25 que : L’Etat privilégie l’installation des jeunes, des femmes et des groupes vulnérables comme exploitants agricoles, notamment en favorisant leur accès aux facteurs de production et par des mécanismes d’appuis techniques ou financiers en particulier. Les critères de déclaration de vulnérabilité d’un groupe de population sont fixés par décret pris en conseil des Ministres. L’handicap étant un facteur de vulnérabilité de la personne, il va de soi que l’accès facile aux mécanismes d’appuis doit concerner aux personnes handicapées. Il est loisible de croire que la mise en œuvre effective de cette loi d’orientation agricole est un défi majeur pour éradiquer la pauvreté chez les personnes handicapées si leur condition est intégrée dans les plans et programmes.

**La Loi de 2003 portant Modification du Code Général des Impôts**

Ce texte[[87]](#footnote-87) prévoit en son article 319 (nouveau) :  
« Sont exonérés de la taxe les véhicules de tourisme appartenant :  
a°) aux bénéficiaires de pensions militaires d’invalidité et de victimes de guerre ;  
b°) aux bénéficiaires d’une pension d’invalidité pour accident de travail dont le degré d’invalidité est égal ou supérieur à 50% ;

c°) aux aveugles et aux infirmes civils, ces derniers devant justifier d’une  
invalidité de 90% par une attestation médicale portant la mention « station  
debout pénible » Cette disposition consacre une exonération en matière de taxes pour les véhicules  
appartenant aux personnes handicapées (aveugles, infirmes graves). En conclusion l’on peut affirmer sans se tromper que le Mali ne dispose pas assez de dispositions textuelles sur les droits des personnes handicapées. Les dispositions disparates qu’on retrouve dans les textes généraux de défense des droits humains, n’assurent pas une véritable promotion et protection des droits des personnes handicapées. D’où une nécessité de réforme de nos textes juridiques internes. Malgré cet état de fait, notre pays a inscrit plusieurs actions et bonnes initiatives en faveur des personnes handicapées.

**loi n° 2018-----027 du 12 juin 2018 relative aux droits des personnes vivant avec un handicap**

Les personnes vivant avec un handicap diplômées bénéficient des mesures spécifiques de recrutement aux emplois publics et privés. L'âge de recrutement des personnes vivant avec un handicap dans la Fonction Publique de l’Etat et des collectivités tient compte du retard dû à la maladie ou à la durée du traitement. Les personnes vivant avec un handicap bénéficient, en cas de besoin, d’un aménagement de leur poste et de leur cadre de travail. Les organismes publics et les entreprises privées réservent un quota d’emplois aux *personnes actives* vivant avec un handicap dans des conditions définies par voie règlementaire.

**2. Le cadre politique du travail et de l'emploi Mali**

**Programme National d’Action pour l’Emploi en vue de Réduire la Pauvreté**

Ce programme[[88]](#footnote-88) dans sa stratégie générale s’appui sur Le dispositif institutionnel de lutte contre la pauvreté dont Le ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées responsable de la conception et l’application de la législation et des actions visant à assurer la protection des travailleurs par la mise en œuvre d’un régime approprié de sécurité et de prévoyance sociales ; la conception, l’élaboration et la mise en œuvre de programme d’animation, d’éducation et d’intégration visant à promouvoir le développement social et la solidarité nationale ;la promotion sociale des personnes âgées en vue d’assurer leur participation à la vie de la cité et de la nation ; la protection et la promotion sociale des personnes handicapées ; la lutte contre l’exclusion et la réduction de la fracture sociale ; la promotion et le développement des coopératives et mutuelles, du mouvement associatif en général ; l’application, en relation avec les autres ministères concernés, de la stratégie de lutte contre la pauvreté.

**Plan d’actions (2015 - 2017) de la politique nationale de l’emploi**

Ce plan[[89]](#footnote-89) d’action dans son Tableau 2, Matrice des actions et chronogramme de mise en œuvre de l’objectif 2 qui consiste à renforcer les actions de promotion et de création d’emplois, la promotion des activités privées génératrices d’emploi, le soutien aux entreprises modernes et aux micro et petites entreprises, le ciblage des mesures de promotion de l’emploi pour tenir compte du défi démographique et de la spécificité des problèmes d’insertion de certains groupes (femmes, jeunes, handicapés, migrants de retour etc.) prévoit en terme de :

* Résultats opérationnels, Des opportunités d’emploi pour les jeunes, femmes, migrants, personnes handicapées sont créées ;
* Indicateur, le Nombre de jeunes, de femmes, de migrants et de personnes handicapées soutenus et installés ;
* Activité, Appuyer les dispositifs d’insertion professionnelle des personnes handicapées.

***Respect de la CDPH***

Le cadre juridique de l’emploi au Mali se base sur des principes proches de celles de la CRDPH. Le fait de ne pas mentionner les personnes handicapées à plus forte raison mettre un accent particulier sur les femmes handicapées réduit de manière considérable l’égalisation des chances dans le domaine de l’emploi en faveur des femmes handicapées par le cadre politique.les cadres juridiques et politiques sur l’emploi au Mali devraient garantit, assurer que :

• la loi générale sur l'emploi protège les femmes handicapées de toute discrimination, y compris le refus d'aménagement raisonnable, et le harcèlement à tous les stades de l'emploi ;

• des formes d'emploi destinées aux personnes handicapées (tels que l'emploi protégé ou assisté) qui sont exemptées des normes de travail, et dont résulteraient une protection inférieure et une exploitation soient interdites dans les lois et empêchées dans les pratiques ;

• La formation professionnelle et les services pour l’emploi ordinaires, indépendant et l'économie sociale soient accessibles aux femmes handicapées ;

• les femmes handicapées qui acquièrent un handicap puissent rester dans le marché du travail au cours de leur période de réadaptation, si elles le souhaitent ;

• L'État prend des mesures positives pour employer des femmes handicapées ;

• L'État encourage l'emploi des femmes handicapées dans le secteur privé par des incitations et autres mesures ;

• Les femmes handicapées soient protégées contre toutes les formes de travail forcé.

***Confusion des termes***

Certaine lois tiennent compte que du handicap acquis au cours de l’emploi et non l’emploi des personnes handicapées y compris les femmes handicapées. D’autres mentionnent les personnes handicapées sans mettre un accent particulier sur les femmes handicapées et accorde que des aménagements raisonnables en lieu et place de garantir le droit à l’emploi.

Le cadre politique s’attèle qu’à auto emploi et ne tiens pas compte de données statistiques désagrégées pour l’octroi de subvention allant dans ses sens.

# D. Égalité des sexes au Mali - SDG 5

À l’échelle mondiale, les femmes et les filles doivent jouir de droits et d’opportunités équitables, et pouvoir vivre à l’abri de la violence et de la discrimination. L’égalité et l’autonomisation des femmes sont le thème de l’un des 17 Objectifs de développement durable, mais elles font également partie intégrante de tous les aspects d’un développement inclusif et durable. En résumé, tous les ODD dépendent de la réalisation de l’Objectif 5.

**1. Cadre juridique sur l’égalité de sexe au Mali**

La Constitution du Mali garantit les mêmes droits aux citoyens des deux sexes sans discrimination. Des avancées sont aussi constatées au plan de la législation interne et se caractérisent par la dotation du pays de différents codes visant à régir la vie sociale, économique et politique. Dans ce cadre, plusieurs lois prennent en compte la situation des hommes et des femmes notamment dans le domaine de la famille (Code du mariage et de la tutelle, Code de la nationalité, Code de la parenté), dans le domaine du travail (Code du travail, Code de prévoyance sociale), au niveau pénal (Code pénal et Code de procédure pénale), dans le domaine du politique (Loi électorale), sur le plan foncier (Code domanial et foncier) et dans le domaine commercial (Code de Commerce).

Dans ces conditions, la réalisation de l’égalité en droit sans l’équité mentionnée dans la Loi d’orientation agricole et les textes internationaux paraît hypothétique. Ainsi, s’il est vrai que l’État mène des actions en faveur des organisations des personnes handicapées, il n’en demeure pas moins que beaucoup d’efforts restent à faire pour garantir la promotion et la protection des droits des femmes et des filles handicapées et d’assurer le strict respect de leur dignité. Par ailleurs, les femmes restent victimes de violences de plusieurs ordres, à savoir les violences physiques, 12 les violences sexuelles, les violences psychologiques, la répudiation, l’excision, les violences découlant des privations et discriminations, les violences des femmes sur les femmes, la prostitution forcée et le proxénétisme.

**Loi[[90]](#footnote-90) n°2015-052/ du 18 décembre 2015 instituant des mesures pour promouvoir le genre dans l’accès aux fonctions nominatives et électives**

A l’ occasion des nominations dans les Institutions de la République ou dans les différentes catégories de services publics au Mali, par décret, arrêté ou décision, la proportion de personnes de l’un ou de l’autre sexe ne doit pas être inférieure à 30 %.

A l’occasion de l’élection des députés à l’Assemblée nationale, des membres du Haut Conseil des Collectivités ou des Conseillers des Collectivités territoriales, aucune liste d’au moins trois (03) personnes, présentée par parti politique, groupement de partis politiques ou regroupement de candidats indépendants, n’est recevable si elle présente plus de 70 % de femmes ou d’hommes. Toutefois, la présente loi ne s’applique pas aux élections au niveau des chefferies traditionnelles des conseillers de village et de fraction, des associations religieuses, de culte ou à caractère confessionnel ou encore tout autre regroupement disposant de statuts et règlements qui leur sont propres.

Les listes de candidature aux élections locales doivent respecter l’alternance des sexes de la manière suivante : si deux candidatures du même sexe sont inscrites, la troisième doit être de l’autre sexe. Article 4 : Les modalités d’application de la loi seront définies par décret pris en Conseil des Ministres.

Cette loi de 4 article garanti la participation à la vie politique et publique des femmes à leur accordant un quota d’au moins 30% de représentation aux postes nominatifs et liste électorales.

**la loi N° 2018-027 relative aux droits des personnes handicapées.**

**Article 26 :** Les femmes et les enfants vivant avec un handicap bénéficient de mesures spécifiques d’assistance et de protection contre l’exploitation de toute nature, les violences, les agressions sexuelles et les maltraitances.

**2. Cadre politique sur l’égalité de sexe au Mali**

**La Politique Nationale Genre du Mali**

Dans la partie réservée au cadre législatif national, la PNG (Mali)[[91]](#footnote-91) affirme **:** s’il est vrai que l’État mène des actions en faveur des organisations des personnes handicapées, il n’en demeure pas moins que beaucoup d’efforts restent à faire pour garantir la promotion et la protection des droits des femmes et des filles handicapées et d’assurer le strict respect de leur dignité.

L’analyse des principales politiques sectorielles révèle que ces cadres de référence contiennent tous, à des degrés divers, des informations sur la situation des femmes et des propositions d’actions visant à assurer leur promotion et leur participation au développement. À l’exception de certains secteurs tels que la santé, l’éducation et la justice qui proposent des mesures en faveur du Genre, le traitement de l’égalité entre les femmes et les hommes dans les politiques se résume à des déclarations d’intention certes louables, mais qui ne peuvent être concrétisées faute de résultats précis, de stratégies et de mesures, de mécanismes et de budgets.

Ainsi aucune de ces politiques sectorielles à part le PRODESS II ne mentionne les femmes et filles handicapées afin de leur assurer la non discrimination. la composante Développement social du PRODESS, que des efforts sont fournis pour la prise en charge des besoins des catégories sociales défavorisées (personnes handicapées, personnes âgées, femmes et enfants en situation difficile) en matière de soins sanitaires et d’accès à l’éducation. Aussi, des actions stratégiques sont développées pour l’intégration socio-économique des catégories à travers l’amélioration de leur accès à l’emploi et la participation à la prise de décision. Cependant, les impacts de ces actions sont moins visibles, notamment au niveau des personnes handicapées et encore moins les femmes handicapées.

Le PRODESS II affirme que la participation accrue des femmes, des jeunes et des personnes handicapés est également visée dans les mécanismes de gestion communautaire de la santé.

Cependant l’orientation stratégique N°3 consacrée à la reconnaissance de la contribution des femmes au développement économique par leur insertion aux circuits productifs et l’accès égal aux opportunités d’emploi et aux facteurs de production, ayant pour axe d’intervention l’amélioration de la rentabilité des opérations économiques des femmes œuvrant dans le secteur informel et dans l’entreprenariat, se fixe l’objectif de Soutenir le développement d’activités génératrices de revenus en faveur des groupes défavorisés (femmes chefs de ménage, jeunes filles déscolarisées, filles migrantes, handicapé(e)s) en vue de réduire leur vulnérabilité. L’examen des politiques sectorielles fait ressortir l’existence d’une volonté politique et dénote une certaine évolution dans la prise de conscience sur l’attention à accorder au Genre. Cependant, les lacunes constatées démontrent la nécessité pour le Mali de développer une expertise en matière d’intégration du Genre et handicap dans les politiques publiques selon une approche systémique, des méthodologies prouvées en matière d’analyse comparative entre les sexes en amont des politiques et une professionnalisation des fonctions dans ce domaine.

***Respect de la CDPH***

Le cadre juridique sur l’égalité des sexes au Mali traite de la participation des femmes en fixant un quota de 30% à tous postes nominatifs et électifs. Cela à pour effet de discriminer les femmes handicapées qui par absence de mesures d’égalité de chance ne sauront affirmer leurs leadership à concourir ces poste face aux femmes non handicapées. La même approche d’égalisation des chances entre les femmes et les hommes devrait s’étendre les femmes handicapées et non handicapées à travers un sous quota fixé dans les 30% accordés aux femmes non handicapées. La mise en œuvre de l’égalité des sexes devrait veiller à ce que :

* Les Lois et les politiques établissant les droits des personnes handicapées accordent une attention particulière à la situation des femmes handicapées;
* Les lois générales encourageant l'égalité entre les femmes et les hommes traitent de la situation des femmes handicapées;
* Les femmes handicapées, et l’approche genre, soient reflétées de manière adéquate dans toutes les consultations avec les organisations représentant les personnes handicapées;
* L'autonomie des femmes handicapées soit soutenue par les lois et les politiques.

# E. Données et informations sur le handicap et le genre au Mali - SDG 17 : Partenariats pour les objectifs

Des partenariats efficaces entre les gouvernements, le secteur privé et la société civile sont nécessaires pour un programme de développement durable réussi. Ces partenariats inclusifs construits sur des principes et des valeurs, une vision commune et des objectifs communs qui placent les peuples et la planète au centre, sont nécessaires au niveau mondial, régional, national et local.

Il existe un manque général de statistiques pertinentes sur le handicap. Les efforts se concentrent habituellement sur les données de prévalence du handicap, mais celles-ci ne suffiront pas à contrôler la manière dont la situation des droits de l’Homme des personnes handicapées évolue.

**1. cadre juridique relatif aux données et informations sur le handicap et le genre au Mali**

**La loi relative aux droits des personnes vivant avec un handicap**

Article 6 : L’Etat met en place un répertoire des personnes vivant avec un handicap.

Article 7 : Les données statistiques et les résultats d’études et de recherches sur le handicap doivent être désagrégés, disponibles et accessibles.

**La loi régissant les statistiques publiques**

Au sens de l’article premier de la présente loi[[92]](#footnote-92), La définition des terminologies de l’accessibilité, clarté et compréhension, Cohérence et Comparabilité, développement, diffusion, pertinence, secrets statistiques et pertinence sont conformes à l’esprit de la CRDPH en ce qui concerne l’inclusion des personnes handicapées dans le Système de statistique national en République du Mali.

Les principes fondamentaux de la dite loi sont conformes à ceux de la CRDPH à savoir la qualité, la diffusion, la protection des données individuelles, des sources d’informations, des répondants, de la coordination et de la coopération.

Les sanctions prévues dans la présente loi prévoient des mesures qui peuvent argumenter le recours des personnes handicapées en ce qui concerne la non production de données sur le handicap, le non respect des formes de communications accessibles et non respect de la confidentialité des informations personnelles concernant les personnes handicapées.

**2. cadre politique relatif aux données et informations sur le handicap et le genre au Mali**

**Mali - Recensement général de la population et de l'habitat (2020)**

Le Mali prévoit son cinquième recensement général de la population et de l’habitat (5e RGPH), en 2020, conformément au décret n°98-099/P-RM du 27 mars 1998 fixant la périodicité de réalisation du recensement tous les dix ans. Le recensement de la population et de l’habitat est une opération d’envergure nationale de collecte, de traitement et d’analyse de données sur toute la population et tous les logements d’un pays après ceux du de 1976, 1987, 1998 et 2009.

La cartographie censitaire a débuté en 2019. Elle durera 12 mois. Le dénombrement devrait intervenir un an après la fin de la phase de cartographie. Pour l’exercice 2020, les acteurs vont réaliser un recensement numérique conformément au programme international des recensements de la série 2020 lancée par la Commission de la statistique des Nations unies pour la période 2015-2024. Par ailleurs, cet exercice implique l’utilisation des TIC et des technologies géospatiales dont l’apport est le gain en qualité des données, la fiabilité des résultats et le raccourcissement du délai de publication des résultats.

***Respect de la CDPH***

Le cadre juridique s’aligne sur la CRDPH à travers les principes fondamentaux des droits de Lhomme de manière générale. Bien que la loi nationale régissant le système de statistique ne garanti pas la prise en compte des personnes handicapées dans la collecte de données statistiques, la cadre politique à travers le RGPH 2020 en république du Mali intègre une variable handicap bien vrais que cette dernière n’est harmonisée avec le questionnaire du Washington group sur le handicap.

***Confusion des termes***

La variable handicap intégré dans les questionnaires du RGPH 2020 identifie les personnes handicapées à travers les identifications locales qui sont pour plus part du temps péjoratives et parfois vont jusqu’à foulé la dignité intrinsèque des personnes handicapées.

Cette variable ne fait pas la différence entre les incapacités et les limitations fonctionnelles ce qui remet en avant les facteurs personnels au détriment des facteurs environnementaux.

# F. Rapport Focus Group du Mali avec l’Union Malienne des Associations et Comités de Femmes Handicapées (UMAFH).

**1. Résultats des discussions sur l'ODD 3: bonne santé et bien-être conformément à l'article 25 de la CDPH (santé) et à l'article 6 (femmes handicapées) et à l'article 23 (respect du domicile et de la famille)**

1.1 Les femmes handicapées du Mali accèdent avec beaucoup de difficulté aux services de santé dans la communauté et dans les centres de services de santé traditionnels tels que les dispensaires ou les hôpitaux.

1.2 Les services ne sont pas physiquement accessibles pour les femmes handicapées. Les bâtiments, les salles de bains et les lits d'examen accessibles ne sont pas accessibles pour les femmes avec handicap physique et les femmes de petites tailles.

Les services de santé traditionnels ne fournissent pas des d’informations et des communications accessibles telles que la langue des signes, le braille et des informations dans des formats faciles à lire qui faciliteront la communication pour les femmes sourdes, aveugles et celle avec handicap intellectuel et psychosocial.

1.3 Les femmes et les filles handicapées ne peuvent pas accéder aux services de santé dans la communauté dans les centres de santé traditionnels parce que :

1.3.1 Les services ne sont pas accessibles au niveau des bâtiments, de la communication et des attitudes à travers l’absence d’ascenseur pour les bâtiments à étage, non respect des norme s concernant les rampes d’accès construites pour des cas d’aménagement raisonnable, plan et procédure de communication ignorant entièrement les formes de communication pour les sourds et les aveugles.

1.3.2 Le cout des services sont abordables pour l’ensemble des femmes handicapées malgré qu’elles vivent généralement dans des situations de précarité dans la mesure où le système de protection social à travers des certificats d’indigent et des souscriptions à l’ANAM leurs facilitent cela.

1.3.3 Les services sont éloignés et nécessitent de parcourir de longues distances.

- les femmes avec handicap Physique et de petites tailles parce que le transport en commun étant inaccessible et le taxi qui est très couteux.

1.3.4 La stigmatisation et des attitudes discriminatoires des prestataires de santé envers les femmes handicapées se retrouvant dans les situations suivantes :

- quand une femme avec handicap physique et de petite taille doit monter sur une table gynécologique

* quand une femme aveugle se rend aux services de planification familiale, elle est traitée comme si elle n’avait pas droit à une vie de sexualité ;
* quand une femme avec handicap intellectuel ou psychosocial se présente devant un agent de santé sans être accompagnée, aucun crédit n’est accordé à son expression ;
* les femmes avec albinisme pour tout cas ou l’agent de santé doit être en contact avec elle tel que les injections, placement de sérum et autre.
* les femmes atteintes de bégaiement lorsqu’elles n’arrivent pas à s’exprimer pendant la consultation face un agent de santé impatient.

1.4 Les femmes et les filles handicapées de certains groupes de déficiences subissent des taux de discrimination plus élevés lors de l'accès aux services de santé parce que les femmes avec handicap physique, petites taille, aveugles, sourdes peuvent accéder quand elles sont accompagnées. Part conte les femmes avec handicap intellectuel et psychosocial malgré qu’elles soient accompagnées se retrouvent parfois dans des situations de rejet par les agents de santés.

1.5 Pour les services de santé sexuelle et de planification familiale et le dépistage des maladies sexuellement transmissibles, les femmes handicapées sont traitées sur le même pied d’égalité que les autres alors certaines ONG comme MARY STOP INTERNATIONAL, mobilisent des unîtes de consultation mobiles qui font le tour des OPH pour des consultations. Mais cela concerne que les femmes avec handicap Visuel et intellectuel.

Les programmes VIH / SIDA connaissent un changement depuis 2008 et s’améliorent au fur et à mesure. Le lien VIH Handicap est aujourd’hui une évidence dans la mesure où il fait parti des services de santé les plus inclusives au Mali. Les prestataires de santé de ce domaine s’adonnent à des aménagements raisonnables pour faciliter l’accès aux femmes handicapées.

1.6 concernant les services de santé VIH

Ces services sont progressivement rendus accessibles à travers la construction des rampes d’accès aux différents niveau des bâtiments et toilettes.

L'information et la communication sont aussi progressivement disponibles dans des formats accessibles tels que le braille et faciles à lire.

La célébration de la journée mondiale de lutte contre le VIH SIDA intègre tout cet aspect de communication notamment l’interprétation en langue de signe du discours de lancement officiel prononcé par des ministres ou le Président de la République. La Fédération malienne des associations de personnes handicapées participe à tous les cadres de concertation concernant le VIH SIDA au Mali.

Le projet de révision des lois VIH au Mali prévoit aussi des reformes spécifiques au handicap au même titre que les autres populations clés dans la riposte.

1.8 Le groupe de femme et filles avec handicap intellectuel et psychosocial est le plus discriminé sur le plan de la santé.

1.9 Les services spécialisés n’existent pas tous au sein des services de santé généraux pour répondre aux besoins de santé des personnes handicapées. D’autres sont des services détachés ou financés par le canal de certaines OPH.

* L’identification précoce pour les personnes de petite taille
* L’intervention précoce pour le handicap physique et handicap intellectuel
* physiothérapie est le plus développé parmi service spécialisés à travers la création du centre National d’Appareillage Orthopédique du Mali. (CNAOM).
* réadaptation liée à la santé,
* la communauté services de santé mentale est toujours d’actualité au Mali. L’approche santé est toujours prédominante dans ce domaine dans la mesure où l’OPH en question à son siège au CHU du Poing G et le président est un psychiatre.
* Aucun service d’orthophonie n’existe dans les centres de santé Généraux. Par conte il existe quatre (4) orthophonistes qui exercent leurs fonctions dans des cabinets privés.

1.10 la quasi-totalité de ces service ont été créer pour les personnes handicapées. De ce fait ils demeurent disponibles (uniquement en milieu urbain), accessible le plus souvent abordables aux femmes handicapées.

**2. résultats des discussions de groupe sur l'ODD 4: une éducation de qualité conforme à l'article 24 de la CRPD (éducation) et à l'article 6 de la CRPD (femmes handicapées)**

2.1 Certaines fille handicapées vont généralement à l'école primaire dans le cadre du système ordinaire avec l’accompagnement de leurs parents. Cela concerne uniquement les filles avec handicap physique, albinisme, trouble de langage, petite taille

2.2 De manière général le manque de formation des enseignants pour soutenir les apprenants handicapés, à la stigmatisation et aux attitudes discriminatoires.

- l’inaccessibilité des toilettes pour les filles avec handicap physique,

- le rejet social pour les filles avec albinisme et petite taille

Dans l’ensemble le plus grand obstacle est le maintien du système d’enseignement classique au détriment de l’éducation inclusive.

2.3 Les filles handicapées fréquentent généralement des écoles spéciales.

* **ECOLES SPECIALES POUR AVEUGLE :**

Création en octobre 1973 par l’Association Malienne pour la Promotion Sociale des Aveugles (AMPSA) de l’Institut des Jeunes Aveugles du Mali (IJA) devenu aujourd’hui Institut National des Aveugles du Mali (INAM) ;

L’Institut des Jeunes Aveugles (I.J.A.) a été le point de départ de l’accès à la culture de l’enfant aveugle. Les premiers enfants aveugles qui ont fréquenté les différents ordres et types d’enseignement exercent aujourd’hui dans la Fonction Publique et dans le secteur Privé. Ils sont professeurs d’Enseignement Secondaire, Kinésithérapeutes, Administrateurs, Ingénieurs d’élevage, Avocats, Musiciens etc.

En 1978, l’Institut des Jeunes Aveugles est devenu INAM parce que s’occupant désormais de la scolarisation des enfants aveugles et de la rééducation et réadaptation des élèves, étudiants et fonctionnaires tombés aveugles en cours de scolarité ou de fonction.

* **ECOLES SPECIALES POUR DEFICIENTS INTELLECTUEL :**
* Ouverture du Centre Médico-Psycho-Educatif (CMPE) en 1987 à Lafiabougou Bamako ;
* Ouverture du Centre Féminin de Formation pour Jeunes Filles Déficientes Intellectuelles en 1998 à Djélibougou Bamako ;
* Mise en place d’unités de prise en charge des enfants déficients intellectuels dans toutes les régions du Mali à partir de 2000 ;
* ouverture de Foyers de Vie Autonome à Moribabougou et à Baguinéda respectivement en 2000 et 2002.

Au départ le Centre était logé à la PMI de Lafiabougou et dès que les travaux de construction de ses locaux furent achevés il déménagea. Le Centre Médico-Psycho-Educatif (CMPE) de l’AMALDEME est basé à Lafiabougou en Commune IV du District de Bamako. Son objectif est d’assurer l’insertion sociale de l’enfant déficient mental grâce à des techniques appropriées en vue de sa participation au développement du pays.

* + **ECOLES SPECIALES POUR SOURD**
* Création en 1993 par l’AMPSOM d’une école pour Sourds devenue aujourd’hui Ecole pour Déficients Auditifs (EDA) basée au quartier Hippodrome à Bamako ;
* Héritage, par l’AMASOURDS en 2001 de l’Ecole des Sourds « Jigiya Kalanso » créée par CECI/Canada, à partir de deux classes intégrées à l’école « Sacré Cœur » de Bakodjicoroni ;
* Ouverture en 1999 par l’AMPSOM d’une Ecole pour Déficients Auditifs à Kita.

En 2000, l’AMPSOM prendra le nom de l’AMASOURDS (Association Malienne des Sourds).

Cette association bénéficia donc de la volonté, de l’appui et de la conjugaison des efforts du Gouvernement Malien, du Canada à travers le CECI (Centre Canadien d’Etudes et de Coopération Internationale), de la France, de la Belgique, de la Suisse, de la Fondation Partage, de la Fondation pour l’Enfance, de personnes ressources et d’autres partenaires. Ce qui permettra la naissance successive :

* **En janvier 1993** Du Centre Expérimental des Jeunes Sourds et Sourds-muets sis au quartier du Fleuve devenu aujourd’hui Ecole pour Déficients Auditifs (E.D.A.). Elle a été créée par l’AMPSOM en 1993 mais la formation de ses maîtres a démarré en juillet 1992. Cette formation portait sur la langue des signes, l’O.R.L., la Psychopédagogie, le dessin, la neurologie. Elle a duré deux mois. Sur la dizaine de personnes formées, seules trois sont restées à l’école, les autres ayant abandonnées à cause des problèmes de salaires.
* **En 1994,** de deux classes spéciales intégrées dans une école ordinaire en l’occurrence l’école du Sacré Cœur de Bakodjicoroni qui furent créées par le CECI du Canada. La formation des enseignants de ces classes était assurée par une Coopérante canadienne. Ces deux classes seront léguées, en 2000, par le CECI à l’AMASOURDS qui les transformera en une école dénommée « Jiguiya Kalanso » sise à Niamakoro (Cité UNICEF).
* **En 1995** de l’Ecole pour Déficients Auditifs (EDA) sise au quartier Hippodrome. Cette école a été construite par le Gouvernement et comporte six salles de classe, une Direction et deux latrines.
* **En 1999** de l’Ecole pour Déficients Auditifs de Kita qui a été ouverte par l’AMPSOM/AMASOURDS sur financement d’un partenaire canadien.

2.4 Les filles handicapées terminent difficilement (l’encadrement de l’enfant, son courage et l’appui de ses parents) l’école primaire

2.5 Les raisons pour les quelles les filles handicapées ne terminent pas généralement le primaire sont les suivantes :

* inaccessibilité des toilettes ;
* menaces de violences sexuelles ;
* mariages précoces.

2.6 Les filles handicapées poursuivent leurs études secondaires Difficilement (l’encadrement de l’enfant, son courage et l’appui de ses parents)

En ce qui concerne le cas des filles sourdes le cursus scolaire s’arrête après 9 ans d’études.

2.7 Les raisons pour les quelles les filles handicapées ne poursuivent pas leurs études secondaires sont les suivantes :

* inaccessibilité des toilettes ;
* menaces de violences sexuelles ;
* mariages précoces.

2.8 Les filles handicapées terminent difficilement (l’encadrement de la fille, son courage et l’appui de ses parents) Les études supérieures.

2.9 Les raisons pour les quelles les filles handicapées ne términent pas leurs études supérieures sont les suivantes :

* inaccessibilité des toilettes ;
* menaces de violences sexuelles ;
* mariages précoces.

2.10 il est peu probable que les parents soutienne la scolarité de leur filles parceque

2.11 Les principaux obstacles qui empêchent les filles et les femmes handicapées de terminer leurs études primaires et secondaires

d. Stigmatisation et attitudes discriminatoires de la communauté

F. Famille gardant des filles handicapées à la maison

b. Manque de curriculum inclusif et accessible

a. Obstacles physiques à l'accessibilité

c. Manque de formation des enseignants à l'éducation inclusive

e. L'intimidation ciblée sur le genre et le handicap de la part de ses pairs

2.12 Oui

2.13 Les filles handicapées psychosociales et Les filles handicapées mentales se heurtent à davantage d'obstacles pour accéder à l'enseignement primaries par manqué d’ecole specialiés en milieu rural. Il faut note qu’aucun systeme d’enseignement secondaire n’existe au Mali pour ces categories de filles handicapées.

**3. Résultat des discussions sur l'ODD 5: Égalité entre les sexes et ODD 17: Partenariats mondiaux conformément à l'article 6 de la CDPH (Femmes handicapées)**

**Égalité des sexes**

3.1 il existe au Mali une lois et des politiques sur l'égalité des sexes. La loi ne prend pas compte la spécifié des femmes handicapées mais la politique oui.

3.2 Les programmes et initiatives de l’état en faveur de l'égalité des sexes n’incluent pas les femmes handicapées.

Les programmes et initiatives des ONG en faveur de l'égalité des sexes incluent et font la promotion des femmes handicapées.

3.3 la loi et la politique de prévention sur la violence basée sur le genre au Mali existe. Ils ne mentionnent pas les femmes handicapées mais les considèrent dans la mention groupe vulnérables.

3.4 Les services et des programmes de prévention et de protection contre la violence sexiste au Mali. L’accès des femmes handicapées à ces services sont limités.

3.5 Le fonds d’appui a l’autonomisation de la femme et a l’épanouissement de  l’enfant (FAFE) est un programme qui a pour but de promouvoir l'autonomisation économique des femmes et explicitement les femmes handicapées.

3.6 il existe des politiques et des programmes pour promouvoir l'éducation des filles et des femmes au Mali. Ces politiques incluent les femmes handicapées dans les groupes vulnérables.

3.7 Oui cela existe pour toutes les femmes en général mais considère les femmes handicapées parmi les groupes vulnerables.

3.8 Le plaidoyer nécessaire pour garantir que les réformes et les mesures en matière d'égalité des sexes soient inclusives et accessibles aux femmes et aux filles handicapées est la participation pleine et effective des organisations de femmes handicapées aux différents cadres de concertation qui traitent de la santé sexuelle et reproductive.

**Partenariats et collaboration**

3.9 Le ministère en charge de la promotion de la femme existe au Mali. Il contact souvent les organisations de femmes handicapées mais son engagement auprès des femmes handicapées n’est pas effectif.

3.10

3.11 OUI

3.12 OUI

3.13 Les femmes handicapées participent-elles à des événements et à des conférences sur les droits des femmes. Nous pouvons dire que si les lieux de tenu de ces événements ne sont pas tout le temps accessibles, l’attitude des organisateurs l’est dans la, mesure ou il reste ouvert a toutes solution d’aménagement raisonnable afin d’assurer la participation de la femme handicapée au même pied d’égalité que les autres femmes. Ces éléments engagent les femmes handicapées à s’exprimer parmi les autres femmes et sensibiliser tous les sacripants à ces événements.

3.14 Nous recommandons une participation active des femmes handicapées au sein des organisations de droits des femme Pour favoriser une plus grande collaboration entre les femmes handicapées et le mouvement plus large des droits des femmes

**4. résultats des discussions sur l'ODD 8: Croissance économique et travail décent pour tous et article 6 (Femmes handicapées) et article 27 (Travail et emploi)**

4.1 personnes handicapées ont difficilement accès à un emploi au Mali.

4.2 Les personnes handicapées qui obtiennent des emplois dans la population active ordinaire qui leur fournissent un revenu équitable et leur permettent de vivre au-dessus du seuil de pauvreté représentent une infime partie du groupe des personnes handicapées.

4.3 Les types de travail et d'emploi auxquels les femmes handicapées généralement accès sont :

- Travailler dans le secteur informel reste ouvert à tous, demande peu de qualification et peut être adapté à toute capacité ce qui fait qu’il absorbe un grand nombre de personnes handicapées donc de femmes handicapées.

- les emplois à bas salaire aussi absorbent assez de femmes handicapées dans la mesure où il demande peu de qualification

- l'emploi dans le secteur privé reste très restreint en termes d’accces aux femmes handicapées.

- l'emploi dans le secteur public est celui qui a recruté de 1997 à 2011 le plus grand nombre de personnes handicapées

- le travail dans le secteur agricole dont la pratique au Mali demeure artisanal, demande assez d’effort, surtout physique. De par ces caractéristiques moins de femmes handicapées évoluent dans ce secteur.

4.4 Le lieu de travail n’est pas généralement physiquement accessible au femmes handicapées mais dans la plus part des cas, l’employeur est favorable à l’aménagement raisonnable.

4.5 Les employeurs offrent des aménagements raisonnables aux employés handicapés dans le secteur public. En ce qui concerne le secteur privé tout dépend de l’appréciation de l’employeur, du cout de l’aménagement raisonnable et la compétence professionnelle de l’employé.

4.6 OUI le secteur informel et Non Pour le secteur public

4.7 les femmes et les filles souffrant de handicaps psychosociaux, de handicaps mentales ou de handicaps intellectuels subissent plus de discrimination dans la mesure ou aucun des types de travail cité ci-dessus n’est favorable à leur emploi.

4.8 la stigmatization et des attitudes discriminatoires des employeurs

4.9 Oui mais timide

4.10 Les programmes de formation professionnelle sont inclusifs et accessibles aux femmes handicapées et peuvent procéder à des aménagement raisonnables si besoin y est.

4.11 Non il n’existe pas de services d'emploi accessibles et inclusifs au Mali dans le mesure le plaidoyer pouvant monter l’évidence des conséquences du chômage chez les femmes handicapées n’a pas encore réussi.

4.112 Non il n’existe pas de services d'emploi assisté au Mali pour fournir un coaching professionnel personnalisé et un soutien continu aux personnes handicapées sur le lieu de travail.

4.13 Oui Les programmes de travail indépendant et d'entrepreneuriat incluent les femmes handicapées à travers les consultations des OPH qui les accompagnent dans la mise en œuvre des dits programmes.

4.14 Selon notre expérience, les femmes handicapées ont difficilement accès au travail au Mali.

Les principaux obstacles sont d’une part, l’inaccessibilité des lieux de travail, les comportements et attitudes discriminatoires et d’autre part, le faible taux de scolarisation, le faible niveau d’instruction et la position sociale accordée à la femme et aux personnes handicapées.

Afin de surmonter tout cela, il faut les lois, politiques et programmes en liens avec la défense des droits des femmes et l’emploi des malien afin de les rendre inclusive.

**Recommandations**

Le Focus Group de l’Union Malienne des Associations et Comités de Femme Handicapées (UMAFH) à fin a recommandé par ODD des mesures favorables à l’amélioration de la jouissance des droits concernés sur la base de l’égalité avec les autres. Il s’agit entre autre de :

* développer les services de santé spécialisés afin qu’ils soient disponible, abordable et accessible ;
* spécifier les personnes vivant avec handicap dans lois politiques et programmes afin de tendre vers l’égalisation des chances;
* promouvoir l’éducation inclusive au détriment de l’éducation ordinaire, intégratrice et spéciale ;
* élaborer un plan d’accroissement de taux scolarisation des femmes handicapées ;
* élaborer une politique de réduction et de gratuité des services sociaux de bases ;
* accorder un quottât de représentation des femmes handicapées au sein du mouvement de défense des droits des femmes ;
* élaborer une politique spécifique pour l’inclusion des femmes handicapées ;
* renforcer la collaboration entre les réseaux de femmes handicapées et les bureaux pays ONU FEMME ;
* accorder attention particulière aux femmes handicapées dans l’élaboration et la mise en œuvre des stratégies d’emploi et d’auto emploi

**Conclusion**

Le Focus Group organisé avec l’Union Malienne des Associations et Comités de Femme Handicapées (UMAFH) s’est déroulé avec succès. Il a permit de recueillir la situation des femmes handicapées du Mali lors de leurs interactions avec les différents services constituant les secteur de la santé, l’éducation, l’emploi, le genre et le partenariat.

Les participantes de ce Focus Group procédé à des recommandations qui contribueront largement à la mise en œuvre des droits et liberté fondamentales des femmes handicapées au Mali, en Afrique et monde à travers ce rapport régional dénommé : **Rapport régional africain sur la mise en œuvre des ODD pour les filles et femmes handicapées conformément à la CDPH.**

# VI. Analyse juridique et politique : Comprendre comment les SDG 3 : santé et bien-être, 4 : éducation de qualité, 5 : égalité des sexes, 8 : travail décent et croissance économique et 17 : partenariats pour les objectifs, sont mis en œuvre pour traiter les droits des femmes et des filles handicapées en conformité avec la CDPH au Niger

Partie à plusieurs instruments internationaux de droits de l’Homme, le Niger[[93]](#footnote-93) réaffirme dans la Constitution du 25 novembre 2010 son attachement aux principes de l’Etat de droit et garantit explicitement les droits des personnes handicapées.

Le pays a signé la CDPH en mars 2007 et l’a ratifiée le 24 juin 2008 en même temps que son protocole facultatif. Il a également adopté plusieurs mesures législatives et règlementaires prenant en compte les personnes handicapées ou spécifiquement en leur faveur.

Une loi «déterminant les principes fondamentaux relatifs à l’insertion des personnes handicapées» au Niger, a été adoptée, le 8 novembre 2019, par le parlement. Cette loi vise à «harmoniser les instruments juridiques nationaux relatifs à la protection et à la promotion des droits des personnes handicapées avec les obligations de la  CRDPH.

# A. Le cadre juridique et politique de la SDG 4 : Éducation de qualité au Niger

Le Niger garanti le droit à l’éducation à sa population. Un Rapport d’Etat sur le Système Educatif National du Niger (RESEN) a été publié en 2010. Ce rapport fait ressortir les défis qui pourraient contraindre le développement du secteur dans le futur. Spécifiquement pour l’enseignement primaire Il s’agit entre autres de retenir que des améliorations seront nécessaires dans la perspective de l’enseignement primaire universel. Les effectifs scolarisés devront encore beaucoup augmenter dans le futur et intégrer les franges de population non scolarisée ou qui abandonne de façon précoce et la forte croissance de la population scolarisable. La capacité de construction d’écoles et de salles de classe en nombre suffisant constitue une difficulté. Par ailleurs, il n’est pas certain que le moteur de scolarisation basé presque exclusivement sur l’offre soit suffisant dans le futur. En effet, il est difficile de stabiliser les enseignants dans des zones difficiles ; et environ 30% des enfants n’étaient pas scolarisés en dépit de la présence d’une école à proximité. Il s’agit en général d’enfants issus de familles économiquement vulnérables ou vivant en situation de handicap. En conséquence, l’offre devra être jumelée à des actions du côté de la demande tant pour améliorer la rétention que pour assurer l’inclusion des populations et des groupes vulnérables (enfants -surtout filles- de familles pauvres résidant dans des milieux ruraux isolés, populations nomades, jeunes souffrant de handicap, ...).

**1. Le cadre juridique de l'éducation au Niger**

Au Niger, le droit à l’éducation est garanti par des textes juridiques et réglementaires parmi lesquels nous citerons principalement :

* La constitution de la septième République en ses articles :
* Article 12 qui stipule que : «chacun a droit à l’éducation et à l’instruction (…..)» ;
* Article 22 qui stipule que : «L'Etat veille à l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard de la femme, de la jeune fille et des personnes handicapées. Les politiques publiques dans tous les domaines assurent leur plein épanouissement et leur participation au développement national» ;
* Article 26 qui stipule que : «L'Etat veille à l'égalité des chances des personnes handicapées en vue de leur promotion et/ou de leur réinsertion sociale».
* L’ordonnance 93/012 du 2 mars 1993 portant sur les règles minimas de protection sociale des personnes handicapées modifiée et complétée par l’ordonnance 2010-028 du 20 mai 2010, consacre six (6) articles (de 7 à 12) à l’éducation.
* Article 11 représente une disposition anti discriminatoire, interdisant à tous les établissements professionnels qui forme à des emplois accessibles aux personnes handicapées, de leur refuser son accès.
* Les articles 28 et 35 de la même ordonnance, concernent l’éducation directement ou indirectement car le premier est relatif à l’accessibilité et le second à la sensibilisation répondant respectivement aux articles 8 et 9 de la CDPH.
* La Loi 98-12 du 1er juin 1998 modifiée par la loi 2007-24 du 03 juillet 2007, portant Orientation du système éducatif nigérien en ses articles 42, 43 et 61.
* L’article 42 de cette loi dispose :

« L’éducation spécialisée a pour mission l’éducation ou la rééducation et la formation des citoyens handicapées physiques ou mentaux, afin de faciliter leur insertion ou réinsertion sociale ».

Elle est assurée par :

* les établissements pour handicapés physiques ou mentaux ;
* les centres de rééducation des jeunes délinquants.
* Son article 61 précise que l’éducation spécialisée est en priorité à la charge de l’Etat.
* le décret n°2010-637 du 26 août 2010 fixant les modalités d’application de l’Ordonnance 93-012 du 2 mars 1993 déterminant les règles minima relatives à la protection sociale des personnes handicapées, modifiée et complétée par l’ordonnance n°2010-028- du 20 mai 2010 consacre 15 articles (de 10 à 24) à l’éducation des personnes handicapées.
* La lettre circulaire N°000311/MEN/DGEB/DEBI, du 07 décembre 2007, portant dérogation d’âge d’inscription des enfants handicapés.

Par cette lettre, les enfants handicapés peuvent être inscrits à l’école jusqu’à l’âge de douze (12) ans.

* Le Décret N°2010-761/PCSRD/MESS/RS du 09 Décembre 2010, fixant les modalités d’attribution de la bourse d’études en ces articles premier et 18, et l’arrêté N°00133/MESS/RS/MF du 14 Juin 2014, Portant modalités d’application dudit décret en ces articles 4 et 7 accordent le bénéfice d’une bourse d’études universitaires avec une bonification de deux (02) années d’âge par rapport aux autres étudiants.

**2. Le cadre politique régissant l'éducation au Niger**

En termes de politiques, une seule politique encadre le secteur éducatif au Niger. Il s’agit du Programme Sectoriel de l’Education et de la Formation (PSEF 2014-2024). Il concerne tous les niveaux de l’éducation et prend en compte l’éducation des personnes handicapées.

Il prévoit entre autres actions :

* la sensibilisation des parents, des directeurs d’écoles et des enseignants sur l’éducation inclusive;
* l’élaboration d’un plan d’action pour l’accroissement de l’offre d’éducation inclusive tenant compte des contraintes humaines (enseignants), financières du pays et de la cartographie des personnes handicapées déjà réalisée par le MEN/A/PLN;
* l’élaboration et mise en œuvre d’un plan d’action de prise en charge progressive des besoins des étudiants en situation de handicap;
* développement de référentiels spécifiques pour l’alphabétisation des populations à besoins spécifiques (nomades, personnes en situation de handicap etc.).

Une analyse minutieuse de ce programme fait ressortir que le handicap sensoriel, intellectuel et l’albinisme n’ont pas été suffisamment pris en compte. Ainsi, dans tout le document, on ne trouve aucune référence aux personnes sourdes et malentendantes, aux personnes aveugles, aux personnes handicapées intellectuelles et personnes avec albinisme. Par contre, certaines des actions prévues sont centrées sur le handicap moteur. Ces actions comprennent :

* L’amélioration de la formation des enseignants sur la prise en charge des enfants avec handicap moteur ;
* La systématisation de la construction des classes avec rampes d’accès pour favoriser l’accès des enfants avec handicaps moteurs ;
* L’intégration dans le module de construction des latrines d’un box adapté aux besoins des handicapés moteurs.

***Respect de la CRDPH***

L’analyse des mesures législatives et réglementaires en matière d’éducation des personnes handicapées au Niger fait ressortir, une contradiction entre la LOSEN en ces articles 42 et 43 sus-cités qui réaffirment les droits à l’éducation des personnes handicapées, mais dans un milieu particulier, et l’ordonnance 93/012 du 2 mars 1993 qui, en son article 7, réaffirme le droit des enfants et adolescents handicapés à l’éducation qui doit être intégrée au système éducatif national.

Malgré la tentative d’harmonisation entre les deux textes de loi, par l’ordonnance 2010-028 du 20 mai 2010 et son décret d’application, l’éducation spécialisée reste privilégiée dans la législation nigérienne, en contradiction avec l’article 24 de la CDPH et l’ODD 4, dont l’objectif final est de promouvoir une éducation inclusive de qualité pour tous. Une analyse minutieuse de ce programme fait ressortir que le handicap sensoriel, intellectuel et l’albinisme n’ont pas été suffisamment pris en compte. Ainsi, dans tout le document, on ne trouve aucune référence aux personnes sourdes et malentendantes, aux personnes aveugles, aux personnes handicapées intellectuelles et personnes avec albinisme.

Il faut noter que les organisations des personnes handicapées n’ont jamais été impliquées dans l’élaboration de ce programme encore moins dans sa mise en œuvre conformément au rôle que confère la CDPH à la société civile.

# B. Le cadre juridique et politique de la SDG 3 : Santé et bien-être au Niger

Dans le domaine de la santé, Il faut reconnaitre que des efforts ont été déployés par l’État pour l’accès des personnes handicapées aux soins de santé, notamment dans la prise en charge total des frais des examens et d’hospitalisation. Cependant, seul une minorité de personnes handicapées habitants les villes de Niamey et Zinder abritant les hôpitaux nationaux bénéficie de ces avantages au détriment de plus de 90% des personnes handicapées se trouvant loin de ces hôpitaux. Par ailleurs, les difficultés d’accès aux soins des personnes handicapées comprennent entre autres :

- l’insuffisance de formation des agents de santé sur les droits des personnes handicapées, - le manque d’interprètes professionnels en langue de signe

- l’inaccessibilité des centres de soins et des équipements sanitaires tels que les tables de consultation et les lits d’accouchement. - l’inaccessibilité des coûts des produits pharmaceutiques.

1. Le cadre juridique de l'accès à la santé au Niger

**La constitution de la république du Niger**

L’article 12 stipule que Chacun a droit à la vie, à la santé[[94]](#footnote-94), à l'intégrité physique et morale, à une alimentation saine et suffisante, à l'eau potable, à l'éducation et à l'instruction dans les conditions définies par la loi. L'Etat assure à chacun la satisfaction des besoins et services essentiels ainsi qu'un plein épanouissement. Chacun a droit à la liberté et à la sécurité dans les conditions définies par la loi. L’article 13 stipule que Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et morale. L'État veille à la création des conditions propres à assurer à tous, des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. La loi détermine les modalités de mise en œuvre de cette disposition.

**DECRET N°96-456 DU 28 NOVEMBRE 1996 PORTANT REGIME DES PRESTATIONS FOURNIES PAR LES HOPITAUX NATIONAUX**

L’article 9 de ce texte assure la gratuité des soins médicaux au profit des personnes handicapées et aux membres de leurs familles. Cette disposition a rencontré dans son application beaucoup de résistance auprès des services de santé. Pour tenter de vaincre cette résistance, le ministre en charge de la santé a dû, sous l’impulsion de son collègue en charge de la question du handicap, saisir par lettre circulaire n°002062 du 22 juillet 2005 relative à la mise en application du décret N°96-456 précité ; les établissements publics hospitaliers en vue de l’application stricte dudit décret. Mais, cette application n’est toujours pas effective dans les régions et se limite à la seule capitale. Bien que la circulaire soit ventilée dans toutes les régions, elle n’a pas trouvé d’échos favorables.

**2. Le cadre politique pour la santé au Niger**

**Le plan de développement sanitaire (pds) 2011 – 2015**

La politique nationale de santé publique ou de développement sanitaire[[95]](#footnote-95) assure la prise en charge sanitaire, d’adaptation et de réadaptation gratuite aux personnes vulnérables en matière de consultations, d’examens, de soins, y compris les évacuations sanitaires, sur présentation de leur carte nationale de solidarité.

Les prestations au niveau des formations sanitaires relevant du secteur public, ajoutées aux interventions lors des campagnes foraines des ONG, du programme spécial du Président de la République, ont contribué de manière significative à augmenter l’accès des populations aux soins (65 %). Ainsi, moins de 1 % de la population résidente totale présente un handicap.

***Respect de la CRDPH***

Le cadre juridique régissant la santé au Niger garanti la santé à tous les citoyens sans faire de mention spéciale aux personnes handicapées ni moins les femmes handicapées. Le fait de ne pas précisé cette close de non discrimination aux femmes et filles handicapées limite ou restreint la justification des mesures d’égalisation de chance de ces dernières. Le cadre juridique devrais garantir aux femmes et handicapées la non discrimination dans toutes les lois relatives au domaine de la santé

Le cadre politique parmi les critères d’accès aux services sociaux de base ne traite que de l’amorçabilité à travers la gratuité des soins de santé dont l’application n’est pas effective et n’est viable qu’en zone urbaine. Le cadre politique devrait promouvoir l’égalisation des chance en assurant aux femmes et filles handicapées la disponibilité, l’adaptabilité, l’amorçabilité, l’accessibilité et la qualité des services de santé générale et spécialisée sur toute l’étendue du territoire nigérien.

# C. Le cadre juridique et politique de la SDG 8 : Travail décent et développement économique au Niger

**1. Le cadre juridique des droits du travail au Niger**

Au Niger, le droit à l’emploi et le travail des personnes handicapées[[96]](#footnote-96) a été renforcé, par L’ordonnance 93/012 du 2 mars 1993 portant sur les règles minimas de protection sociale des personnes handicapées modifiée et complétée par l’ordonnance 2010-028 du 20 mai 2010.

Cette ordonnance, consacre 15 articles (13 à 27) à la réalisation du droit au travail des personnes handicapées. Elle fixe un quota de cinq pour cent (5%) des postes de travail de tout établissement public ou toute entreprise privée employant au moins vingt (20) salariés à des personnes handicapées.En plus, une pénalité sera appliquée à tout contrevenant. De même, elle interdit toute discrimination fondée sur le handicap en matière de concours. Elle établit également le droit des personnes handicapées à bénéficier de soutien technique, matériel pour occuper des postes d’emploi et ou accéder à leur lieu de travail. Les dispositions de cette ordonnance, ont été transposées dans le Code de Travail et le Statut Général de la Fonction Publique.

Au Niger les organisations de personnes handicapées ont entrepris plusieurs initiatives dans le cadre de l’auto-emploi et de l’entreprenariat privé. Ces initiatives ont permis la création de plusieurs ateliers de fabrication de grillages, de serpières, de craies, de ballons, de chaises et lits pliants ainsi que plusieurs produits dérivés de la maroquinerie. Cependant faute de mesure d’accompagnement 80% de ces initiatives n’ont pas résisté à la concurrence déloyale du marché. Pire encore les opérations de déguerpissement des boutiques, ateliers sur les artères des avenues des grandes villes en 2017 a concerné une centaine d’ateliers de personnes handicapées employant chacun au moins cinq personnes. Cette situation a accentué la vulnérabilité des artisans handicapés. Cet état de fait a conduit des milliers d’artisans handicapés à retourner dans la pratique de la mendicité parfois au-delà même de nos frontières. Récemment encore en Décembre 2017, des mendiants nigériens ont été expulsé du Bénin dans un désespoir total.

# 2. Le cadre politique du travail et de l'emploi Niger

**Politique Nationale de l’Emploi adoptée le 12 mars 2009 :**

L’un des principes directeurs de cette politique est : « l’accroissement de l’égalité des chances pour tous les demandeurs d’emploi, hommes, femmes, jeunes et personnes handicapés ».

De même, dans les objectifs spécifiques, elle prévoit de créés davantage d’opportunités d’emploi et de revenus décents pour les groupes vulnérables que sont les femmes, les jeunes et les personnes handicapés.

*Traitant de La promotion de la santé et la protection sociale, la politique entre autres* orientations stratégiques se propose de « cibler et réhabiliter les groupes vulnérables, tels que les personnes handicapées, les personnes âgées, les jeunes et les personnes infectées par le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes, les personnes déplacées, les réfugiés, les migrants et les travailleurs pauvres ».

Elle prévoit également le développement des actions ciblées en direction des femmes, des jeunes et des personnes handicapés, dont entres autres, une meilleure intégration des actifs handicapés sur le marché du travail.

De manière spécifique, le Plan d’Actions de la politique de l’emploi vise la création d’emplois productifs à même de dynamiser l’économie nationale et de favoriser une meilleure redistribution de la richesse nationale, une amélioration des conditions de vie des travailleurs en général et la réduction effective de la pauvreté. A travers le Plan, les actifs bénéficiaires (hommes, femmes, jeunes, handicapés) pourront trouver à s’employer par le biais du travail salarié ou mener des activités productives dans le secteur moderne, l’agriculture, l’élevage ou informelles.

Il se propose aussi de lutté contre les discriminations et l’élimination des abus dans le domaine du travail, notamment à l’égard des groupes vulnérables (femmes, jeunes et handicapés).

**Respect de la CRDPH**

Il ressort l’analyse du cadre juridique que des dispositions ont été prises pour favoriser l’emploi des personnes handicapées, interdire la discrimination fondée sur le handicap dans le domaine de l’emploi, et même des dispositions pour soutenir les personnes handicapées à occuper des postes d’emplois.

Cependant, on constate une insuffisance de la législation en matière d’auto emploi et d’entreprenariat privé des personnes handicapées. Or, celles-ci sont en majorité sans niveau d’instruction et de qualification pour occuper les postes disponibles. D’où malheureusement, la pratique de la mendicité et l’accentuation de la pauvreté.

Il faut aussi noter que malgré le nombre limité de diplômés handicapés parmi les jeunes chômeurs 6,3% sont des personnes handicapées dont 7,2% de chercheurs de premier emploi et 4,2% qui ont travaillé avant de perdre leur emploi selon la politique nationale de la jeunesse.

# D. Égalité des sexes au Niger - SDG 5

**1. Cadre juridique sur l’égalité des sexes et le genre au Niger**

La législation et les politiques au Niger prennent très peu en compte la double vulnérabilité de la femme handicapée. En effet, pour établir l’équilibre entre les hommes et les femmes, il a été élaboré une politique genre. Cette politique, s’articule autour de quatre (4) axes stratégiques dont entre autres : L’amélioration de l’environnement socioculturel en lien avec la démographie, la paix et la sécurité pour plus d’équité entre les hommes et les femmes ; Le renforcement du cadre institutionnel et juridique favorable à l’application effective des droits des femmes et des petites filles, à la lutte contre les violences basées sur le genre et à la participation équitable des hommes et des femmes à la gestion du pouvoir. Outre le fait que les organisations représentatives des personnes handicapées n’ont pas participé à l’élaboration de cette politique, elle ne prend en compte les besoins des femmes handicapées qu’en matière d’accessibilité des infrastructures. Il faut regretter l’ignorance et le silence de cette politique face à la double vulnérabilité de la femme handicapée et de la nécessité des actions spécifiques pour sa protection et la promotion de ses droits. Il n’existe aucune mesure législative ou réglementaire de protection de la femme handicapée de façon spécifique. Celle-ci, bénéficie très peu des mesures d’ordre général de promotion de la femme telles que la loi sur le quota, en la faveur de laquelle, plusieurs femmes ont été nommées à des postes de responsabilité. Pour les femmes avec déficience mentale, elles subissent beaucoup plus la marginalisation et le délaissement. Même la société semble tourner le dos à l’injustice, la violence et la souffrance de ces femmes. L’écrasante majorité d’entre elles sont des mères célibataires. Il n’est pas rare de rencontrer des femmes avec déficience mentale accouchées en pleine rue et évacuées dans des conditions peu humaines.

**2. Cadre politique sur l’égalité des sexes et le genre au Niger**

**Politique Genre**

Cette politique, s’articule autour de quatre (4) axes stratégiques dont entre autre :

L’amélioration de l’environnement socioculturel en lien avec la démographie, la paix et la sécurité pour plus d’équité entre les hommes et les femmes ; Le renforcement du cadre institutionnel et juridique favorable à l’application effective des droits des femmes et des petites filles, à la lutte contre les violences basées sur le genre et à la participation équitable des hommes et des femmes à la gestion du pouvoir.

Outre le fait que les organisations représentatives des personnes handicapées n’ont pas participé à l’élaboration de cette politique. Elle ne prend en compte les besoins des femmes handicapées qu’en matière d’accessibilité des infrastructures. Il faut regretter l’ignorance et le silence de cette politique face à la double vulnérabilité de la femme handicapée et de la nécessité des actions spécifiques pour sa protection et la promotion de ses droits.

**Stratégie nationale de finance inclusive**

Cette stratégie a pour mission de faciliter l'accès, de manière durable, aux produits et services financiers diversifiés, innovants, de qualité et à coût abordable à une clientèle croissante (la population), particulièrement les groupes financièrement exclus, les couches économiquement vulnérables, notamment les femmes, les jeunes, les acteurs du secteur rural et du secteur informel. Cette offre de service s'opère dans un environnement institutionnel, juridique, économico-financier adapté.

**Respect de la CRDPH**

Le cadre juridique negaranti que l’égalité des sexes entre les hommes et les femmes sans accorder une attention particulière aux femmes et filles handicapées qui vivent une situation de double vulnérabilité.

Le cadre politique à travers la politique qui a pour objectif global de contribuer à la création d’un environnement favorable à la réalisation de l’équité et de l’égalité de chances et d’opportunités entre les hommes et les femmes, les filles et les garçons au Niger, ne mentionne les personnes handicapées que par rapport aux problèmes d’accès aux infrastructures. Elle propose donc, l’adaptation des infrastructures aux besoins des personnes handicapées. Il est important de souligner ici qu’en ne mentionnant pas spécifiquement les personnes handicapées dans les actions qu’elle propose pour promouvoir l’équité et l’égalité de chance, cette politique creuse davantage les inégalités entre les personnes handicapées et les autres personnes. La mise en œuvre de l’égalité des sexes devrait veiller à ce que :

* Les Lois et les politiques établissant les droits des personnes handicapées accordent une attention particulière à la situation des femmes handicapées;
* Les lois générales encourageant l'égalité entre les femmes et les hommes traitent de la situation des femmes handicapées;
* Les femmes handicapées, et l’approche genre, soient reflétées de manière adéquate dans toutes les consultations avec les organisations représentant les personnes handicapées;
* L'autonomie des femmes handicapées soit soutenue par les lois et les politiques.

# E. Données et informations sur le handicap et le genre au Niger - SDG 17 : Partenariats pour les objectifs

**1. Cadre juridique sur les Données et informations sur le handicap et le genre au Niger**

**La loi régissant le Système National de Statistique**

La Loi n° 2004-011 du 30 mars 2004 Portant sur l'organisation de l'activité statistique et créant l'Institut National de la Statistique[[97]](#footnote-97) modifiée par la loi N° 2014-66 du 05 novembre 2014[[98]](#footnote-98) inclue les personnes handicapées à travers les mentions désignant la population générale et les groupes vulnérables. Cette loi réaffirme son alignement aux principes de statistique du continent africain qui sont conformes à celles prescrites dans l’article 31 de la CRDPH.

**Décret N° 2011-059/PCSRD/ME/F DU 27 Janvier 2011**

Ce décret innove avec l’élaboration et l’intégration de la variable handicap dans les fiches de recensement. Les variables retenues sont les caractéristiques **démographiques** des personnes handicapées (Sexe, Age, Etat matrimonial et Migration des personnes handicapées) ; les caractéristiques **socioculturelles** des personnes handicapées (Niveau d’instruction, Langue d’alphabétisation et Fréquentation scolaire) ; les caractéristiques **socioéconomiques** des personnes handicapées (Situation d’activité, Situation dans l’emploi ,Branche d’activité, Occupation principale, Chômage et le cadre de vie des personnes handicapées) les Caractéristiques des **ménages** dont le chef est handicapé (Mode d’approvisionnement en eau et en électricité, Type de lieu d’aisance et Biens d’équipement des ménages des personnes handicapées)

**2. Cadre politique sur les Données et informations sur le handicap et le genre au Niger**

**Recensement Général de la Population et de l’Habitat 2012**

Après l’examen des résultats du RGPH\_2012, même si des efforts sont déployés pour réduire les disparités et promouvoir l’amélioration des conditions de vie des handicapés et leur insertion sociale, beaucoup reste à faire pour accélérer la mise en œuvre de la Stratégie de Réadaptation à Base Communautaire (RBC).

Cette RBC devrait aboutir à la réadaptation, l’égalisation des chances et l’intégration sociale de toutes les personnes handicapées, faisant appel aux efforts conjugués des personnes handicapées elles – mêmes, de leurs familles, de la communauté, des Services sociaux (Santé- Education) et de Formation professionnelle appropriée. Au terme de cette analyse, il s’avère nécessaire d’initier des études et enquêtes spécifiques en vue d’identifier les obstacles éventuels qui pourraient retarder ou annihiler les efforts déployés pour la réadaptation et l’intégration des personnes handicapées au Niger.

Au Niger, les personnes handicapées représentent 4,2% de la population totale résidente et les personnes polyhandicapées avec 3,3% de la population résidente totale détiennent le taux de handicap le plus élevé. Viennent ensuite les personnes malvoyantes (0,3%), les handicapées physiques des membres inférieurs (0,2%). Par contre, les personnes muettes et celles qui sont atteintes de lèpre présentent des taux de handicap presque nuls à cause de leurs sous effectifs dans la population totale résidente. Il y a presque autant d’hommes que de femmes handicapées : 4,2% d’hommes et 4,1% de femmes handicapées. Les tranches d’âge 0-14 ans (1,9%) et 15-64 ans (avec 2,0%) sont le plus affectées par le handicap. L’analyse différentielle selon la région fait ressortir des taux de handicap supérieurs à 4,2% particulièrement au niveau des régions de Niamey (6,4%), Zinder (5,3%) et Tillabéry (4,5%). En effet, le taux d’accroissement intercensitaire annuel de la population des personnes handicapées estimé à 9% est nettement supérieur à celui de la population résidente totale (3,9%). Des taux très élevés s’observent au niveau des régions de Niamey (10,3%), Zinder (9,8%), Tahoua (9,4%) et de Tillabéry (9,4%). Il y a 102 hommes handicapés pour 100 femmes handicapées. Ce rapport de masculinité est supérieur à celui de la population résidente totale du pays, estimé à 98,8 hommes pour 100 femmes. Au Niger, les personnes handicapées mariées de 10 ans et plus (monogames ou polygames) représentent 3,7% de la population résidente totale de 10 ans et plus mariée (3,9% en milieu urbain et 3,7% en milieu rural).

De faibles taux de veuvage ou de divorces à cause du problème de sous effectifs, sont enregistrés. L’indice synthétique de fécondité des femmes handicapées âgées de 12-49 ans se situe à 5,6 enfants par femme contre 7,5 enfants par femme dans la population résidente totale. D’une manière générale, les personnes handicapées sont alphabétisées en français (64,1%), en haoussa (16,6%) ou en arabe (5,7%). Elles sont sans niveau d’instruction (35,5%) à l’instar de la population résidente totale (55,6% de sans niveau d’instruction). Les taux d’activité chez les personnes handicapées âgées de 15 ans et plus se situent à 34,3% contre 58,8% pour la population résidente totale de 15 ans et plus. Plus de 95% des personnes handicapées sont occupées (98% pour les femmes et 95% pour les hommes). La majorité des personnes handicapées âgées de 15 ans et plus sont soit des travailleurs indépendants (56,4%) soit des indépendants (35,9%). L’agriculture, chasse et sylviculture et la pêche, pisciculture, aquaculture constituent les branches d’activité de prédilection des personnes  
handicapées car plus de huit (8) personnes handicapées sur dix (10) s’y trouvent employées. Les chefs de ménage handicapés représentent 1,6% de l’ensemble des chefs de ménage de la population résidente totale. Les personnes handicapées ont dans l’ensemble un accès limité à l’eau et à l’électricité en relation avec leurs conditions de vie, particulièrement en milieu rural. En effet, pour environ trois ménages de personnes handicapées sur dix (29,7%), le robinet constitue le principal mode d’approvisionnement en eau. Dans l’ensemble, la lampe à pile est la principale source d’énergie utilisée par 73,9% des personnes handicapées pour éclairer leurs ménages. Les personnes handicapées vivent dans des cases (24,4%) ou dans des maisons en banco (64%). Elles pourraient être limitées dans le choix des lieux d’aisance eu égard à leurs conditions de vie. De ce fait, environ sept (7) ménages des personnes handicapées sur dix (10) utilisent la brousse ou la nature comme type de lieu d’aisance.

**Respect de la CRDPH**

Le cadre juridique sur les Données et informations sur le handicap et le genre au Niger garantie la prise en compte de tous les citoyens dans les opérations du système statistique. Bien vrais qu’elle ne mentionne pas les femmes et filles handicapées, le cadre politique à partir du RGPH 2012 intègre une variable handicap dont l’harmonisation avec les questionnaires du Wanshington Group sur le Handicap demeure un défit.

# VII. RECOMMANDATIONS

**ODD3: Assurer un mode de vie sain et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.**

**Des réformes juridiques et politiques nécessaires pour garantir à toutes les femmes et filles handicapées l'accès aux services de santé, y compris les services de santé sexuelle et reproductive, qui sont accessibles et de bonne qualité dans les communautés où elles vivent, conformément à l'article 25 de la CDPH (Santé) et à l'article 23 (Respect du domicile et de la famille):**

1. Revoir et renforcer les cadres nationaux pour garantir l'accès à des services de santé inclusifs et sensibles au genre sur une base d'égalité des services sensibles au genre en veillant à ce que le cadre juridique national sur la santé interdise explicitement la discrimination fondée sur le sexe et le handicap, garantit l'accès à la santé sur un pied d'égalité avec les autres et comprend des dispositions pour des aménagements raisonnables pour accéder aux services de santé ;
2. Assurer que le cadre juridique de la santé garantit l'accès à la santé sur la base du consentement libre et éclairé et protège contre les traitements forcés et la privation de liberté dans les établissements de soins de santé ;
3. La réforme du cadre juridique national de la santé doit garantir la le consentement éclairé lors de l'accès aux services de santé, y compris les services de santé sexuelle et reproductive
4. S'assurer que le cadre politique national sur la santé prévoit des mesures pour garantir que les services de santé, y compris les services de santé sexuelle et reproductive, sont pleinement accessibles, y compris une communication et des informations accessibles ;
5. S'assurer que le cadre politique national prévoit un budget et des mesures pour former les professionnels de la santé à l'inclusion dans les services de santé et à l'égalité des sexes dans l'accès aux services de santé ;
6. Veiller à ce que des ressources soient allouées pour garantir que tous les services de santé, y compris les services de santé sexuelle et reproductive, deviennent progressivement pleinement accessibles ;
7. Les plans, politiques et budgets du secteur de la santé doivent être définis développer des services de santé spécifiques au handicap qui répondent aux besoins de santé des personnes handicapées, y compris les femmes et les filles handicapées, tels que la réadaptation liée à la santé, l'orthophonie, l'intervention précoce et l'ergothérapie ;
8. Abroger toutes les lois qui empêchent femmes handicapées d'être considérées comme des citoyens égaux en droits. Les femmes et les filles handicapées se voient souvent refuser la capacité juridique, ce qui les prive de leur droit à l'autonomie et à l'intégrité. En conséquence, il existe de nombreux cas de femmes et de filles handicapées qui subissent une prise de décision informelle par substitution, où les tuteurs prennent des décisions à leur place dans de nombreux aspects de la vie. Il s’agit d’un écart manifeste par rapport à l’article 12 de la CDPH, qui reconnaît que toutes les personnes handicapées ont le droit de jouir de la capacité juridique sur la base de l’égalité avec les autres dans tous les aspects de la vie;
9. Réviser les lois régissant assurance maladie pour veiller ce qu'ils interdisent discrimination fondée sur le handicap et sexe et que couvertures d'assurance-maladie services de santé ou soutien liés au handicap tels que dispositif assistance, boucles auditives, physiothérapie etc. pour femmes et filles handicapées
10. Veillent les données sur les femmes et les filles handicapées dans l'accès aux services de santé et de santé sexuelle et reproductive sont collectées et ventilées par sexe et handicap.

**Mesures nécessaires pour lutter contre les attitudes discriminatoires et mettre fin aux pratiques néfastes à l'égard des femmes et des filles handicapées dans l'accès à la santé**

1. Des campagnes de sensibilisation parrainées par l'État sur les droits des femmes et des filles handicapées à la santé, y compris la santé sexuelle et procréative, doivent être mises en œuvre pour lutter contre les stéréotypes négatifs et mettre fin aux pratiques néfastes du système de santé ;
2. Des campagnes de sensibilisation parrainées par l'État devraient également être menées sur le droit des personnes handicapées de décider librement et de manière responsable du nombre et de l'espacement de leurs enfants et d'avoir accès à des informations adaptées à leur âge, à une éducation en matière de procréation et de planification familiale, et à fournir les moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits ;
3. Les États doivent condamner explicitement la stérilisation forcée ou forcée en tant que violation des droits et offrir réparation aux femmes et aux filles handicapées qui sont victimes de stérilisation forcée ou forcée;
4. Le secteur de la santé doit fournir un mécanisme efficace pour former les médecins et les professionnels de la santé (sages-femmes / infirmières) / sur les besoins en matière de santé et de planification familiale des femmes et des filles handicapées et sur la manière de fournir des aménagements raisonnables pour accéder aux services de santé ;
5. Une formation et une sensibilisation doivent être dispensées aux acteurs du secteur de la santé sur les droits de l'homme, la dignité, l'autonomie et les besoins des femmes et des filles handicapées grâce à la formation et à la promulgation de normes éthiques pour les soins de santé publics et privés ;
6. S'assurer que les budgets sont en place et que des ressources sont allouées aux centres de santé pour fournir des aménagements raisonnables aux femmes et aux filles handicapées accédant aux services de santé, y compris mais sans s'y limiter: interprétation en langue des signes, impression en braille de matériel de communication sanitaire, matériel de communication sanitaire traduit en Facile -des formats pour lire, des ajustements aux lits d'examen pour qu'ils soient accessibles, une interprétation tactile pour les femmes et les filles sourdes-aveugles, etc. ;
7. Fournir aux personnes handicapées la même gamme, la même qualité et le même niveau de soins et de programmes de santé gratuits ou abordables que les autres, y compris dans le domaine de la santé sexuelle et procréative et des programmes de santé publique axés sur la population.

**ODD 4: Assurer une éducation de qualité inclusive et équitable et promouvoir les opportunités d'apprentissage tout au long de la vie pour tous.**

**Réformes juridiques et politiques nécessaires pour garantir à toutes les femmes et filles handicapées un accès à l'éducation inclusive sur un pied d'égalité avec les autres, conformément à l'article 24 de la CDPH (Éducation):**

1. Le cadre juridique de l'éducation doit être réformé pour promouvoir l'accès à une éducation accessible, équitable et de qualité, éducation inclusive avec des dispositions qui interdisent explicitement la discrimination dans l'accès à l'éducation sur la base du handicap et du sexe. Le cadre juridique de l'éducation doit également prévoir des aménagements raisonnables pour accéder à l'éducation, comme l'exige l'article 24 de la CDPH (Éducation) ;
2. Le cadre juridique de l'éducation devrait également garantir que les apprenants handicapés ont accès à l'enseignement supérieur général, à la formation professionnelle, à l'apprentissage des adultes et tout au long de la vie sans discrimination et sur une base d'égalité avec les autres grâce à des opportunités d'apprentissage inclusives et accessibles et des aménagements raisonnables ;
3. Le cadre de la politique éducative doit promouvoir des réformes de l'éducation inclusive pour garantir que toutes les écoles du système éducatif ordinaire sont accessibles, inclusives avec un programme flexible et adaptatif et des services de soutien adéquats tels que comme interprétation en langue des signes, ergothérapie, matériel en braille et interprétation tactile. Le cadre politique doit également fournir des ressources et une formation aux enseignants et aux écoles sur l'éducation inclusive pour les aider à mettre en œuvre une éducation inclusive en classe ;
4. Les mécanismes de mise en œuvre des politiques devraient également inclure des programmes de lutte contre l'intimidation dans les écoles et les communautés pour prévenir la violence sexiste et fondée sur le handicap dans les écoles. , l'un des principaux facteurs de taux d'abandon élevé des filles handicapées au Kenya, au Nigéria, au Rwanda, au Mali et au Niger ;
5. Le cadre de la politique éducative devrait également faciliter l'apprentissage de la langue des signes nationale et la promotion de l'identité linguistique des sourds communautaire par le biais d'écoles bilingues inclusives ;
6. Veiller à ce que l'éducation de tous les apprenants handicapés, et en particulier des apprenants aveugles, sourds ou sourds-aveugles, soit dispensée dans les langues, les modes et les moyens de communication les plus appropriés à l'individu, et dans des environnements qui maximiser le développement scolaire et social.

**Mesures nécessaires pour lutter contre les attitudes discriminatoires s et les pratiques néfastes envers les femmes et les filles handicapées pour accéder à une éducation inclusive et de qualité sur une base d'égalité**

1. Investir dans des campagnes de sensibilisation financées par l'État auprès des familles et des communautés sur l'importance d'éduquer les enfants handicapés, et en particulier les filles handicapées, et promouvoir des messages sur les droits des femmes et des filles à l'éducation et les contributions des femmes et des filles à la société;
2. Fournir des ressources et du personnel pour lancer des campagnes de lutte contre l'intimidation afin de réduire la discrimination, la violence et les abus dans les écoles. Assurer la participation des parents et des tuteurs dans les campagnes de lutte contre l'intimidation ;
3. Promouvoir des mesures positives pour promouvoir l'accès à l'éducation des femmes et des filles handicapées telles que des politiques d'action positive et des bourses pour les femmes et les filles handicapées pour aller à l'école.

**ODD5: Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser tous femmes et filles**

**Réformes juridiques et politiques nécessaires pour garantir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles handicapées conformément à l'article 6 de la CPRD (Femmes handicapées)**

1. Réformer les lois sur l'égalité des sexes pour interdire explicitement la discrimination sur la base du sexe et du handicap et promouvoir l'égalité pour toutes les femmes et filles, y compris les femmes et les filles handicapées, grâce à des aménagements raisonnables pour accéder aux opportunités d'égalité des sexes;
2. Réformer les lois sur la prévention et la protection de la violence sexiste pour inclure explicitement les filles et les femmes handicapées et garantir des aménagements raisonnables pour accéder aux programmes et services de prévention et de protection de la violence sexiste.

**Mesures visant à garantir l'égalité des sexes pour les femmes et les filles handicapées**

1. Mettre en place et rendre disponible des fonds pour les initiatives d'égalité des sexes ciblant les femmes et les filles handicapées, y compris la sensibilisation et la formation sur les droits des femmes et des filles handicapées telles que consacrées à l'article 6 de la CRDPH (Femmes handicapées);
2. Veiller à ce que les programmes et services de protection, de prévention et de signalement de la violence, des abus et de l'exploitation basés sur le genre soient accessibles et inclusifs pour les femmes et les filles handicapées, y compris des espaces accessibles, notamment grâce à la fourniture d'informations et de modes de communication et de méthodes accessibles tels que la langue des signes, le braille et formats faciles à lire. L’information, la communication et l’éducation sur la manière d’éviter, de reconnaître et de signaler les cas d’exploitation, de violence et d’abus devraient également être disponibles dans des formats et modes de communication accessibles;
3. Sensibilisation menée par l'État pour promouvoir l'égalité des femmes et des filles handicapées et prévenir les pratiques néfastes et les attitudes discriminatoires qui conduisent à la violence, aux abus et à l'exploitation des femmes et des filles handicapées. Les campagnes devraient promouvoir la prévention de la violence, des abus et de l'exploitation des femmes et des filles handicapées et fournir des informations sur la dénonciation des cas et l'accès à la justice. Les campagnes devraient s'attaquer aux taux élevés de violence et d'abus de la part des soignants, des familles et des communautés, ainsi que de la violence sanctionnée par l'État telle que la stérilisation forcée;
4. Les femmes handicapées devraient être incluses dans tous les comités de planification du développement afin de contribuer au processus, de fournir des contributions sur une planification inclusive et accessible ainsi que sur les priorités pour les femmes et les filles handicapées;
5. Veiller à ce que les lois couvrant les droits de toutes les personnes handicapées comprennent des sections spécifiques pour couvrir les droits des femmes handicapées;
6. Adopter et mettre en œuvre la «règle des quotas» dans la plupart des organes publics électifs, y compris le parlement, en accordant un sous-quota aux femmes handicapées;
7. Renforcer et faire en sorte que les plateformes médiatiques jouent un rôle holistique et éducatif dans la formation des perceptions du public et la sensibilisation aux droits des personnes handicapées, y compris la sensibilisation pour éliminer la stigmatisation et la discrimination;
8. Veiller à ce que les femmes et les filles handicapées soient en mesure de participer aux partis politiques et aux organes de décision grâce à des aménagements raisonnables et en particulier, en facilitant leur représentation et leur participation égales avec les femmes, y compris les femmes handicapées, au Sénat, au Parlement, conseils et autres forums politiques;
9. Adopter des méthodes efficaces pour surveiller la proportion du budget national investie dans la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes (budgétisation sensible au genre) qui soit inclusive et représentative des besoins et intérêts spécifiques des femmes et des filles handicapées;
10. Veiller à ce que les politiques et programmes de réduction de la pauvreté exigent que tous les programmes et services de base soient accessibles, y compris l'information et la communication, notamment en veillant à ce que toutes les initiatives de développement soient sensibles au genre et au handicap;
11. Sensibilisation de la magistrature et des comités d'usagers des tribunaux à être conscients du handicap et à fournir des aménagements raisonnables et un accès aux femmes et filles handicapées qui demandent justice;
12. Veiller à ce que les programmes et initiatives de genre tels que l'autonomisation économique des femmes ou l'accès des femmes à l'éducation incluent les femmes et les filles handicapées et appliquent une optique intersectionnelle tenant compte du genre et du handicap.

**ODD 8: Promouvoir une croissance économique soutenue, inclusive et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous.**

1. Le cadre juridique du travail dans les cinq pays doit être amendé pour se conformer à l'article 27 de la CDPH (Travail et emploi), y compris:
   * l'interdiction de la discrimination, du harcèlement et de la violence sur la base du handicap sur le lieu de travail et concernant les conditions de travail ;
   * le droit à des aménagements raisonnables pour accéder au travail et à l'emploi et la reconnaissance que son refus constitue une discrimination fondée sur handicap ;
   * l'interdiction et la protection contre le travail forcé, le harcèlement et la violence contre les personnes handicapées
   * l’égalité des chances pour le travail indépendant, l'esprit d'entreprise, le développement de coopératives et création de sa propre entreprise par des personnes handicapées
   * l’égalité de traitement en ce qui concerne les syndicats, congé parental et droits au congé et salaire égal pour un travail de valeur égale ;
   * les mécanismes de plainte pour toutes les dispositions anti-discrimination pour signaler la discrimination avec la fourniture de recours et de sanctions efficaces.
2. Travail et autonomisation économique les politiques doivent explicitement inclure des stratégies, des mesures et des budgets pour faciliter l'accès au travail et à l'emploi des personnes handicapées et inclure des mesures visant à promouvoir l'égalité des chances pour les femmes handicapées dans les secteurs public et privé. Ces politiques devraient inclure des mesures positives pour lutter contre les formes multiples et croisées de discrimination auxquelles les femmes handicapées sont confrontées dans l'accès au travail et à l'emploi;
3. Les États devraient mettre en place des politiques d'action positive tenant compte du genre et du handicap pour aider les femmes handicapées à accéder au travail.

**Mesures nécessaires pour lutter contre les attitudes discriminatoires et promouvoir l'accès au travail et à l'emploi sur un pied d'égalité pour les femmes handicapées**

1. Mettre en œuvre des programmes de formation professionnelle ciblés qui sont accessibles et adaptés aux besoins du marché du travail ouvert pour les femmes handicapées;
2. Soutenir et promouvoir l'inclusion des femmes handicapées dans les programmes de microfinance ou de coopération pour faciliter l'accès aux opportunités de travail indépendant;
3. Veiller à ce que les programmes de formation professionnelle et les services d'emploi soient accessibles, inclusifs et disponibles pour toutes les femmes handicapées, quel que soit leur handicap, avec une formation adaptée au marché du travail ouvert;
4. Construire et financer des programmes d'emploi assisté et d'accompagnement professionnel individualisé conçus pour fournir un soutien continu aux personnes handicapées sur le lieu de travail;
5. Engager les employeurs des secteurs public et privé avec un soutien et une formation sur le recrutement, la formation et l'embauche de personnes handicapées, en faisant des aménagements raisonnables et en garantissant le maintien dans l'emploi;
6. Engager et consulter les femmes handicapées pour former les employeurs des secteurs public et privé à fournir des aménagements raisonnables;
7. Promouvoir l'emploi des personnes handicapées dans le secteur privé grâce à des politiques et mesures appropriées, qui peuvent inclure des programmes d'action positive, des incitations et d'autres mesures;
8. Promouvoir la formation et l'acquisition de compétences par les femmes handicapées pour participer au marché du travail sur un pied d'égalité.

**ODD 17 : Renforcer les moyens de mise en œuvre et revitaliser le partenariat mondial pour le développement durable**

**Recommandations sur les données et informations**

1. Plaider pour que les États s'engagent à collecter des informations appropriées, y compris des données statistiques et de recherche, pour leur permettre de formuler et de mettre en œuvre des politiques qui incluent les femmes et les filles handicapées ;
2. Veiller à ce que les données collectées sur les femmes et les filles handicapées soient ventilées et utilisées pour aider à évaluer la mise en œuvre des ODD et de la CRPD et que les données soient utilisées pour identifier les obstacles à la jouissance des droits par les femmes et les filles handicapées ;
3. Former les bureaux nationaux de statistique, les recenseurs et autres acteurs impliqués dans la planification de la collecte de données et les processus de mise en œuvre sur les questions du Groupe de Washington et sur l'obligation de collecter des données et des informations sur la situation des femmes et des filles handicapées comme stipulé dans l'article 31 du CPRD (Statistiques et collecte de données).

**Recommandations pour les partenariats pour mettre en œuvre les ODD**

1. La société civile, les bailleurs de fonds et les parties prenantes de l'égalité des sexes devraient soutenir et faciliter l'établissement de relations entre les femmes handicapées et le mouvement des femmes au sens large afin de garantir que les priorités de plaidoyer des femmes et des filles handicapées figurent à leur ordre du jour et aider à amplifier leurs voix en initiatives de plaidoyer conjointes ;

1. Le mouvement des femmes et le mouvement des personnes handicapées ont la responsabilité de promouvoir les priorités de plaidoyer des femmes et des filles handicapées et de promouvoir le leadership des femmes handicapées dans les deux mouvements.

# Bibliographie

Rwanda

République du Rwanda Ministère de l'éducation, Plan stratégique du secteur de l'éducation 2018 / 19-2023 / 24: <http://www.minecofin.gov.rw/fileadmin/templates/documents/NDPR/Sector_Strategic_Plans/Education.pdf>

Ministère de l'Éducation de la République du Rwanda, Plan stratégique du secteur de l'éducation 2018 / 19-2023 / 24: <http://www.minecofin.gov.rw/fileadmin/templates/documents/NDPR/Sector_Strategic_Plans/Education.pdf>

Ministère de l'Éducation de la République du Rwanda, Loi n ° 36/2018 du 29/06/2018: Déterminant l'organisation de l'éducation: <https://mineduc.gov.rw/index.php?id=145>

Constitution du Rwanda de 2003 avec les amendements de 2015 disponibles sur le site du projet Constitute: <https://www.constituteproject.org/constitution/Rwanda_2015.pdf?lang=en>

Jacqui Mattingly et Patrick Suubi, Education Development Trust, A Study on Children with Disabilities and their Right to Education: République du Rwanda (UNICEF: 2015): [https: //www.unicef.org/esaro/Rwanda-children-with-disabilities -UNICEF-EDT-2016.pdf](https://www.unicef.org/esaro/Rwanda-children-with-disabilities-UNICEF-EDT-2016.pdf)

Ministère de l'Éducation de la République du Rwanda, Politique révisée des besoins spéciaux et de l'éducation inclusive 2018: <https://mineduc.gov.rw/fileadmin/user_upload/pdf_files/SNE_Policy__4.10.2018.pdf>

Constitution du Rwanda de 2003 avec les amendements de 2015 disponibles sur le projet Constitute: <https://www.constituteproject.org/constitution/Rwanda_2015.pdf?lang=en>

République du Rwanda, Arrêté ministériel n ° 20/39 du 29/01/2016 déterminant le services fournis à chaque niveau des établissements de santé: <http://moh.gov.rw/fileadmin/templates/HLaws/Medical_services_at_all_levels_of_HF.pdf>

Paul Farmer, Réduction de la Mortalité Prématurée au Rwanda: Leçons Tirées du Succès, BMJ 2013; 346: f65 doi: 10.1136 /bmj.f65 (publié le 18 janvier 2013), disponible sur: <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f65.full.pdf+html>

Rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées: (A / 73/161, 2018, par.52).

Ministère de la Santé de la République du Rwanda, Politique nationale de santé communautaire 2008: <https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/projects/policies/chp_rwanda_2008.pdf>

Ministère de la Santé de la République du Rwanda, Plan stratégique de santé communautaire 2013-2018 : <http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/CHD_Docs/CHD-Strategic_plan.pdf>

Ministère de la Santé de la République du Rwanda, Politique nationale de santé mentale: <http://moh.gov.rw/fileadmin/templates/Docs/Posted-National-Mental-health-Policy-1.pdf>

Loi N ° 66/2018 du 30/08/2018 réglementant le travail au Rwanda: <http://www.gmo.gov.rw/fileadmin/user_upload/laws%20and%20policies/New_Labour_Law_2018.pdf>

République du Rwanda Ministère de la fonction publique et Travail, Politique nationale de l'emploi révisée 2019: <https://www.mifotra.gov.rw/fileadmin/user_upload/FINAL__REVISED_NATIONAL_EMPLOYMENT_POLICY.pdf>

Ministère de la fonction publique et du travail de la République du Rwanda, Stratégie nationale de développement des compétences et de promotion de l'emploi 2018-2024: [https: //www.mifotra.gov.rw/fileadmin/user\_upload/PDFS/Policies/NSDEPS.pdf](https://www.mifotra.gov.rw/fileadmin/user_upload/PDFS/Policies/NSDEPS.pdf)

Ministère des finances et de la planification économique de la République du Rwanda, Rwanda Vision 2020: <https://www.sida.se/globalassets/global/countries-and-regions/africa/rwanda/d402331a.pdf>

Ministère des finances et de la planification économique de la République du Rwanda , National Economic Development and Poverty Reduction Strategy II: <http://www.minecofin.gov.rw/fileadmin/templates/documents/NDPR/EDPRS_2.pdf>

République du Rwanda Ministère du Genre et de la Promotion de la Famille, Politique Nationale du Genre 2010: [http: //gmo.gov.rw/fileadmin/user\_upload/laws%20and%20policies/National\_Gender\_Policy\_July\_2010.pdf](http://gmo.gov.rw/fileadmin/user_upload/laws%20and%20policies/National_Gender_Policy_July_2010.pdf)

Nigeria

Ministère deEducationNigeria, La Loi de L’éducation de Base Universeller Gratuite et Obligatoire 2004: [https://www.lawyard.ng/wp-content/uploads /2016/01/COMPULSORY-FREE-UNIVERSAL-BASIC-EDUCATION-ACT2004.pdf](https://www.lawyard.ng/wp-content/uploads/2016/01/COMPULSORY-FREE-UNIVERSAL-BASIC-EDUCATION-ACT2004.pdf)

La Loi de 2018 sur la discrimination à l'égard des personnes handicapées (interdiction): [https://nigeriahealthwatch.com/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/2019 /02/1244-Discrimination-Contre-Personnes-avec-Disapacité-Prohibition-ACT-2018.pdf](https://nigeriahealthwatch.com/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/2019/02/1244-Discrimination-Against-Persons-with-Disabilities-Prohibition-ACT-2018.pdf)

La Politique National de l’Éducation 2014: <http://wbgfiles.worldbank.org/documents/hdn/ed/saber/supporting_doc/AFR/Nigeria/TCH/National%20Policy%20on%20Education.pdf>

Ministère fédéral de la Santé du Nigéria, Politique Nationale de la Santé 2016: <https://naca.gov.ng/wp-content/uploads/2019/10/National-Health-Policy-Final-copy.pdf>

Ministère fédéral de la Santé du Nigéria, Politique Nationale de la Santé 2016, page 13: <https://naca.gov.ng/wp-content/uploads/2019/10/National-Health-Policy-Final-copy.pdf>

National Population Commission of Nigeria, Nigeria's 2004 National Policy on Population for Sustainable Development: <https://www.healthpolicyproject.com/pubs/821_FINALNPPReport.pdf>

Ministère fédéral de la santé du Nigeria, Politique nationale de Prestation de Services de Santé Mentale 2013: [https: //cheld.org/wp-content/uploads/2015/02/national\_policy\_for\_mental\_health\_service\_delivery\_\_2013\_.pdf](https://cheld.org/wp-content/uploads/2015/02/national_policy_for_mental_health_service_delivery__2013_.pdf)

Loi nationale du travail du Nigéria: <http://lawsofnigeria.placng.org/laws/L1.pdf>

République fédérale du Nigéria, Politique nationale de l'emploi 2017: <https://www.labour.gov.ng/Doc/NATIONAL_EMPLOYMENT_POLICY.pdf>

Fonds africain de développement, Programme d'appui au programme de transformation agricole - Rapport d'évaluation de la phase I ATASP-I: [https: // www .afdb.org / fileadmin / uploads / afdb / Documents / Project-and-Operations / Nigeria \_-\_ Agricultural\_Transformation\_Agenda\_Support\_Program \_-\_ Phase\_I\_\_ATASP-I \_\_-\_ Appraisal\_Report.pdf](https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Project-and-Operations/Nigeria_-_Agricultural_Transformation_Agenda_Support_Program_-_Phase_I__ATASP-I__-_Appraisal_Report.pdf)

Nigeria Vision 20: 2020 Le 1er NV20: 2020 Plan de mise en œuvre à moyen terme (2010-2013): <https://www.preventionweb.net/files/14632_1stnipeditedversionvol1.pdf>

République fédérale du Nigéria, Ministère fédéral des affaires féminines et du développement social Abuja, Politique nationale du genre: [https://nigerianwomentrustfund.org/wp-content/uploads/National- Gender-PolicySituation-Analysis.pdf](https://nigerianwomentrustfund.org/wp-content/uploads/National-Gender-PolicySituation-Analysis.pdf)

République fédérale du Nigéria, Ministère fédéral des affaires féminines et du développement social Abuja, National Gender Policy Implementation Strategy 2008-2013: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/nig151427.pdf>

Kenya

William Aseka and Arlene Kanter, la Loi sur l'éducation de base de 2013: Pourquoi il s'agit d'un pas en avant et de deux pas en arrière pour les enfants handicapés au Kenya, (2014) 2 ADRY 33-50: [http://www.saflii.org/za/journals/ADRY/2014/2 .pdf](http://www.saflii.org/za/journals/ADRY/2014/2.pdf)

République du Kenya, ministère de l'Éducation, The National Special Needs Education Policy Framework 2009: <http://www.unesco.org/education/edurights/media/docs/446808882707702aafc616d3a2cec918bfc186fc.pdf>

République du Kenya, ministère de l'Éducation, Politique sectorielle pour les apprenants et les stagiaires handicapés 2018: <https://planipolis.iiep.unesco.org/sites/planipolis/files/ressources/kenya_sector_policy_learners_trainees_disabilities.pdf>

Loi sur l'emploi de la République du Kenya, chapitre 226: [http : //kenyalaw.org/kl/fileadmin/pdfdownloads/Acts/EmploymentAct\_Cap226-No11of2007\_01.pdf](http://kenyalaw.org/kl/fileadmin/pdfdownloads/Acts/EmploymentAct_Cap226-No11of2007_01.pdf)

Ministère du travail et de la protection sociale du Kenya, Plan stratégique 2018-2020: [https://labour.go.ke/wp-content/ uploads / 2019/09 / MLSP-Strategic-Plan-2018-2022\_17.09.2019.pdf](https://labour.go.ke/wp-content/uploads/2019/09/MLSP-Strategic-Plan-2018-2022_17.09.2019.pdf)

Republic of Kenya Public Service Commission, Disability Guidelines and Policies for Public Service 2018: [https://www.publicservice.go.ke/images/guidlines /Draft\_Disability\_Policy\_and\_Guidelines\_For\_the\_Public\_Service.pdf](https://www.publicservice.go.ke/images/guidlines/Draft_Disability_Policy_and_Guidelines_For_the_Public_Service.pdf)

République du Kenya, Troisième plan à moyen terme pour Vision 2030: <http://vision2030.go.ke/inc/uploads/2019/01/THIRD-MEDIUM-TERM-PLAN-2018-2022.pdf>

The National Loi sur la santé du Kenya de 2017: [http://kenyalaw.org:8181/exist/kenyalex/actview.xql?a ctid = No.% 2021% 20of% 202017 # part\_IV34/58](http://kenyalaw.org:8181/exist/kenyalex/actview.xql?actid=No.%2021%20of%202017#part_IV)

Rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées: A / HRC /(2016): <https://undocs.org/en/A/HRC/34/58>

République du Kenya, Mental Health (Amendment) Bill 2018: [http://www.parliament.go.ke/sites/default/files/2018-12/Mental%20Health%20%28Amendment%29%20Bill%2C%202018. pdf](http://www.parliament.go.ke/sites/default/files/2018-12/Mental%20Health%20%28Amendment%29%20Bill%2C%202018.pdf)

République du Kenya, Ministère de la Santé, Politique de la santé 2014-2030: <http://publications.universalhealth2030.org/uploads/kenya_health_policy_2014_to_2030.pdf>

République du Kenya, Ministère de la Santé, Politique nationale de santé sexuelle et reproductive des adolescents 2015: https: / / ww iy, jk, .w.popcouncil.org / uploads / pdfs / 2015STEPUP\_KenyaNationalAdolSRHPolicy.pdf

République du Kenya, ministère de la Santé, Mental Health Policy 2015-2020: [http://publications.universalhealth2030.org/uploads/Kenya-Mental -Health-Policy.pdfsexiste](http://publications.universalhealth2030.org/uploads/Kenya-Mental-Health-Policy.pdf)

Commission nationale pour l'égalité des sexes du Kenya, modèle de cadre législatif sur la violence sexuelle et2017: [https://www.ngeckenya.org/Downloads/NGEC%20Model%20Legislative%20Framework%20on%20GBV%20for % 20County% 20Govts.pdf](https://www.ngeckenya.org/Downloads/NGEC%20Model%20Legislative%20Framework%20on%20GBV%20for%20County%20Govts.pdf)

République du Kenya, Document parlementaire n ° 02 de 2019, Politique nationale sur le genre et le développement: [http://psyg.go.ke/wp-content/uploads/2019/12/NATIONAL-POLICY-ON-GENDER-AND-DEVELOPMENT .pdf](http://psyg.go.ke/wp-content/uploads/2019/12/NATIONAL-POLICY-ON-GENDER-AND-DEVELOPMENT.pdf)

République du Kenya, Bureau du procureur général et ministère de la Justice, Document parlementaire n ° 3 de 2014, Politique nationale et plan d'action sur les droits de l'homme 2014: [http://www.knchr.org/Portals/0/Bills/ National% 20Human% 20Rights% 20Policy% 20and% 20Action% 20Plan.pdf](http://www.knchr.org/Portals/0/Bills/National%20Human%20Rights%20Policy%20and%20Action%20Plan.pdf)

Mali:

Programme décennal pour le développement de l'enseignement et de la formation professionnels de deuxième génération (PRODEC 2), 2019-2028 de la République du Mali:

[http: // dg -enseignementsup.ml/wp-content/uploads/2019/10/Programme-Decennal-de-D%C3%A9veloppement-de-lEducation-et-de-la-Formation-Professionnelle-PRODEC-2-2019-2028.pdf](http://dg-enseignementsup.ml/wp-content/uploads/2019/10/Programme-Decennal-de-D%C3%A9veloppement-de-lEducation-et-de-la-Formation-Professionnelle-PRODEC-2-2019-2028.pdf)

La Constitution du 25 février 1992 en République du Mali:

<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/ml/ml004fr.pdf>

Loi n ° 99-046 du 28 décembre 1999 du

[https: //www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/97009/114926/F-568307560/MLI- 97009.pdf](https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/97009/114926/F-568307560/MLI-97009.pdf)

Ordonnance n ° 02-062 / P-RM du 5 juin 2002 portant Code de protection de l'enfance de la République du Mali:

<http://www.unesco.org/education/edurights/media/docs/c1c5d5eb0edb7d18bb8134184f16acf64533fe9b.pdf>

Analyse des résultats finaux du RGPH 2009 de la République fédérale du Mali:

<http://www.instat-mali.org/contenu/rgph/raedu09_rgph.pdf>

La loi d'orientation sanitaire de la République du Mali:

[http: // mail. cnom.sante.gov.ml/docs/pdf/Loi\_No02-049.pdf02-050](http://mail.cnom.sante.gov.ml/docs/pdf/Loi_No02-049.pdf)

LOI N °/ DU 22 JUILLET 2002 relative au droit hospitalier de la République du Mali:

[http://mail.cnom.sante.gov.ml /index.php?option=com\_content&task=view&id=223&Itemid=87](http://mail.cnom.sante.gov.ml/index.php?option=com_content&task=view&id=223&Itemid=87)

Le décret n ° 08-2716 / ms-sg du 6 octobre 2008 sur la charte du patient dans les hôpitaux de la République du Mali:

[http: //mail.cnom.sante .gov.ml / index.php? option = com\_content & task = view & id = 650 & Itemid = 87](http://mail.cnom.sante.gov.ml/index.php?option=com_content&task=view&id=650&Itemid=87)

Loi n ° 02-044 / du 24 juin 2002 sur la santé reproductive de la République du Mali:

[http://ftp.sante.gov.ml/index .php? option = com\_content & task = view & id = 342 & Itemid = 87](http://ftp.sante.gov.ml/index.php?option=com_content&task=view&id=342&Itemid=87)

LOI n ° 06¬ 028 / du 2 9 juin 2006 Fi xing les règles relatives à la prévention, aux soins et à la maîtrise du VIH / sida de la République du Mali:

<http://mail.cnom.sante.gov.ml/index.php?option=com_content&task=view&id=343&Itemid=87>

Ten- Programme annuel de développement sanitaire et social (PRODESS) de la République du Mali:

<http://www.sante.gov.ml/docs/PDDSS_2014-2023.pdf>

Loi n ° 92-020 / ANRM du 23 septembre 1992 relative au travail Code de la République du Mali:

<https://www.droit-afrique.com/uploads/Mali-Code-du-travail-1992-MAJ-2011.pdf>

Loi n ° 02-053 / ANRM du 16 décembre 2002 portant Statut général des fonctionnaires au Mali

<http://www.droit-afrique.com/upload/doc/mali/Mali-Loi-2002-53-statut-general-fonctionnaires.pdf>

1999 Code de la sécurité sociale de la République du Mali:

<https://www.droit-afrique.com/uploads/Mali-Code-prevoyance-sociale-1999-MAJ-2006.pdf>

Loi d'orientation agricole de la République du Mali, 2006

[http://extwprlegs1.fao.org/docs /pdf/mli67609.pdf](http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/mli67609.pdf)

La loi de 2003 modifiant le code général des impôts de la République du Mali:

[https://www.dgi.gouv.ml/C GI /](https://www.dgi.gouv.ml/CGI/)

Programme d'action national pour l'emploi pour réduire la pauvreté de la République du Mali:

<http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/mli147202.pdf>

Plan d'action national pour la politique de l'emploi (2015-2017) de la République du Mali

[http: //extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/mli147202.pdf](http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/mli147202.pdf)

Loi n ° 2015-052 / du 18 décembre 2015 instituant des mesures de promotion de l'égalité des genres dans l'accès aux fonctions nominatives et électives de la République du Mali:

[https: // www .ilo.org / dyn / natlex / docs / ELECTRONIC / 103433/125635 / F-893978704 / MLI-103433.pdf](https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/103433/125635/F-893978704/MLI-103433.pdf)

Politique nationale de genre du Mali:

[http://www.passip.org/passip\_intranet/pdf-intranet/Politique/9 -41% 20Politique% 20Nationale% 20Genre\_2011.pdf](http://www.passip.org/passip_intranet/pdf-intranet/Politique/9-41%20Politique%20Nationale%20Genre_2011.pdf)

Loi N ° 2016-005 du 24 février 2016 régissant les statistiques publiques de la République du Mali:

<http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/mli155371.pdf>

Niger

Shadow Report of La Fédération nigériane des personnes handicapées sur la Convention relative aux droits des personnes handicapées:

[https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRPD/Shared%20Documents/NER/INT\_CRPD\_NGO\_NER\_319 80\_F.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRPD/Shared%20Documents/NER/INT_CRPD_NGO_NER_31980_F.pdf)

La Constitution de la République du Niger:

<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/ne/ne005fr.pdf>

Le Plan de Développement Sanitaire du Niger 2011-2015:

[https: // www. ghdonline.org/uploads/NER\_Plan\_de\_Developpement\_Sanitaire\_2011\_-2015.pdf](https://www.ghdonline.org/uploads/NER_Plan_de_Developpement_Sanitaire_2011_-2015.pdf)

Rapport alternatif sur la mise en œuvre de l'Agenda 2030 au Niger:

<http://www.internationaldisabilityalliance.org/sgd-reports>

Loi n ° 2004-011 du 30 mars 2004 portant organisation de la statistique Activité et création de l'Institut National des Statistiques de la République du Niger:

<http://www.stat-niger.org/ins/pdf/1Loi.pdf>

Loi N ° 2014-66 du 05 novembre 2014 de la République du Niger : <http://www.stat-niger.org/statistique/index.php/lois-et-decrets/97-nov2014>

1. UNICEF, Rwanda Education Programme: <https://www.unicef.org/rwanda/education> [↑](#footnote-ref-1)
2. Republic of Rwanda Ministry of Education, Education Sector Strategic Plan 2018/19-2023/24, page 16, available at: <http://www.minecofin.gov.rw/fileadmin/templates/documents/NDPR/Sector_Strategic_Plans/Education.pdf> [↑](#footnote-ref-2)
3. UNICEF, Rwanda Education Programme : <https://www.unicef.org/rwanda/education> [↑](#footnote-ref-3)
4. Republic of Rwanda Ministry of Education, Education Sector Strategic Plan 2018/19-2023/24, page 17, available at: <http://www.minecofin.gov.rw/fileadmin/templates/documents/NDPR/Sector_Strategic_Plans/Education.pdf> [↑](#footnote-ref-4)
5. Ibid : page 17 [↑](#footnote-ref-5)
6. Republic of Rwanda Ministry of Education, Law no 36/2018 of 29/06/2018: Determining the Organization of Education, Page 20, available at: <https://mineduc.gov.rw/index.php?id=145> [↑](#footnote-ref-6)
7. La Constitution du Rwanda de 2003 avec les amendements de 2015 est disponible sur le site du projet Constitute : <https://www.constituteproject.org/constitution/Rwanda_2015.pdf?lang=en> [↑](#footnote-ref-7)
8. Jacqui Mattingly and Patrick Suubi, Education Development Trust, A Study on Children with Disabilities and Their Right to Education: Republic of Rwanda (UNICEF: 2015), available at : [https: //www.unicef.org/esaro/Rwanda-children-with-disabilities-UNICEF-EDT-2016.pdf](https://www.unicef.org/esaro/Rwanda-children-with-disabilities-UNICEF-EDT-2016.pdf) [↑](#footnote-ref-8)
9. Republic of Rwanda Ministry of Education, Revised Special Needs and Inclusive Education Policy 2018, page 16, available at: <https://mineduc.gov.rw/fileadmin/user_upload/pdf_files/SNE_Policy__4.10.2018.pdf> [↑](#footnote-ref-9)
10. Ibid, pages 6-7 [↑](#footnote-ref-10)
11. Rwanda’s Constitution of 2003 with 2015 amendments available at the Constitute Project : <https://www.constituteproject.org/constitution/Rwanda_2015.pdf?lang=en> [↑](#footnote-ref-11)
12. [Republic of Rwanda, Ministerial Order Nº20/39 of 29/01/2016 determining the medical services provided at each level of health facilities: <http://moh.gov.rw/fileadmin/templates/HLaws/Medical_services_at_all_levels_of_HF.pdf>](http://moh.gov.rw/fileadmin/templates/HLaws/Medical_services_at_all_levels_of_HF.pdf) [↑](#footnote-ref-12)
13. Réduction de la mortalité prématurée au Rwanda : les leçons du succès, BMJ 2013;346:f65 doi : 10.1136/bmj.f65 (Publié le 18 janvier 2013), Paul Farmer [: https://www.bmj.com/content/346/bmj.f65.full.pdf+html](https://www.bmj.com/content/346/bmj.f65.full.pdf+html)  [↑](#footnote-ref-13)
14. Les services spécialisés désignent une catégorie élargie de services au sein des services de santé généraux pour répondre aux besoins des personnes handicapées en matière de santé, tels que : le dépistage précoce, l'intervention précoce, la physiothérapie, la réadaptation liée à la santé, les services de santé mentale de proximité, l'orthophonie, etc. [↑](#footnote-ref-14)
15. Les professionnels qui fournissent des services de réadaptation (par exemple, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les optométristes, les audiologistes ou les médecins généralistes travaillant dans le domaine de la réadaptation). [↑](#footnote-ref-15)
16. Rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées : (A/73/161, 2018, paragraphe 52). [↑](#footnote-ref-16)
17. Republic of Rwanda Ministry of Health, National Community Health Policy 2008, page 10, available at: <https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/projects/policies/chp_rwanda_2008.pdf> [↑](#footnote-ref-17)
18. Plan stratégique communautaire pour la santé 2013-2018 [: http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/CHD\_Docs/CHD-Strategic\_plan.pdf](http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/CHD_Docs/CHD-Strategic_plan.pdf)  [↑](#footnote-ref-18)
19. Republic of Rwanda Ministry of Health, National Mental Health Policy, available at: <http://moh.gov.rw/fileadmin/templates/Docs/Posted-National-Mental-health-Policy-1.pdf> [↑](#footnote-ref-19)
20. Les services spécialisés désignent une catégorie élargie de services au sein des services de santé généraux pour répondre aux besoins des personnes handicapées en matière de santé, tels que : le dépistage précoce, l'intervention précoce, la physiothérapie, la réadaptation liée à la santé, les services de santé mentale de proximité, l'orthophonie, etc. [↑](#footnote-ref-20)
21. Les professionnels qui fournissent des services de réadaptation (par exemple, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les optométristes, les audiologistes ou les médecins généralistes travaillant dans le domaine de la réadaptation). [↑](#footnote-ref-21)
22. Comme l'explique le rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées dans son rapport sur l'accès à la santé, le cadre politique en matière de santé devrait organiser, renforcer et étendre des services et programmes complets d'adaptation et de réadaptation liés à la santé pour les personnes handicapées. Les gouvernements devraient s'efforcer de garantir l'accès à des services d'adaptation et de réadaptation liés à la santé dans la communauté, qui soient abordables et répondent de manière adéquate aux besoins des personnes handicapées. Le cadre politique devrait également garantir aux personnes handicapées un accès adéquat à des appareils et technologies d'assistance abordables. Ces services devraient être inclus dans les budgets nationaux de soins de santé. (A/73/161, 2018, paragraphe 52) [↑](#footnote-ref-22)
23. Le rapporteur spécial sur la santé explique dans son rapport sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible que : *le droit à la santé exige que les soins de santé mentale soient rapprochés des soins primaires et de la médecine générale, en intégrant la santé mentale à la santé physique, sur les plans professionnel, politique et géographique. Non seulement il intègre les services de santé mentale dans les soins de santé généraux, afin qu'ils puissent être accessibles à tous, mais il garantit que des groupes entiers de personnes traditionnellement isolées des soins de santé généraux, y compris les personnes handicapées, reçoivent des soins et un soutien sur un pied d'égalité avec les autres*. A/HRC/35/21 (2017), paragraphe 78. [↑](#footnote-ref-23)
24. Dans le rapport du rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées concernant l'accès à la santé, elle souligne les trois domaines suivants comme étant des sujets de préoccupation particuliers pour l'amélioration des résultats de santé des personnes handicapées. 1. les inégalités en matière de santé et de soins de santé des personnes handicapées ; 2. les obstacles à l'accès aux soins de santé ; 3. les violations spécifiques des droits de l'homme que les personnes handicapées subissent dans les établissements de soins de santé. (A/73/161, 2018, paragraphe 21). [↑](#footnote-ref-24)
25. Law N° 66/2018 of 30/08/2018 Regulating Labour in Rwanda, available at: <http://www.gmo.gov.rw/fileadmin/user_upload/laws%20and%20policies/New_Labour_Law_2018.pdf> [↑](#footnote-ref-25)
26. Republic of Rwanda Ministry of Public Service and Labour, Revised National Employment Policy 2019, available at: <https://www.mifotra.gov.rw/fileadmin/user_upload/FINAL__REVISED_NATIONAL_EMPLOYMENT_POLICY.pdf> [↑](#footnote-ref-26)
27. Republic of Rwanda Ministry of Public Service and Labour, National Skills Development and Employment Promotion Strategy 2018-2024, available at: <https://www.mifotra.gov.rw/fileadmin/user_upload/PDFS/Policies/NSDEPS.pdf> [↑](#footnote-ref-27)
28. Republic of Rwanda Ministry of Finance and Economic Planning, Rwanda Vision 2020: <https://www.sida.se/globalassets/global/countries-and-regions/africa/rwanda/d402331a.pdf> [↑](#footnote-ref-28)
29. Republic of Rwanda Ministry of Finance and Economic Planning, National Economic Development and Poverty Reduction Strategy II, page 116, available at: <http://www.minecofin.gov.rw/fileadmin/templates/documents/NDPR/EDPRS_2.pdf> [↑](#footnote-ref-29)
30. Politique nationale en matière de genre 2010 : <http://gmo.gov.rw/fileadmin/user_upload/laws%20and%20policies/National_Gender_Policy_July_2010.pdf> [↑](#footnote-ref-30)
31. Parmi les exemples de programmes ciblés, citons : les programmes de renforcement du leadership pour les femmes et les filles handicapées, l'élaboration de programmes qui améliorent l'accès des filles handicapées à l'enseignement ordinaire, la fourniture d'appareils de réadaptation et d'assistance aux femmes et aux filles handicapées. [↑](#footnote-ref-31)
32. Ces catégories comprennent, entre autres, les femmes et les filles vivant en milieu rural, les femmes et les filles handicapées LBTQI, les femmes et les filles handicapées vivant dans un système de castes, les femmes et les filles handicapées indigènes, les femmes et les filles handicapées appartenant à des groupes sous-représentés tels que les femmes et les filles souffrant de handicaps intellectuels, les femmes et les filles sourdes et aveugles, les femmes et les filles souffrant de handicaps psychosociaux, les femmes et les filles albinos. [↑](#footnote-ref-32)
33. UNICEF, Nigeria Education Programme : <https://www.unicef.org/nigeria/education> [↑](#footnote-ref-33)
34. Pour lire la loi sur l'éducation de base universelle gratuite et obligatoire : <https://www.lawyard.ng/wp-content/uploads/2016/01/COMPULSORY-FREE-UNIVERSAL-BASIC-EDUCATION-ACT2004.pdf> [↑](#footnote-ref-34)
35. Loi de 2018 sur les droits des personnes handicapées : voir <https://nigeriahealthwatch.com/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/2019/02/1244-Discrimination-Against-Persons-with-Disabilities-Prohibition-ACT-2018.pdf> [↑](#footnote-ref-35)
36. Politique nationale de l'éducation 20014 [: http://wbgfiles.worldbank.org/documents/hdn/ed/saber/supporting\_doc/AFR/Nigeria/TCH/National%20Policy%20on%20Education.pdf](http://wbgfiles.worldbank.org/documents/hdn/ed/saber/supporting_doc/AFR/Nigeria/TCH/National%20Policy%20on%20Education.pdf) [↑](#footnote-ref-36)
37. Federal Ministry of Health of Nigeria, National Health Policy 2016, available at: <https://naca.gov.ng/wp-content/uploads/2019/10/National-Health-Policy-Final-copy.pdf> [↑](#footnote-ref-37)
38. Federal Ministry of Health of Nigeria, National Health Policy 2016, Page 13, available at: <https://naca.gov.ng/wp-content/uploads/2019/10/National-Health-Policy-Final-copy.pdf> [↑](#footnote-ref-38)
39. National Population Commission of Nigeria, Nigeria’s 2004 National Policy on Population for Sustainable Development, available at: <https://www.healthpolicyproject.com/pubs/821_FINALNPPReport.pdf> [↑](#footnote-ref-39)
40. Federal Ministry of Health of Nigeria, National Policy for Mental Health Services Delivery 2013, available at: <https://cheld.org/wp-content/uploads/2015/02/national_policy_for_mental_health_service_delivery__2013_.pdf> [↑](#footnote-ref-40)
41. Source pour la loi sur le travail du Nigeria [: http://www.nigeria-law.org/LabourAct.htm](C:\\Users\\Paula\\Downloads\\ http\\www.nigeria-law.org\\LabourAct.htm) [↑](#footnote-ref-41)
42. Federal Republic of Nigeria, National Employment Policy 2017, available at: <https://www.labour.gov.ng/Doc/NATIONAL_EMPLOYMENT_POLICY.pdf> [↑](#footnote-ref-42)
43. African Development Fund, Agricultural Transformation Agenda Support Program – Phase I ATASP-I Appraisal Report, page 10, available at: <https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Project-and-Operations/Nigeria_-_Agricultural_Transformation_Agenda_Support_Program_-_Phase_I__ATASP-I__-_Appraisal_Report.pdf> ; page 10 [↑](#footnote-ref-43)
44. Nigeria Vision 20: 2020 The 1st NV20:2020 Medium Term Implementation Plan (2010 – 2013): <https://www.preventionweb.net/files/14632_1stnipeditedversionvol1.pdf> [↑](#footnote-ref-44)
45. Federal Republic of Nigeria, Federal Ministry of Women Affairs and Social Development Abuja, National Gender Policy, available at: <https://nigerianwomentrustfund.org/wp-content/uploads/National-Gender-PolicySituation-Analysis.pdf> [↑](#footnote-ref-45)
46. Source [: http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/nig151427.pdf](http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/nig151427.pdf) [↑](#footnote-ref-46)
47. Federal Republic of Nigeria, Federal Ministry of Women Affairs and Social Development Abuja, National Gender Policy Implementation Strategy 2008-2013, available at: : <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/nig151427.pdf> [↑](#footnote-ref-47)
48. Parmi les exemples de programmes ciblés, citons : les programmes de renforcement du leadership pour les femmes et les filles handicapées, l'élaboration de programmes qui améliorent l'accès des filles handicapées à l'enseignement ordinaire, la fourniture d'appareils de réadaptation et d'assistance aux femmes et aux filles handicapées. [↑](#footnote-ref-48)
49. Ces catégories comprennent, entre autres, les femmes et les filles vivant en milieu rural, les femmes et les filles handicapées LBTQI, les femmes et les filles handicapées vivant dans un système de castes, les femmes et les filles handicapées indigènes, les femmes et les filles handicapées appartenant à des groupes sous-représentés tels que les femmes et les filles souffrant de handicaps intellectuels, les femmes et les filles sourdes et aveugles, les femmes et les filles souffrant de handicaps psychosociaux, les femmes et les filles albinos. [↑](#footnote-ref-49)
50. William Aseka et Arlene Kanter, La loi sur l'éducation de base de 2013 : Why it is One Step Forward and Two Steps Back for Children with Disabilities in Kenya, (2014) 2 ADRY 33-50 [: http://www.saflii.org/za/journals/ADRY/2014/2.pdf](http://www.saflii.org/za/journals/ADRY/2014/2.pdf)  [↑](#footnote-ref-50)
51. Republic of Kenya, Ministry of Education, The National Special Needs Education Policy Framework 2009, available at: <http://www.unesco.org/education/edurights/media/docs/446808882707702aafc616d3a2cec918bfc186fc.pdf> [↑](#footnote-ref-51)
52. Republic of Kenya, Ministry of Education, Sector Policy for Learners and Trainees with Disabilities 2018, available at: <https://planipolis.iiep.unesco.org/sites/planipolis/files/ressources/kenya_sector_policy_learners_trainees_disabilities.pdf> [↑](#footnote-ref-52)
53. Republic of Kenya, Ministry of Education, Sector Policy for Learners and Trainees with Disabilities 2018, available at: <https://planipolis.iiep.unesco.org/sites/planipolis/files/ressources/kenya_sector_policy_learners_trainees_disabilities.pdf> [↑](#footnote-ref-53)
54. Republic of Kenya Employment Act Chapter 226, available at: <http://kenyalaw.org/kl/fileadmin/pdfdownloads/Acts/EmploymentAct_Cap226-No11of2007_01.pdf> [↑](#footnote-ref-54)
55. Actuellement en cours d'amendement par le projet de loi 2019 sur les personnes handicapées qui est en cours d'abrogation [↑](#footnote-ref-55)
56. Republic of Kenya Ministry of Labour and Social Protection, Strategic Plan 2018-2020, available at: <https://labour.go.ke/wp-content/uploads/2019/09/MLSP-Strategic-Plan-2018-2022_17.09.2019.pdf> [↑](#footnote-ref-56)
57. Republic of Kenya Public Service Commission, Disability Guidelines and Policies for Public Service 2018, available at: <https://www.publicservice.go.ke/images/guidlines/Draft_Disability_Policy_and_Guidelines_For_the_Public_Service.pdf> [↑](#footnote-ref-57)
58. Republic of Kenya, Third Medium-Term Plan for Vision 2030, available at: <http://vision2030.go.ke/inc/uploads/2019/01/THIRD-MEDIUM-TERM-PLAN-2018-2022.pdf>

    [↑](#footnote-ref-58)
59. La loi nationale sur la santé de 2017 [: http://kenyalaw.org:8181/exist/kenyalex/actview.xql?actid=No.%2021%20of%202017#part\_IV](http://kenyalaw.org:8181/exist/kenyalex/actview.xql?actid=No.%2021%20of%202017#part_IV) [↑](#footnote-ref-59)
60. Rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées : A/HRC/34/58 (2016) [: https://undocs.org/en/A/HRC/34/58](https://undocs.org/en/A/HRC/34/58)  [↑](#footnote-ref-60)
61. La prise de décision assistée permet aux personnes handicapées de prendre leurs propres décisions concernant leur vie avec un soutien et de rester en charge, tout en recevant le soutien et l'aide dont elles ont besoin pour le faire. Il s'agit d'une alternative à la tutelle et la personne est en mesure de conserver sa capacité juridique. [↑](#footnote-ref-61)
62. Republic of Kenya, Mental Health (Amendment) Bill 2018, available at: <http://www.parliament.go.ke/sites/default/files/2018-12/Mental%20Health%20%28Amendment%29%20Bill%2C%202018.pdf> [↑](#footnote-ref-62)
63. Republic of Kenya, Ministry of Health, Health Policy 2014-2030, available at: <http://publications.universalhealth2030.org/uploads/kenya_health_policy_2014_to_2030.pdf> [↑](#footnote-ref-63)
64. Les services spécialisés désignent une catégorie élargie de services au sein des services de santé généraux pour répondre aux besoins des personnes handicapées en matière de santé, tels que : le dépistage précoce, l'intervention précoce, la physiothérapie, la réadaptation liée à la santé, les services de santé mentale de proximité, l'orthophonie, etc. [↑](#footnote-ref-64)
65. Les professionnels qui fournissent des services de réadaptation (par exemple, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les optométristes, les audiologistes ou les médecins généralistes travaillant dans le domaine de la réadaptation). [↑](#footnote-ref-65)
66. Comme l'explique le rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées dans son rapport sur l'accès à la santé, le cadre politique en matière de santé devrait organiser, renforcer et étendre des services et programmes complets d'adaptation et de réadaptation liés à la santé pour les personnes handicapées. Les efforts du gouvernement devraient être faits pour garantir l'accès à des services d'adaptation et de réadaptation liés à la santé dans la communauté qui soient abordables et répondent de manière adéquate aux besoins des personnes handicapées. Le cadre politique devrait également garantir aux personnes handicapées un accès adéquat à des appareils et technologies d'assistance abordables. Ces services devraient être inclus dans les budgets nationaux de soins de santé. (A/73/161, 2018, paragraphe 52) [↑](#footnote-ref-66)
67. Politique nationale de santé sexuelle et génésique des adolescents [: https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015STEPUP\_KenyaNationalAdolSRHPolicy.pdf](https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015STEPUP_KenyaNationalAdolSRHPolicy.pdf) [↑](#footnote-ref-67)
68. Republic of Kenya, Ministry of Health, Mental Health Policy 2015-2020, available at: <http://publications.universalhealth2030.org/uploads/Kenya-Mental-Health-Policy.pdf> [↑](#footnote-ref-68)
69. National Gender Equality Commission of Kenya, Model Legislative Framework on Sexual and Gender-based Violence 2017, available at: <https://www.ngeckenya.org/Downloads/NGEC%20Model%20Legislative%20Framework%20on%20GBV%20for%20County%20Govts.pdf> [↑](#footnote-ref-69)
70. Republic of Kenya, Sessional Paper No. 02 of 2019, National Policy on Gender and Development, available at: <http://psyg.go.ke/wp-content/uploads/2019/12/NATIONAL-POLICY-ON-GENDER-AND-DEVELOPMENT.pdf> [↑](#footnote-ref-70)
71. Republic of Kenya, Office of the Attorney General and Department of Justice, Sessional Paper No. 3 of 2014, National Policy and Action Plan on Human Rights 2014, available at: <http://www.knchr.org/Portals/0/Bills/National%20Human%20Rights%20Policy%20and%20Action%20Plan.pdf> [↑](#footnote-ref-71)
72. PROGRAMME DECENNAL DE DEVELOPPEMENT DE L’EDUCATION ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE DEUXIEME GENERATION (PRODEC 2), 2019-2028

    <http://dg-enseignementsup.ml/wp-content/uploads/2019/10/Programme-Decennal-de-D%C3%A9veloppement-de-lEducation-et-de-la-Formation-Professionnelle-PRODEC-2-2019-2028.pdf> [↑](#footnote-ref-72)
73. LA CONSTITUTION DU 25 FEVRIER 1992 EN REPUBLIQUE DU MALI

    <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/ml/ml004fr.pdf> [↑](#footnote-ref-73)
74. La Loi n° 99-046 du 28 décembre 1999

    <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/97009/114926/F-568307560/MLI-97009.pdf> [↑](#footnote-ref-74)
75. L’Ordonnance n° 02-062/P-RM du 5 juin 2002 portant sur le Code de Protection de l’Enfant

    <http://www.unesco.org/education/edurights/media/docs/c1c5d5eb0edb7d18bb8134184f16acf64533fe9b.pdf> [↑](#footnote-ref-75)
76. Analyse Des Résultats Définitifs du RGPH 2009

    <http://www.instat-mali.org/contenu/rgph/raedu09_rgph.pdf> [↑](#footnote-ref-76)
77. **La loi d'orientation sur la sante**

    <http://mail.cnom.sante.gov.ml/docs/pdf/Loi_No02-049.pdf> [↑](#footnote-ref-77)
78. **LOI N ° 02 - 050 / DU 22 JUILLET 2002 PORTANT LOI HOSPITALIERE**

    <http://mail.cnom.sante.gov.ml/index.php?option=com_content&task=view&id=223&Itemid=87> [↑](#footnote-ref-78)
79. L’arrête n°08-2716 /ms-sg du 6 oct 2008 portant charte du malade dans les établissements hospitaliers.

    <http://mail.cnom.sante.gov.ml/index.php?option=com_content&task=view&id=650&Itemid=87> [↑](#footnote-ref-79)
80. loi n ° 02 – 044 / du 24 juin 2002 relative a la sante de la reproduction

    <http://ftp.sante.gov.ml/index.php?option=com_content&task=view&id=342&Itemid=87> [↑](#footnote-ref-80)
81. loi n° 06¬ 028/ du 2 9 juin 2006 fixant les regles relatives a la prevention, a la prise en charge et au controle du vih/sida : <http://mail.cnom.sante.gov.ml/index.php?option=com_content&task=view&id=343&Itemid=87> [↑](#footnote-ref-81)
82. **Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social (PRODESS)**

    <http://www.sante.gov.ml/docs/PDDSS_2014-2023.pdf> [↑](#footnote-ref-82)
83. La loi nº 92- 020/ ANRM du 23 Septembre 1992 portant Code du Travail en République du Mali

    <https://www.droit-afrique.com/uploads/Mali-Code-du-travail-1992-MAJ-2011.pdf> [↑](#footnote-ref-83)
84. La loi nº02-053/ANRM du 16 Décembre 2002 portant Statut général des fonctionnaires au Mali

    <http://www.droit-afrique.com/upload/doc/mali/Mali-Loi-2002-53-statut-general-fonctionnaires.pdf> [↑](#footnote-ref-84)
85. Code de Prévoyance Sociale de 1999

    <https://www.droit-afrique.com/uploads/Mali-Code-prevoyance-sociale-1999-MAJ-2006.pdf> [↑](#footnote-ref-85)
86. Loi d’orientation agricole de 2006

    <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/mli67609.pdf> [↑](#footnote-ref-86)
87. La Loi de 2003 portant Modification du Code Général des Impôts

    <https://www.dgi.gouv.ml/CGI/> [↑](#footnote-ref-87)
88. Programme National d’Action pour l’Emploi en vue de Réduire la Pauvreté

    <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/mli147202.pdf> [↑](#footnote-ref-88)
89. Plan d’actions (2015 - 2017) de la politique nationale de l’emploi

    <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/mli147202.pdf> [↑](#footnote-ref-89)
90. Loi n°2015-052/ du 18 décembre 2015 instituant des mesures pour promouvoir le genre dans l’accès aux fonctions nominatives et électives

    <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/103433/125635/F-893978704/MLI-103433.pdf> [↑](#footnote-ref-90)
91. La Politique Nationale Genre du Mali

    <http://www.passip.org/passip_intranet/pdf-intranet/Politique/9-41%20Politique%20Nationale%20Genre_2011.pdf> [↑](#footnote-ref-91)
92. LOI N°2016-005 DU 24 FEVRIER 2016 REGISSANT LES STATISTIQUES PUBLIQUES

    <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/mli155371.pdf> [↑](#footnote-ref-92)
93. RAPPORT ALTERNATIF DE LA FEDERATION NIGERIENNE DES PERSONNES HANDICAPEES SE RAPPORTANT A LA CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DES PERSONNES HANDICAPEES

    <https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRPD/Shared%20Documents/NER/INT_CRPD_NGO_NER_31980_F.pdf> [↑](#footnote-ref-93)
94. La constitution de la république du Niger

    <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/ne/ne005fr.pdf> [↑](#footnote-ref-94)
95. Le plan de développement sanitaire (pds) 2011 – 2015

    <https://www.ghdonline.org/uploads/NER_Plan_de_Developpement_Sanitaire_2011_-2015.pdf> [↑](#footnote-ref-95)
96. RAPPORT ALTERNATIF SUR LA MISE EN ŒUVRE DE L’AGENDA 2030 AU NIGER

    <http://www.internationaldisabilityalliance.org/sgd-reports> [↑](#footnote-ref-96)
97. La Loi n° 2004-011 du 30 mars 2004 Portant sur l'organisation de l'activité statistique et créant l'Institut National de la Statistique

    <http://www.stat-niger.org/ins/pdf/1Loi.pdf> [↑](#footnote-ref-97)
98. la loi N° 2014-66 du 05 novembre 2014

    <http://www.stat-niger.org/statistique/index.php/lois-et-decrets/97-nov2014> [↑](#footnote-ref-98)