

- des chefs de centre pilote ;
- des experts ;
- un comptable ;
- des secrétaires ;
- des chauffeurs ;
- des agents de bureau ;
- des agents de gardiennage.

Article 8 : Le personnel d'appui local du programme intégré de relance industrielle est recruté par le coordonnateur, sur la base des contrats pour une période de onze mois renouvelable après appel à candidature et avis de non objection du responsable technique du projet à l'ONUDI.

Article 9 : La qualité de membre de l'unité de coordination et de gestion du programme est incompatible avec celle de fonctionnaire en activité dans les services publics.

Article 10 : Le fonctionnement des organes de gestion est défini selon le manuel de procédure du programme intégré de relance industrielle.

Article 11 : L'évaluation de chaque composante et du programme dans son intégralité est faite selon les règles établies par l'ONUDI pour l'évaluation des programmes intégrés.

Article 12 : L'organisation et le contenu de l'évaluation sont arrêtés par les parties associées au programme.

CHAPITRE IV : DISPOSITIONS DIVERSES ET FINALES

Article 13 : Le coordonnateur national, en étroite collaboration avec l'équipe d'experts de l'ONUDI, prépare le rapport d'évaluation du programme intégré de relance industrielle.

Article 14 : Le rapport d'évaluation du programme intégré de relance industrielle est soumis au comité de pilotage, puis à la revue tripartite : Gouvernement, ONU DI et autres bailleurs de fonds.

Article 15 : Les ressources financières du programme intégré de relance industrielle proviennent :

- de la dotation de l'Organisation des Nations Unies pour le Développement Industriel ;
- des allocations de l'Etat ;
- des dotations des partenaires bilatéraux et multilatéraux au développement ;
- des dons et legs.

Article 16 : Le programme intégré de relance industrielle est soumis aux règles générales de la comptabilité publique et à celles de l'Organisation des Nations Unies pour le Développement Industriel.

Article 17 : Le présent décret, sera enregistré, inséré au Journal officiel et communiqué partout où besoin sera.

Fait à Brazzaville, le 18 juin 2009

Par le Président de la République,

Denis SASSOU-N'GUESSO

Le ministre du développement industriel
et de la promotion du secteur privé,

Emile MABONZO

Le ministre de l'économie,
des finances et du budget,

Pacifique ISSOÏBEKA

MINISTERE DE LA SANTE, DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE

Décret n° 2009 - 171 du 18 juin 2009 portant approbation du plan d'action national pour les personnes handicapées.

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

Vu la Constitution ;

Vu la déclaration de la 35^e session ordinaire de la conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'organisation de l'Union Africaine tenue en juillet 1999 à Alger, en Algérie;

Vu la déclaration officielle d'appui à la décennie adoptée par la 36^e session ordinaire de la conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement tenue en juillet 2000 à Lomé, au Togo ;

Vu la loi n° 009-92 du 22 avril 1992 portant statut, protection et promotion de la personne handicapée ;

Vu le décret n° 2007-615 du 30 décembre 2007 portant nomination des membres du Gouvernement.

En Conseil des ministres,

Décète:

Article premier : Est approuvé le plan d'action national pour les personnes handicapées dont le texte est annexé au présent décret.

Article 2 : Les ministres chargés des affaires sociales et des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera enregistré, publié au Journal officiel et communiqué partout où besoin sera.

Fait à Brazzaville, le 18 juin 2009.

Par le Président de la République,

Denis SASSOU N'GUESSO

La ministre de la santé, des affaires sociales
et de la famille,

Emilienne RAOUL

Le ministre de l'économie, des finances
et du budget,

Pacifique ISSOÏBEKA

PLAN D'ACTION NATIONAL POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES

INTRODUCTION

Le présent Plan d'Action National pour les Personnes Handicapées du Congo répond, à la fois à :

- la proclamation officielle de la décennie africaine des personnes handicapées en 1999 par la conférence des chefs d'Etat et de Gouvernements de juillet 1999 à Alger ;(1)
- la prorogation de la décennie pour 2010-2019 par le Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernements, tenue à Addis-Abeba en janvier 2009 ; (2)
- la volonté politique nationale de participation de la personne handicapée au processus de développement.

L'objectif poursuivi par tous est « la pleine participation, l'égalité et le renforcement de l'autonomie des personnes handicapées en Afrique ».

Dans ce cadre, chaque pays membre de l'organisation est tenu d'élaborer, de mettre en oeuvre, de suivre et d'évaluer péri-

odiquement un plan d'action national articulé autour de 10 grandes lignes d'action, à savoir

- « Formulation ou révision des politiques et programmes nationaux visant à promouvoir la pleine participation des personnes handicapées au développement économique et social ;
- Création ou renforcement de comités nationaux de coordination et de promotion de la représentation effective des personnes handicapées et leurs organisations ;
- Appui aux prestations de service à base communautaire, en collaboration avec les agences et organisations internationales de développement ;
- Intensification des efforts tendant à encourager des attitudes positives à l'égard des enfants et adultes handicapés et l'application de mesures destinées à améliorer leur accès à la réadaptation, à l'éducation, à la formation et à l'emploi, et visant à améliorer les activités culturelles et sportives, ainsi que l'environnement physique ;
- Elaboration de programmes visant à réduire la pauvreté chez les personnes handicapées et leurs familles ;
- Lancement de programmes d'éducation et de sensibilisation des communautés et des Gouvernements à la problématique du handicap ;
- Prévention des handicaps par la promotion de la paix et la recherche de solutions aux autres causes de handicaps ;
- Intégration des questions relatives à l'invalidité dans les programmes sociaux, économiques et politiques des gouvernements africains ;
- Promotion de la mise en oeuvre des règles standards des Nations Unies pour l'égalisation des chances des personnes handicapées, ainsi que l'utilisation de ces règles comme base d'élaboration de politiques et lois visant à protéger les intérêts des personnes handicapées en Afrique ;
- Application de tous les instruments de l'OUA et des Nations Unies dans le domaine des droits de l'homme pour promouvoir et surveiller le respect des droits des personnes handicapées ».

Le plan d'action national pour les personnes handicapées est donc l'occasion d'une conception, d'une mise en oeuvre, d'un suivi et d'une évaluation collective mobilisant tous les partenaires (Personnes Handicapées, Etat, Confessions religieuses, ONG, Associations, Société Civile, Bailleurs de Fonds ...).

Conformément aux orientations du plan d'action continental de février 2000 de l'Union Africaine, une série d'initiatives gouvernementales ont permis des avancées significatives qui seront consolidées et mises en cohérence à travers l'actuel plan d'action.

Il s'agit notamment de :

- l'élaboration en décembre 2000 d'un plan d'action biennal 2001-2002 ;
- l'élaboration avec l'appui de l'OMS d'un programme national 2003-2008 dont les données de base ont largement documenté le présent rapport ;
- la scolarisation des enfants handicapés qui bénéficient ce jour d'un document de cadre stratégique déjà validé, d'opérations ponctuelles d'appui en matériels pédagogiques et d'aides à la mobilité et à l'accès physique des établissements scolaires (rampes d'accès) ;
- le développement des institutions spécialisées de réadaptation à travers, notamment la réouverture du centre de rééducation fonctionnelle d'Owando, l'ouverture d'un atelier de fabrication de tricycles et l'étude sur la revitalisation du secteur de l'appareillage et de la rééducation fonctionnelle ;
- l'affectation aux personnes handicapées d'un quota de 10% des postes attribués au secteur Affaires Sociales ;
- la mise en oeuvre de la stratégie de placement en apprentissage chez les maîtres artisans et d'appui à l'insertion professionnelle ;
- l'évaluation des capacités des organisations des personnes handicapées devant aboutir à l'adoption d'un programme de renforcement des capacités, le développement d'appuis

multiformes (fourniture gratuite de tricycles, de cannes, béquilles, appuis financiers et autres) ;

- le développement d'actions d'information sur le VIH/SIDA en faveur des personnes handicapées et l'introduction de l'enseignement du VIH/SIDA dans les curricula des institutions spécialisées à caractère scolaire ;
- la prise en compte de la dimension « handicap » dans le DSRP (document de stratégie de réduction de la pauvreté) final en conformité avec les engagements consignés dans la « Nouvelle Espérance » ;
- la prise de textes attribuant les indemnités et primes aux personnels en charge des personnes handicapées ;
- l'augmentation substantielle des budgets de fonctionnement des structures publiques et conventionnées concourant à la prise en charge des personnes handicapées ;
- la signature de la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées et le protocole facultatif s'y rapportant.

Le présent plan d'action national tire donc partie de tout ce travail pour proposer un programme plus vaste devant incorporer tant les aspects juridiques (textes législatifs et réglementaires en faveur de la personne handicapée), politiques (égalité des chances, représentativité dans les instances de décision), qu'économiques (promotion des activités génératrices de revenus) et techniques (rééducation, réadaptation).

Il s'articule autour de quatre (4) parties :

- un aperçu des besoins, modes et niveaux actuels de la prise en charge ;
- une présentation du cadre stratégique, des approches ainsi que des domaines prioritaires à promouvoir ;
- une proposition de cadre de mise en oeuvre ;
- une présentation des actions retenues.

CHAPITRE I : APERÇU DES BESOINS, MODES ET NIVEAUX ACTUELS DE LA PRISE EN CHARGE

I.1 - PROBLEMES ET BESOINS ACTUELS

A/ LES PROBLEMES

Les familles et les partenaires doivent faire face à plusieurs défis

1. de nombreux cas de personnes touchées par des handicaps divers et plus ou moins graves : il s'agirait selon les estimations d'enquêtes internationales de 7 à 10 % de la population totale, soit 300 000 à 350 000 personnes au Congo alors que la prise en charge en milieu institutionnel ne concernait en 2008 que 3941 personnes handicapées, soit 1,1 à 1,3 % de la population concernée ;

2. de nombreux types de handicaps : l'« enquête complète sur les handicaps au Congo » réalisée en septembre 2002 à Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie, Nkayi et Djambala en a répertorié près de sept (7) : Les difficultés à voir (cécité, malvoyance), les difficultés à entendre et ou à parler (surdité, mal entendance, mutité), les difficultés à se mouvoir (handicap moteur), les insensibilités des pieds ou des mains (paralysies), les comportements anormaux (troubles de comportement, déficience mentale et troubles nerveux), les crises convulsives (épilepsie) et les difficultés à apprendre (déficiences intellectuelles) et les handicaps liés à la pigmentation de la peau (albinos). Si l'on rapportait ces catégories (17 à 30 % de la population enquêtée), à toute la population des personnes handicapées, la prise en charge concernerait des dizaines de milliers de cas pour chaque type de handicap. Chaque catégorie pourrait se subdiviser en une dizaine de handicaps particuliers interpellant des compétences particulières et des solutions spécifiques.

3. une couverture sociale et géographique très large puisque le handicap touche tout le monde, sans distinction de sexe, d'âge, d'origine sociale et de zone de résidence et fragilise les

groupes vulnérables tels que les femmes, les enfants et les minorités nationales ; ce qui appelle parfois des approches particulières et des multiples services de proximité (en ville et en zone rurale, pour enfants et adultes...)

4. une forte prévalence de handicaps acquis dès la naissance estimée à 66,3% - soit les 2/3 des handicaps (selon l'enquête précitée sur les handicaps au Congo) ; ce qui interpelle d'urgence les services de santé dans la recherche des causes, la prévention, le dépistage et le traitement des handicaps.

5. une prédominance de causes immédiates liées à des maladies et à des circonstances évitables telles que :

- la poliomyélite (en cours d'éradication, aucun nouveau cas enregistré depuis 2001) qui a concerné 24,9% des cas enquêtés ;
- l'enregistrement dans la crèche -pouponnière de Makélékélé de petits enfants développant déjà quelques handicaps non connus par les parents ;
- les injections intramusculaires mal faites, causes de 10 % de cas ;
- les suites d'une surdité ou d'une cécité non dépistée à temps, cause de 42,8% de cas.
- etc.

Des études médicales plus approfondies et des actions soutenues de prévention et de dépistage précoce contribueraient à réduire le nombre de cas et le degré de gravité de certains handicaps.

6. un faible niveau d'accès aux possibilités technologiques de réduction du handicap repérable à travers les pourcentages de personnes ayant eu recours aux appareillages et ayant bénéficié de technologies de réduction du handicap :

- l'apprentissage de l'écriture «braille » ne touche que 41,7% des non voyants enquêtés ;
- l'apprentissage de la mobilité a concerné 27,5% des personnes qui ont des difficultés à se mouvoir et 42,9% des personnes qui ont une perte de sensibilité aux membres ;
- pour l'apprentissage des mouvements, gestes et signes pour les «déficients auditifs », 34,2% de la population concernée a eu accès à la connaissance des mouvements, 34,6% pour les gestes et 29,6% pour les signes ;
- la lecture labiale et l'utilisation de la parole n'ont été accessibles qu'à 16,3% pour la lecture et 57,1% pour la parole ;
- en matière d'acuité visuelle, 70,4% d'enquêtés reconnaissent maîtriser le repérage de près et 41,7% peuvent repérer les grandes formes de loin ;
- en ce qui concerne les déplacements à l'intérieur des bâtiments, 73,1 % de malvoyants ont encore besoin d'aide, 9,6% utilisent un déambulateur, une rampe ou une canne blanche, (plus utilisée par les hommes), ne concernent que 60% d'entre eux. ;
- pour les déplacements dans le quartier, 85,7% des handicapés moteurs n'ont pas besoin d'auxiliaires de vie. Par contre, 50% de non voyants sont accompagnés et seulement 34% des handicapés moteurs à très faible mobilité utilisent un tricycle ;
- au niveau de l'indépendance ou de l'autonomie sociale physique, c'est-à-dire pouvoir manger seul, boire seul, s'habiller, se déshabiller et exprimer des besoins, le niveau d'autonomie est globalement satisfaisant ;
- mais, l'insatisfaction est totale quant aux soins fournis par la famille et les centres de soins ;
- une moyenne annuelle inférieure à 400 patients pour le Centre National d'Appareillage Orthopédique de Brazzaville (533 en 2007, 306 en 2006, 318 en 2005) et 100 séances par jour en moyenne au centre de Rééducation Fonctionnelle de Brazzaville entre 2006 et 2008.

7. une insertion sociale encore insuffisante se traduisant notamment par : le pourcentage élevé de personnes handicapées célibataires (63,4% selon l'enquête précitée), des difficultés réelles d'accès au logement et à l'emploi, des difficultés

de communication et de développement de rapports sociaux normaux avec les autres, des attitudes encore présentes de méfiance, de rejet, de gêne, de culpabilité ou de honte incompatibles avec l'épanouissement de la personnalité ; ce qui indique que la communauté est insuffisamment informée du handicap, des droits de la personne handicapée et des difficultés de vivre avec les personnes handicapées.

8. une faible promotion de l'autonomie sociale à travers : l'éducation, la formation et l'insertion professionnelle repérable à travers : les faibles résultats de l'intégration scolaire surtout chez les enfants déficients auditifs (nombreux échecs scolaires), l'offre très insuffisante en possibilités d'emplois modernes et de formation professionnelle, l'absence d'un environnement de promotion des crédits et des emplois rémunérateurs pour personnes handicapées, l'absence de politique d'insertion dans les emplois modernes des entreprises et des administrations, etc. L'analphabétisme qui les frappe beaucoup plus les expose à exercer souvent dans des secteurs peu rémunérateurs (petit commerce, couture, artisanat...). Tout ce qui précède indique que le principe de l'égalité des chances est loin d'être appliqué.

9. La pauvreté et l'exclusion sociale qui les frappent autant que les autres groupes sociaux vulnérables (femmes et enfants), à travers les faibles revenus tirés de leurs activités, l'accès limité aux emplois bien rémunérés, la faible représentativité dans les instances de décision, la faible autonomie sociale, le développement d'une culture d'assisté et les pratiques infériorisantes telles que la mendicité, les attitudes misérabilistes des autres. C'est à juste titre que le DSRP final (2008) fait mention de ce groupe comme l'un des plus vulnérables et lui consacre des actions futures spécifiques.

B/ LES BESOINS

En attendant des études spécifiques et approfondies pouvant fixer l'ampleur des populations concernées, les types de besoins cas par cas et les solutions à promouvoir, les besoins globaux induits des faibles taux d'accès aux technologies de réduction des handicaps (évoqués plus haut) ainsi que des insuffisances en matière d'offre de services (développées plus loin) se présentent comme suit :

- au niveau de la réduction physique du handicap, les besoins s'expriment en termes d'appareillages adaptés à chaque type de handicap comme des cannes blanches, des déambulateurs, des supports pédagogiques et un environnement communicationnel en écriture braille pour les non voyants ; des béquilles, des tricycles, des chaussures orthopédiques et des prothèses pour les handicapés moteurs ; des prothèses auditives pour les mal entendants. En terme d'apprentissage facilitant l'insertion sociale et la communication, on peut citer, entre autres, la maîtrise du repérage de près et de loin et de l'écriture « braille » pour les non voyants ; la rééducation fonctionnelle pour les handicapés moteurs ; l'apprentissage de la lecture labiale et l'utilisation de la parole pour les mal entendants ; l'accès à la scolarisation et à une insertion sociale adaptées aux déficients mentaux.
- au niveau psychologique et intellectuel, toutes les facilités qui précèdent, contribuent à l'épanouissement et au développement de la confiance en soi. L'accès à la scolarité offre de meilleures chances d'insertion sociale ou d'égalité des chances. Le développement d'activités sportives et culturelles ainsi que l'accès à l'information et à la communication multiplie, également, les possibilités d'épanouissement psychologique et intellectuel. L'offre de services publics et privés de ce genre est réduite, et, dans certains cas, inexistante.

- au niveau économique et social, les besoins se traduisent en terme d'accès à un emploi stable, suffisamment rémunérateur pour garantir l'insertion sociale à travers la possibilité d'avoir un logement personnel, de fonder un

foyer et de s'assurer un bon niveau de vie. Des familles, des autorités et des communautés bien informées et sensibilisées à la problématique du handicap pourraient créer un environnement favorable à de meilleures conditions d'accès à l'emploi, aux soins de santé, à la protection sociale et juridique, à la scolarisation et aux mesures nécessaires pour « l'égalité des chances ». L'insertion sociale s'en trouverait mieux assurée. De même, des personnes handicapées et des organisations des personnes handicapées formées, informées, organisées et plus solidaires contribueraient de manière significative à la réussite des programmes d'insertion sociale et professionnelle.

- Au niveau politique, les considérations qui précèdent sont de nature à faciliter l'accès à une meilleure représentativité dans les instances de droits de la personne handicapée.

Ainsi, les besoins essentiels pour la personne handicapée relèvent de plusieurs domaines variés : prise en charge médicale, aide psychologique, facilitations de l'accès au savoir, à la communication, au déplacement, à l'emploi, à l'insertion sociale etc. Ils couvrent tous les aspects de la vie de l'homme valide. Aussi « l'égalité des chances » est-elle au coeur des objectifs à atteindre. Celle-ci s'entend à tous les niveaux : physique, psychologique, mental, social, économique et politique. Le champ d'intervention est bien vaste. Il laisse la place à de multiples initiatives privées et publiques, spéciales et complémentaires.

1.2. REPONSES INSTITUTIONNELLES, MODES ET NIVEAUX ACTUELS DE LA PRISE EN CHARGE

Les réponses institutionnelles témoignent des efforts consentis par tous les acteurs sociaux concernés (Etat, confessions religieuses, ONG locales et internationales, coopération bi et multilatérale, associations de handicapés et familles). Elles sont cependant marquées par :

2.1. L'insuffisance et le déséquilibre spatial de l'offre publique et privée en structures de prise en charge : Sur les 21 institutions spécialisées de réadaptation répertoriées, Brazzaville accueille douze (12), soit 58 %, et demeure la seule localité qui offre un plateau technique couvrant la plupart des types de handicaps (moteur, auditif, visuel, mental) ainsi que tous les deux (2) centres d'appareillage du pays. Les centres de rééducation fonctionnelle sont les seuls types de structures décentralisées. Malheureusement, la plupart (centres publics) ne sont plus fonctionnels du fait des conflits armés de ces dernières années.

En plus, la population bénéficiaire des prestations reste une minorité de privilégiés des deux grandes villes du pays :

- une trentaine d'aveugles et de malvoyants, chaque année, dans l'unique structure à couverture nationale (Institut National des Aveugles du Congo - INAC) ; il compte, pour l'année scolaire 2008-2009, 47 élèves inscrits dont 11 sont suivis en intégration scolaire.
- près de 350 déficients auditifs dont (293 en 2008-2009 à l'Institut de Jeunes Sourds de Brazzaville et 117 à l'Institut des Déficients Auditifs (IDA) de Pointe - Noire) alors que la population concernée se compte par milliers ;
- moins d'une centaine de personnes handicapées pouvant bénéficier chaque année d'une formation et d'une réadaptation professionnelle à Brazzaville (au Centre National de Réadaptation Professionnelle des Personnes Handicapées - CNRPPH) ;
- 300 à 400 cas de handicaps traités au Centre National d'Appareillage Orthopédique de Brazzaville contre des milliers de cas à traiter (à cause de la sous information et de la très faible accessibilité financière et géographique) et au niveau du Centre de Rééducation Fonctionnelle de

Brazzaville, 345 à 408 cas pris en charge par an, pour une population cible beaucoup plus importante ;

- pour les déficients mentaux, une centaine de jeunes sont encadrés au Centre Médico Psychopédagogique (MEDIP-SYP), 70 à l'Institut Psychopédagogique (IPP) et une trentaine au Centre de Rééducation de l'Ouïe, de la Parole et du Langage (CROPAL).

L'Ecole Spéciale pour enfants déscolarisés et déficients mentaux parvient à gérer des effectifs de plus d'un millier de cas chaque année. Mais, il s'agit là aussi d'une petite minorité, au regard des dizaines de milliers d'enfants déscolarisés ou en retard scolaire pour déficience mentale, inadaptation à l'école et traumatismes divers.

La population cible, comme indiquée plus haut, couvre 300 à 350.000 cas. La prise en charge dans des institutions spécialisées ne concerne que 1,1 à 1,3 % des cas.

Ces indications chiffrées donnent la mesure des efforts financiers et humains que la communauté devrait consentir pour une meilleure prise en charge ou une amélioration de l'accessibilité. Elles interpellent toute la politique nationale en la matière et légitiment la relance de la réflexion et de l'expérimentation de la réadaptation à base communautaire (RBC) qui pourrait constituer un important axe stratégique.

2.2 Les difficultés de fonctionnement, notamment financières, des structures de prise en charge

Tous les centres répertoriés souffrent d'un manque de personnels techniques d'encadrement, d'insuffisance en équipements techniques, en moyens financiers, en approvisionnement en consommables (matières premières) et d'absence de textes organiques, ainsi que d'insuffisances dans l'application des textes et conventions. Les charges de fonctionnement sont lourdes, les programmes de formation parfois inadaptes et l'insertion sociale et professionnelle peu ou mal assurée.

2.3. Les coûts élevés des appareillages produits localement ou importés et le faible accès des handicapés mentaux et autres aux examens spéciaux (EEG, Scanner) et aux médicaments spécialisés: les coûts des appareils varient de 15 000 F à plus de 300 000 F CFA pour les produits fabriqués localement. Ils peuvent aller, pour les produits importés, à plusieurs millions pour des prothèses nécessitant des technologies sophistiquées. Même la simple béquille en bois, de fabrication locale, est difficilement accessible aux familles démunies. Il n'est donc pas surprenant de croiser des handicapés moteurs rampant à même le sol pour se mouvoir. Les coûts deviennent prohibitifs pour le tricycle ou la prothèse (surtout auditive). Les familles sont contraintes de solliciter l'aide directe de l'Etat. A cet effet, les demandes d'aide pour l'achat d'appareillages constituent comme on le verra plus loin, la majorité des types d'aides sollicitées. Le montant octroyé (en moyenne, 50.000 F CFA pour les rares bénéficiaires) est nettement en dessous des coûts réels.

Le suivi médical des personnes handicapées est généralement coûteux. Par exemple, pour les handicapés mentaux, les médicaments spécialisés coûtent 10.000 frs à plus de 60.000 frs par mois à la famille.

L'examen spécial (EEG) le moins coûteux revient à 15.000 frs. Parfois, cet examen est à refaire tous les six mois. Le scanner, encore moins accessible, revient à 150.000 frs. Et les parents sont tellement démunis que, pour faire face à ces lourdes dépenses, le suivi de la personne handicapée mentale devient partiel.

C'est donc la politique nationale, en matière d'accessibilité financière qui est interpellée. Elle devrait faire l'objet d'une réflexion profonde et de décisions courageuses de la part de l'Etat.

2.4. Les difficultés de fonctionnement des organisations des

personnes handicapées et des associations oeuvrant en faveur de la personne handicapée. A la faveur des dispositions légales (postconférence nationale) encourageant la libre entreprise et la liberté d'association, une quarantaine d'associations régulièrement enregistrées (29 au 31 décembre 2003) et une centaine d'associations informelles plus ou moins stables ont ainsi vu le jour. Mais la plupart souffre de multiples dysfonctionnements qui compromettent leur efficacité.

Il s'agit, selon les services techniques de la Direction Générale des Personnes Handicapées, de :

- quasi absence de sièges ;
- insuffisance de moyens financiers ;
- faible niveau d'études et de formation des animateurs ;
- mauvais management et manque de professionnalisme ;
- faiblesse dans le recouvrement des cotisations statutaires des membres ;
- instabilité des leaders ;
- problème de leadership ;
- prolifération des associations poursuivant les mêmes objectifs ;
- faible crédibilité auprès des bailleurs de fonds ;
- absence et/ou difficultés dans l'élaboration des outils de travail ;
- faiblesse du partenariat Etat - OPH - ONG ;
- concentration des OPH, ONG et associations oeuvrant en faveur des personnes handicapées à Brazzaville.

Une évaluation récente (2008) des capacités institutionnelles des Organisations des Personnes Handicapées (OPH) confirme les faiblesses décrites plus haut, malgré une forte présence sur le terrain (51 à Brazzaville, 22 à Pointe-Noire et 2 à 9 dans chaque département rural, soit un total de 120 OPH recensées et enquêtées). Les attentes et les souhaits exprimés portent, avant tout, sur la dotation en équipements de travail, en appareils de réduction du handicap et en appui financier (50% des souhaits). Les questions d'alphabétisation et de formation à la gestion de l'organisation des ressources humaines et financières ne recueillent que 12,3% des suffrages, alors qu'elles demeurent primordiales. (*)

Toutes ces organisations ou associations sont confrontées aux problèmes de financement de leur fonctionnement et d'exécution des programmes d'activités prévues. Elles comptent beaucoup sur des aides extérieures et ne peuvent ainsi pérenniser leurs activités. Leur contribution à la cause de la personne handicapée s'en trouve ainsi réduite, voire insignifiante. Et pourtant, on devrait compter avec elles pour la réinsertion sociale et professionnelle, la lutte contre la pauvreté et la meilleure participation de la personne handicapée dans la vie sociale, économique, culturelle et politique. Elles gagneraient à être appuyées dans le cadre d'un programme de renforcement des capacités.

2.5. Les faibles capacités de contribution des familles et des personnes handicapées elles-mêmes. Les limites de prise en charge se situent à quatre (4) niveaux : physique, psychologique, cognitif et économique.

- Au niveau physique, il s'agit, chez les parents, de la faible disponibilité pour une prise en charge soutenue, à cause des multiples occupations liées à la survie et à la satisfaction des besoins personnels et familiaux, et, chez la personne handicapée, de la réduction physique des capacités personnelles et d'autonomie limitant la prise en charge par soi-même.
- Au niveau psychologique, les parents développent souvent un sentiment de culpabilité qui les oblige à être plus présents, auprès de leurs enfants handicapés. Mais si le handicap est très lourd, ils peuvent sombrer dans le découragement, la lassitude et laisser se développer un climat peu motivant fait à la fois de fatalisme et de révolte, de résignation et de colère et finir par le sentiment d'être maudit, ensorcelé. On peut ainsi se détourner du handicap pour

chercher chez le tradipraticien ou le féticheur des solutions non adaptées.

La personne handicapée, quant à elle, développe des sentiments de révolte mêlés à la résignation, à la colère ou au sentiment de malédiction ainsi que de culpabilisation de la famille et de la société. Il peut être amené ainsi à revendiquer plus des droits (de prise en charge totale) qu'à admettre qu'elle a aussi des obligations vis-à-vis de la famille et de la société.

- Au niveau cognitif (terme utilisé ici pour désigner la sphère des connaissances, attitudes et pratiques liées à la prise en charge de la personne handicapée), il faut reconnaître que les parents tâtonnent, n'ont pas de repères précis pour mener à bien la prise en charge. Leurs connaissances du handicap sont très limitées, et celles des possibilités de réduction de celui-ci, également. Aussi les attitudes et les pratiques ne sont pas adaptées et l'on perd en efficacité. Il en est de même chez la personne handicapée. Elle aura tendance à se réfugier dans les sentiments de colère et de revendications évoquées plus haut, faute de connaissances de son handicap et des possibilités de sa réduction.
- Au niveau économique, les faibles niveaux de revenus des ménages (50% en ville, en dessous du seuil de pauvreté et certainement beaucoup plus en zone rurale) comparés aux coûts élevés des appareils contribuant à réduire le handicap poussent plusieurs familles à l'abandon de la personne handicapée, au recours à l'aide, à la mendicité ou tout simplement à l'impuissance.

Les personnes handicapées en âge de travailler, sont, non seulement frappées d'incapacités physiques ou mentales, mais, en plus, victimes d'un contexte économique de fort chômage, de faiblesse des revenus tirés des activités informelles, principal recours qui leur est laissé. Il leur faudrait des efforts énormes et beaucoup de chances pour réussir et vivre comme tout le monde. Les parents et les personnes handicapées ont besoin d'être responsabilisés pleinement, d'être informés et formés à surmonter leurs handicaps. Aussi la « guidance parentale » doit s'accompagner également, d'un soutien à l'élévation du niveau économique des familles défavorisées.

2.6. Les faibles allocations budgétaires de l'Etat et la modicité du fonds de secours ou d'aide individuelle : les crédits alloués aux services sociaux dont ceux pour personnes handicapées restent modestes (à peine 1 à 2 % du budget total) même si on assiste depuis les années 2000, à une augmentation substantielle des budgets de fonctionnement des administrations et des institutions spécialisées de réadaptation.

Les « fonds de secours » qui font partie d'une vieille tradition d'assistance au plus démunis sont régulièrement inscrits au budget de l'Etat. Leur montant reste modique et réduit d'autant les aides allouées. En effet, les allocations individuelles octroyées tournent autour de 50.000 F CFA en moyenne. Les aides matérielles ou en nature sont plafonnées à 50.000 - 80.000 F CFA alors qu'il est établi, par exemple, que des prothèses auditives complètes coûtent 1.600.000 F CFA et que tout l'appareillage auditif complet peut valoir jusqu'à 3.410.000 F CFA. Selon la tarification du Centre National d'Appareillage Orthopédique, une prothèse fémorale coûte 300.000 F CFA. En plus, l'aide est ponctuelle, aléatoire et ne couvre pas le besoin dans sa totalité. C'est pourquoi plusieurs demandeurs se présentent, à plusieurs reprises, pour des compléments d'aide.

Pour la période de novembre 1997 à août 2002 les écarts sont établis (1) comme suit :

- Demandes financières totales : 43.549.500 F pour 358 demandes
 - Budget de l'Etat alloué : 18.000.000 F
 - Budget mobilisé ou décaissé : 14.500.000 F
- Près de 1/3 des demandes a pu être satisfait.

Par ailleurs, l'analyse de la clientèle ferait apparaître des anomalies multiples et une réelle sous représentation de la population devant bénéficier, en réalité, d'une aide de l'Etat.

Ce chapitre budgétaire devrait être orienté vers la constitution d'un fonds de prêts (remboursables sans intérêts) pour des projets (économiques) individuels ou collectifs conduisant à une autonomie financière des personnes handicapées.

2.7 - Le rôle stratégique de l'assistance extérieure

L'assistance extérieure occupe une place stratégique dans la mise en oeuvre des programmes en faveur de la personne handicapée. Elle prend souvent la forme d'appui financier direct, d'assistance technique, d'apport en équipements et consommables ou matières d'oeuvre, sous forme de renforcement des capacités locales, de formation, de construction, de fourniture d'appareillages ou d'interventions chirurgicales complexes.

Plusieurs projets et institutions spécialisées doivent l'essentiel ou l'entièreté de leur financement et de l'exécution de leurs programmes à cette assistance, comme : l'Institut National des Aveugles du Congo (INAC), le projet « enfants traumatisés », le groupement pré-coopératif des jeunes sourds, le Centre National d'Appareillage Orthopédique de Brazzaville, le Centre de Rééducation Fonctionnelle de Brazzaville.

On peut ainsi compter avec des partenaires multiples : certaines agences spécialisées des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNESCO, BIT, PNUD...), la coopération bi et multilatérale (France, Belgique, Pays-Bas, Italie, Union Européenne, Banque Mondiale...) et des ONG étrangères (Handicap International, Village de la Paix, Fondation sur un Pied d'Egalité, ADF, CBM...).

La cause de la personne handicapée gagnerait à ce que cet élan de solidarité soit entretenu et renforcé.

1.3 - CONTRAINTES ET OPPORTUNITES

Tous les problèmes et les besoins identifiés ainsi que les insuffisances relevées au niveau des réponses institutionnelles constituent autant de contraintes à relever et d'éléments constitutifs du plan d'action national pour les personnes handicapées.

Contraintes :

- faibles dotations budgétaires compromettant le fonctionnement des structures ;
- personnel technique insuffisant et de faible qualité, faute de politiques de formation, de recyclage et de recrutement ;
- absence des textes d'application de la loi 009/92 du 22 avril 1992 portant statut, protection et promotion de la personne handicapée ;
- financement aléatoire des structures privées et publiques ;
- déséquilibre spatial : concentration à Brazzaville des 3/4 des structures de prise en charge ;
- absence de structures de concertation et de coordination des interventions ;
- absence de mécanismes de suivi et d'évaluation ;
- prise en charge trop faible surtout en zone rurale ;
- faibles capacités de participation financière des OPH et des familles ;
- difficultés de fonctionnement des OPH et des associations oeuvrant en faveur de la personne handicapée ;
- coûts élevés des appareillages.

Opportunités :

- nombreuses initiatives privées ;
- prise en compte de la dimension « personne handicapée » dans la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et dans le plan national de l'éducation pour tous ;
- nombreux partenaires prêts à s'investir encore plus, au

niveau national et international ;

- volonté politique gouvernementale clairement affichée
- existence de structures de prise en charge à redynamiser ;
- existence de la loi 009/92 du 22 avril 1992 portant statut, protection et promotion de la personne handicapée ;
- nombreux partenaires nationaux et internationaux, ONG et Associations locales.

L'évaluation du niveau actuel de prise en charge de la personne handicapée au Congo met en relief le profond décalage qui existe entre des besoins nombreux (Population concernée importante), variés (plusieurs types et degrés de handicaps) et onéreux (coûts élevés de l'appareillage) et des interventions multiples mais limitées de l'Etat, des familles, des oeuvres caritatives des ONG et de l'aide internationale. L'élaboration du plan national est donc l'occasion de relever le défi d'une plus grande mobilisation de tous les partenaires en vue d'une meilleure prise en charge de la personne handicapée.

CHAPITRE II: CADRE STRATEGIQUE NATIONAL

II-1 - CADRE INTERNATIONAL ET NATIONAL DE REFERENCE

Au niveau international

Le Congo a ratifié plusieurs conventions et adhère à certaines déclarations qui l'engagent dans sa façon de prendre en charge les personnes handicapées. On peut citer entre autres :

- l'article 2 du préambule de la Charte des Nations Unies relative à la dignité et la valeur de la personne humaine ;
- la Déclaration de Salamanque sur les principes de la pratique d'éducation spécialisée, juin 1994 ;
- la Convention sur les mines antipersonnelles ;
- la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels inhumains ou dégradants, New - York (30 juillet 2003) ;
- la Charte Internationale relative aux Droits Economiques Sociaux et Culturels ;
- la Déclaration des droits des personnes handicapées du 9 Décembre 1975 ;
- les Règles pour l'égalisation des chances des personnes handicapées ;
- la Déclaration du droit du déficient mental du 20 décembre 1971 ;
- la Convention relative aux Droits de l'Enfant ;
- la Convention relative à l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ;
- la Convention portant création de l'Institut Africain de Réadaptation ;
- le Programme d'action mondial concernant les personnes handicapées ;
- la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées et le protocole facultatif s'y rapportant (en cours de ratification).

Au niveau national

Un arsenal de textes juridiques et réglementaires régit la prise en charge effective des personnes handicapées.

Il s'agit, notamment de :

- la Constitution du 20 janvier 2002 ;
- la loi n° 07/84 du 17 octobre 1984, portant Code de la famille ;
- la loi scolaire n° 25 / 95 du 17 novembre 1995 ;
- la loi n° 009/92 du 22 avril 1992 portant statut, protection et promotion de la personne handicapée ;
- le décret n° 2007-615 du 30 décembre 2007, portant nomination des membres du Gouvernement ;
- les arrêtés n°s 101/MFPRE/MEF13/MSASF/MTESS du 25 février 2008 fixant les montants et les conditions d'attribution des indemnités et primes accordées aux agents civils de l'Etat des services de la santé et des affaires sociales et

n° 8155/MFPRE/MEFB/MSASF/MTSS du 25 février 2008 modifiant et complétant les dispositions de l'arrêté n° 101.

La loi n° 009/92, par exemple, définit les notions de personne handicapée, de déficience et d'incapacités. Elle décrit les actions qui sous-tendent la prévention, le dépistage et la solidarité. Elle fixe des avantages divers devant assurer une meilleure égalité des chances à travers les aides individuelles ou collectives, les abattements sur certains produits essentiels, les exonérations, les aménagements spéciaux, le recul systématique de la limite d'âge pour la scolarité obligatoire, les mécanismes d'intégration scolaire, d'insertion, de prise en charge et même l'institution d'une carte d'invalidité donnant droit à de multiples avantages.

Tous ces thèmes nombreux et divers témoignent bien de l'attention toute particulière que la collectivité porte sur le sort des personnes handicapées. Dans la réalité quotidienne, ils demeurent encore des intentions pieuses.

II-2 - PRINCIPES DIRECTEURS

1 - L'égalité des chances

Elle s'entend comme un principe et un droit qui doit être appliqué dans toutes les sphères de la vie familiale, sociale, économique, politique, culturelle et environnementale de la personne handicapée. Et lorsqu'il est établi que les chances ne sont pas égales, un dispositif de compensations ou d'avantages devrait permettre à la personne handicapée de croire au succès de son action. La situation sera étudiée au cas par cas. Les dispositions de la loi n° 009 du 22 avril 1992 concourent bien à la promotion de ce principe. Ainsi, l'accès à plus d'autonomie, à une scolarité normale, aux services de soins, à l'épanouissement culturel et sportif, à la réussite économique et sociale, à la sphère de décision politique et à un environnement architectural adapté se transforme en droit pour la personne handicapée et en obligations pour la collectivité.

2 - La pleine participation des personnes handicapées

Elle passe aussi par des mesures courageuses de promotion de l'emploi pour les personnes handicapées, de formation professionnelle, de renforcement des capacités en management, de meilleure insertion dans les activités économiques et politiques, de promotion des associations et organisations de personnes handicapées. Leur représentation dans les structures de décision (gouvernement, parlement, partis politiques) ainsi que dans les structures de leur propre prise en charge (associations, coopératives, administrations, institutions spécialisées ...) devrait permettre de mieux définir les politiques à promouvoir. Elle suppose que soient réglés les problèmes d'accès à une meilleure autonomie et à une bonne formation afin d'optimiser leur participation.

Enfin, dans ce cadre, il sied de rappeler que la personne handicapée n'a pas que des droits. Elle a aussi des devoirs ou des obligations de meilleure participation à la vie sociale. Sa mobilisation s'avère nécessaire.

3 - La réadaptation, de préférence, en milieu communautaire

La finalité première de toutes les actions d'amélioration de l'autonomie, de scolarisation, de formation professionnelle reste l'intégration sociale réussie. Les institutions spécialisées et les programmes spéciaux doivent adopter cette approche qui suppose que des passerelles restent toujours ouvertes entre l'école et le milieu de vie. La famille et la communauté devraient faire partie des cibles des actions de réadaptation pour qu'elles accompagnent les efforts d'insertion de la personne handicapée. Il faut veiller, en assurant les solutions techniques les plus appropriées à chaque type de handicap, à associer la famille et la communauté en renforçant ses connaissances sur la prise en charge et ses capacités économiques pour un suivi plus efficace. L'institution spécialisée comme

espace des enjeux techniques, pédagogiques, administratifs, financiers et politiques, ne constitue pas le seul mode à promouvoir. Il faut utiliser au mieux les autres ressources et formes d'aides disponibles notamment l'implication des communautés, sur le modèle du programme de réadaptation à base communautaire (RBC) qui s'appuie sur le rôle positif de facilitateur de la famille et de la communauté. Il en sera de même pour la promotion des activités culturelles, sportives et de loisirs afin d'éviter toute forme de cloisonnement de la personne handicapée et encourager l'insertion sociale ainsi que la communication avec la communauté.

4 - La mobilisation du partenariat et de la communauté

La question du handicap relève des droits humains. Les familles et les collectivités sont tenues de développer des mécanismes de réduction du handicap et d'insertion sociale. Le champ d'intervention est si vaste que la place est grande pour des actions multiples et complémentaires.

Par ailleurs, les avancées politiques récentes (d'après la Conférence Nationale Souveraine de 1992) consacrent la liberté d'entreprendre, la promotion des initiatives privées, des ONG locales et internationales. Elles ont ouvert les perspectives d'un large partenariat.

L'élaboration du plan national doit être l'occasion d'une concertation et d'une coordination des interventions en vue d'une plus grande efficacité. La promotion du partenariat doit guider les approches et les stratégies à mettre en place. La famille, partenaire incontournable et essentiel, a elle aussi, besoin d'appui pour une participation plus efficiente.

II-3-APPROCHE GLOBALE (UNE APPROCHE INTEGREE)

La prise en charge de la personne handicapée met enjeu plusieurs partenaires : les services de santé, d'éducation, de travail et de protection sociale, de protection juridique, de normes architecturales et environnementales, les services d'appareillage ou de réduction des handicaps, les services spécialisés, d'assistance et de promotion sociale ainsi que les familles et les personnes handicapées elles-mêmes. L'implication de tous ces partenaires autour du même objectif de résolution des problèmes s'avère indispensable. Elle doit être stimulée et coordonnée par les services sociaux de l'Etat et se traduire dans les faits par :

- une plus forte participation communautaire impliquant à tous les niveaux, les familles et les personnes handicapées dans l'élaboration, l'exécution, l'évaluation et le cofinancement des projets et programmes les concernant ;
- une plus forte implication des services de santé de base, Centre de Santé Intégré (C.S.1) et des services sociaux de proximité, Circonscription d'Action Sociale (CAS) dans le dépistage systématique et/ou le signalement, la prévention des handicaps (jusqu'à la mise en oeuvre de programmes scientifiques de recherche des causes des handicaps acquis à la naissance), l'information des familles et les possibilités de référer les cas vers les services sociaux ;
- une plus grande ouverture des services d'éducation aux besoins spécifiques des personnes handicapées par une meilleure adaptation des programmes, des outils didactiques, de l'accessibilité physique et une meilleure prise en charge psychologique ;
- une plus grande vigilance des administrations du travail et des services de justice dans le respect des droits du travail pour les personnes handicapées et dans l'application de tous les avantages accordés dans le cadre de l'égalité des chances ;
- une meilleure prise en compte, dans le fonctionnement des institutions spécialisées, des besoins et des moyens disponibles des personnes handicapées et des familles et

une vision résolument tournée vers la réadaptation en milieu ouvert ;

- une plus forte implication des associations de personnes handicapées et des ONG oeuvrant en leur faveur dans les projets d'insertion professionnelle et de promotion de l'auto-assistance.

Ce travail d'intégration de multiples composantes, de stimulation et de coordination est d'autant plus difficile que les services et les populations concernées sont traditionnellement cloisonnés, peu sensibilisés à la question, et, les services, plus enclins à traiter les familles et les personnes handicapées comme de simples clients ou des objets de leur assistance.

C'est donc vers une approche de réadaptation à base communautaire (RBC) qu'il faudrait tendre. Celle-ci se définit comme:

- une stratégie multisectorielle et à partenaires multiples (santé, éducation, travail et protection sociale) placée sous l'égide du gouvernement ;
- une stratégie décentralisée s'appuyant sur le réseau sanitaire existant, les services des soins de santé primaires et les services d'orientation/recours tels que les formations sanitaires de médecine générale et les institutions spécialisées ; les services éducatifs, les services sociaux et le secteur économique.
- une combinaison de la réadaptation active (par l'intermédiaire des services spécialisés ou de la participation communautaire) et de la réadaptation passive (dans le cadre des institutions et des centres) avec une composante prédominante des services communautaires ;
- une importante composante de solidarité nécessitant que les communautés intéressées assument leurs responsabilités sous forme de contributions financières et autres ;
- une importante composante associative et d'auto-assistance privilégiant la contribution des associations concernées et d'autres organismes non gouvernementaux.

A travers cette approche « intégrée »,

- la personne handicapée n'est plus traitée comme un simple objet ou un consommateur de l'assistance de l'Etat, même s'il y en a plusieurs qui souffrent de handicaps graves et multiples requérant une assistance extérieure soutenue et quotidienne ;
- elle est pleinement responsabilisée, connaît ses droits et ses devoirs vis-à-vis de la communauté, et participe entièrement aux programmes qui la concerne ;
- la solidarité de la communauté et de la famille ainsi que le droit à l'amour familial et à la vie normale sont réaffirmés ;
- l'égalité des chances face à la vie et, notamment, à l'emploi est préservée ;
- le devoir de solidarité, de mobilisation des ressources et du partenariat de la part du gouvernement est également réaffirmé ;
- et toutes les chances de résoudre les problèmes de la personne handicapée, ensemble et, surtout, avec elle-même (dans le strict respect de sa dignité) sont préservées.

II-4 - AXES STRATEGIQUES

Les axes stratégiques sont articulés autour de trois (3) idées force qui trouvent leur justification dans l'analyse de l'origine et des causes du handicap : forte précocité (66,3% de la population), types variés de handicaps (principalement, moteurs, mentaux, et liés à la surdité ou à l'acuité visuelle), degrés du handicap nécessitant, pour une grande part, des protocoles de

réduction ou de facilitations. A ces deux idées force (prévention et dépistage précoce puis réduction du handicap) s'ajoute l'obligation sociale d'offrir une égalité de chances dans la vie par l'accès à la scolarisation, la formation professionnelle, l'emploi, la santé, la culture, les sports, l'insertion sociale... Peuvent ensuite concourir à développer les effets bénéfiques de ces trois (3) axes stratégiques, des actions complémentaires liées au renforcement des capacités des organisations de personnes handicapées, l'appui aux institutions spécialisées existantes, le développement du partenariat et de la coordination des interventions, et, enfin, le suivi et l'évaluation.

Les principaux axes stratégiques sont :

- 1 - La prévention, le dépistage précoce des handicaps et l'intervention précoce ;
- 2 - La réduction des handicaps à l'aide d'appareils adaptés produits, pour une grande part, localement ;
- 3 - La promotion de l'égalité des chances dans la vie, à travers :
 - l'aménagement du cadre juridique;
 - l'éducation précoce;
 - la scolarisation;
 - la formation et l'insertion professionnelle;
 - l'insertion sociale;
 - l'accès physique aux édifices et à l'environnement immédiat;
 - l'accès à la communication (langages divers) ;
 - l'accès à la culture, aux activités physiques et sportives, aux services de santé, aux sphères de décision ;
 - les facilités économiques et sociales diverses ;
 - l'accès aux services de santé, notamment à l'information et au service d'hygiène sexuelle et de santé de la reproduction, y compris, la prévention, la gestion et le traitement des IST et du VIH-SIDA.

- 4 - L'appui et le renforcement des institutions spécialisées;
- 5 - La réadaptation à base communautaire (RBC);
- 6 - Le renforcement des capacités des organisations de personnes handicapées;
- 7 - La coordination des interventions et le renforcement du partenariat;
- 8 - Le suivi et l'évaluation participative du plan d'action ainsi que la mise en place d'un système d'informations.

II 5-DOMAINES PRIORITAIRES D'INTERVENTION

Il s'agit de :

1 - la protection des droits de la personne handicapée, à travers : la révision des textes juridiques et des projets de lois en conformité avec les dispositions de la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées, leur vulgarisation et le suivi de leur application en vue d'une amélioration réelle de la condition de la personne handicapée ; la promotion et la vulgarisation de l'écriture braille, et de la langue des signes en tant que moyens de communication des aveugles et des déficients auditifs.

2- La participation de la personne handicapée au processus de développement à travers : le renforcement des capacités techniques et économiques, la promotion de la formation - emploi, la promotion de mesures préférentielles en leur faveur en vue de faciliter l'accès à l'auto emploi (achat d'équipement pour activité économique).

3 - La participation de la personne handicapée à la prise de décision à travers l'élaboration d'une stratégie nationale de représentation efficace des personnes handicapées dans les instances de décision (gouvernement, parlement, entreprises, assemblées locales ou municipales, organismes internationaux...), l'encouragement par tous les moyens de la part des partenaires nationaux et étrangers de l'égalité des chances pour les personnes handicapées.

4 - Le renforcement des capacités des institutions spécialisées

d'appui aux personnes handicapées à travers: l'appui financier et technique aux structures de prise en charge ; la fourniture de matériels techniques, d'appareillages et d'équipements des services d'assistance et d'interprétation, à de faibles coûts ; l'assistance à la conception, la production, la distribution et l'entretien des appareils, des équipements spéciaux pour personnes handicapées ; la révision des textes relatifs à l'aide sociale, à l'assistance médicale gratuite et de la couverture des risques des personnes handicapées.

5 - L'accessibilité facile aux services de santé, notamment ceux de la reproduction, à travers: le développement de facilités au niveau de l'accueil, la tarification des prestations, les campagnes d'IEC, l'interprétation par la langue des signes ou tous autres supports spécifiques ; la gratuité des soins liés aux handicaps et l'accès plus facile aux médicaments génériques.

6 - L'accessibilité facile à l'éducation et à la formation à travers: la définition et la mise en oeuvre de programmes spécifiques selon le type de handicap ; l'appui pédagogique aux enseignants de l'école ordinaire pour une meilleure intégration des personnes handicapées ; la conception et la production de matériels et supports didactiques spéciaux pour les institutions d'éducation spéciale.

7 - L'accès à la culture et à la pratique des activités physiques et sportives à travers: la promotion d'un environnement favorable à la pratique des sports, la création de centres sportifs adaptés ; la promotion de l'accès à l'information, à la documentation, aux activités artistiques et culturelles.

8 - L'accès facile de la personne handicapée aux cadres bâtis à travers: la définition, la vulgarisation et l'application de normes architecturales.

9 - La promotion de l'emploi en faveur de la personne handicapée, à travers: l'appui et la promotion de formations professionnelles variées ; l'appui à l'insertion professionnelle ; la mise au point de stratégies de promotion de l'emploi, y compris des mesures de dégrèvements fiscaux, de quotas dans les emplois du secteur moderne et d'autres mesures incitatives.

10- Le renforcement des capacités des associations et organisations des personnes handicapées à travers: l'élévation du niveau de formation, l'alphabétisation ; la promotion de la création d'associations, mutuelles ou coopératives à vocations sociales, culturelles ou économiques ; le renforcement des capacités managériales ; l'appui technique et financier aux organisations locales.

11 - La promotion de la prévention et du dépistage systématique des handicaps à travers: la sensibilisation et l'information des populations, le renforcement de la culture de paix, l'amélioration des conditions de travail ; le renforcement des campagnes d'IEC sur les causes des handicaps au profit des parents dans les Centres de Santé Intégrés (CSI) ; la promotion d'études scientifiques précisant les causes des handicaps précoces ; l'institution de mécanismes de dépistage, d'orientation et d'intervention précoces des cas identifiés afin de réduire les risques d'apparition et de développement de handicaps secondaires ; le renforcement des campagnes de vaccination et d'informations sur le VIH-SIDA.

12 -Le développement d'IEC et d'un plaidoyer sur la problématique du handicap et la décennie à travers: la mobilisation des médias autour de la décennie et du plan d'action ; la promotion de campagnes de sensibilisation du public à une meilleure image de la personne handicapée ; la création d'un centre d'informations et de documentation spécialisées sur le handicap ; la mise à disposition des personnes handicapées de traductions en écriture braille ou autres supports de textes nationaux et internationaux sur l'égalité des chances.

II 6 - PRINCIPALES ACTIONS

Le plan d'action est articulé autour de six (6) programmes ou six (6) volets recouvrant les douze (12) domaines prioritaires

d'intervention définis plus haut. Ils traduisent, à la fois, les douze (12) principaux objectifs spécifiques de la décennie ainsi que les huit (8) axes stratégiques dégagés de l'analyse de la situation et des besoins actuels tels que décrits précédemment.

Il s'agit de :

1. La prévention, le dépistage, l'élaboration d'études et la mise en place d'un système d'informations en vue d'améliorer les connaissances sur la condition sociale de la personne handicapée et sur les causes de survenue des handicaps et promotion des mesures d'intervention précoce;

2. Le développement et l'appui aux institutions de prise en charge des personnes handicapées en vue d'accroître les capacités organisationnelles des institutions spécialisées, des organisations de personnes handicapées (OPH) et des structures communautaires de prise en charge;

3. La scolarisation des enfants handicapés et l'alphabétisation en vue de faciliter l'accès des personnes handicapées à une éducation de qualité;

4. La promotion de l'accès à la protection, aux services publics, à la santé, aux sports et loisirs, à l'information, à la culture et à la communication afin de répondre aux besoins d'intégration des personnes handicapées dans la population et au développement des services offerts;

5. La promotion de la formation professionnelle et de l'emploi pour permettre aux personnes handicapées d'accéder à un emploi stable et de promouvoir leur autonomie sociale;

6. La mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation pour une meilleure coordination des programmes et une élévation du niveau de compréhension et de participation de tous les acteurs concernés.

Chapitre III: CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE

Pour mener à bien la politique nationale en faveur de la personne handicapée, le Congo dispose d'un cadre institutionnel fixant les missions des administrations publiques, centrales et départementales et d'un important mouvement associatif. Il dispose également de multiples initiatives d'ONG et d'Associations locales de personnes handicapées ainsi que d'une vingtaine d'institutions spécialisées privées et publiques. Par ailleurs, le Congo bénéficie d'une assistance multiforme de la part de plusieurs agences du système des Nations Unies, des organismes de coopération bi ou multilatérale ainsi que de la part de fonds privés extérieurs. Il est tout à fait légitime que cette assistance puisse accompagner le plan national dans la phase de mise en oeuvre de suivi et d'évaluation.

Conformément aux engagements internationaux, (35^e session de la Conférence des Chefs d'Etats et de Gouvernements de l'OUA, plan d'action continental de février 2000, résolutions de la Conférence des Chefs d'Etats et de Gouvernements de l'Union Africaine de janvier 2009) et aux principes directeurs du présent plan d'action, la mise en oeuvre doit s'inspirer des trois principes de pleine participation des personnes handicapées, de mobilisation du partenariat et de forte implication des autorités et communautés de base.

Le premier répond au mot d'ordre de la décennie dédiée à « la pleine participation, l'égalité et le renforcement de l'autonomie des personnes handicapées en Afrique », dont l'un des objectifs spécifiques stipule ...la « promotion de la représentation effective des personnes handicapées et de leurs organisations dans les comités nationaux de coordination ».

Le deuxième rend compte d'une dynamique encouragée par le Gouvernement depuis quelques années qui consacre la libre entreprise et la liberté d'association ainsi que l'encouragement

à investir dans les questions sociales. Tout doit être mis en oeuvre pour renforcer le climat de confiance mutuelle et la volonté commune de collaboration, de mobilisation des ressources et de coordination des activités.

Le troisième réaffirme la nécessité d'impliquer les autorités locales tant administratives, économiques que religieuses ainsi que les communautés de base (organisations de personnes handicapées, familles) à l'élaboration, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation du plan national. Cet exercice a commencé avec l'élaboration du plan. Il doit se poursuivre au niveau de la mise en place du cadre institutionnel qui sera fixé lors des prochaines concertations.

Les propositions qui suivent n'ont pas la prétention d'être uniques et définitives. Elles servent seulement de base pour les discussions à venir

Il sied de rappeler la responsabilité nationale et internationale du gouvernement qui lui confère la légitimité de conduire les opérations et de s'atteler à gérer au mieux les trois principes évoqués plus haut.

III1 - Cadre institutionnel

1.1 Comité national de coordination, de suivi et d'évaluation du plan d'action national pour les personnes handicapées (COSEP)

Il sera mis en place un comité national de coordination, de suivi et d'évaluation du plan d'action national pour les personnes handicapées au Congo (COSEP). Il représente l'instance de l'orientation, de suivi et d'évaluation des progrès accomplis.

Composition :

Au regard des nombreux domaines d'intervention (santé, scolarisation, insertion sociale et professionnelle, réadaptation, ...) et des multiples intervenants (privés et publics) et compte tenu de la nécessité de mobiliser le partenariat et d'assurer la pleine participation des personnes handicapées, de leurs familles et des communautés, la composition et les missions des structures centrales et décentralisées seront définies par un décret.

Le Comité national de coordination, suivi et évaluation du plan d'action national pour les personnes handicapées (COSEP) sera mis en place par décret. Ses membres sont désignés par les structures qu'ils représentent pour un mandat correspondant à la durée du plan.

Le Comité est représenté au niveau des départements, des sous-préfectures et des communes.

Missions :

- assurer la coordination, le plaidoyer et la mobilisation des ressources;
- suivre les activités des comités départementaux, sous-préfectoraux et communaux; encourager le partenariat et les initiatives en faveur de la personne handicapée;
- suivre et évaluer périodiquement (tous les 6 mois) l'exécution du plan sur l'ensemble du territoire national;
- élaborer en fin d'exercice, le rapport bilan de la décennie.

Les missions et la composition détaillées ainsi que les modalités de fonctionnement du Comité national seront précisées par décret, dans un esprit de large participation.

1-2 - SECRETARIAT TECHNIQUE PERMANENT

Le Secrétariat est l'organe exécutif du comité national de coordination, suivi et évaluation du plan d'action national pour les

personnes handicapées. Il élabore tous les dossiers techniques du comité et assure le secrétariat des sessions.

Composition :

Il réunit en activités permanentes, les services techniques du ministère coordonnateur, en l'occurrence, le ministère en charge des personnes handicapées secondés par des représentants d'autres ministères, des confessions religieuses et des associations des handicapés.

Il comprend :

- les représentants des organisations des personnes handicapées (OPH) ;
- les représentants des confessions religieuses, ONG locales et parents de personnes handicapées et associations de personnes handicapées ;
- les services centraux de la direction générale des personnes handicapées ;
- les directeurs des institutions spécialisées et projets ou programmes spécifiques de promotion de la personne handicapée ;
- les représentants des ministères en charge de la santé, du plan, de la communication, de l'éducation, de la construction, des sports, de la fonction publique, de l'emploi et du travail, de l'économie et des finances, de la justice, du développement industriel, des petites et moyennes entreprises et du commerce.

Missions :

Il a pour missions de :

- élaborer les plans opérationnels annuels ;
- coordonner et développer les mécanismes de mise en oeuvre ;
- assurer le suivi, la supervision et l'évaluation à tous les niveaux ;
- assurer la mobilisation et le contrôle de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières ;
- apporter l'appui technique aux intervenants ;
- assurer la coordination de toutes les interventions ;
- préparer les sessions du Comité National et lui servir de secrétariat ;
- faire la synthèse des rapports techniques et financiers ;
- appuyer les initiatives des départements, des sous-préfectures et des communes.

1-3 - Structures locales de coordination

Le cadre national multidisciplinaire et multisectoriel ainsi que l'esprit de large partenariat et de participation communautaire seront mis en oeuvre au niveau des départements, des sous-préfectures et des communes.

Les comités départementaux, sous-préfectoraux et communaux, sont des structures locales de promotion de la personne handicapée et de suivi du plan national. Leur composition et leurs missions s'inspirent de celles dévolues au niveau central. Les directions départementales des affaires sociales et de la famille serviront d'axe central d'animation des secrétariats exécutifs départementaux. Les missions sont beaucoup plus orientées vers le plaidoyer, la promotion du partenariat et l'élaboration de plans et programmes spécifiques, ainsi que vers la représentation au niveau des sessions annuelles du Comité National.

La composition et les missions détaillées ainsi que les modalités de fonctionnement des structures décentralisées seront précisées par arrêté ministériel.

III-2 : MOBILISATION DES RESSOURCES

Il va de soi que les ressources constituent l'un des facteurs déterminant de la réussite des actions programmées. Elles sont d'ordre humain, matériel et financier.

Ressources humaines

L'évaluation du niveau de fonctionnement des structures de prise en charge a fait ressortir, à plusieurs reprises, une insuffisance notoire en personnels spécialisés tant en nombre qu'en qualité. Il s'agira, dans le cadre du plan d'action de recycler et renforcer les compétences du personnel existant, d'en recruter d'autres (dans la transparence) à former et encadrer régulièrement. L'état des besoins fera l'objet d'un travail spécifique. Le renforcement des compétences s'adresse à la fois aux personnels techniques et administratifs des services et institutions privées et publiques. Les plans annuels de formation, le nombre d'agents concernés selon la spécialité, ainsi que les coûts induits, seront précisés dans un programme spécial de promotion des ressources humaines. On veillera, conformément aux principes directeurs déjà décrits, à ce que les personnes handicapées participent également à toutes les activités les concernant. Leurs compétences ont besoin, de ce fait, d'être renforcées.

Matériels, équipements et logistique

Les besoins en matières d'oeuvre, en matériels didactiques et équipements techniques (qu'il convient de fixer ultérieurement) peuvent être identifiés selon les types d'activités programmées. La mise en place de plusieurs filières de formation et d'insertion professionnelle multipliera et diversifiera les types d'équipements nécessaires de même que l'exercice du premier emploi obligera les promoteurs à disposer de petits fonds de lancement de l'activité. Dans certains cas, il sera utile de prévoir des moyens roulants pour le bon fonctionnement du projet.

Tous ces équipements supposent que soit, également, assurée, leur maintenance régulière pour garantir la fiabilité des résultats et amoindrir les frais de fonctionnement.

Ressources financières

La mise en oeuvre du plan d'action national pour les personnes handicapées requiert d'importantes ressources financières qu'il faut obtenir (en grande partie) dès la première année de lancement auprès des principaux bailleurs de fonds que sont : les acteurs nationaux, les ONG les agences de coopération bi et multilatérale. Avec l'aide des principaux acteurs et bailleurs, on devrait pouvoir organiser des tables rondes de mobilisation des ressources et développer un large plaidoyer en faveur du plan d'action national.

III-3 - PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE

Compte tenu de la nécessité de prendre le temps supplémentaire pour finaliser le rapport du plan d'action, obtenir les avis de tous les partenaires, mettre en place le cadre institutionnel et mobiliser tous les partenaires en vue d'achever le plan financier, l'année 2009 sera consacrée aux conditions de lancement du plan national selon les étapes suivantes :

- finalisation du plan d'action national et adoption à l'occasion des ateliers départementaux et de l'atelier national de validation ;
- adoption du plan par le Gouvernement ;
- mise en place du comité national ;
- mise en place des autres structures de coordination et de suivi : secrétariat technique, comités départementaux ;
- mobilisation du partenariat en vue du financement du plan à travers un large plaidoyer (diffusion et sensibilisation autour du plan d'action, organisation de tables rondes ...) ;
- élaboration des plans opérationnels, dès la mise en place du secrétariat technique permanent, précisant les opérations à mener, les responsables de la mise en oeuvre de chaque activité, les résultats attendus, les indicateurs de suivi et d'évaluation, le chronogramme et la durée des activités, les coûts unitaires et totaux, les sources de financement ;
- poursuite du plaidoyer en faveur du plan d'action national ;

- lancement officiel du plan d'action national pour les personnes handicapées.

Il restera, par la suite, à mettre en place des indicateurs de suivi et d'évaluation, de procéder à des évaluations périodiques (tous les six mois) entérinées par le comité national, de corriger les opérations si nécessaires et d'élaborer le rapport final du plan.

CHAPITRE IV : MATRICE DES ACTIONS PRIORITAIRES

Volet 1 - Préservation, dépistage, Etudes et système d'information.

Objectif général : Améliorer les connaissances sur les causes des handicaps et la condition sociale des personnes handicapées et promouvoir les mesures d'interventions précoces

Objectifs spécifiques	Résultats attendus	Indicateurs	Actions prioritaires	Activités
1.1 Etudier les causes de survenue des handicaps et définir les politiques de prévention	<ul style="list-style-type: none"> • le rapport d'étude est élaboré • les facteurs de risques sont identifiés • les stratégies de prévention sont mises au point 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de rapports d'étude 	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser les études sur les causes 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation du partenariat • Lancement des appels à candidature • Identification des facteurs de risques • Mise au point des stratégies de prévention
1.2 Lancer une campagne soutenue de dépistage et de prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Les communautés sont sensibilisées sur les causes • Les communautés appliquent les directives édictées 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes informées 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre au point les supports IEC • Sensibiliser les communautés • Mobiliser les services sociaux de proximité (C.A.S.) et les institutions spécialisées 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration des supports IEC • Elaboration des plans de campagne • Formation des vulgarisateurs • Mobilisation des C.A.S. • Suivi et évaluation de l'activité
1.3 Favoriser la prise en charge précoce des enfants handicapés	<ul style="list-style-type: none"> • les unités de prise en charge sont créées • les familles et les communautés sont impliquées 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de supports d'IEC et de formation produits • Nombre de centres créés • Nombre de créches impliquées 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'unités de prise en charge précoce • Elaboration des stratégies et supports. • Sensibilisation des familles et des personnels. • Formation d'encadreurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Construction, formation, équipement, suivi. • Elaboration des supports de prise en charge • Campagne de sensibilisation
1.4 Mener des études et enquêtes sur la condition sociale de la personne handicapée	<ul style="list-style-type: none"> • Les rapports d'études ou d'enquêtes sont élaborés • Des propositions d'actions sont mises au point 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de rapports d'enquête • Nombre de rapports de cadres stratégiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser des études et enquêtes • Elaborer des stratégies d'action 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise au point méthodologique • Enquête • Traitement des données • Rapport identifiant les principaux problèmes et les solutions
1.5 Mettre en place un système d'informations et constituer progressivement une banque de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les indicateurs de base sont sélectionnés • Les tableaux de bord sont élaborés 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicateurs mis au point • données collectées 	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser des études et des enquêtes • Mettre au point des indicateurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation des travaux de recherche et du tableau de bord • Production périodique d'informations

Volet 2- développement et appui des Institutions, organisations des personnes handicapées et communauté de prise en charge des personnes handicapées.

Objectif général : Accroître les capacités organisationnelles des institutions et des structures communautaires de prise en charge des personnes handicapées (dont les handicaps liés à la pigmentation de la peau- « albinos »)

Objectifs spécifiques	Résultats attendus	Indicateurs	Actions prioritaires	Activités
2.1 Mettre en place des infrastructures de base	<ul style="list-style-type: none"> Un centre de rééducation fonctionnelle est construit et rendu fonctionnel dans la Cuvette-Ouest, dans la Likoumou, Likouala, Niari et dans les Plateaux Des Instituts Spécialisés pour les déficients mentaux avertis et malvoyants à vocation inter-départementale (plusieurs départements) sont créés L'Institut des Déficiants Auditifs de Pointe-Noire dispose de nouveaux locaux Les centres de rééducation fonctionnelle de M'Poko et de Djambala sont rénovés 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre des Centres créés Nombre des Centres rénovés 	<ul style="list-style-type: none"> Construction des centres de rééducation et d'institutions spécialisées 	<ul style="list-style-type: none"> Etude des besoins Appel d'offre Financement Réhabilitation et ou construction Suivi et contrôle des travaux Réception des ouvrages
2.2 Améliorer la performance organisationnelle des institutions spécialisées et des autres structures handicapées (communautaires et associations)	<ul style="list-style-type: none"> Les institutions spécialisées et les autres structures de prise en charge des personnes handicapées ont des ressources humaines nécessaires à la prise en charge des personnes handicapées Le cadre stratégique de mise à jour du secteur de l'appareillage et de la rééducation fonctionnelle est élaboré et adopté 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de centres équipés offrant des services de qualité aux personnes handicapées Montant des subventions de l'Etat par structure cible Nombre de personnes handicapées formées dans les institutions spécialisées et autres structures de prise en charge Nombre de programmes de formation élaborés Nombre de séminaires ou de sessions de formation du personnel organisés Nombre de personnes formées et mettant leur compétence à la disposition des personnes handicapées 	<ul style="list-style-type: none"> Replanifier les institutions spécialisées et les autres structures de prise en charge des personnes handicapées Assurer un appui financier effectif à travers les décaissements réguliers Élever les niveaux de qualification de personnel d'encadrement et technique des institutions Procéder à la réouverture et à l'ajustement des filières de formation des formateurs Formation du personnel de rééducation et des cadres de l'action sociale et de certains services publics dans le domaine de la rééducation Recruter du personnel d'encadrement des institutions d'éducation spéciale et autres personnes 	<ul style="list-style-type: none"> Identification et analyse des niveaux de service Réhabilitation et équipement des centres de prise en charge des personnes handicapées Réglementation de l'organisation et du fonctionnement des institutions spécialisées et des autres structures d'accueil des personnes handicapées Appui de l'Etat aux structures spécialisées privées, conventionnelles de prise en charge des personnes handicapées Formation du personnel de rééducation et des cadres de l'action sociale et de certains services publics dans le domaine de la rééducation Recruter du personnel d'encadrement des institutions d'éducation spéciale et autres personnes

2.3 Améliorer les capacités organisationnelles des OPH	<ul style="list-style-type: none"> Les OPH sont rendus efficaces et efficaces ; elles adoptent, mettent en œuvre de nouvelles méthodes de gestion démocratique des ONG et associations et s'approprient le plan d'action national pour la rééducation des personnes handicapées 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'OPH identifiées par l'étude Nombre d'organes de coordination créés, soutenus et fonctionnels Nombre d'OPH travaillant en réseau Nombre de responsables d'OPH formés Nombre d'OPH disposant des outils de gestion et de planification 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborer et mettre en œuvre un programme de renforcement des capacités des OPH Appui de l'Etat aux OPH Mise en place d'un système d'information des activités des OPH, d'échanges d'expériences et d'émulations entre départements 	<ul style="list-style-type: none"> Etude des besoins Appel d'offre Financement Réhabilitation et ou construction Suivi et contrôle des travaux Réception des ouvrages
2.4 Renforcer les capacités de la communauté dans la prévention et la prise en charge des handicapés	<ul style="list-style-type: none"> La prévention primaire des facteurs de risques des handicapés est promue au niveau des familles et au sein des communautés Les informations sur les facteurs favorisants (genrés, environnement de l'enfant) et les facteurs déclenchants sont disponibles La prise en charge des personnes handicapées en milieu non institutionnel est assurée 	<ul style="list-style-type: none"> Taux de réduction des facteurs de risques des handicapés Taux de médiation congénitales ou acquises enregistrées dans les hôpitaux auprès des nouveaux nés Expériences sur la rééducation à base communautaire (RBC) développées dans x départements pilotes. Nombre de parents ayant des enfants handicapés, prenant part aux activités de rééducation Nombre de personnes handicapées se déclarant être satisfaites des efforts fournis par la communauté en vue de leur prise en charge et/ou rééducation 	<ul style="list-style-type: none"> Organiser des campagnes de sensibilisation sur les causes de survenue des handicapés et les autres facteurs de risque Réalisation des campagnes auprès des communautés sur la RBC Organisation des séminaires de formation Mise en place des comités RBC Création des réseaux de coordinateurs locaux Mise en place d'un système d'échange d'expériences et d'émulation 	<ul style="list-style-type: none"> Appuyer la participation et la représentativité des membres de la communauté aux activités de rééducation

Volet 3 – scolarisation des enfants handicapés et alphabétisation.

Objectif général : faciliter l'accès des personnes handicapées à une éducation de qualité et à une scolarisation adaptée

Objectifs spécifiques	Résultats attendus	Indicateurs	Actions prioritaires	Activités
1 Favoriser la scolarisation et le maintien des enfants handicapés dans le système éducatif ordinaire	<ul style="list-style-type: none"> Les enfants handicapés sont intégrés dans le système éducatif ordinaire et produisent des résultats appréciables Les étudiants handicapés accèdent sans conditions aux bourses d'études de l'Etat 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de campagnes d'information organisées sur le droit à la scolarisation des personnes handicapées Nombre d'écoles ou structures d'accueil dotées en équipement adaptés aux personnes handicapées Nombre de personnels spécialisés affectés dans les écoles Nombre de campagnes de sensibilisation menées auprès des parents Nombre d'enfants handicapés ayant bénéficié d'un encadrement dans un centre spécialisé Nombre d'enfants ayant intégré le cycle scolaire normal et dont les résultats sont satisfaisants Nombre d'enfants accompagnés ou suivis dans le système ordinaire Nombre des parents accompagnés Nombre d'interventions auprès des enseignants Nombre de prestations offertes aux enfants d'âge scolaire et à leur famille Nombre d'étudiants handicapés ayant bénéficié d'une bourse d'études terminée un cycle. 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboration et adoption de textes, sur les mesures spécifiques à la scolarisation des enfants handicapés en application de la loi 009/92 du 22 avril 1992 Dotation des écoles ou structures d'accueil en équipements appropriés et en personnel spécialisé Inclusion des parents à scolariser leurs enfants handicapés et à assurer leur prise en charge effective Préparation dans les centres spécialisés des enfants handicapés en vue de leur intégration dans le milieu scolaire ordinaire 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboration et adoption de textes, sur les mesures spécifiques à la scolarisation des enfants handicapés en application de la loi 009/92 du 22 avril 1992 Dotation des écoles ou structures d'accueil en équipements appropriés et en personnel spécialisé Inclusion des parents à scolariser leurs enfants handicapés et à assurer leur prise en charge effective Préparation dans les centres spécialisés des enfants handicapés en vue de leur intégration dans le milieu scolaire ordinaire
2 Promouvoir l'éducation extrascolaire et l'alphabétisation des personnes handicapées dans les centres d'alphabétisation existants	<ul style="list-style-type: none"> Les personnes handicapées sont intégrées dans les programmes d'alphabétisation et bénéficient d'un suivi soutenu des encadreurs spécialisés 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de centres de référence accueillant les personnes handicapées Nombre de personnes handicapées assistées en matériel didactique approprié Nombre de personnes handicapées ayant participé aux cours d'alphabétisation et sachant lire et écrire 	<ul style="list-style-type: none"> Prendre en charge les personnes handicapées dans le cadre des programmes d'alphabétisation ou d'éducation extrascolaire existants Assurer la formation l'encadrement et l'affectation de formateurs spécialisés 	<ul style="list-style-type: none"> Organisation d'une campagne d'information sur l'accès des personnes handicapées aux centres d'alphabétisation Dotation des centres d'alphabétisation en équipement, en matériel didactique appropriés et en personnel spécialisé

Volet 4 – Accès à la protection, aux services publics, à la santé, aux sports et loisirs, à l'information, à la culture et à la communication.

Objectif général : répondre aux besoins d'intégration des personnes handicapées dans la population et au développement des services offerts

Volet 5 – Formation et emploi

Objectif général : permettre aux personnes handicapées d'accéder à un emploi permanent

Objectifs spécifiques	Résultats attendus	Indicateurs	Actions prioritaires	Activités
4.1 Promouvoir la ratification, la vulgarisation et l'application de la Convention relative aux droits des personnes handicapées	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi ratification • Campagnes d'information et de vulgarisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Ratification • Nombre de campagnes d'information et de vulgarisation • Nombre de personnes informées 	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à l'application des lois et textes spécifiques • Mettre en place un cadre juridique • Actualiser et réviser les textes législatifs et réglementaires. • Créer un observatoire • Mettre en place un plan de communication 	<ul style="list-style-type: none"> • Révision des textes législatifs et réglementaires comportant les dispositions discriminatoires • Elaboration et adoption des textes et mesures spécifiques à l'égard des personnes handicapées aux services publics en application de la loi 009/92 du 22 avril 1992 • Vulgarisation des textes • Mise en place d'un dispositif d'application stricts des lois et textes • Mise en œuvre du plan de communication
4.2 Faciliter l'accès des personnes handicapées aux services publics	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes handicapées sont informées sur les modalités d'accès et d'utilisation des services publics 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de manuels distribués aux personnes handicapées • Nombre de personnes utilisant le manuel des procédures pour accéder aux services publics • % d'accès des personnes handicapées aux services publics • % de responsables de services publics respectant les consignes contenues dans les manuels de procédures • Nombre de personnes handicapées reçues dans les services publics par un agent ou un responsable formé • Une campagne de vulgarisation du code de la route 	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter l'accès des personnes handicapées aux informations sur l'utilisation des services publics par les personnes handicapées • Mettre à la disposition des responsables des services publics et autres membres de la communauté des informations de qualité sur l'utilisation des services publics par les personnes handicapées 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration et vulgarisation des manuels sur l'utilisation des services publics destinés aux personnes handicapées et qui tiennent compte de chaque type de handicap • Placarder en vue de l'information du problème du handicap dans les points nationaux de développement • Elaboration et vulgarisation des manuels de procédures destinés aux responsables des services publics et aux membres de la communauté sur l'accès des personnes handicapées aux services publics • Campagne de vulgarisation du code de la route
4.3 Faciliter l'accès au cadre bâti	<ul style="list-style-type: none"> • Les locaux et autres infrastructures publics sont adaptés aux besoins des personnes handicapées 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de structures accessibles aux personnes handicapées 	<ul style="list-style-type: none"> • Inciter les responsables des services publics à adapter les infrastructures aux besoins spécifiques des personnes handicapées 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration, validation et publication des normes en matière d'accessibilité • Vulgarisation des normes auprès des architectes • Placarder auprès des services publics, entreprises et dirigeants politiques

<ul style="list-style-type: none"> • Etude sur l'orthographe et le langage des signes au Congo en vue d'un dictionnaire • Mise en place d'une imprimerie braille • Création d'un centre de documentation adapté • Collecte et traitement de la documentation disponible • Elaboration de la méthodologie et des outils (proposés) • Traduction des messages dans les langues accessibles • Organisation des sessions d'information et de formation de proximité et de changement de communication en vue d'un changement de comportement sur le VIH-SIDA, les IST et la santé de la reproduction • Insertion des programmes de formation adaptés aux personnes handicapées dans les écoles et instituts de formation d'encadreurs de jeunesse et de sport • Renforcement des capacités d'intervention des associations sportives pour personnes handicapées et adaptées • Vulgariser les activités culturelles, (noté les beaux arts) sportives et les loisirs adaptés à chaque type de handicap à travers les campagnes d'ICC • Appui et renforcement des activités culturelles, sportives et des loisirs pour personnes handicapées 	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir l'information adaptée • Faciliter l'accès des personnes handicapées aux informations sur le VIH-SIDA, les IST et la sexualité • Faciliter l'accès des personnes handicapées aux procédures de gestion et aux traitements du VIH-SIDA • Eclairer pour l'insertion des programmes de formation adaptés aux personnes handicapées dans les écoles et instituts de formation d'encadreurs de jeunesse et de sport 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre des émissions, des manuels, des livres et autres outils pédagogiques intégrant les langues des signes et la braille • Taux de prévalence du VIH SIDA et des IST auprès des personnes handicapées • Taux de vulnérabilité des personnes handicapées face au VIH-SIDA aux IST et à la transmission précoce • Nombre de personnes handicapées bénéficiaires de traitements • Nombre d'encadreurs spécialisés disponibles • Montant de la subvention de l'Etat aux activités culturelles, sportives et de loisirs • Nombre de campagnes, séminaires et sessions d'information organisés • Nombre d'activités culturelles, sportives et de loisirs organisés en faveur des personnes handicapées • Nombre de personnes handicapées impliquées dans les Associations • Nombre des aides financières ou encouragements accordés aux personnes handicapées • Nombre d'adhésifs et de journaux pratiquant des activités nouvelles dans leur cadre de vie • Nombre de brochures éditées sur les loisirs, les activités physiques et sportives des personnes handicapées • Nombre d'expériences initiées et encouragées • Nombre d'associations sportives et culturelles créées
<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes handicapées ont accès à l'information dans tous ses aspects (langue de signes, braille, etc...) • Les informations sur le VIH/SIDA, les IST et la santé de la reproduction sont disponibles auprès des personnes handicapées • Les personnes handicapées ont accès aux procédures de gestion et aux traitements • La participation des personnes handicapées aux activités culturelles, sportives et de loisirs est effective • Les informations sur les activités culturelles, sportives et de loisirs au profit des personnes handicapées 	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter l'accès des personnes handicapées aux informations sur le VIH-SIDA, les IST et la sexualité • Faciliter l'accès des personnes handicapées aux procédures de gestion et aux traitements du VIH-SIDA • Eclairer pour l'insertion des programmes de formation adaptés aux personnes handicapées dans les écoles et instituts de formation d'encadreurs de jeunesse et de sport 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de prévalence du VIH SIDA et des IST auprès des personnes handicapées • Taux de vulnérabilité des personnes handicapées face au VIH-SIDA aux IST et à la transmission précoce • Nombre de personnes handicapées bénéficiaires de traitements • Nombre d'encadreurs spécialisés disponibles • Montant de la subvention de l'Etat aux activités culturelles, sportives et de loisirs • Nombre de campagnes, séminaires et sessions d'information organisés • Nombre d'activités culturelles, sportives et de loisirs organisés en faveur des personnes handicapées • Nombre de personnes handicapées impliquées dans les Associations • Nombre des aides financières ou encouragements accordés aux personnes handicapées • Nombre d'adhésifs et de journaux pratiquant des activités nouvelles dans leur cadre de vie • Nombre de brochures éditées sur les loisirs, les activités physiques et sportives des personnes handicapées • Nombre d'expériences initiées et encouragées • Nombre d'associations sportives et culturelles créées

Objectifs spécifiques	Résultats attendus	Indicateurs	Actions prioritaires	Activités
5.1 Favoriser la formation professionnelle des personnes handicapées	<ul style="list-style-type: none"> • Les centres de formation professionnelle rendus accessibles aux personnes handicapées • Les personnes handicapées bénéficient d'une formation professionnelle dans des ateliers informels et dans des centres 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes handicapées formées dans les centres et ateliers de formation professionnelle • Garantir l'insertion professionnelle en fin de formation 	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'accessibilité des personnes handicapées dans les centres et ateliers de formation professionnelle • Garantir l'insertion professionnelle en fin de formation 	<ul style="list-style-type: none"> • Etude sur l'élargissement des filières de formation professionnelle des personnes handicapées • Mise en place d'un cadre juridique spécifique à la formation et à l'emploi des personnes handicapées • Insertion des personnes handicapées dans les programmes de formation professionnelle ordinaire • Création d'un centre de placement des personnes handicapées • Etablissement d'accords de partenariat avec les structures et organisation en charge de la formation professionnelle et de l'emploi • Organisation des Campagnes d'incitation des entreprises, sur l'emploi des personnes handicapées
5.2 Combattre le sous emploi et le chômage des personnes handicapées et promouvoir leur autonomie sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Unités de production créées et renforcées • Les mesures relatives à la stabilité de l'emploi et à la protection contre le chômage sont promues • Mutuelles et coopératives rendues accessibles aux personnes handicapées 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'unités de production créées et renforcées • % de postes occupés par les personnes handicapées au sein de la Fonction Publique, des entreprises publiques et privées • Montant des financements mis à la disposition des unités de production • Volume des unités de production • Nombre de nouveaux emplois salariés offerts aux personnes handicapées • Revenu des personnes handicapées • Nombre d'adhésions au sein des mutuelles et coopératives après les campagnes de promotion • Nombre de membres actifs au sein des mutuelles et coopératives 	<ul style="list-style-type: none"> • Inciter à la création et renforcer les unités de production des personnes handicapées (activités individuelles et collectives) • Promouvoir l'accès aux micro-crédits • Appuyer la création des mutuelles et des coopératives d'appui aux initiatives locales • Evaluation et étude des besoins de formation des personnes handicapées • Organisation des campagnes sur la promotion des mécanismes de solidarité tels que mutuelle, coopérative pour l'emploi des personnes handicapées • Suivi et encadrement 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation et étude des besoins en unités de production pour personnes handicapées • Création d'un répertoire des unités de production et d'associations pour personnes handicapées • Financement et assistance en matière de certaines unités de production et mise en place d'un fonds décentralisé d'appui aux initiatives locales • Evaluation et étude des besoins de formation des personnes handicapées • Organisation des campagnes sur la promotion des mécanismes de solidarité tels que mutuelle, coopérative pour l'emploi des personnes handicapées • Suivi et encadrement

Volet 6 – mise en œuvre, suivi et évaluation (Programme parapluie)

Objectif général : créer des conditions d'une amélioration de la mise en œuvre des programmes de promotion de personnes handicapées grâce à un appui conséquent et à l'élévation du niveau de compréhension et de participation des acteurs

Objectifs spécifiques	Résultats attendus	Indicateurs	Actions prioritaires	Activités
6.1 Promouvoir le partenariat entre tous les intervenants du plan d'action national	<ul style="list-style-type: none"> Les ressources nécessaires à la mise en œuvre du Plan sont mobilisées et rendues disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de partenariats intervenant au niveau du Plan Montant des fonds mobilisés par partenariats 	<ul style="list-style-type: none"> Mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du programme Assurer un partenariat effectif à travers des réunions de concertation, la recherche de financements, l'élaboration de budgets périodiques, les rapports d'évaluation, l'adoption des programmes annuels 	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'une équipe cohérente et représentative de toutes les parties prenantes chargées de la mise en œuvre du Plan Réalisation des campagnes de plaidoyer auprès des bailleurs de fonds en vue de la mobilisation du financement Mise en place d'un système d'information et de concertation entre tous les intervenants
6.2 Garantir à tous les programmes l'atteinte effective des résultats escomptés	<ul style="list-style-type: none"> Les différents résultats attendus sont atteints grâce à la mise en œuvre des mécanismes de suivi et d'évaluation cohérents et participatifs 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'études réalisées Nombre de Rapports produits par chaque programme Nombre de personnes, parties prenantes au plan, ayant accès aux rapports de chaque programme Nombre de réunions tenues Nombre de visites de terrain organisées Existence d'un monitoring 	<ul style="list-style-type: none"> Définir et adopter les outils d'une gestion transparente, et concertée Développer auprès des partenaires, des OPH et des administrations décentralisées une culture de suivi et d'évaluation Mettre en place des organes décentralisés de coordination suivi et évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> Organisation des études de faisabilité sur la mise en œuvre du plan Définition et adoption du tableau de bord de suivi et d'évaluation Organisation des études nécessaires à l'amélioration de la performance des programmes du Plan Création d'un système d'information sur le processus et la performance du plan Participation aux conférences et séminaires internationaux sur la réadaptation Organisation des séminaires de renforcement des capacités en suivi et évaluation

B - TEXTES PARTICULIERS

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

ELEVATION

Décret n° 2009-181 du 19 juin 2009. Sont élevés à titre exceptionnel dans l'ordre du mérite congolais,

A la dignité de grand officier :

Général de Brigade **IBATA (Pascal)**
Colonel **OSSELE (François)**
Colonel **MAKOUALA (Ignace)**
Capitaine de vaisseau **BANGUI (Mathias)**

Sont nommés à titre normal, dans l'ordre de mérite congolais.

Au grade de commandeur :

Colonels :
- **NGOULOU (Jéréme)**
- **OBAMBI (André)**
- **ENGOLI (Jean)**
- **KOMBO PANDZOU (Pierre)**
- **YOCA (Maurice Jean Prosper)**
- **TALANTSY (Georges Bertin).**

Au grade d'officier :

Colonels :
- **MBONOKOU-MPAAN (Behôme)**
- **NIAMENAY (Davy Etienne)**
- **MPARA (Eugène Alain Yves)**
- **NGOULOU AMONA (Jean Séraphin)**
- **ETOU ALOUNA (Paul)**
- **NGOMA (Gaétan)**
- **GANDOUNOU-GANGOS (Léon)**
- **LIBOKO (François)**
- **ELANGO (Clément)**
- **IBATA YOMBI (Roger)**
- **KIEGELA (Marie Joseph).**

Au grade de chevalier :

Colonels :
- **ADOUA (Claude Rodrigue)**
- **NGAYILA (Bernard)**
- **MEGAGA (Pierre)**
- **BOYEMBE (Casimir)**
- **OBIA-BIA (Patrick)**
- **EKORI (Prosper)**
- **ITOUA AKINDOU (Norbert Christian Claude)**
- **LIBALI (Jean)**
- **LONGUEGNEKE (Jean Pierre)**
- **OKOMBO-DJOULET (Antoine Gervais)**
- **ONDONGO (Jean Ruffin)**
- **MAVIONDO (Théophile)**
- **NGOUSSOULOU (Basile)**
- **NZONZI TSONDA (Jacques Emmanuel)**
- **NZOSSI MOUSSANTSI (André Yannick)**
- **ONDZIE KANOPAKA (Alain Lévy)**
- **TATY (Edgard)**
- **TIEBOU MOUSSAHOU (Joachim)**

Capitaines de vaisseau :

- **MALI (Alphonse Jean Bruno)**
- **MBOUMBA (Lazare)**

Lieutenants-colonels :

- **OBA (Guy)**
- **NGOMA (Justin)**
- **ENZANZA (Christophe)**
- **NKAYA (Jean Michel)**

Commandants :

- **OHINDOU (Emmanuel)**
- **NKODIA (Abraham)**
- **MOKOBO (Félicien)**

Capitaine de corvette **INDAI (Paul)**

Capitaines :

- **M'BOT (Modeste)**
- **MEBEMBOUTINI (Gabriel)**
- **LOEMBA (Eric)**
- **OTSATO (Alphonse)**
- **NKOUNKOU BIYENDOLO (Aimé Cayrol)**

Lieutenant de vaisseau **ZOU (Gabriel)**

Lieutenants :

- **LEBBE (Christian Richard)**
- **BADINGA (Guy Michel)**

Enseigne de vaisseau de 2^e classe **NGOLE (Rock Aristide)**

Sous-lieutenants :

- **NGONO (Joséphine)**
- **HAREL (Christian)**

Les droits de chancellerie prévus par les textes en vigueur sont applicables.