



« Je vois que cela est possible »

Renforcer les capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la violence basée sur le genre dans les environnements humanitaires



Women's Refugee Commission
Research. Rethink. Resolve.



Remerciements

La Commission des femmes pour les réfugiés (WRC) travaille à l'amélioration et la protection des droits des femmes, des enfants et des jeunes déplacés par les conflits et crises. La WRC mène des recherches sur leurs besoins, identifie des solutions et plaide pour des programmes et politiques pouvant renforcer leur résilience et entraîner le changement dans les pratiques humanitaires.

L'International Rescue Committee (IRC) aide les personnes dont les vies et les moyens de subsistance sont ébranlés par les conflits et les désastres, à survivre, se remettre, et prendre en main leur avenir. Les équipes de l'IRC fournissent des soins de santé, du soutien éducationnel et économique afin d'aider des personnes dans 40 pays, avec des programmes spécialement conçus pour les femmes et les enfants.

Ce projet a été initié par l'IRC et la WRC, avec l'appui du Département des Affaires étrangères et du commerce – L'Australian Aid Program et l'Open Society Foundations. Le projet était coordonné par Leora Ward, Conseiller technique principal, Unité Protection et autonomisation de la femme à l'IRC. Le rapport de recherche était élaboré par Emma Pearce, Responsable principal du programme Handicap à la WRC, avec le feedback et les contributions de : Dale Buscher, Directeur principal des programmes, WRC ; Elizabeth Cafferty, Responsable principal du plaidoyer, WRC ; Heather Cole, Conseiller technique, Protection et promotion de la femme, IRC ; Sarah Green, Consultante ; Sandra Krause, Directrice du programme de santé sexuelle et reproductive, WRC ; Elizabeth Sherwood, Consultante en handicap ; Mihoko Tanabe, Responsable principal de programme, Santé sexuelle et reproductive, WRC ; Joan Timoney, Directeur principal du plaidoyer et des relations extérieures, WRC ; et Leora Ward, Conseiller technique principal, Protection et autonomisation de la femme, IRC.

Jillian Foster, Consultant, a apporté son concours par l'analyse des données qualitatives et dirigé l'analyse des données quantitatives à partir de la phase 1 du projet. Les évaluations participatives de la phase 3 du projet ont été facilitées par Emma Pearce et Elizabeth Sherwood du programme Handicap de la WRC. Diana Quick, Directrice des communications à la WRC, a assuré la révision et la mise en forme du rapport.

Merci aux programmes nationaux de l'IRC en Éthiopie, au Burundi, en Jordanie et au Caucase du Nord dans la Fédération de Russie, qui ont joué un rôle central dans ce projet. L'IRC et la WRC remercient également tous les organismes des Nations unies et les organisations non gouvernementales et organisations de la société civile qui ont contribué aux consultations tout au long du projet. Enfin, l'IRC et la WRC sont très reconnaissants envers les personnes handicapées et leurs familles qui ont consacré de leur temps précieux, et apporté des contributions et idées pour le changement tout au long de ce projet.

Photo de couverture : Alem et sa fille Tsigab vivent dans un camp de réfugiés en Éthiopie. Pour lire leur « Expérience du changement », rendez-vous sur http://wrc.ms/disability_GBV

© Elizabeth Sherwood/WRC

© 2015

ISBN:1-58030-137-1

Women's Refugee Commission
122 East 42nd Street, New York, NY 10168-1289
t. 212.551.3115
info@wrcommission.org
womensrefugeecommission.org



Australian Government
Department of Foreign Affairs and Trade



OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS

Table des matières

Acronymes et abréviations.....	i
Résumé analytique.....	1
Principaux résultats et leçons apprises	1
Pratiques positives pour faciliter l'inclusion du handicap	2
Introduction	3
Méthodologie du projet	6
Analyse des risques et consentement	10
Phase 1 : Évaluation initiale des programmes de VBG dans des pays pilotes.....	10
Violence subie par des personnes handicapées et des individus responsables.....	10
Autres formes de violence contre les personnes handicapées	13
Principaux facteurs qui rendent les personnes handicapées plus vulnérables à la violence basée sur le genre	14
Barrières à l'accès aux services et programmes relatifs à la VBG.....	17
Phase 2 : Activités visant à améliorer l'inclusion du handicap dans les programmes sur la VBG dans les pays pilotes.....	21
Phase 3 : Pratiques positives pour l'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la VBG	23
Renforcer les capacités des professionnels de la VBG sur l'inclusion du handicap	23
Pratiques positives pour l'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la VBG	25
Recommandations	32
Recommandations pour acteurs de la VBG.....	32
Recommandations pour acteurs du handicap	32
Recommandations pour tous les acteurs humanitaires	34
Recommandations pour bailleurs de fonds et gouvernements.....	35
Notes	36
Annexe 1 : Résumé des activités entreprises dans la méthodologie du projet.....	39
Annexe 2 : Recommandations issues des ateliers des intervenants	41

Acronyms & Abbreviations

AVEC	Association Villageoise d'Épargne et de Crédit
CDPH	Convention relative au droit des personnes handicapées
DPO	Organisation de personnes handicapées
HCR	Haut commissariat des Nations unies pour les réfugiés
IASC	Comité permanent interorganisations
IEC	Information, éducation et communication
IMSVBG	Système de gestion des informations sur la violence basée sur le genre
IRC	International Rescue Committee
ONG	Organisation non gouvernementale
VBG	Violence basée sur le genre
VPI	Violence infligée par le partenaire intime
WPE	Protection et autonomisation de la femme
WRC	Commission des femmes pour les réfugiés (Women's Refugee Commission)

Résumé analytique

La violence basée sur le genre (VBG) est une question de droit de l'homme et de santé publique largement reconnu, touchant au moins une femme sur trois à travers le monde.¹ La VBG peut devenir encore plus perverse dans les situations de crise où les mécanismes de protection communautaires et institutionnels sont souvent affaiblis ou détruits. Les hommes et les garçons sont également vulnérables à la violence pendant le conflit et le déplacement, notamment la violence sexuelle, quoique dans une moindre mesure que les femmes et les filles.

Estimées à 7,6 millions,² les personnes handicapées vivant dans des situations de déplacement forcé sont exposées à un risque accru de VBG parce qu'elles sont « moins en mesure de se protéger des dangers », dépendant davantage des autres pour leur survie, moins puissantes, et moins visibles.³ Les individus responsables des personnes handicapées, dont la plupart sont les femmes et les filles, peuvent également être exposés à un risque de VBG, étant donné que leurs responsabilités peuvent les empêcher d'accéder aux opportunités sociales et économiques, contribuant ainsi à leur isolement et dépendance.

En dépit de l'échelle et de la gravité du problème, les personnes handicapées dans des environnements humanitaires sont souvent exclues des programmes et services conçus pour prévenir et répondre à la VBG,^{4,5} du fait des formes multiples et croisées de discriminations qu'elles subissent sur la base du genre et du handicap. En réponse à cela, l'International Rescue Committee (IRC) et la Commission des femmes pour les réfugiés (WRC) ont mené un projet visant à identifier ces barrières, et pour piloter et évaluer les solutions de promotion de l'inclusion du handicap dans les programmes de VBG dans les environnements de conflit. Le projet a été mené au sein de communautés affectées au Burundi, en Éthiopie, en Jordanie et au Caucase du Nord en Fédération de Russie. À travers une approche participative, il a sollicité les contributions des femmes, des filles, des garçons et des hommes handicapés et leurs individus responsables afin d'informer le développement d'activités et d'outils permettant de faciliter l'inclusion du handicap, et comprendre que qui a marché et quel changement leur était le plus important.

Ce rapport document les résultats et les leçons apprises du projet, et conclut sur des recommandations pratiques pour un ensemble d'acteurs humanitaires, les gouvernements et bailleurs de fonds en vue de l'amélioration de l'inclusion du handicap dans les programmes sur la VBG dans les environnements humanitaires. Les expériences du changement provenant de femmes et filles handicapées impliquées dans le projet, un une trousse à outils pour les professionnels de la VBG, y compris des outils et orientations destinées à les aider à renforcer l'inclusion du

handicap dans leur travail, sont disponibles sur http://wrc.ms/disability_GBV or www.gbvresponders.org

Principaux résultats et leçons apprises

Types de violences

La violence sexuelle était le type de VBG le plus courant rapporté par les participants aux groupes de discussion dans les environnements du projet, certaines femmes et filles handicapées se déclarant victimes de violence sexuelle, y compris le viol, de façon répétée et régulière et du fait de multiples auteurs. Les femmes et les filles ayant un⁶ handicap mental et intellectuel étaient perçues comme étant les plus exposées à la violence sexuelle, et leur famille ainsi que les prestataires de service n'en prenant connaissance que lorsqu'elles sont déjà enceintes. Des violences sexuelles contre les hommes et les garçons ayant un handicap intellectuel ont également été rapportées au Burundi et en Jordanie, quoique dans une moindre mesure. L'isolement social, la perte de réseaux de protection communautaire et les changements dans les rôles sexosociaux, notamment dans les ménages où une personne aurait un handicap nouvellement acquis, augmentent la vulnérabilité des personnes handicapées, mais également des individus responsables de sexe féminin, à la violence aussi bien à l'intérieur du ménage que dans l'espace public.

Barrières à l'accès

Les participants au projet ont le plus fréquemment rapporté que **des attitudes négatives et discriminations** de la part des prestataires de services relatifs à la VBG, des membre de la famille et de la communauté, empêchaient leur accès aux activités de prévention des VBG et aux services de réponse. Le fait que les survivants handicapés peuvent ne pas être crus lorsqu'ils signalent des violences, le manque de confidentialité et le risque de faire l'objet d'autres stigmatisations et marginalisations ont été présentés comme des facteurs empêchant les survivants handicapés d'avoir recours aux services et à l'assistance. La capacité des personnes handicapées à participer à et à bénéficier des activités de prévention des VBG est sous-estimée par les responsables de programmes et les membres de la communauté, et ainsi elles ne sont pas invitées à participer. Des **moyens de transport inadéquats** vers les sites des activités et centres de service et le **manque d'utilisation d'approches de communication appropriées** par les professionnels de la VBG, notamment pour les personnes sourdes ou ayant des handicap intellectuels, ont également été cités comme barrières à l'accès et à la participation. Les **individus responsables** des personnes handicapées se sont également dit exclues des activités du fait de

leur incapacité à laisser les personnes dont elles s'occupent.

Pratiques positives pour faciliter l'inclusion du handicap

Renforcement des capacités des professionnels de la VBG : Les professionnels de la VBG ont rapporté un changement positif dans leurs attitudes lorsqu'elles travaillent avec les personnes handicapées, notamment comme résultat des activités d'apprentissage fondées sur l'expérience et la réflexion dans le projet. Travailler directement avec les survivants handicapés a permis aux professionnels de voir au-delà du handicap de la personne, d'apprécier leurs aptitudes et capacités, et de reconnaître qu'ils peuvent bénéficier de et apporter des contributions positives aux activités portant sur la VBG. Les professionnels ont également appris à reconnaître que les survivants handicapés ont plusieurs besoins qui sont les mêmes que ceux des personnes sans handicap, et que les professionnels pourraient appliquer leur formation actuelle s'agissant de l'utilisation d'une approche centrée sur le survivant dans le travail avec ce groupe. Les professionnels de la VBG ont également appris à mieux adapter leurs services aux survivants handicapés – y compris à travers des visites à domicile, des activités à domicile et des services de gestion de cas spécialisés avec des approches de communication plus efficaces et plus appropriées.

Offrir aux femmes et filles handicapées et aux individus responsables des activités d'autonomisation sociale et économique permettant d'établir des réseaux de pairs et une plus grande indépendance financière : Le résultat le plus important cité par les femmes et les filles handicapées et les individus responsables de sexe féminin était le développement de plus de réseaux de pairs plus robustes à travers différentes activités d'autonomisation sociale, dont les groupes de discussion, les programmes reposant sur les actifs pour adolescentes et les Associations Villageoises d'épargne et de Crédit (AVEC). Ces activités ont renforcé l'établissement de relations et la confiance parmi les femmes et filles handicapées, ainsi qu'avec d'autres membres de la communauté. Elles ont également conduit à un échange d'informations et au développement des aptitudes, une meilleure estime de soi et des opportunités permettant aux femmes et filles handicapées d'être reconnues non pas pour leur handicap, mais pour leurs rôles en tant que leaders, amies et voisins apportant des contributions positives pour leurs communautés – pouvant toutes servir de facteurs de protection contre les VBG. Les femmes handicapées et les individus responsables au sein des AVEC ont également rapporté une indépendance et une prise de décisions accrues ainsi qu'un respect et un statut meilleurs au sein de la famille et la communauté du fait de leur

accès aux opportunités de génération de revenus, ce qui peut également contribuer à réduire leur vulnérabilité aux VBG. Les participants au projet ont noté que, bâtir les programmes autour des aptitudes et capacités des personnes handicapées constituait un préalable important à l'inclusion, mais également rapporté que pour plusieurs personnes handicapées, les programmes existants ne nécessitaient pas toujours des adaptations ; la simple invitation à participer était suffisante pour lever la barrière à la participation et promouvoir avec succès l'inclusion.

Promouvoir la représentation et le leadership des femmes handicapées et des individus responsables au sein des institutions et activités communautaires conduisait non seulement à une meilleure prise en compte des préoccupations de ces groupes au sein des organisations et programmes, mais également à une meilleure appréciation par d'autres membres de la communauté des aptitudes et capacités des personnes handicapées.

Introduction

Plus de 51 millions de personnes à travers le monde sont actuellement déplacées du fait de conflits et de crises.⁷ L'Organisation mondiale de la santé estime que toute population est constituée à 15 pour cent de personnes handicapées,⁸ avec des proportions considérablement plus élevées parmi les populations affectées par le conflit. Ainsi, il y aurait jusqu'à 7,6 millions de personnes handicapées vivant en situation de déplacement forcé.

La violence basée sur le genre (VBG) est une question de droit de l'homme et de santé publique largement reconnue, touchant au moins une femme sur trois à travers le monde.⁹ La VBG peut devenir encore plus perverse dans les situations de crise où les mécanismes de protection sociaux, communautaires et institutionnels sont affaiblis ou détruits. Les hommes et les garçons sont également vulnérables à la VBG, notamment la violence sexuelle, pendant le conflit et le déplacement, quoique dans une moindre

Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (2006)

« Les personnes handicapées comprennent les personnes qui ont une déficience physique, mentale, intellectuelle ou sensorielle à long terme et qui, en interaction avec différentes barrières peut empêcher leur participation intégrale et effective à la société sur une base égale avec les autres. »

mesure que les femmes et les filles. Les programmes et activités destinés à atténuer le risque de VBG et fournir un soutien aux survivants et donc considérés comme des parties intégrantes à partir des phases initiales de la réponse humanitaire.¹⁰

Qu'est-ce que la violence basée sur le genre ?

La violence basée sur le genre renvoie à « tout acte préjudiciable perpétré contre la volonté d'une personne et qui est basé sur des différences attribuées socialement (notamment le genre) entre les hommes et les femmes. Elle inclut les actes qui infligent des peines ou souffrances physiques, mentales ou sexuelles, des menaces ou d'autres actes tels que la coercition et d'autres privations de liberté, perpétrés dans un cadre aussi bien public que privé. »

(IASC, Directives pour l'intégration des interventions contre les violences basées sur le genre dans l'action humanitaire : réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement (projet de publication en instance, 2015))

Les personnes handicapées vivant dans des situations de déplacement forcé sont exposées à un risque accru de VBG pendant les crises parce qu'elles sont « moins en mesure de se protéger des dangers, dépendant davantage des autres pour leur survie, moins puissantes, et moins visibles. »¹¹ Les individus responsables des personnes handicapées, dont la plupart sont les femmes et les filles, peuvent également être exposés à un risque de VBG, étant donné que leurs responsabilités peuvent les empêcher d'accéder aux opportunités sociales et économiques, contribuant ainsi à leur isolement et dépendance.

La Convention des Nations unies relative au droit des personnes handicapées (CRDPH) exige des États Parties qu'ils s'assurent que les personnes handicapées soient protégées dans les situations de risque ou de crise humanitaire (article 11), et que la coopération internationale soit accessible à et tienne compte des personnes handicapées (article 32). Elle demande également aux États de « veiller à ce que les services de protection tiennent compte de l'âge, du sexe et du handicap des intéressés » (article 16).¹²

Toutefois, des recherches indiquent que les personnes handicapées n'ont pas un accès aux programmes relatifs à la VBG égal à celui d'autres membres de communautés dans des contextes humanitaires. Par exemple, Human Rights Watch a publié un document selon lequel les survivantes handicapées en Ouganda pendant le conflit avaient un accès limité aux

services d'intervention, y compris les services médicaux et la justice.¹³ Les femmes et filles handicapées restent largement exclues des programmes de prévention, y compris les multiples initiatives d'autonomisation de la femme visant à briser le cycle de vulnérabilité à la violence. Les adolescents et jeunes handicapés sont souvent exclus de l'éducation à la santé sexuelle et reproductive, des moyens de subsistance et des programmes de soutien par les pairs qui pourraient réduire leur exposition aux VBG dans ces contextes.¹⁴ Enfin, peu d'études ont exploré le risque de VBG pour les personnes handicapées dans ces contextes, qui sont largement les femmes et les filles.

Les professionnels de la violence basée sur le genre opérant dans des contextes humanitaires sont de plus en plus conscients de l'accroissement des risques de VBG auxquels les personnes handicapées sont exposées et reconnaissent la nécessité d'améliorer l'accessibilité et leur inclusion dans les programmes relatifs à la VBG. À ce jour, toutefois, il n'y a eu aucune évaluation des stratégies de promotion de l'inclusion du handicap dans les activités relatives à la VBG dans les environnements humanitaires, aucun exemple détaillé de pratiques positives et peut d'orientations sur les programmes visant à assister les professionnels sur le terrain.

De 2013 à 2015, l'International Rescue Committee (IRC) et la Commission des femmes pour les réfugiés (WRC) ont mené un projet destiné à renforcer les capacités et contribuer à la base factuelle sur les stratégies efficaces pour l'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la VBG dans les environnements affectés par le conflit. Ce rapport document les résultats du projet, identifie les pratiques positives d'inclusion des personnes handicapées dans les programmes relatifs à la VBG et conclut sur des recommandations pour faire progresser l'inclusion du handicap dans les programmes de VBG dans le secteur humanitaire.

Qu'est-ce que l'inclusion du handicap ?

Le terme « inclusion du handicap » renvoie à un large éventail de stratégies visant à promouvoir la pleine et égale participation des personnes handicapées dans la société. L'inclusion du handicap dans les contextes humanitaires serait réalisée à travers une approche à deux volets qui intègre aussi bien les questions de handicap que la participation des personnes handicapées dans tous les aspects de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes, et engage des actions ciblées pour satisfaire leurs besoins spécifiques et les autonomiser à participer entièrement.¹⁵

L'impact du handicap vont au-delà des individus et affecte les ménages et communautés, renforçant la pauvreté et entravant le développement humain et social.¹⁶ À ce titre, les indi-

vidus responsables et membres de la famille des personnes handicapées peuvent également faire face à la réduction des opportunités, l'exclusion sociale et la stigmatisation. Les programmes relatifs à la VBG doivent par conséquent tenir compte de la façon dont le handicap affecte les individus, les membres de famille et la communauté dans l'ensemble lors du développement des stratégies d'inclusion.

L'intersection du genre, du handicap et du déplacement

Les causes profondes de la VBG sont les inégalités structurelles et systématiques entre les genres, les normes de genres sous-jacentes les abus de pouvoir accrus entre les hommes et les femmes en tant que groupes sociaux. La violence contre les femmes et les filles constitue à la fois une conséquence et une cause de cette inégalité, renforcée par le désavantage économique et la dépendance, et les espaces sociaux restreints. Plusieurs individus, toutefois, ne connaissent pas des inégalités structurelles et des pouvoirs inégaux dus au genre seul, et d'autres facteurs, tels que l'ethnicité et la race, la religion, l'âge, l'orientation sexuelle, le statut socioéconomique et le handicap, contribuent souvent à la marginalisation d'un individu dans la société.¹⁷

Les femmes, les filles, les garçons et les hommes handicapés et leurs individus responsables qui ont été déplacés du fait des crises et des conflits, connaissent des formes multiples, croisées et parfois se renforçant mutuellement, de discrimination et d'oppression en plus de leur risque de violence, y compris les VBG. Pour les femmes et les filles en particulier, les situations de crise exacerbent et accroissent les risques auxquels elles sont déjà exposées en temps de paix. Lorsqu'à cela s'ajoute la discrimination et l'oppression liées au handicap, et avec les exigences de la prise en charge, les violences auxquelles les femmes font faces sont davantage considérables. Approcher les VBG à travers une analyse intersectorielle nous aide à mieux comprendre les multiples identités et expériences des personnes handicapées,¹⁸ y compris l'inégalité et la discrimination entre les hommes et les femmes, et au sein de sous-ensembles d'hommes et des femmes,¹⁹ qui façonneraient singulièrement leur expérience des VBG, et peuvent être utilisées pour améliorer la fourniture de services, le plaidoyer et les priorités du programme.

Suivant la description faite dans la CRDPH, le handicap est le résultat des interactions entre les déficiences et d'autres barrières sociales.²⁰ Les personnes handicapées ne sont pas plus vulnérables à la violence du fait de leur déficience, mais plutôt parce qu'elles sont perçues comme étant différentes, ont moins de pouvoir et un statut inférieur, sont marginalisées et sont même directement ciblées pour la violence.²¹ Par

conséquent, ce projet visait non seulement à comprendre la vulnérabilité individuelle aux VBG, mais également comment les relations, les facteurs communautaires et sociaux liés aussi bien au genre qu'au handicap dans le contexte de déplacement augmentent le risque de violence pour les femmes, les filles, les garçons et les hommes handicapés, et leurs individus responsables.²²

Principes directeurs de l'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la VBG

Les principes suivants ont été définis au cours des phases initiales du projet afin d'orienter les professionnels de la VBG. Ces principes sont destinés à compléter et à renforcer l'approche centrée sur le survivant dans les programmes relatifs à la VBG, qui « vise à créer un environnement propice dans lequel **les droits** d'un survivant de la VBG sont respectés et sa **sécurité** assurée, et au sein duquel le survivant est traité avec **dignité et respect**. L'approche aide à promouvoir le relèvement d'un survivant en renforçant sa capacité à identifier et à exprimer ses besoins et souhaits, ainsi que sa capacité à prendre des décisions sur les interventions éventuelles. »²³

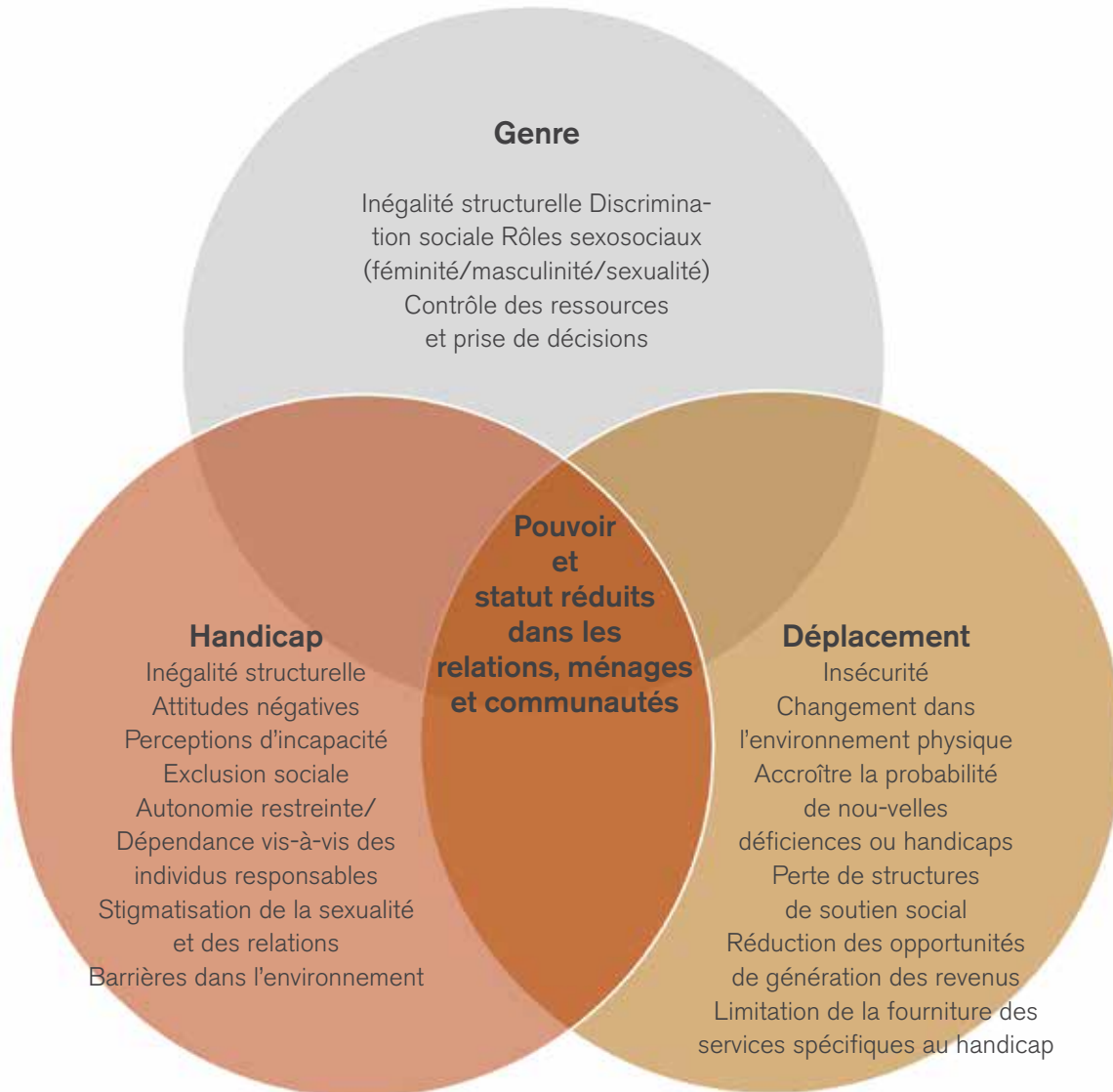
Le droit à la participation et à l'inclusion : Les professionnels de la VBG doivent reconnaître la diversité de la population qu'ils servent, y compris les différents risques auxquels sont exposés les femmes, filles et garçons ayant différents types de handicaps dans les environnements humanitaires, et le besoin de rendre les services et les activités accessibles à et importants pour ces groupes. L'inclusion des personnes handicapées et des individus responsables, notamment les femmes et les filles, constituer une composante essentielle de leur travail, et non quelque chose de « spécial » ou de distinct.

Se focaliser sur la personne en général et non sur son handicap : Les professionnels de la VBG doivent reconnaître que les personnes handicapées ont des expériences de vie, des aptitudes et capacités, des rêves et des objectifs. Elles ont plusieurs identités : mentors, leaders, femmes, mères, sœurs, amis et voisins.

Ne pas faire de suppositions : Les professionnels de la VBG ne doivent pas supposer qu'ils savent ce qu'une personne handicapée veut ou ressent, ou qu'ils savent ce qui est meilleur. Ne pas supposer que, parce qu'une personne est handicapée elle est incapable de faire certaines choses ou ne souhaite pas participer à certaines activités. Prendre le temps de les consulter, explorer leurs intérêts et leur donner des opportunités, tout comme avec d'autres survivants des VBG.

Identifier et utiliser les forces et les capacités : travailler avec les personnes handicapées, ainsi que leurs membres de famille,

Schéma 1 : Pouvoir et inégalité – Exemples de l'intersection entre le genre, le handicap et le déplacement



pour identifier leurs aptitudes et capacités, et les utiliser pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes relatifs à la VBG. Les personnes handicapées sont les experts de leur handicap et peuvent fournir des orientations déterminantes sur comment adapter les programmes et activités afin de mieux les servir. Les plans d'actions individuels doivent être élaborés sur la base des capacités des individus.

Mettre l'accent sur « travailler avec » : Les décisions concernant les personnes handicapées, notamment les femmes et les

filles, sont souvent prises par d'autres personnes, y compris les membres de la famille, les individus responsables, partenaires et même les prestataires de services. Les professionnels de la VBG doivent au contraire adopter l'approche qui consiste à travailler avec des personnes handicapées à travers un processus collaboratif qui identifie leurs préoccupations, priorités et objectifs. Éviter de renforcer les dynamiques de pouvoir négatives en prenant les décisions pour eux, et les aider plutôt à développer leur propre sens de l'organisation et pouvoir de

prise de leurs propres décisions.

Travailler avec les individus responsables et les familles : Le handicap affecte également les membres des familles, notamment les femmes et les filles qui peuvent jouer le rôle d'individu responsable. Les professionnels de la VBG doivent chercher à comprendre les préoccupations, les priorités et objectifs des individus responsables, et pour soutenir et renforcer les relations saines et l'équilibre des dynamiques de pouvoir entre les individus responsables, les personnes handicapées et d'autres membres de la famille.²⁴

Méthodologie du projet

Ce projet, réalisé de 2013 à 2015, visait à améliorer l'accès et l'inclusion des personnes handicapées et des individus responsables dans les activités relatives à la VBG dans les environnements humanitaires par :

- i. l'identification des écueils et des opportunités d'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la VBG dans les environnements humanitaires ;
- ii. le pilotage et l'évaluation des actions qui encouragent l'inclusion de personnes handicapées et leurs familles au sein des programmes Protection et promotion de la femme (WPE) de l'IRC dans quatre pays, à savoir l'Éthiopie, le Burundi, la Jordanie et le Caucase du Nord en Fédération de Russie ; et
- iii. la documentation et le partage des stratégies efficaces, des outils et ressources pour l'inclusion du handicap au sein de la communauté humanitaire dans son ensemble.

Phase 1 : Évaluation initiale des programmes relatifs à la VBG dans des pays pilotes (août - octobre 2013)

La première phase du projet visait à comprendre les besoins et les capacités des personnes handicapées et leurs individus responsables dans des environnements humanitaires en relation avec les VBG ; identifier les barrières potentielles et les facilitateurs de l'accès et l'inclusion dans les activités relatives aux VBG ; et, enfin, collecter des idées sur comment combler les vides dans les programmes. Quatre programmes WPE de l'IRC ont été identifiés pour participer au projet – Éthiopie, Burundi, Jordanie et Caucase du Nord en Fédération de Russie. Ces programmes ont été sélectionnés parce que leur personnel avaient exprimé leur intérêt et engagement à inclure le handicap, et ensemble ils reflétaient différentes régions, contextes opérationnels (par ex. réfugiés urbains et en camps ; déplacements nouveaux et prolongés ; reconstructions post-conflit) et types d'activités relatives aux VBG (ex. services de réponse ; mobilisation communautaire ; autonomisation économique ; et renforcement des mouvements des femmes).

Discussions au sein de groupes et entretiens individuels avec des personnes handicapées et individus responsables

Le Programme handicap de la WRC a aidé le personnel de l'IRC dans chacun des pays pilotes à rassembler des informations chez les personnes handicapées et leurs individus responsables. Cela s'est effectué à travers des discussions de groupe et des entretiens individuels avec les femmes,

les filles, garçons et hommes handicapés et leurs individus responsables, ainsi que des leaders communautaires dans certains contextes. Les participants intéressés étaient identifiés à travers des activités de sensibilisation communautaire et référés par d'autres organisations, y compris les organisations de personnes handicapées (DPO).²⁵ Toutes les activités étaient menées dans les langues locales avec le concours d'interprètes.

Plus de 330 personnes ont participé dans les quatre pays : 221 personnes handicapées (126 femmes, 95 hommes) et 113 individus responsables (76 femmes, 37 hommes), le quart des participants étant âgés de moins de 24 ans. La plupart des participants handicapés avaient un handicap physique et intellectuel.

Un total de 25 discussions de groupe ont été conduites dans cette évaluation : 14 discussions de groupe avec les femmes handicapées et individus responsables de sexe féminin ; neuf discussions de groupe avec les hommes handicapés et individus responsables de sexe masculin ; et deux discussions de groupe avec des leaders communautaires et travailleurs communautaires.

Des discussions de groupe distinctes ont été conduites avec les hommes et les femmes afin de collecter des informations spécifiques sur la VBG pour ces différents groupes. Les discussions de groupe comprenaient également des activités participatives, à l'exemple des études de cas visant à identifier la connaissance des services pour les survivants, et des exercices de classement pour déterminer les activités relatives aux VBG dont ils étaient les plus informés dans la communauté. Dans certains contextes, de plus petits groupes étaient employés pour obtenir les points de vue des adolescentes et des jeunes femmes handicapées, ou pour collecter des informations auprès de personnes utilisant le langage des signes.

Des entretiens individuels ont également été réalisés pour faciliter la participation de ceux qui n'étaient pas en mesure de participer aux groupes de discussion. Cette approche était plus couramment utilisée avec les personnes présentant un handicap physique qui étaient confinées à leurs maisons, et celles présentant des handicaps mentaux et intellectuels qui préféraient participer dans des environnements plus familiers ou nécessitaient des approches de communication plus individualisées. Dans la mesure du possible, les entretiens étaient réalisés directement avec les personnes handicapées. Dans certains cas, lorsqu'aucune méthode de communication ne pouvait être établie, les informations étaient collectées auprès des individus responsables. Les personnes handicapées restaient toutefois dans le processus afin de pouvoir écouter les discussions et participer dans la mesure du possible, et le

personnel pouvait continuer à apprendre davantage sur leurs aptitudes de communication.

Voir Annexe 1 : Tableau A (p. 39) pour un résumé des pays, contextes et activités menés au cours de la phase 1 du projet.

Consultations avec les acteurs humanitaires

À travers des entretiens informels et des discussions par petit groupe, le personnel de l'IRC, des organisations partenaires, d'autres ONG et organismes des Nations unies ont donné leur lecture des barrières à l'accès et à l'inclusion dans les activités relatives à la VBG pour les personnes handicapées, ainsi que les besoins de développement des capacités des professionnels de la VBG.

Analyse des données de l'IMSVBG

Le Système de gestion des informations sur la violence basée sur le genre (IMSVBG), lancé en 2007 par l'IRC, le FNUAP et le HCR, collecte des informations anonymes sur la démographie, les types de violences et les détails de l'incident,²⁶ et suivre les orientations faites pour les survivants ayant recours aux prestataires de services sur la VBG. Ces données collectées au Burundi et en Éthiopie de 2012 à 2013 étaient désagrégées pour le handicap et analysées pour documenter les tendances de violence chez les survivants handicapés, complétant les résultats qualitatifs issus des groupes de discussion et entretiens individuels. L'IMSVBG en Jordanie et au Caucase du Nord n'était pas opérationnel au cours de cette période, et de fait aucun ensemble de données comparées n'était disponible pour analyse au cours de cette phase du projet pour ces pays.

Le handicap était identifié soit par les survivants eux-mêmes soit par les professionnels de la VBG au cours de leur consultation avec le survivant.²⁷ Le nombre de survivants handicapés ayant pris attache avec l'IRC au Burundi et en Éthiopie était infime. De fait, il était difficile de tirer des conclusions plus globales à partir de ces données. Les données contenues dans ce rapport comprennent uniquement des informations provenant des survivants qui ont consenti à partager leurs informations agrégées. Elles concernent les cas rapportés et ne sont aucunement représentatives de l'incidence totale ou la prévalence des VBG au Burundi et en Éthiopie.

Analyse des données

Une analyse préliminaire des données a été réalisée au niveau national au cours des visites de terrain en 2013 pour définir les activités pilotes appropriées pour la mise en œuvre. Elle a été suivie d'une analyse de données plus complète en 2014, qui a porté sur les thèmes communs à différents pays et contextes. Le codage thématique des discussions de groupe et notes

d'interview provenant du Burundi, d'Éthiopie et de Jordanie a été entrepris par deux codeurs et analysé sur la base des questions de recherche via le logiciel NVivo. Les moyens étaient calculés par groupe et nombre de participants afin de réduire les erreurs qui découleraient du recours à différentes tailles d'échantillons entre les trois pays. La discussion de groupes et les notes d'interview n'étaient pas disponibles pour la Caucase du Nord, où les partenaires locaux ont conduit l'évaluation, et étaient par conséquent exclus du codage thématique. Les données de l'IMSDBG de 2012 et 2013 au Burundi et en Éthiopie étaient analysées au moyen de STATA pour identifier des thèmes parallèles dans les données quantitatives, et pour localiser des relations importantes et la variation entre des variables et au sein de sous-catégories de variables.²⁸



Personnel du programme WPE menant des activités de groupe avec des adolescentes et des adolescents handicapés et leurs individus responsables – Jordanie
© IRC Jordanie

Phase 2 : Activités visant à renforcer l'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la VBG dans les pays pilotes (septembre 2013 - octobre 2014)

La deuxième phase du projet était focalisée sur la mise en œuvre des activités pilotes visant à promouvoir l'accès et l'inclusion des activités de prévention et de réponse aux VBG.

Actions pilotes et programmes nationaux de WPE

Chaque programme WPE de l'IRC était soutenu pour concevoir et mettre en œuvre des actions pilotes sur la base des informations et suggestions collectées chez les personnes handicapées et les individus responsables au sein de groupes de discussion et lors des entretiens. En ce qui concerne les programmes WPE, ils étaient axés particulièrement sur les besoins des femmes et des filles handicapées et ceux des femmes en tant qu'individus responsables. Les hommes et les garçons handicapés et les individus responsables, toutefois, étaient inclus dans les activités communautaires sur la VBG. Les partenaires, d'autres acteurs humanitaires et leaders communautaires étaient également impliqués dans ce processus dans certains pays à travers des ateliers de planification des actions. Les équipes de WPE de l'IRC ont ensuite mis en œuvre ces actions sur une période pilote de 12 mois dans le projet.

Outils et ressources pour professionnels de la VBG

Au cours de cette deuxième phase du projet, l'IRC et la WRC ont élaboré des projets d'outils pour aider à promouvoir l'inclusion du handicap dans les activités du programme sur la VBG et pour renforcer la capacité et les aptitudes du personnel du programme VBG à assurer une gestion de cas appropriée, centrée sur le survivant aux personnes handicapées. Ces outils et ressources étaient partagées avec les programmes nationaux à des fins de test et de feedback. En outre, les outils sélectionnés étaient adaptés pour les professionnels de la VBG provenant d'autres organisations et sont disponibles dans Trousse à outils pour professionnels de la VBG sur http://wrc.ms/disability_GBV or www.gbvresponders.org

Phase 3 : Pratiques positives pour l'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la VBG (septembre - novembre 2014)

Au cours de la troisième phase du projet, le Programme handicap de la WRC a animé l'évaluation participative avec l'IRC Programmes et partenaires nationaux WPE. L'évaluation visait à identifier :

- **Résultats** – Changements dans la capacité des professionnels de la VBG à inclure les personnes handicapées et les individus responsables dans leur travail ; les facteurs qui ont contribué à des changements positifs (facilitateurs) et les écueils (barrières) actuels.
- **Résultats** – Changements dans l'accès et l'inclusion des personnes handicapées et leurs individus responsables dans les activités prévention et de réponse aux VBG ; les facteurs qui ont contribué à des changements positifs (facilitateurs) et les écueils (barrières) actuels.

Une approche participative a été choisie pour engager les intervenants et bénéficiaires dans le processus d'évaluation en tant que partenaires, non seulement dans la collecte de données, mais également dans la détermination du type de changement qui importe le plus. Les approches participatives visaient également à faciliter un processus d'apprentissage basé sur la réflexion en cours entre les bénéficiaires (aussi bien les personnes handicapées et professionnels de la VBG) et pour promouvoir la collaboration entre les intervenants au-delà de la durée de vie du projet. L'évaluation a offert l'opportunité à ces intervenants de réfléchir ensemble sur l'évolution du projet; de générer les leçons apprises et de planifier les priorités futures

pour l'inclusion du handicap dans leurs programmes pertinents.²⁹

La méthodologie de l'évaluation participative comprenait :

- la collecte d'« expériences du changement »³⁰ provenant de personnes handicapées, d'individus responsables et de leaders communautaires impliqués dans le projet utilisant le contage verbal, le dessin et la photo-interview ;
- un exercice d'auto-évaluation participative avec les professionnels de la VBG ;³¹ et
- un Atelier d'intervenants³² pour partager les expériences de réussite et les défis, discuter des facteurs qui ont contribué aux succès et identifier les priorités de la collaboration actuelle.

Plus de 150 personnes handicapées (57 femmes et 31 hommes) et individus responsables (50 femmes et 21 hommes) ont participé au processus d'évaluation en Éthiopie, au Burundi, en Jordanie et au Caucase du Nord, parmi lesquels 56 pour cent étaient handicapées, 65 pour cent étaient des femmes et filles et un tiers étaient âgées de moins de 24 ans. La majorité des personnes handicapées participant à l'évaluation avaient un handicap physique et auditif.



Activité participative avec des professionnels de la VBG – Burundi
© Elizabeth Sherwood/WRC

Voir Annexe 1 : Tableau B (p. 40) pour un résumé des intervenants et bénéficiaires engagés dans l'évaluation participative dans chaque pays pilote et Annexe 2 : Résumé des recommandations issues des ateliers des intervenants (p. 41).

Analyse des risques et consentement

Les principes d'intégration de la protection étaient utilisés pour entreprendre une analyse des risques et pour planifier des stratégies d'atténuation appropriées dans chaque pays. L'intégration de la protection est « le processus à travers lequel les principes de droits de l'homme, y compris la non-discrimination, l'accès réel, la sûreté et la dignité sont reconnus et réalisés dans la conception et la mise en œuvre des programmes. »³³ Le personnel WPE était présent à chaque activité pour fournir des informations sur les services disponibles et pour initier les orientations pour les personnes ayant besoin de soutien supplémentaire. Les programmes et partenaires de WPE sont restés en activité dans tous les quatre pays tout au long et à la fin du projet, facilitant ainsi l'identification et le suivi de tout résultat négatif inattendu issu des activités du projet.

La participation à toutes les activités était volontaire et le consentement éclairé était obtenu de personnes handicapées, d'individus responsables et d'autres intervenants qui étaient disposés à participer. Les adultes (plus de 18 ans) ont donné un consentement global après un briefing sur chaque activité. Pour les participants intéressés âgés de moins de 18 ans (par exemple les adolescentes), le consentement verbal était également demandé à leur parent ou tuteur. Il était demandé à certains adultes ayant des handicaps intellectuels d'inviter un individu responsable de confiance, un membre de la famille ou ami de leur choix à participer avec eux au processus de consentement et/ou des activités réelles. Le consentement écrit a été obtenu de tous les individus qui sont identifiables à travers des photos et des expériences personnelles dans ce rapport.

Phase 1 : Évaluation initiale des programmes de VBG dans les pays pilotes

Plusieurs problèmes-clés ont été posés au cours de l'évaluation initiale et doivent être pris en compte lors de la conception ou l'adaptation des programmes sur la VBG afin d'inclure des personnes handicapées et individus responsables. Il s'agit entre autres des résultats sur les types de VBG subies par les femmes et les filles handicapées, ainsi que les violences subies par les hommes et les garçons handicapés ; les facteurs qui contribuent à cette violence ; et les barrières auxquelles font face les personnes handicapées dans l'accès aux programmes et services relatifs à la VBG dans les contextes humanitaires. Les résultats de cette section sont tirés de l'analyse des données en provenance de Jordanie, du Burundi et d'Éthiopie.

Violence subie par les personnes handicapées et les individus responsables

Les personnes handicapées, les individus responsables et leaders communautaires sur les sites du projet au Burundi, en Éthiopie et en Jordanie ont rapporté que les personnes handicapées subissaient des VBG au sein de leurs communautés en déplacement, et que les femmes et les filles handicapées et les individus responsables de sexe féminin étaient perçus comme les plus exposées. Les données en provenance d'Éthiopie et du Burundi indiquaient qu'environ 6 pour cent des survivants rapportant des VBG à l'IRC ont un handicap.³⁴ Le type de plus courant de VBG rapporté dans les discussions de groupe dans tous les pays était la violence sexuelle, y compris le viol et les agressions sexuelles, suivie de la violence émotionnelle et l'exploitation. De la même manière, les données de l'IMSVBG en provenance d'Éthiopie ou du Burundi indiquent que le type le plus courant de VBG pour lequel les personnes handicapées recherchaient l'assistance de l'IRC (hommes et femmes confondus) était le viol (51 pour cent des survivants handicapés qui se sont prononcés³⁵) suivi des violences psychologiques/émotionnelles (27 pour cent des survivants handicapés qui se sont prononcés³⁶). Parmi les survivants handicapés rapportant tout type de VBG à l'IRC, les données de l'IMSVBG indiquaient que l'auteur présumé le plus courant était un partenaire intime ou un ex-partenaire, à 36 pour cent,³⁷ suivi des étrangers, à 27 pour cent.³⁸

VBG contre les femmes et les filles

Les données relatives à l'IMSVBG collectées au Burundi et

en Éthiopie indiquent que 83 pour cent des survivants handicapés ayant recours aux services de l'IRC sont des femmes.³⁹

Violence sexuelle

Les violences sexuelles ont été signalées dans tous les pays, le viol étant le plus souvent examiné au Burundi, pays dans lequel des femmes ont déclaré avoir été victimes d'abus sexuels sur une base régulière, abus perpétrés par de nombreux auteurs.⁴⁰ Dans les trois pays, les participants au groupe de discussion sont d'avis que les femmes et les filles ayant un handicap intellectuel sont plus exposées aux violences sexuelles, suivies des personnes handicapées physiques et mentales. Les participants ont relevé que le viol commis sur les femmes et filles handicapées mentales et intellectuelles est souvent identifié par la famille ou le prestataire de services uniquement lorsque la victime tombe enceinte, également que de nombreuses survivantes au viol peuvent porter les enfants des auteurs de la violence sans jamais dévoiler cette violence.

« Les femmes et les filles sont les plus vulnérables à la violence sexuelle, mais dans de nombreux cas, ne veulent pas en parler. De nombreuses femmes célibataires ont des enfants chaque année, mais ne révèlent jamais l'identité du père ».

(Participant à une discussion de groupe avec les hommes handicapés, camp de Bwagiriza, Burundi)

Les abus sexuels perpétrés par des étrangers contre des adolescents handicapés intellectuels ont été signalés en Jordanie (filles et garçons), ce qui pousse certains individus responsables de jeunes personnes handicapées à les enfermer à la maison afin de les protéger contre de nouvelles violences.

« Sa fille est très active et aime sortir même lorsqu'il fait nuit. Une nuit, elle s'est rendue chez des voisins et à son retour elle semblait différente. Elle lui a demandé ce qui s'était passé, et elle a expliqué que certains garçons lui avaient enlevé ses sous-vêtements. »

(Témoignage de la mère d'une adolescente atteinte du syndrome de Down au cours d'une discussion de groupe dans le camp de réfugiés de Zaatari en Jordanie)

Le type le plus courant de violence sexuelle signalé dans les centres urbains en Jordanie était le harcèlement et l'exploitation sexuels commis par les hommes de la communauté qui ciblaient les femmes des hommes handicapés lorsqu'elles se promenaient dans la communauté sans être accompagnées par un homme, car il n'était pas admis qu'une

femme sorte seule.

« Un jour alors que je rentrais de chez mon frère. Un taxi s'est arrêté et j'ai posé la question suivante : savez-vous où je peux obtenir un prêt d'argent ? L'homme a répondu, vient avec moi et nous nous occuperons de toi. J'étais apeurée à l'idée qu'il me transporte ».

(Participant à une discussion de groupe avec les femmes handicapées et les individus responsables de sexe féminin à Mafraq, Jordanie)

Violence infligée par le partenaire intime

Il est de notoriété publique que la violence infligée par le partenaire intime (VPI) est le type le plus courant de VBG auquel les femmes font face, et un taux plus élevé a été relevé chez les femmes handicapées par rapport aux femmes non-handicapées⁴¹ Les femmes handicapées et les individus responsables de sexe féminin au Burundi et en Jordanie ont témoigné être victimes de violence sexuelle, physique et psychologique infligée par leurs partenaires intimes.

Les femmes handicapées au Burundi ont déclaré que leurs partenaires ne les « valorisent » pas autant que les femmes non handicapées, et sont moins susceptibles de les considérer comme des partenaires éventuelles et convenables pour le mariage. Les hommes handicapés ont corroboré ce point de vue dans leurs groupes de discussion, en indiquant une préférence pour une femme sans handicap. Les femmes et les hommes ont déclaré que les femmes handicapées sont constamment victimes de viol dans leurs relations.

« Pour une femme handicapée il est encore plus difficile de trouver le mariage. Les hommes ne veulent pas l'épouser, mais cherchent plutôt à profiter d'elle (« se soulager ») et elle, ne peut pas se défendre. Et lorsqu'elle a perdu sa virginité, ils veulent encore moins l'épouser ».

(Participant à une discussion de groupe avec les hommes handicapés, Bujumbura, Burundi)

Les femmes handicapées mariées ont fait état de ce que leurs maris les empêchaient de participer aux activités familiales pour éviter la honte et l'embarras. Elles ont également signalé que leurs époux ont souvent des relations extra-conjugales, ce qui est non seulement une source d'« humiliation », mais elles avaient également peur des éventuelles conséquences pour la santé, car elles se sentaient incapables de proposer des rapports sexuels protégés à leurs partenaires.

« Vous ne pouvez pas lui refuser votre corps

quand il revient vers vous, pourtant il peut avoir contracté des maladies ».

(Femme handicapée, Bujumbura, Burundi)

Exploitation sexuelle

Certaines femmes ont décrit l'expérience de l'extrême pauvreté qui augmente leur risque d'exploitation sexuelle dans les futures relations et/ou activités sexuelles de survie. Les femmes handicapées ont déclaré être préoccupées par le risque également couru par leurs enfants face à ce type de violence, une femme du Bujumbura explique comment sa fille s'est depuis lors livrée à la prostitution pour soutenir la famille.

« Une femme handicapée sera abandonnée par son mari après avoir donné naissance à un enfant. Elles font l'objet de discrimination dans toute activité – vous ne valez rien. Lorsque les hommes leur proposent des rapports sexuelles, elles acceptent parce qu'elles ont besoin d'argent pour nourrir leurs enfants ».

(Participante à une discussion de groupe avec les survivantes handicapées et les individus de sexe féminin responsables des survivantes, Bujumbura, Burundi)

Les hommes et les femmes handicapés installés dans des camps ont déclaré qu'ils paient des gens en numéraire ou en nature pour les aider dans leurs activités et tâches quotidiennes, notamment l'approvisionnement en eau et la distribution de la nourriture à leurs foyers. Au Burundi, cette situation affecte davantage les femmes que les hommes handicapés. En outre, les travailleurs communautaires et sociaux en Éthiopie ont décrit comment certaines femmes handicapées qui ont besoin d'assistance dans les activités quotidiennes peuvent être forcées de s'engager dans des relations d'exploitation avec des individus qui leur proposent de les aider.

« Ils profitent de notre vulnérabilité économique... Parfois pour des tâches dont nous ne pouvons nous acquitter nous-mêmes, [alors] nous donnons de l'argent ou de la farine. Par exemple, aller chercher du bois de chauffe, transporter les provisions à la maison, réparer nos maisons, faire la lessive et recueillir de l'eau. Les femmes non-handicapées peuvent elles-mêmes s'acquitter de ces tâches ».

(Participante à la discussion de groupe avec les femmes handicapées – Musasa, Burundi)

La violence basée sur le genre contre les hommes et les garçons

Les données relatives à l'IMSVBG collectées au Burundi et en Éthiopie indiquent qu'il y a proportionnellement plus d'hommes parmi les survivants handicapés (17 pour cent de survivants handicapés étaient des hommes) par rapport aux survivants sans handicap (5 pour cent étaient des hommes).⁴²

Violence sexuelle

Les participants en Jordanie (milieux urbains et camps) et au Burundi (milieux urbains) ont également mentionné la violence sexuelle, y compris le viol perpétré contre les hommes et les garçons handicapés, mais à une échelle beaucoup moins importante que chez les femmes et les filles. Les participants au groupe de discussion sont d'avis que les hommes et les garçons handicapés intellectuels étaient plus exposés à la violence sexuelle. Au Burundi, certains participants pensent que ce groupe de personnes est peut-être ciblé par des auteurs qui croient aux mythes selon lesquels ils seront guéris de maladie ou pourront nager dans l'opulence en ayant des rapports sexuels avec des garçons.

« Selon une croyance ancrée dans les mœurs, ils pratiquent la sodomie pour guérir des maladies, comme le VIH, ou pour devenir riche. C'est cette raison qui motive les hommes à violer les garçons. Les garçons souffrant de troubles mentaux sont plus exposés que les garçons non-handicapés, car ils croient tout ce qu'on leur dit ».

(Individu responsable d'un survivant de sexe masculin au Burundi)

Violence émotionnelle et psychologique

Les hommes handicapés ont signalé des violences émotionnelles et psychologiques perpétrées par des membres de la famille et de la communauté à cause de leur position de « faible », « dépendant » et parce qu'ils sont incapables de mener un train de vie en rapport avec les normes conventionnelles de la masculinité. Par exemple, des participants à un groupe de discussion en Jordanie ont indiqué que les hommes handicapés sont appelés « demi-homme » par d'autres hommes de la communauté. Au Burundi et en Jordanie, les hommes handicapés ont déclaré avoir été ridiculisés parce qu'ils étaient incapables, en raison de leur handicap, de travailler et de subvenir aux besoins de leur famille. L'incapacité d'obtenir un emploi rémunéré (un défi à relever par les hommes et les femmes dans des environnements humanitaires, et souvent exacerbé pour les personnes handicapées) a poussé les membres de la famille et de la communauté à penser que ces hommes n'ont

« pas de valeur » Les hommes handicapés éprouvaient un sentiment de honte et d'humiliation à la suite de ces attitudes manifestées à leur égard.

« Ils ne jouent aucun autre rôle. Ils sont méprisés s'ils sont incapables de travailler. Lorsque vous êtes handicapé dans une famille, vous n'êtes pas considéré comme une personne dans cette famille ».

(Participant à une discussion de groupe avec les hommes handicapés, camp de réfugiés de Kinama, Burundi)

Les participants au Burundi ont également signalé que les hommes handicapés sont confrontés à la violence émotionnelle parce qu'ils sont considérés comme des partenaires inappropriés pour le mariage et pour une relation par les membres de leur propre famille et les membres de la famille de leurs partenaires.

« Par exemple, si un homme est handicapé et souhaite épouser une fille non handicapée, – la famille ne va pas l'accepter et le couple sera marginalisé ».

(Participant à une discussion de groupe avec les femmes handicapées et les individus responsables de sexe féminin, camp de réfugiés de Kinama, Burundi)

Ce type de violence contre les hommes et les garçons est préjudiciable, mais est différent du continuum de violence auquel les femmes et les filles font face dans les contextes humanitaires de conflit. Ce type n'existe pas dans un système structurel de violence et d'oppression et n'est pas perpétré au même niveau que la violence faite aux femmes et aux filles.

Autres formes de violence perpétrées contre les personnes handicapées

Les personnes handicapées peuvent faire face à d'autres formes de violence dans des environnements humanitaires, notamment en raison de la discrimination fondée sur leur handicap, ce qui peut s'associer et se combiner à la discrimination basée sur le genre.⁴³ Par exemple, en Jordanie, la violence émotionnelle et physique perpétrée par les individus responsables contre les personnes handicapées a été signalée et même observée dans certains groupes de discussion entre les individus responsables de sexe féminin et les jeunes adultes handicapés. La violence verbale observée a été en grande partie sur la base des attentes liées au comportement de la personne handicapée et/ou son rôle en tant qu'homme ou femme.

Le refus de rendre service a souvent été mentionné comme une forme de violence contre les personnes handicapées dans tous les pays et contextes. Bien que les observations indiquent que la plupart de ces exemples sont susceptibles de constituer une discrimination basée sur l'handicap, un nombre incalculable de remarques indique l'accès à l'éducation pour les enfants handicapés (garçons et filles) dans les trois pays. Ceci a des implications importantes sur la prévention de la VBG et sur la réduction des risques, étant donné que les écoles offrent un espace sécurisé de premier plan aux enfants et aux adolescents déplacés, et constituent souvent un forum pour les activités liées à la lutte contre la VBG et aux compétences de base. L'éducation augmente également les opportunités économiques et sociales, en favorisant l'autonomisation des femmes et des filles et des autres groupes à risque leur permettant ainsi de surmonter l'oppression et les inégalités.⁴⁴

Les participants à des discussions de groupe en Éthiopie et au Burundi ont également mentionné que les hommes et les garçons ayant un handicap intellectuel peuvent être particulièrement exposés à l'« exploitation au travail », car ils ont la capacité physique de s'acquitter des tâches, mais disposent de piètres compétences en matière de négociation. Ils sont capables d'effectuer un nombre incalculable de tâches dans un ménage ou de travaux dans la communauté sans pour autant bénéficier de la même rémunération que les personnes sans handicap.

« Exploitation au travail. Par exemple, les personnes handicapées – sont chargées de puiser de l'eau, etc., pour leur individu responsable. Les hommes handicapés intellectuels sont chargés des corvées »

(Participant à une discussion de groupe avec les travailleurs communautaires et les travailleurs sociaux, camp de My'Ani, Éthiopie)

Enfin, les participants ont également signalé des taux élevés de violences physique et émotionnelle perpétrées par des membres de la communauté contre les hommes et les garçons handicapés intellectuels en Jordanie par rapport à d'autres environnements. Ainsi, les hommes et les garçons handicapés peuvent être exposés à différentes formes de violence dans de nouvelles zones dans lesquelles peu de mécanismes de protection ont été mis en place pour surveiller et faire face à cette situation.

« Les gens sortent pour nous chercher. Les gens m'appellent retardé, ils me frappent et me traitent de tous les noms. Certaines personnes nous traitent de fou... L'autre jour, j'ai été attaqué par un gars qui s'est enfui dans une voiture... Vous devez nous aider et les empêcher de nous battre.

Donnez-nous la possibilité de porter plainte et de nous occuper de ces gens ».

(Homme handicapé intellectuel, camp de réfugiés de Zaatari, en Jordanie)

Principaux facteurs qui rendent les personnes handicapées plus vulnérables à la VBG

Il existe des preuves qui soutiennent le principe selon lequel la VBG exercée contre les personnes handicapées dans les environnements humanitaires est intentionnelle, systématique et se produit dans un contexte de pouvoir et de contrôle. Les causes premières de la VBG perpétrée contre les personnes handicapées restent l'inégalité du rapport de force entre les hommes et les femmes dans la communauté, et au sein de ces groupes. Le risque de VBG, est cependant exacerbé dans les environnements humanitaires lorsqu'il est associé aux inégalités et à l'oppression liées à un handicap, en particulier chez les femmes et les filles. Les facteurs suivants ont été identifiés comme des éléments qui augmentent la vulnérabilité des femmes, des filles, des garçons et des hommes ayant des types de handicaps différents face à la VBG dans les environnements humanitaires.

Rôles sexosociaux en mutation

Les femmes et les hommes handicapés et individus responsables de sexe féminin, sont plus exposés à la VBG dans les environnements humanitaires en raison de la mutation des rôles sexosociaux qui peut survenir dans un ménage et les stéréotypes de genre qui l'accompagne. Cette dynamique est particulièrement évidente dans les ménages et les communautés au sein desquelles les personnes ont acquis de nouveaux handicaps. Si un homme acquiert un nouvel handicap (par exemple, à la suite de conflits), il peut s'avérer nécessaire pour les membres de la famille de sexe féminin de trouver un emploi hors de la maison, pour remplacer l'homme dans son rôle de soutien de la famille. Dans la mesure où ceci ne constitue pas un comportement exceptionnel au sein de la famille ou de la communauté au sens large, ces femmes peuvent être exposées à la violence, surtout si leur travail les oblige à se déplacer seules dans la communauté.

« Le mari va en principe dépendre de la femme. S'il a besoin de payer quelque chose, la femme doit aller travailler... Il devient une charge supplémentaire pour la femme. Les épouses des hommes handicapés sont plus exposées, car les personnes vont profiter d'elles. Elle peut devenir une femme de ménage pour une autre famille ou devra rentrer la nuit. Parfois, le regard de la

société sur ces femmes va changer parce que personne ne sait pourquoi elles sortent et cela n'est pas normal dans la communauté. Elle peut être stigmatisée par la communauté »

(Homme handicapé participant à une discussion de groupe, camp de Zaatari, en Jordanie)

Les participants au groupe de discussion ont également révélé que lorsque les hommes ont un handicap, leurs épouses et leurs enfants peuvent être exposés à un risque accru de violence, les auteurs pensent que les hommes handicapés sont incapables de jouer leur rôle traditionnel de « protecteur ».

« Leurs enfants sont victimes de discrimination à l'école, et parfois sont battus parce que les autres enfants pensent que le père ne viendra pas à l'école pour les défendre. Ils perdent leur honneur et leur dignité en tant que chef de famille parce qu'ils ne peuvent pas subvenir aux besoins de la famille »

(Discussion de groupe avec les hommes handicapés, camp de Bwagirizia, Burundi)

Bien que ce cas ne soit pas spécifique aux environnements humanitaires, les stéréotypes liés au genre peuvent augmenter le risque de VPI chez les femmes et les filles handicapées si elles ne répondent pas aux attentes de leurs partenaires masculins en tant qu'épouses et mères convenables, ce qui peut exacerber les inégalités du rapport de force entre les sexes dans ces relations, ce qui augmente la vulnérabilité à la VBG. Les hommes handicapés et sans handicap ne sont guère incités à jouer d'autres rôles, tels que prendre soin des enfants, il s'agit d'une tâche sous-évaluée dans la société, qui réduit davantage leur statut parmi les hommes. L'interaction complexe des normes sociétales et l'espoir placés sur les femmes et les hommes, combinés à l'échec apparent des femmes handicapées à remplir leurs rôles dans un ménage, les exposent à un risque élevé de violence physique de la part de leurs partenaires masculins.

« Les femmes handicapées sont méprisées parce qu'elles ne peuvent pas travailler comme les personnes sans handicap –, s'approvisionner en eau et faire des repas. Les époux doivent le faire et d'autres hommes les taquent en disant : « Pourquoi avez-vous épousé cette handicapée ? » ce qui peut causer la violence dans la famille entre mari et femme. Quand le mari revient ivre à la maison, il peut vous parler méchamment et commencer à vous battre. – vous ne pouvez pas

vous défendre et il le sait »

(Participante à la discussion de groupe avec les femmes handicapées - camp de réfugiés de Musasa, Burundi)

Stress familial

Le stress extrême vécu par les familles en période de conflit et de déplacement peut créer des environnements où la violence est plus susceptible d'être perpétrée, exposant les personnes handicapées qui dépendent des individus responsables de la famille à un risque plus élevé. Par exemple, les femmes et les filles handicapées peuvent compter sur les membres de la famille pour les aider pour leurs soins quotidiens. Cette dépendance peut contribuer au stress et à l'anxiété au sein des membres de la famille, ce qui conduit au ressentiment témoigné envers les personnes handicapées sous forme de violence émotionnelle, physique ou sous d'autres formes de violence.

Impression quant aux aptitudes des personnes handicapées

Le point de vue des membres de la communauté, et les idées erronées, sur les personnes handicapées peuvent contribuer à leur vulnérabilité face à la VBG. Par exemple, les auteurs de violence peuvent être plus susceptibles à prendre les personnes handicapées pour cible s'ils les considèrent comme moins à même de se défendre par rapport aux personnes non handicapées. En fait, certains épisodes relatés par des femmes handicapées dans les milieux urbains au Burundi démontrent que les auteurs ciblent les personnes handicapées physiques, et au moment où ils sont incapables de se défendre ou même d'identifier l'auteur.

« Ma maladie survient parfois [– J'ai des « crises » – et les personnes profitent de moi pendant ces crises. C'est à ces moments que les hommes viennent me violer – je ne connais pas les pères de mes enfants »

(Femme handicapée, Bujumbura, Burundi)

L'on suppose souvent que les personnes handicapées mentales sont incapables d'apprendre les mêmes concepts



Discussions de groupe avec les adolescentes handicapées – Burundi
© Elizabeth Sherwood/WRC

ou de participer aux mêmes activités que les autres, et donc sont exclues des opportunités offertes pour en apprendre davantage sur la violence, le sexe et les relations saines, et développer de nouvelles compétences et renforcer les réseaux des pairs. De ce fait, elles sont manipulées et constituent plus facilement une cible pour les auteurs de viol, d'abus et d'exploitation, ou alors elles ont une aptitude limitée dans la négociation des rapports de force dans les relations intimes.

Enfin, les survivants handicapés de la VBG peuvent être considérés comme des informateurs peu fiables au sujet de leurs propres vies et expériences, et donc leur parole ne peut être prise pour argent comptant lorsqu'ils signalent une violence. Par conséquent, les auteurs sont encore plus susceptibles de prévoir l'impunité de leurs actions, ce qui peut rendre les personnes handicapées encore plus vulnérables à la violence.

« Les personnes handicapées mentales ou intellectuelles sont également sujettes [à la VBG]. Même lorsqu'elles sont victimes de violence sexuelle, les gens pensent qu'elles sont folles et ne les croient pas »

(Participante à une discussion de groupe avec les femmes handicapées et les individus responsables de sexe féminin, camp de Zaatar, Jordanie)

Perte du soutien de la communauté et des mécanismes de protection

La séparation des familles et des voisins, et l'affaiblissement ou l'éclatement des structures de soutien communautaire et des mécanismes traditionnels de protection ont été mis en évidence chez les participants au projet, étant donné l'augmentation du risque de violence parmi les personnes handicapées. Ceci est particulièrement pertinent dans de nouvelles zones de déplacement, comme la Jordanie, où les individus et les familles n'ont pas encore établi des relations de confiance avec les autres habitants de la communauté ou renforcé à nouveau leurs systèmes de soutien. Les participants dans cet environnement ont expliqué les niveaux élevés de violence rencontrés dans la communauté et ont exprimé la préoccupation selon laquelle les personnes handicapées seraient visées hors de la maison. Cela a parfois conduit à des stratégies d'adaptation négatives, comme enfermer les personnes handicapées intellectuelles dans leurs maisons. De même, dans les milieux urbains au Burundi, les parents ont signalé des cas isolés survenus lorsqu'ils se sont fiers aux voisins et membres de la communauté auxquels ils étaient peu habitués pour les aider dans leur tâche d'individu responsable et ont découvert plus tard la perpétration de l'abus.

« En Syrie, tout le monde se connaissait et on prenait soin les uns des autres. Ici, nous sommes entourés des gens venant d'autres villes. Si quelque chose arrive à mon voisin, cela m'importe peu ».

(Participant à une discussion de groupe avec les femmes handicapées et les individus responsables de sexe féminin, camp de Zaatari, Jordanie)

Isolement social

Un manque de contact avec les réseaux communautaires, les amis et les prestataires de services augmente également la vulnérabilité face à la violence exercée sur les personnes handicapées. Les femmes handicapées physiques isolées dans leurs maisons en raison des obstacles physiques et environnementaux trouvent qu'il est difficile de se déplacer à l'extérieur de leur maison et de rencontrer d'autres personnes. Les adolescentes handicapées sont exclues des réseaux des pairs et de l'éducation, ainsi que des activités liées aux programmes basés sur les atouts, dont la promotion de la protection contre la VBG a été démontrée. Certaines personnes handicapées, en particulier celles ayant des handicaps intellectuel et mental, peuvent être cachées par les membres de la famille « au point où les

voisins ignorent jusqu'à leur existence ». Un manque de soutien de la communauté et de relation peut être à l'origine du manque d'information et de compétences dont elles ont besoin, ou alors ces personnes ont des gens en qui elles se confient lorsqu'elles sont victimes de violence.

« Quand nous sommes handicapés, même nos amis nous évitent. Nous sommes abandonnés, comme si nous avions perdu toute valeur. Seule ma famille me soutient – tous mes amis se sont éloignés de moi ».

(Femme handicapée, Bujumbura, Burundi)

L'isolement augmente aussi la vulnérabilité des individus responsables de sexe féminin qui sont incapables de quitter leurs maisons, de générer des revenus ou d'assister à des événements et activités communautaires avec d'autres femmes. Dans la plupart des cas, ces personnes sont les épouses et les mères d'enfants et d'adultes avec un handicap plus grave. Toutefois, dans certains cas, elles peuvent également se faire aider par les adolescentes qui joueront le rôle d'individu responsable secondaire, réduisant ainsi les chances de ces dernières à accéder à l'éducation et à d'autres services dans la communauté.

Pauvreté et manque de revenu

La pauvreté a été présentée comme un facteur de vulnérabilité, en particulier pour les femmes handicapées dans les ménages dirigés par des femmes. L'extrême pauvreté et le manque de ressources pour répondre à leurs besoins les plus élémentaires augmentent le risque pour les femmes et les filles handicapées et les membres de la famille de sexe féminin d'être maltraitées et exploitées, ou ont recours aux activités sexuelles de survie et à la prostitution.

« Certains de mes enfants sont en âge d'aller à l'école mais je n'en ai pas les moyens. Je dois demander aux hommes d'acheter même du sucre pour le thé, et pour cette raison ils peuvent faire de moi ce qu'ils veulent. Mes enfants ne peuvent même pas avoir de livres pour l'école »

(Femme handicapée, Bujumbura, Burundi)

Obstacles liés à l'environnement

Les obstacles liés à l'environnement, y compris le transport insuffisant dans tous les contextes, s'ajoutent à l'isolement, mais signifient également que les personnes handicapées doivent pouvoir compter sur d'autres membres de la commu-

nauté pour accéder à des services et à l'assistance, y compris la distribution de vivres et d'articles non alimentaires. Cela accroît leur vulnérabilité à l'exploitation et aux abus, et limite leur accès aux services de réponse en matière de VBG de manière confidentielle.

Obstacles à l'accès aux services et aux programmes relatifs à la VBG

Les données relatives au Burundi et à l'Éthiopie montrent qu'environ 32 % des survivantes handicapées qui ont signalé des cas de violence à l'IRC l'ont fait dans les trois jours suivant l'incident, comparativement à 44 % pour les survivantes sans handicap.⁴⁵ Quarante et un pour cent des survivantes handicapées ont attendu plus d'un mois pour signaler les cas de violence.⁴⁶ D'autres mesures doivent être prises pour éliminer les obstacles et faciliter l'accès aux services et programmes relatifs à la VBG pour toutes les survivantes, y compris et surtout pour les personnes handicapées.

Les obstacles à l'accès aux programmes et activités relatifs à la VBG dans l'environnement humanitaire et identifiés par les personnes handicapées et les individus responsables comprennent : les barrières psychologiques, physiques, communicationnelles, et autres. Les barrières psychologiques constituaient les obstacles les plus fréquemment cités pour les survivantes à la VBG souffrant de handicap, alors que les barrières physiques ont été plus fréquemment mentionnées dans le cadre des activités de prévention, notamment la sensibilisation communautaire, la génération de revenus et les activités menées aux centres de promotion de la femme.

Les barrières psychologiques

La discrimination et la stigmatisation par les membres de la famille, les prestataires de services et la communauté dans son ensemble ont été les obstacles à l'accès aux services les plus fréquemment cités par les survivantes handicapées. Les participants ont signalé qu'une stigmatisation supplémentaire rendait les personnes handicapées réticentes à l'idée de dénoncer les cas de violence sexuelle, même aux prestataires de services, qui supposent souvent qu'elles ne courent aucun risque en raison de leur handicap.

« Les membres de la famille les conduisent aux prestataires de services, mais ceux-ci ne les traitent pas correctement – ils peuvent dire des choses du genre : « Tu es handicapée. Comment as-tu pu être violée et tomber enceinte ? »

(Participant à une discussion de groupe avec les

travailleurs communautaires et les travailleurs sociaux - camp de réfugiés de My'Ani, Éthiopie)

L'on suppose souvent que les personnes ayant des déficiences intellectuelles ou mentales ne comprennent pas ce qui leur est arrivé. Les participantes ont indiqué que les gens peuvent ne pas écouter ou croire les personnes handicapées, en particulier quand les survivantes présentent une déficience mentale ou intellectuelle ; cette attitude réduit à son tour leur accès aux services. De nombreuses personnes handicapées mentales ou intellectuelles sont également exclues des activités de sensibilisation sur la VBG, car les parents, les dirigeants communautaires et d'autres personnes supposent qu'elles ne courent pas de risques ou sont incapables d'apprendre de nouvelles choses. Ces barrières supplémentaires les empêchent d'être en sécurité au sein des communautés, d'identifier correctement les cas de violence et/ou de demander de l'aide auprès des personnes de confiance en cas de violence.

Certaines survivantes handicapées peuvent avoir besoin de soutien pour accéder aux services, mais craindront de signaler cette violence aux membres de la famille qui pourraient déjà avoir des idées négatives sur le handicap. Ainsi, de nombreuses survivantes choisissent de ne pas signaler ces cas de violence ou de ne pas accéder aux services si cela risque d'accentuer leur marginalisation au sein de la famille et de la communauté. À Bujumbura, certaines femmes handicapées avaient si souvent subi la violence qu'elles préféreraient ne pas en parler, même à des membres de la famille pourvoyeurs d'appui.

« Les familles ont tendance à la rejeter et à la détester [une survivante] – elles ne la considèrent pas vraiment comme une personne. Elle vit avec un handicap, et cette violence sexuelle va maintenant réduire davantage sa valeur. Elles vont la rejeter et penser qu'elle est la cause de son propre malheur ».

(Participant à la discussion de groupe avec les femmes handicapées - camp de réfugiés de Musasa, Burundi)

La discrimination et les préjugés posent également des obstacles importants à la participation des personnes handicapées dans les activités de prévention de la VBG et programmes connexes. En Éthiopie, les travailleurs communautaires et les travailleurs sociaux ont indiqué que d'autres membres de la communauté ridiculisent les personnes souffrant de handicaps mentaux et/ou intellectuels lorsqu'elles essaient de participer

à des activités communautaires. En raison de cette stigmatisation, les parents empêchent parfois le personnel de parler à ces personnes lors des visites à domicile et de partager avec elles des informations sur les services disponibles.

« Une personne handicapée avait l'habitude de prendre part à une discussion café, mais la communauté l'a rejetée et elle a finalement cessé de venir. Elle souffre d'un trouble mental et ne sait parfois pas de quoi elle parle. Les participantes l'ont donc négligée. »

(Travailleur communautaire - camp de My'Ani, Éthiopie)

Les groupes de leadership communautaire, y compris les associations de réfugiés et de femmes, ont rarement des représentantes handicapées ; les associations de personnes handicapées, le cas échéant, sont souvent dominées par les hommes et peuvent activement exclure les handicapées mentales et intellectuelles. Ces organisations jouent souvent un rôle central dans la communication de l'information dans la communauté et peuvent même désigner des représentants pour participer à des formations et d'autres activités. Par conséquent, les personnes handicapées, mais plus particulièrement les femmes et les filles handicapées, peuvent être moins susceptibles d'être incluses dans ces activités.

« Les personnes handicapées ne sont généralement pas considérées. La communauté ne trouve parfois pas qu'elles peuvent prendre part à des formations et autres activités. »

(Participante à une discussion de groupe avec les dirigeants communautaires - camp de My'Ani, Éthiopie)

Les barrières physiques

Les barrières physiques empêchent les personnes handicapées d'accéder aux services et activités relatifs à la VBG dans l'environnement humanitaire. Les femmes handicapées qui vivent dans les centres urbains et dans le camp de réfugiés du complexe tentaculaire de Zaatari en Jordanie ont indiqué que l'absence ou le coût élevé des moyens de transport était un obstacle à l'accès aux centres de services sur la VBG, ainsi qu'à leur participation aux activités de sensibilisation et autres activités de prévention.

« Les moyens de transport sont inexistantes. Par conséquent, même si vous savez où se trouvent les services, vous ne pouvez pas toujours y



« Je porte ma fille sur mon dos partout où je vais. Elle grandit, mais elle reste encore une partie de moi ».

(Individu responsable d'une fille handicapée - camp de My'Ani, Éthiopie)

© Elizabeth Sherwood/WRC

arriver. »

(Participant à une discussion de groupe avec les femmes handicapées et les individus responsables de sexe féminin – Bujumbura, Burundi)

Dans tous les pays, les individus responsables de sexe féminin n'ont pas pu prendre part aux activités de sensibilisation communautaire et/ou de promotion de la femme parce qu'elles doivent rester à la maison et prendre soin de leur famille. Elles participent moins fréquemment aux réunions communautaires et aux activités sociales, et ne sont donc pas impliquées dans les campagnes, la SASA! (une approche globale de prévention de la violence contre les femmes et les filles développée par Raising Voices (www.raisingvoices.org)) et d'autres formes de sensibilisation.

Les barrières communicationnelles

Les barrières communicationnelles ont été plus fréquem-

ment mentionnées dans le cadre des activités de prévention communautaires. Les personnes sourdes ont été désignées comme étant les plus touchées par ce type de barrière dans la mesure où des interprètes en langue des signes sont rarement disponibles dans les camps de réfugiés et que de nombreuses personnes utilisent un langage des signes non conventionnel. Certains agents de mobilisation communautaire et le personnel travaillant sur la VBG ont tenté de communiquer avec les personnes sourdes au moyen d'outils SASA! et des gestes simples, mais cette procédure n'est pas toujours exécutée par l'ensemble du personnel. Les professionnels de la VBG ont également eu du mal à communiquer efficacement avec les personnes souffrant de handicaps intellectuels et mentaux parce qu'elles ne sont pas souvent invitées à participer à des activités sur la VBG et/ou parce que les informations ne sont pas transmises dans des formats qu'ils peuvent comprendre. Les participantes ont noté que les matériels de sensibilisation et d'éducation représentaient rarement les personnes handicapées, et que les personnes handicapées ne sont pas intégrées dans les équipes de sensibilisation et de mobilisation communautaire. Une variété d'approches de communication - notamment les messages simples, les images, les mises en scène et les jeux de rôles qui incluent les personnes handicapées - seraient plus efficaces pour impliquer les personnes handicapées, tout en sensibilisant davantage la communauté des personnes handicapées dans son ensemble.

« En regardant l'image d'une personne handicapée, nous nous sentirions plus impliqués avec les personnes normales. Cela pousse également les gens à comprendre que les personnes handicapées doivent être impliquées dans tout ».

(Participante aux discussions de groupe avec des femmes handicapées - camp de Bwagirizia, Burundi)

Autres barrières

Le manque de confidentialité et la stigmatisation par les membres de la communauté qui en résulte ont été soulevés comme étant des problèmes importants dans les contextes urbains et sur les camps au Burundi et en Éthiopie. Les participantes ont signalé qu'il est plus difficile de préserver la confidentialité quand une survivante est handicapée, car d'autres personnes lui sont peut-être venues en aide lors de l'incident et que les nouvelles se répandent souvent rapidement dans toute la communauté. Elles peuvent avoir besoin de parler aux autres afin d'accéder à des services, et le personnel

du programme relatif à la VBG a également mentionné le besoin d'impliquer un plus large éventail d'acteurs dans le processus de gestion de cas. Par conséquent, les survivantes handicapées sont moins susceptibles d'accéder aux services et à l'assistance après de tels incidents de violence en raison de problèmes de confidentialité et de la peur d'une stigmatisation supplémentaire.

« La communauté saura si une femme handicapée a été violée. Il n'y a pas de secrets dans le camp. Les gens ont tendance à plus divulguer les informations lorsqu'il s'agit de femmes handicapées. Elles doivent crier à l'aide, et tout le monde découvre ainsi ce qui leur est arrivé ».

(Participante à la discussion de groupe avec les femmes handicapées - camp de réfugiés de Musasa, Burundi)

Les femmes et les filles handicapées à Bujumbura, au Burundi, ont également indiqué qu'elles ne peuvent pas être reçues immédiatement lorsqu'elles se présentent aux services de santé après un incident de violence sexuelle et il peut leur être demandé de revenir à un autre moment pour recevoir des services, ou le service peut leur être refusé après une longue procédure administrative liée à leur statut de réfugiées. Les survivantes handicapées peuvent rencontrer de plus grands problèmes dans la mesure où il peut être plus difficile pour elles de retourner à l'établissement, car elles peuvent avoir moins de ressources financières pour payer le transport et doivent compter sur l'aide des autres pour se déplacer.

« Ils peuvent vous donner autre rendez-vous – et vous demander de revenir demain - mais cela pose problème après un viol parce que vous avez besoin de médicaments. Elle a passé toute la journée et la nuit à l'hôpital sans recevoir aucun service, et le lendemain, elle est allée pour son test de dépistage du VIH ».

(Groupe de discussion avec des femmes handicapées – Bujumbura, Burundi)

Dans l'environnement humanitaire et autre, les programmes relatifs à la VBG sont largement axés sur les femmes et les filles, car elles sont les plus exposées à la violence basée sur le genre. Cependant, les hommes et les garçons courent également un risque de violence sexuelle, en particulier en période de conflit et de déplacement. Les professionnels de la VBG apportent un soutien aux survivants de sexe masculin avec et sans handicap, mais ce fait n'est pas toujours connu. Dans le cadre de ce projet, par exemple, certains hommes handicapés

ne savaient pas où obtenir un soutien en termes de gestion de cas s'ils ont été victimes de violence sexuelle.

« Elle [une survivante handicapée] doit se rendre à l'IRC pour obtenir de l'aide. Mais où doivent se rendre les hommes handicapés s'ils sont violés ? »

(Man with disabilities — Musasa refugee camp, Burundi)

Phase 2 : Activités visant à améliorer l'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la VBG dans les pays pilotes

Sur la base de l'évaluation et des recommandations de la Phase 1 faites par les femmes, les filles, les garçons et les hommes handicapés et leurs individus responsables, les activités suivantes ont été conçues et testées dans chacun des contextes du projet.

Résumé des actions pilotes mises en œuvre par les programmes WPE de l'IRC	
Pays	Activités
Éthiopie	<p>Organisation de « discussions café » avec les femmes dans les foyers de personnes handicapées afin que leurs individus responsables puissent accéder à des informations sur la VBG, et pour renforcer les réseaux de pairs fé-minins.</p> <p>Adaptation du matériel de mobilisation communautaire sur la prévention de la VBG (SASA!) de manière à dépeindre les personnes handicapées comme faisant partie de la communauté dans son ensemble.</p> <p>Organisation de visites à domicile ciblées pour diffuser des informations sur la prévention de la VBG et donner des réponses aux personnes handicapées qui sont isolées dans leurs maisons.</p> <p>Organisation de sessions de formation sur la VBG et le handicap à l'intention des agents de mobilisation communautaire et des travailleurs sociaux</p> <p>Modifications apportées pour améliorer l'accessibilité physique des bâtiments communau-taires et des latrines dans le camp.</p>
Burundi	<p>Ciblage des Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit pour les personnes handicapées et leurs individus responsables.</p> <p>Organisation d'activités récréatives et professionnelles pour les personnes handicapées et les individus responsables.</p> <p>Sensibilisation de la communauté sur les droits et l'inclusion des personnes handicapées.</p> <p>Priorité accordée aux visites à domicile pour assurer une gestion plus complète des cas de VBG pour les personnes handicapées à risque.</p> <p>Recrutement de femmes handicapées comme agent de mobilisation communautaire pour les activités relatives à la VBG.</p>
Jordanie	<p>Inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la VBG interorganisations et dans la formation sur la gestion des cas relatifs à la protection de l'enfance.</p> <p>Animation d'un atelier d'une journée sur l'inclusion du handicap dans les programmes de violence sexuelle et sexiste du sous-groupe interorganisations sur la violence sexuelle et sexiste.</p> <p>Pris en charge de l'inclusion du handicap dans les messages et le matériel d'une campagne en cours sur la prévention de la violence* et dans le matériel relatif aux services de l'IRC.</p> <p>Organisation de discussions de groupe avec les individus responsables de sexe féminin souffrant de handicap.</p> <p><i>* La campagne « Amani » en Jordanie a fourni des messages clés aux communautés, aux enfants et aux parents sur le moyen de mieux protéger les enfants et les adultes contre les atteintes et divers types de violence, notamment la violence sexuelle et sexiste. http://data.unhcr.org/syrian-refugees/download.php?id=5558</i></p>

Résumé des actions pilotes mises en œuvre par les programmes WPE de l'IRC

Caucase du Nord,
Fédération de Russie

Organisation d'une formation et d'ateliers de planification d'action sur le handicap et la violence basée sur le genre pour les ONG féminines, y compris sur l'implication des jeunes filles handicapées et le soutien de leurs parents et individus responsables.

Organisation d'une formation et d'un atelier de planification d'action avec les femmes de la All-Russia Society of Disabled People sur l'inclusion des personnes handicapées dans les programmes visant les femmes et les filles.

Conception d'un manuel pour les individus responsables d'enfants handicapés, qui fournit des informations sur les services et l'assistance aux personnes handicapées.

Organisation d'un concert de sensibilisation communautaire au cours de laquelle les jeunes filles sourdes sont montées en scène avec une chanteuse tchétchène.

Organisation d'événements sociaux pour les filles avec et sans handicap pour renforcer les réseaux de pairs.



Discussion café, Camp de réfugiés de My'Ani, Ethiopie
© IRC Ethiopie

Phase 3 : Pratiques positives pour l'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la VBG

Le processus d'évaluation participative dans chaque pays a permis d'identifier : 1) les changements des connaissances, des attitudes et des pratiques des professionnels de la VBG à l'égard de l'inclusion du handicap ; et 2) des pratiques positives pour l'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la VBG.

Renforcement des capacités des professionnels de la VBG sur l'inclusion du handicap

Les professionnels de la VBG des quatre pays ont été consultés lors de l'évaluation participative pour identifier les changements apportés à leurs connaissances, leurs attitudes et leurs pratiques au sujet de l'inclusion du handicap dans leurs programmes et activités au cours du projet. Cette activité a également permis d'identifier de nouvelles activités, outils et ressources qui auraient, à leur avis, facilité ces changements.

Changements apportés aux connaissances, attitudes et pratiques

Bien que les connaissances, les attitudes et les pratiques se recoupent et se complètent mutuellement, les professionnels de la VBG ont plus fréquemment rapportés des changements dans leurs attitudes envers les personnes handicapées au cours du projet. Les professionnels ont signalé une accentuation de la reconnaissance de leur responsabilité à atteindre tous les membres de la communauté, et donc à adapter leurs programmes de manière à les rendre accessibles et efficaces pour tous, ce qui renforce la mise en œuvre d'une approche de programmation plus axée sur les droits. De nombreux professionnels ont avoué qu'avant le projet, ils supposaient que les personnes handicapées n'étaient pas capables de participer à des activités relatives à la VBG en raison de leur handicap. Après le projet, la plupart a déclaré reconnaître que les personnes handicapées ont des compétences et des capacités nécessaires pour participer, bénéficier et faire de précieuses contributions aux programmes. Les professionnels ont également déclaré qu'ils se considéraient d'abord comme étant mal équipés ou pas qualifiés pour fournir des services relatifs à la VBG aux personnes handicapées, et pensaient que leurs compétences et leur formation ne suffiraient pas pour répondre aux besoins des personnes handicapées. Ils se sont souvent focalisés sur la déficience de la personne ou sur son état de santé (aussi connu sous le nom d'approche

médicale du handicap) et n'ont pas appliqué leurs compétences en matière de protection et d'autonomisation pendant le processus de gestion de cas. Après le projet, ces professionnels ont déclaré qu'ils étaient plus à l'aise, confiants et prêts à travailler avec les personnes handicapées, et qu'ils sont passés d'une approche médicale à une approche plus familière et plus axée sur le survivant.

« Au début, je pensais que je ne pouvais pas être utile à certaines personnes handicapées parce que je n'étais pas médecin, que je ne pouvais pas améliorer leur condition, que je ne pouvais pas les guérir. Mais alors, lorsque j'ai pris du temps pour commencer à écouter davantage, j'ai compris qu'elles ne demandaient pas ce type d'aide : elles voulaient parler, avaient besoin de soutien et aspiraient à plus de sécurité. J'ai réalisé que je savais déjà comment venir en aide à ces personnes. Avant, je supposais que je ne pouvais pas, et que discuter avec moi ne changerait rien à leur situation. J'aurais dû écouter un peu plus avant, et c'est le cas maintenant. Je prends d'abord le temps d'écouter avant d'essayer de faire des plans et d'arranger les choses. »

(Agent de mobilisation communautaire de l'IRC - camp de Muyinga, Burundi)

Certains professionnels ont également signalé un changement d'attitude envers les individus responsables, en particulier les mères d'enfants handicapés, qui ont leurs propres besoins, mais qui font souvent passer les désirs des autres, notamment ceux des membres de leur famille souffrant de handicap, avant leur propre bien-être psychosocial. Les professionnels ont rapporté une plus grande reconnaissance des besoins de ce groupe et le rôle essentiel qu'ils jouent dans la protection et l'autonomisation des personnes handicapées.

« Ces personnes ont le droit de recevoir tous les services proposés aux autres, et il est de notre devoir d'intégrer [ces personnes]. Il sera difficile pour elles de rester à la maison toutes seules. Cela est également important pour leurs familles, et elles peuvent venir avec leurs filles. Cette mesure est importante pour les mères d'enfants handicapés, car elles ont également besoin d'un soutien psychologique. »

(Professionnel de la VBG - Jordanie)

Les professionnels de la VBG ont rapporté quatre principaux changements dans leurs pratiques à l'égard de l'inclusion du

handicap au cours du projet. Ces pratiques ont été étroitement liées au processus réflexif du projet et aux activités pilotes mises en œuvre au cours de la Phase 2 du projet, notamment :

- la tenue des consultations plus régulières avec les femmes et les filles handicapées et les individus responsables afin de s'assurer que leurs besoins et leurs idées sont pris en compte dans les décisions liées aux programmes et aux activités ;
- la fourniture d'un soutien plus global et holistique aux survivantes handicapées, avec un accent sur les méthodes de communication efficaces et l'établissement de la confiance ;
- le développement d'activités autour des points forts, des compétences et des capacités des personnes handicapées ;
- une implication plus active des membres de la famille et des voisins des personnes handicapées dans la planification de la sécurité ;
- la surveillance du nombre de femmes, de filles, de garçons et d'hommes handicapés qui participent aux activités relatives à la VBG.

« Nous ne pouvons pas évaluer l'activité nous-mêmes. Nous devons jauger nos performances à travers les gens qui prennent part à nos activités ».

(Participant à une discussion de groupe avec les professionnels de la VBG - Caucase du Nord, Fédération de Russie)

Les professionnels de tous les pays ont également déclaré avoir acquis de nouvelles connaissances qui ont amélioré leur capacité à intégrer l'inclusion du handicap dans leur travail, mais ils en ont parlé moins fréquemment que le changement d'attitudes et de pratiques. Les exemples comprennent : une meilleure compréhension des facteurs qui rendent les femmes et les filles handicapées et les individus responsables plus vulnérables à la VBG, le rôle des relations et des réseaux sociaux dans la prévention de la violence, et l'accroissement des connaissances sur les stratégies de communication permettant de travailler avec des personnes présentant différents types de handicaps.

« Nous travaillons sur les questions de VBG. Je pensais donc plus à la façon dont elles se sentent en tant que femmes et filles, et comment elles se voient comparativement aux filles sans handicap. Les filles handicapées ont moins de possibilités que les filles sans handicap ».

(Professionnel de la VBG - Caucase du Nord, Fédération de Russie)

Activités, outils et ressources qui ont favorisé le renforcement des capacités chez les professionnels de la VBG

Les professionnels de la VBG ont décrit les opportunités d'apprentissage expérientiel et réflexif du projet comme étant les facteurs les plus importants ayant contribué à renforcer leur capacité à intégrer efficacement l'inclusion du handicap dans leur travail. Il s'agissait notamment d'interactions directes avec les femmes et les filles handicapées, d'occasions de réfléchir sur leurs propres compétences, et du moyen de les appliquer dans leur travail avec ce groupe.

Les professionnels de la VBG en Éthiopie, en particulier les travailleurs sociaux et communautaires, ont indiqué que les formations sur la VBG et le handicap les avaient effectivement aidés à améliorer leurs pratiques à l'égard de l'inclusion du handicap. Dans les autres pays pilotes, les professionnels ont signalé que les outils les aidant à consulter les personnes handicapées, y compris des directives sur la conduite des visites à domicile et des activités participatives qui traduisent la dynamique du pouvoir entre les femmes et les hommes et les personnes avec et sans handicap étaient les plus utiles. Les professionnels ont aussi mentionné que des outils fournissant des directives sur la communication avec les personnes présentant différents types de déficiences et des outils permettant de développer un matériel d'information, d'éducation et de communication accessible ont été utiles.

Dans le Caucase du Nord, les professionnels de la VBG ont indiqué que la focalisation sur un petit nombre d'activités clairement définies visant à favoriser l'inclusion a augmenté la probabilité de succès, et ce succès a stimulé leur confiance et leur volonté à inclure les femmes et les filles handicapées dans les activités subséquentes.

« Je n'avais jamais pensé que nous pourrions faire quelque chose dans un groupe mixte [filles avec et sans handicap], et maintenant je constate que cela est possible et acceptable, et que les gens en ont besoin ».

(Participant à une discussion de groupe avec les professionnels de la VBG - Caucase du Nord, Fédération de Russie)

Domaines exigeant un renforcement supplémentaire des capacités

Bien que des changements positifs dans l'approche de de travail des professionnels de la VBG avec les personnes handicapées aient été signalés lors de l'évaluation, des lacunes persistantes ont été identifiées au niveau des capacités, et une attention addi-

tionnelle et continue doit être portée à ce point.

Tout d'abord, quelques professionnels de la VBG et les prestataires ont continué à avoir des attitudes négatives envers les personnes avec des handicaps. Par conséquent, il est nécessaire de promouvoir une réflexion et une discussion continues avec les professionnels de la VBG afin de faire face et de résoudre les malentendus et les préjugés qui peuvent faire office d'obstacles à l'accès et à l'inclusion des personnes handicapées. Les professionnels doivent réfléchir sur la façon dont leurs propres attitudes peuvent influencer la mise en œuvre d'une approche centrée sur le survivant à l'égard des personnes handicapées, à la possibilité qu'ils donnent aux individus de contribuer à la prise de décision et même aux options d'interventions qu'ils peuvent examiner avec un survivant.

Deuxièmement, les gestionnaires de cas de VBG ont signalé qu'ils nécessitaient davantage d'indications sur les processus de consentement lorsqu'ils travaillent avec des survivants souffrant d'une déficience intellectuelle. Dans de nombreux cas, les gestionnaires de cas demandent aux individus responsables de donner le consentement, et ne parviennent souvent pas à déterminer la capacité de l'individu à donner son consentement. Une note d'orientation sur l'obtention du consentement des personnes handicapées a été développée dans le projet en réponse à cette lacune. Elle s'inspire du processus de consentement employé avec les personnes souffrant d'une déficience intellectuelle dans le secteur de la santé dans les pays à revenu élevé et est adaptée pour une approche de gestion de cas centrée sur le survivant.

Enfin, alors que de nombreux professionnels de la VBG qui ont pris part au projet ont réussi à inclure les personnes ayant un handicap physique et des déficiences auditives aux activités du programme relatifs à la VBG, ils ont noté des défis permanents lors de l'inclusion des personnes ayant une déficience intellectuelle. Les gestionnaires de cas ont besoin de directives et de soutien pour identifier les compétences et les capacités des personnes présentant des handicaps plus complexes afin de mieux les rattacher aux possibilités de participation aux activités communautaires et sociales, briser l'isolement social et favoriser l'autonomisation. Ces directives destinées aux gestionnaires de cas ont été développées dans le cadre du projet.

Des outils tirés du projet ont été adaptés pour les professionnels de la VBG d'autres organisations et sont disponibles dans la *Boîte d'outils pour les professionnels de la VBG* sur http://wrc.ms/disability_GBV or www.gbvresponders.org

Pratiques positives pour l'inclusion du handicap dans les programmes de VBG

Le processus d'évaluation participative dans chaque pays a suscité des « Expériences du changement » chez les personnes handicapées, leurs individus responsables et, le cas échéant, les dirigeants communautaires. Ces expériences ont mis en évidence les résultats qui ont été les plus importants pour chaque groupe. Une analyse des résultats des ateliers de parties prenantes et des expériences du changement a permis d'identifier les pratiques positives suivantes pour promouvoir l'inclusion des personnes handicapées dans les programmes relatifs à la VBG dans l'environnement humanitaire.

Le renforcement des réseaux de pairs et du capital social

Dans les quatre pays, les participants ont cité l'établissement de réseaux de pairs plus robustes pour les adolescentes et les femmes handicapées, ainsi que pour les individus responsables de sexe féminin comme retombée positive des activités du projet. Les discussions de groupe avec les individus responsables dans les centres de promotion de la femme en Jordanie, des discussions café dans les domiciles des femmes handicapées en Éthiopie, la création d'espaces sécurisés et d'activités sociales à l'intention des adolescentes dans le Caucase du Nord, et les Associations villageoises d'épargne et de crédit (AVEC) ciblées au Burundi ont été cités comme étant utiles par les participants, car ils ont facilité l'établissement de liens entre les personnes handicapées et les individus responsables et d'autres membres de la communauté, ce qui a permis d'échanger des informations, de construire la confiance et de développer des possibilités d'action collective. Ceci augmente non seulement accès à un soutien proposé les uns pour les autres et par la communauté toute entière, mais donne également aux personnes handicapées la possibilité d'apporter une contribution à la société, d'élever leur statut au sein de la communauté et d'être reconnues et appréciées pour des aspects de leur personne autres que leur handicap.

Pour les individus responsables de sexe féminin souffrant de handicap, les groupes de soutien en Jordanie leur ont donné un espace pour partager leurs préoccupations, idées et stratégies avec d'autres femmes dans des situations similaires. Ceci les a aidées à se sentir moins isolées et à renforcer leur bien-être psychosocial.

« Je profite des expériences, des idées et des interventions constructives du formateur, du guide psychologique et des amies pendant les sessions de discussion. Lorsque je partage mes

inquiétudes avec les autres, je sens que je ne suis pas seule. »

(Épouse d'un homme handicapé - Irbid, Jordanie)

Pour certaines femmes handicapées et les individus responsables qui sont isolées dans leurs maisons, il est essentiel de proposer les activités de soutien par les pairs le plus près possible de leur domicile afin qu'ils puissent tisser des réseaux avec d'autres femmes qui vivent à proximité. En Éthiopie, les femmes handicapées et les individus responsables de sexe féminin ont organisé des discussions café traditionnelles dans leurs maisons pour parler de questions liées à la VBG. Les participants ont indiqué que ces activités ont diminué leur isolement, amélioré leurs relations avec les voisins et leur ont permis de se sentir plus en sécurité dans la mesure où un nombre croissant de femmes les connaissent et les comprennent.

« Nous avons organisé des discussions café ici dans notre maison. Ceci nous a rapproché des gens. Quand ils viennent à la maison, nous discutons de tant de choses, des choses qui sont vraiment importantes ; mais ils ont aussi l'occasion de voir que nous sommes de bons parents, même si nous sommes un peu différents. Maintenant, les gens nous comprennent mieux, ils viennent même nous dire bonjour et voir comment nous allons. Je me sens plus en sécurité avec des voisins que je connais ».

(Femme aveugle - camp de My'Ani, Éthiopie)

Les Expériences du changement recueillies auprès des adolescentes handicapées ont souligné l'importance des amies et des réseaux de pairs pour ces filles. Au Burundi, des adolescentes handicapées ont trouvé que l'organisation d'activités telles que des sessions de couture et d'artisanat était un moyen efficace de rencontrer d'autres filles, de partager des idées et de discuter de leurs espoirs pour l'avenir. Elles ont déclaré qu'elles ont ensuite été invitées à assister à plusieurs activités communautaires où elles ont pu partager leurs propres idées et leurs opinions. Les adolescentes handicapées dans le Caucase du Nord ont également discuté des avantages de la participation à des activités avec des filles sans handicap, notamment la possibilité d'apprendre les unes des autres. Ces rapports établis par les adolescentes handicapées démontrent qu'elles ont développé des atouts humains et sociaux, notamment l'éducation, l'estime de soi, les réseaux d'amies et les rôles dans la communauté. Ces facteurs de protection réduisent la vulnérabilité des adolescentes à la violence, à l'abus et à l'exploitation.⁴⁷ (voir Expériences du changement, page 27.)

Les femmes handicapées membres d'Associations villageoises d'épargne et de crédit au Burundi ont déclaré qu'elles utilisent l'argent qu'elles ont gagné par le biais de ces programmes pour payer le transport et se rendre aux activités culturelles et religieuses, ce qui diminue leur isolement et crée d'importants liens sociaux avec d'autres.

Tous ces exemples soulignent une leçon importante : Les personnes handicapées ont et veulent que l'on sache qu'elles ont plusieurs identités au-delà de leur infirmité. Elles veulent être considérées comme des leaders, des femmes, des amies,

Maipendo - Burundi



© Elizabeth Sherwood/WRC

« Maintenant, je peux économiser un peu pour emprunter une moto-taxi et je peux me rendre [à l'église]. J'ai maintenant chaque semaine des personnes avec qui discuter à l'église. C'est un groupe qui à mon avis m'écoute et me comprend ».

EXPÉRIENCES DU CHANGEMENT : Le Groupe de filles - Caucase du Nord, Fédération de Russie

Les filles avec et sans handicap ont préparé des affiches au moyen d'images et de photos. Ces affiches portaient sur ce qui leur importait plus dans le projet, et sur les activités qu'elles souhaitent mener ensuite. Elles ont présenté ces affiches aux ONG féminines impliquées dans le projet.

« Ceci est notre histoire. Notre souhait était de chanter avec Makka Mejieva [une célèbre chanteuse tchéchène]. [Lorsque nous sommes montées sur scène], des tas de personnes, handicapées et non, étaient là et pleuraient.



© IRC

Pendant l'événement, nous avons pris connaissance d'autres personnes handicapées et nous les avons rencontrées. Il était très agréable pour nous de les connaître et de découvrir leur type de handicap et leurs problèmes. Lorsque je me rends à l'événement et que je constate la présence de personnes handicapées, je sens que je ne suis pas seule, et quand je vois d'autres personnes [sans handicap], je me sens égale à elles.

Nous donnons des leçons de langue des signes aux filles sans handicap. Ainsi, nous pourrions les comprendre et elles nous comprendre, car nous ne pouvons pas parler. Grâce à la langue des signes, nous nous comprenons. Ces filles sans handicap apprennent des choses, et nous aussi. Nous avons un langage commun à travers ces cours de langue des signes. Nous utilisons également des téléphones, nous envoyons des SMS et utilisons également des notes écrites pour communiquer avec les autres. Nous aimons vraiment dessiner. Nous pensons à des choses et tout ce à quoi nous pensons, nous le représentons dans nos dessins. Et nous aimons aussi beaucoup jouer à différents types de jeux.

Bien sûr, il est important pour nous que les gens nous écoutent. Parfois, les gens ne font pas attention à nos opinions. Voici les idées que nous souhaiterions concrétiser à l'avenir. Nous aimerions rencontrer des filles dans un café ou dans un endroit réservé uniquement aux filles avec et sans handicap – juste les filles, pas d'adultes.

Nous aimerions que [nos camarades de classe] se joignent à nous et prennent part à ces activités. Nous aurons besoin d'un peu de papier et de marqueurs, d'un lieu de rencontre, et de moyens de transport ».

Pour la suite de l'Expérience du changement du Groupe de filles dans le Caucase du Nord, rendez-vous sur : http://wrc.ms/GBV_disability_Change_Caucasus

des membres de la communauté : comme des personnes qui apportent de précieuses contributions à la communauté. Ce fait a des implications importantes pour l'inclusion dans les programmes et les approches visant à renforcer les réseaux de pairs et le capital social.

Esther — Burundi



© Elizabeth Sherwood/WRC

« Je suis individu responsable pour mon mari, qui vit avec un handicap, mais ce n'est pas ma seule identité. Je suis une mère, un leader, et une personne fière de son rôle d'agent de mobilisation communautaire ».

Inclusion ciblée dans les activités de renforcement économique

L'inclusion ciblée des personnes handicapées et des individus responsables dans les programmes relatifs aux AVEC occupe une grande place dans les Expériences du changement au Burundi. Les femmes handicapées et les individus responsables de sexe féminin impliqués dans des activités relatives aux AVEC ont signalé que l'élargissement des réseaux sociaux était le résultat le plus important pour elles, car il leur a permis de rehausser leur statut dans la société (qui leur a valu un plus grand respect de la part de leurs maris et d'autres membres de la famille) et de renforcer leur estime de soi et leur sentiment de confiance en soi. La participation à des activités relatives aux AVEC a eu un impact positif sur leur indépendance en tant qu'individus, mais aussi sur les contributions financières qu'elles peuvent apporter à leurs ménages, ce qui a renforcé leur rôle dans la prise de décision.

« J'ai même encore un peu d'argent pour acheter des choses pour ma famille. Je suis très étonnée du changement de mon mari à mon égard ; il se rend compte que j'ai de la valeur, que je peux être indépendante ; il me respecte plus, et rentre à la maison seulement les soirs maintenant. Mon fils handicapé est plus heureux – il constate qu'il y a plus de paix dans la maison. »

(Individu responsable de sexe féminin dans le camp de Musasa)

Accroître la représentation des personnes handicapées dans les activités communautaires

Les programmes relatifs à la VBG travaillent en étroite collaboration avec les dirigeants communautaires dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des activités. Il est donc important d'examiner comment les personnes handicapées sont représentées et atteintes par ces systèmes de leadership. En Éthiopie, par exemple, le personnel de l'IRC a travaillé avec l'association des personnes handicapées dans la communauté des réfugiés afin d'accroître la participation des femmes handicapées et renforcer la collaboration avec l'association des femmes réfugiées. Les participants au Burundi et en Éthiopie ont également signalé que le recrutement de personnes handicapées et d'individus responsables comme agents de mobilisation communautaire et travailleurs sociaux a non seulement conduit à une plus grande attention aux préoccupations de ce groupe, mais a également entraîné une appréciation accrue des compétences et des capacités des personnes handicapées par d'autres membres de la communauté.

« Nous n'avons jamais eu de personnes handicapées dans notre équipe auparavant – il s'agit d'un changement majeur et vraiment très important. Mes amies handicapées font le même travail que moi. Elles sont vraiment excellentes dans certains domaines, et elles enseignent des choses à d'autres personnes. Il est important pour la communauté de constater cela, de savoir que lorsque nous disons vouloir inclure les personnes handicapées, nous le pensons vraiment. Ceci est un bon moyen pour commencer à changer la façon dont les personnes handicapées sont considérées. »

(Travailleur social - camp de My'Ayni, Éthiopie)

Atteindre et soutenir les personnes à risque élevé

L'isolement des personnes ayant une déficience intellectuelle et/ou de handicaps multiples a été identifié comme étant un défi pour les prestataires de services. Ces personnes sont souvent isolées dans leurs maisons avec leurs individus responsables, et peuvent avoir peu d'occasions ou de soutien nécessaire(s) pour élaborer des stratégies susceptibles de les protéger contre la violence. Les pratiques suivantes ont été identifiées comme favorisant l'accès et l'inclusion de ces personnes dans les activités relatives à la VBG :

Les visites à domicile et les activités à domicile

Au Burundi, en Éthiopie et au Caucase du Nord, les personnes handicapées et les professionnels ont indiqué avoir mené des visites à domicile pour interroger les individus et les familles au sujet de leurs besoins, et pour partager l'information sur les services et l'assistance en matière de VBG. Ces visites ont permis aux professionnels de la VBG et aux prestataires de services d'identifier des survivants qui nécessitent un soutien complet et spécialisé. Le personnel de l'IRC au Burundi et en Éthiopie a commencé à organiser des activités de groupe, généralement tenues dans les centres de promotion de la femme et dans d'autres sites communautaires proches de leurs maisons, et qui ciblaient parfois ces individus et les familles. Les individus responsables des filles souffrant de handicaps multiples ont également souligné qu'ils constataient un renforcement de l'acceptation et du soutien de la communauté suite aux activités à domicile.

« Les membres de la communauté nous traitent mieux à présent. Ils sont plus habitués à nous. Ils savent comment nous sommes et nous saluent aimablement quand ils passent. »

(Mère d'une adolescente souffrant d'une déficience intellectuelle - camp de My'Ani, Éthiopie)

La gestion individuelle des cas

Les survivantes handicapées nécessitent une gestion individualisée et globale des cas pour promouvoir leur guérison et leur rétablissement, et pour prévenir toute violence future. Pendant l'évaluation, les participants ont rapporté que les professionnels de la VBG s'étaient améliorés dans l'identification de ces personnes à risque élevé et la fourniture d'un soutien plus complet et adapté à leurs besoins spécifiques. Les facteurs suivants ont été décrits comme améliorant l'appui à la gestion des cas pour ces personnes :

- l'identification des différentes méthodes de communication directe avec les survivants ;
- une attention accrue sur l'identification des forces et des capacités réelles des survivants au cours des évaluations ;
- la participation des personnes handicapées et de leurs individus responsables dans la planification de l'action ;
- un suivi fréquent et une coordination de la prestation des services pour répondre aux besoins identifiés.

Les femmes handicapées ont indiqué que ces séances de gestion de cas ont contribué à développer la confiance et la compréhension entre elles et les professionnels de la VBG, et qu'elles ont reçu une aide en fonction de leurs propres besoins et désirs. Cette leçon met également en évidence l'importance des approches centrées sur le survivant dans le travail avec les femmes handicapées lorsqu'il est question de définir leurs buts, objectifs et stratégies.

EXPÉRIENCES DU CHANGEMENT : Histoire de Mawazo - camp de Kinama, Burundi

Mawazo vit seule et se déplace différemment des autres, en rampant plutôt qu'en marchant.

« Je vis seule. J'ai toujours vécu seule. J'essaie d'être très indépendante et je fais beaucoup de choses toute seule. Je peux nettoyer, cuisiner, laver mes vêtements, et je passe du temps à essayer d'aider mes voisins en prenant soin de leurs enfants.

Je reçois régulièrement des visites à domicile ; le personnel de l'IRC



© IRC

est comme ma famille. Ils passent vérifier si tout va bien presque tous les jours. Quand j'ai un problème, ils s'en rendent compte très rapidement et viennent voir si je vais bien. Je me sens beaucoup plus épanouie, et j'ai l'impression d'avoir quelqu'un à qui parler. J'adore partager des histoires et je me sens bien lorsque quelqu'un me demande comment je me sens.

Mon nom, dans ma langue, signifie à la fois « problèmes » et « idées ». J'ai beaucoup à dire et à partager avec les autres. Je suis une personne très ouverte ; je pense que c'est la raison pour laquelle les enfants m'aiment tant. Je suis ouverte à eux, je souris avec eux et je leur raconte des histoires. Je peux leur apprendre beaucoup de choses, car j'ai vu et appris beaucoup de choses dans ma vie. Je peux leur parler de leur culture, leur enseigner le respect et leur inculquer l'esprit du partage. Lorsque quelqu'un m'apporte de la bouillie par exemple, même en petite quantité, je ne le bois pas toute seule. S'il y a des enfants, nous partageons tous ensemble. Même si j'ai très faim, je sais que cela est une chance pour moi d'enseigner quelque chose, d'aider quelqu'un, tout comme les autres m'aident.

Si je pouvais dire une chose à l'équipe de l'IRC, ce serait de continuer de se souvenir des personnes qui sont à la maison, qui ne peuvent pas facilement participer aux programmes. Nous avons également des besoins et des rêves. Je me fais maintenant vieille, et je pense qu'il est important de se concentrer sur les jeunes, les jeunes handicapées, pour s'assurer qu'elles sont incluses dès le plus jeune âge, afin que les gens puissent cesser la discrimination et nous considérer tous comme égaux. »

Reconnaître les compétences et les capacités des personnes handicapées pour faciliter l'inclusion

Les personnes handicapées et les professionnels de la VBG ont rapporté que l'identification et le renforcement des compétences et des capacités des personnes handicapées ont favorisé une plus grande inclusion dans une variété d'activités relatives à la VBG. En Jordanie, de jeunes femmes sourdes ont été invitées à participer à des activités de responsabilisation sociale et à des initiatives menées dans les centres de promotion de la femme, et à animer des séances de pose de henné. Ces activités ont fourni un espace permettant aux femmes de partager des compétences et des intérêts communs avec d'autres femmes de leur âge.

« Non seulement elles les ont acceptées, mais elles se sont également fait des amies. Même avant la fin de la séance, elles échangeaient des numéros de téléphones et leur demandaient si elles pouvaient les contacter pour faire du henné à leurs célébrations ».

(Professionnel de la VBG - Jordanie)

Au Caucase du Nord, les adolescentes handicapées ont été incluses dans la conception des activités sociales qui visaient à faciliter le réseautage entre les filles avec et sans handicap. Les activités ont été construites autour des compétences spécifiques des filles handicapées (exemple : l'exécution de

chansons en langue des signes), la promotion de l'égalité de participation dans la conception du programme, mais aussi l'appréciation des talents de chaque individu.

Comme l'ont reconnu les membres de la famille, les dirigeants communautaires, les prestataires de services et autres à travers les sites du projet, les résultats de ces activités contredisent les hypothèses selon lesquelles les personnes handicapées sont incapables de bénéficier et de contribuer à une variété de programmes.

« Avant, les gens pensaient que ces femmes étaient des cas désespérés et qu'elles ne pourraient jamais être indépendantes. Maintenant, elles contredisent de nombreuses personnes au sein de la communauté. Elles nous rendent, nous les rares personnes qui avons toujours cru en elles, très, très fiers. »

(Dirigeant communautaire de sexe masculin – camp de Kinama, Burundi)

Beaucoup de personnes handicapées ont souligné l'importance d'avoir l'opportunité « de faire leurs preuves », car beaucoup n'avaient jamais été invitées à prendre part aux activités. Le simple fait de tendre la main pour encourager leur participation à des programmes était dans de nombreux cas l'adaptation la plus percutante menée par les professionnels de la VBG.

Diane - camp de Kinama, Burundi

« J'ai reçu un appel disant que l'IRC voulait inclure des femmes handicapées dans leurs programmes relatifs aux AVEC. J'étais tellement excitée à l'idée de m'inscrire, d'être incluse, d'avoir une occasion de faire mes preuves ... à présent, je pense qu'il est de mon devoir de tendre la main à d'autres personnes handicapées pour sensibiliser, partager mon histoire et leur dire qu'elles peuvent être incluses. »



© Elizabeth Sherwood/WRC

EXPÉRIENCES DU CHANGEMENT : Mieraf, travailleur social - camp de My'Ayni, Éthiopie



© Elizabeth Sherwood/WRC

« J'apprécie tellement mon rôle dans le programme [de l'IRC] et j'ai tant d'histoires que je pourrais vous raconter sur les choses que nous avons accomplies.

Mais, je pense qu'il est important de vous dire que je suis une femme handicapée. Je marche avec une béquille et j'ai parfois beaucoup de mal à accéder au camp. Cela ne m'arrête pas ; même si les choses peuvent être difficiles, je sens que j'ai un travail très important à faire.

J'œuvre pour renforcer la sécurité des femmes et des filles, plus particulièrement des personnes handicapées, des personnes qui ne sont pas toujours incluses dans les activités, des personnes qui sont souvent oubliées. Je me souviens des moments où c'était mon cas, lorsque j'avais tellement mal que je ne pouvais pas quitter ma maison, ou avant d'avoir reçu ma béquille pour marcher. Je me sentais vraiment seule. Maintenant, je suis très active, et je suis leader dans notre communauté. Je fais partie de l'association des personnes handicapées et je suis travailleuse sociale. J'ai l'impression d'avoir des choses précieuses à apporter et que je peux plaider en faveur des femmes et enfants handicapés et de leurs individus responsables, parce que je comprends parfaitement leurs besoins. Je pense aussi que les gens m'admirent, car ils me voient m'efforcer pour faire mon travail.»

Recommandations

Les recommandations suivantes sont tirées des leçons apprises au cours de ce projet qui porte sur le moyen de promouvoir l'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la VBG dans l'environnement humanitaire.

Recommandations pour les acteurs de la VBG

Inclure les femmes, les filles, les garçons et les hommes handicapés et leurs individus responsables dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes relatifs à la VBG. L'implication des personnes handicapées dans la conception et l'évaluation du programme est essentielle pour identifier avec précision les obstacles à leur participation aux programmes relatifs à la VBG, élaborer des stratégies visant à améliorer leur participation, et comprendre le changement qui importe le plus pour eux. Une attention particulière devrait être accordée à la collecte des informations et des points de vue des femmes, des filles et des personnes souffrant de déficiences intellectuelles et mentales, car elles sont les plus exposées à la VBG. Les approches participatives telles que le classement, les photo-interviews et la narration, ajoutées aux méthodes qualitatives plus conventionnelles (exemple : discussions thématiques de groupe et entretiens en face à face), sont des moyens permettant d'explorer efficacement les préoccupations et les idées des individus qui ont des besoins communicationnels différents. Les évaluations doivent inclure un volet de sensibilisation pour faire participer les personnes handicapées et les individus responsables qui sont isolées dans leurs maisons.

Assurer la formation et l'apprentissage réflexif sur les interactions entre le genre et le handicap pour les gestionnaires de programmes et les prestataires de services relatifs à la VBG, et établir une compréhension commune et une adoption des approches centrées sur les droits et les survivants lorsque l'on travaille avec ce groupe. La formation du personnel à intégrer une analyse de l'inégalité entre les sexes et de la discrimination fondée sur le handicap les aidera à mieux cerner les facteurs uniques qui contribuent aux risques de VBG et de vulnérabilité pour les femmes, les filles, les garçons et les hommes handicapés, et à identifier des stratégies plus efficaces pour leur inclusion dans les programmes relatifs à la VBG. Lorsque les professionnels de la VBG sont particulièrement conscients de la dynamique du pouvoir entre les sexes dans leur travail avec les femmes ayant survécu à la violence, ils peuvent exiger un soutien supplémentaire pour réfléchir sur leurs propres attitudes et sur les attitudes des

autres, sur la relation avec le handicap, et sur la façon dont ces éléments peuvent aggraver l'inégalité fondée sur le sexe, la discrimination et l'exclusion dans les relations, les ménages et la communauté.

Il est recommandé que les informations concernant les personnes handicapées et leurs individus responsables soient incluses et pleinement intégrées dans les programmes de formation de base sur la VBG, notamment à travers des études de cas et des exemples centrés sur les personnes handicapées. Au fil du temps, le personnel travaillant sur la VBG reconnaîtra de plus en plus que répondre aux besoins des personnes handicapées est une partie essentielle de leur travail et qu'ils ont les compétences requises pour le faire efficacement dans le cadre de leur travail.

Recruter des femmes et des filles handicapées comme personnel et bénévoles dans les programmes relatifs à la VBG. Identifier et aider les femmes et les filles handicapées à jouer un rôle clé dans les programmes relatifs à la VBG peut améliorer la qualité et la pertinence du programme pour ce groupe, tout en les rendant autonomes et en rehaussant leur statut dans la communauté. Fixer un objectif en termes de nombre de femmes et de filles handicapées qui devraient participer à des formations et réunions communautaires sur la VBG (environ 15 %) encouragera le personnel et les partenaires à les inviter directement à ces événements et peut améliorer la représentation et la participation aux programmes relatifs à la VBG. Plaider en faveur d'un équilibre entre les sexes dans les associations de personnes handicapées et pour l'inclusion des femmes et des filles handicapées dans les associations de femmes et de jeunes peut également accroître la participation dans les domaines où ces groupes interviennent dans les programmes relatifs à la VBG, et une plus grande représentation et un meilleur leadership au sein de la communauté.

Privilégier l'inclusion des personnes handicapées et des individus responsables dans les activités qui renforcent le capital social et les réseaux de pairs. Ceci est particulièrement important pour la prévention de la violence contre des adolescentes handicapées, les femmes ayant un handicap physique qui sont isolées dans leurs maisons, les individus responsables, et les femmes, les filles, les garçons et les hommes ayant une déficience intellectuelle. Pour les programmes relatifs aux « espaces sécurisés », aider les femmes et les filles à réfléchir sur ce qui rend un espace « sécurisé » pour eux et pour les autres, et à définir leurs propres « règles de base » ou principes qui reflètent comment elles devront accepter et apprécier les différences. Ces principes peuvent aussi les amener à réfléchir sur la façon d'atteindre et d'inclure d'autres femmes et filles qui sont plus isolées (à

l'exemple des filles ayant une déficience intellectuelle). En plus des activités basées au centre, la sensibilisation communautaire et les visites à domicile sont essentielles pour atteindre les personnes handicapées et leurs individus responsables qui sont isolés dans leurs maisons, et pour renforcer en même temps les mécanismes de protection communautaire. Le personnel du programme relatif à la VBG doit être conscient de toute la charge de travail et des responsabilités supplémentaires que d'autres femmes et filles peuvent être tenues d'assumer dans les ménages suite à la participation des individus responsables dans les activités liées à la VBG, et les aider à identifier des stratégies pour atténuer les risques associés et les conséquences inattendues.

Privilégier l'inclusion des femmes handicapées et des individus responsables de sexe féminin dans les programmes portant sur l'autonomisation économique. Fixer des objectifs en termes de nombre de femmes et filles handicapées et d'individus responsables devant participer à ces programmes et encourager le personnel et les communautés à les inviter. Une analyse minutieuse des risques doit être menée et une stratégie d'atténuation développée avant la participation pour prévenir et/ou répondre efficacement à des conséquences imprévues. Dans certains contextes, les activités d'autonomisation économique des femmes peuvent sortir du cadre des rôles qui leur sont dévolus sur le plan social, ce qui accentue leur vulnérabilité à la violence de la part de la famille et de la communauté. Dans certains ménages, ces activités peuvent avoir un impact négatif sur la personne handicapée qui peut être abandonnée sans individus responsables familiaux, ce qui augmente potentiellement le risque de violence ou d'abus. Parallèlement, d'autres femmes du ménage, notamment les adolescentes, peuvent assumer ce rôle, ce qui accroît leur charge de travail ou leur exclusion.

La Boîte d'outils pour les professionnels de la VBG, qui comprend des outils et des directives pour les aider à renforcer l'inclusion du handicap dans leur travail, est disponible sur http://wrc.ms/disability_GBV or www.gbvresponders.org

Recommandations pour acteurs du handicap

Veiller à ce que les programmes et organisations conçus pour servir les personnes handicapées soient sensibles à la question du genre. Les personnel des programmes et organisations s'occupant des personnes handicapées doit suivre une formation sur le genre et l'égalité des genres afin de comprendre les différentes façons dont le conflit et le déplacement affectent les femmes, les filles, les garçons et les hommes handicapés, et adapter leurs activités et services en conséquence. Le personnel du programme Handicap doit

également être conscient des risques particuliers de VBG auxquels les femmes et les filles handicapées sont exposées, et recevoir une formation sur la communication avec les survivants et sur l'orientation appropriée vers les prestataires de service relatifs aux VBG.

Renforcer le plaidoyer autour des droits des personnes affectées par la crise et le conflit, notamment les femmes et les filles, en éveillant la conscience sur les réfugiés et les personnes déplacées au sein des organisations pour personnes handicapées (DPO), notamment au niveau régional où il y aurait des crises répétées ou prolongées ayant un impact considérable sur plusieurs pays. Cela peut inclure le travail en réseau entre les femmes handicapées et les mouvements œuvrant pour les droits des femmes dans les pays et régions affectés par des crises afin de développer une plus grande connexion, compréhension et réponse aux besoins des femmes handicapées dans les environnements humanitaires.

Recommandations pour tous les acteurs humanitaires

Mettre en œuvre les orientations sectorielles pour prévenir et répondre à la violence basée sur le genre, telles qu'énoncées dans les Directives du Comité permanent inter-organisations relatives à la violence basée sur le genre.⁴⁸ Tous les acteurs humanitaires doivent reconnaître et répondre aux risques accrus de VBG pendant le conflit et la crise, notamment pour les femmes et les filles handicapées ainsi que les individus responsables de sexe féminin. Les normes minimales énoncées dans les Directives fournissent l'orientation de base pour tous les secteurs dans la prévention et la réponse aux VBG.

Entreprendre l'intégration de la protection pour satisfaire effectivement les besoins des personnes handicapées durant toutes les phases de l'intervention humanitaire. L'intégration de la protection, y compris l'inclusion de l'analyse du genre et du handicap dans la conception des programmes, la mise en œuvre et l'évaluation, est déterminante pour assurer que tout le monde, notamment les femmes et filles handicapées, a pleinement accès aux services et à l'assistance dans tous les secteurs, y compris pour atténuer le risque de VBG.⁴⁹

Recommandations pour les bailleurs de fonds et gouvernements

Tenir les organisations humanitaires responsables de la satisfaction effective des besoins des personnes handicapées et des individus responsables dans les programmes sur la VBG à travers des processus de monitoring et de présentation de rapports, ainsi que la mise en exergue de

pratique positives provenant de différentes organisations dans les environnements humanitaires afin d'encourager l'observation des approches tenant compte du handicap et du genre.

Plaider pour une plus grande reconnaissance de la multitude de préoccupations liées au handicap et au genre, y compris la VBG, dans tous les instruments internationaux, les normes et conventions relatifs au conflit, au déplacement et à l'action humanitaire. Les instruments internationaux peuvent jouer un rôle déterminant dans la définition des priorités pour l'action humanitaire durant le conflit et le déplacement. Les préoccupations spécifiques aux femmes et

aux filles et à toutes les personnes handicapées doivent être au cœur des instruments internationaux, dans la mesure où elles figurent parmi les populations les plus vulnérables durant la crise. Un plaidoyer permanent est nécessaire aux niveaux international et national pour encourager les gouvernements à signer et à ratifier tous les instruments pertinents, et à tenir tous les acteurs concernés responsables de la mise en œuvre intégrale des conventions nouvelles et existantes, y compris la Convention relative aux droits des personnes handicapées, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et les résolutions du Conseil de sécurité sur les femmes, la paix et la sécurité.



Atelier d'intervenants au Burundi
© Elizabeth Sherwood/WRC

Notes

1. Organisation mondiale de la Santé, Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire (2013). <http://www.who.int/reproductive-health/publications/violence/9789241564625/en/>
2. Ce chiffre est déterminé par l'estimation globale selon laquelle les 15 pour cent de toute population seront des personnes handicapées (OMS, 2011) et selon laquelle 51,2 millions de personnes sont déplacées par la crise et le conflit à travers le monde (HCR, 2014).
3. IASC, Directives relatives sur les interventions contre la violence basée sur le genre dans les environnements humanitaires : privilégier la prévention et la réponse aux violences sexuelles dans les situations d'urgence (2005). http://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/tfgender_GBVGuide_lines2005.pdf
4. Human Rights Watch (2010) "As if we weren't human": Discrimination and violence against women with disabilities in Northern Uganda (2010). <http://www.hrw.org/de/reports/2010/08/24/if-we-weren-t-human>
5. Women's Refugee Commission, Gender-based violence among displaced women and girls: Findings from field visits 2011 – 2012. http://wrc.ms/GBV_disab_field_visits
6. Dans ce rapport, les « personnes handicapées mentales » renvoient aux personnes atteintes d'une maladie mentale et/ou celles qui sont des usagers et/ou survivants de la psychiatrie. Le terme « personnes ayant des handicaps sociaux » est parfois utilisé pour décrire ce groupe de personnes handicapées. Réseau mondial des usagers et survivants de la psychiatrie, Manuel de mise en œuvre de la Convention des Nations unies relative au droit des personnes handicapées (RMUSP,2008), p. 9. wrc.ms/N8o9CH
7. UNHCR, Le coût humain de la guerre : Tendances mondiales 2013 (2014). <http://www.unhcr.org/5399a14f9.html>
8. Organisation mondiale de la santé et Banque mondiale, Rapport mondial sur le handicap (2011).
9. Organisation mondiale de la Santé, Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé sur la violence infligée par le partenaire intime et par d'autres que le partenaire (2013). <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
10. IASC, Directives relatives sur les interventions contre la violence basée sur le genre dans les environnements humanitaires : privilégier la prévention et la réponse aux violences sexuelles dans les situations d'urgence (2005). http://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/tfgender_GBVGuide_lines2005.pdf
11. Ibid.
12. Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (2006). <http://www.un.org/disabilities/de-fault.asp?navid=15&pid=150>
13. Human Rights Watch (2010) "As if we weren't human": Discrimination and violence against women with disabilities in Northern Uganda (2010). <http://www.hrw.org/de/reports/2010/08/24/if-we-weren-t-human>
14. Women's Refugee Commission, Gender-based violence among displaced women and girls: Findings from field visits 2011 – 2012. http://wrc.ms/GBV_disab_field_visits
15. CBM, Inclusion made easy: A quick program guide to disability in development (2012). http://www.cbm.org/article/downloads/78851/CBM_Inclusion_Made_Easy_-_complete_guide.pdf
16. Ibid.
17. GSDRC Applied Knowledge Services, Understanding gender (n.d.). <http://www.gsdrc.org/go/topic-guides/gender/understanding-gender>
18. Ibid.
19. Carolyn Frohmader and Stephanie Ortoleva. "The sexual and reproductive rights of women and girls with disabilities." (Issues paper presented at the ICPD Beyond 2014 Conférence internationale sur les droits de l'homme, La Haye, Pays-Bas, 7-10 juillet 2013) http://wwda.org.au/wp-content/uploads/2013/12/issues_paper_srr_women_and_girls_with_disabilities_final.pdf
20. Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (2006). <http://www.un.org/disabilities/de-fault.asp?navid=15&pid=150>
21. Andrea Hollomotz, "Disability, oppression and violence: Towards a sociological explanation," *Sociology*, vol. 47 (2013): pp. 477-493. Originally published online 23 November 2012. DOI: 10.1177/0038038512448561.
22. Centers for Disease Control and Prevention, The socio-ecological model: a framework for prevention (2015). <http://www.cdc.gov/violenceprevention/overview/social-ecologicalmodel.html>

23. IASC, Directives pour l'intégration des interventions contre les violences basées sur le genre dans l'action humanitaire : réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement (projet de publication en instance, 2015).
24. Ces principes directeurs ont été adaptés des contributions d'une activité menée au Forum d'apprentissage interne pour le projet en juin 2014.
25. Les DPO sont des organisations représentatives de personnes handicapées. Elles sont généralement constituées et dirigées par des personnes handicapées.
26. L'IMSVBG enregistre le type de violence rapporté par les survivants, dont le viol, les agressions sexuelles, les agressions physiques, le mariage forcé, le déni des ressources, les opportunités ou services, et les violences psychologiques/émotionnelles.
27. Les consultations du personnel VBG en Éthiopie et au Burundi ont démontré qu'ils avaient une bonne compréhension des différents types de déficiences, et pourraient les identifier sur la base de ces questions et observations fonctionnelles au cours de leurs concertations avec les survivants. Il est important, toutefois, de reconnaître que ce ne sont pas tous les survivants handicapés qui peuvent être identifiés comme ayant un handicap dans les données de l'IMSVBG.
28. Jillian Foster, Final report: Implications and recommendations for integration of mixed-methods analysis across WRC research. Consultancy report submitted to WRC (2014).
29. <http://betterevaluation.org/approaches> (accessed 12 August 2014) and http://depts.washington.edu/ccph/pdf_files/Evaluation.pdf (accessed 12 August 2014).
30. L'outil « Expérience du changement » est adapté de la technique dite du changement le plus significatif (MSC). La technique MSC est une forme de monitoring et évaluation participatifs qui analysent la prise en compte du changement, pour découvrir les changements qui sont les plus considérés par les individus et les groupes, et pourquoi. <http://betterevaluation.org/approaches> (consulté le 12 août 2014).
31. Adapté de l'outil Before and Now Diagram (page 68) dans the Tools together now! 100 participatory tools to mobilize communities for HIV/AIDS. http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/370/229-Tools-together-now_original.pdf?1405520036
32. Adapted "Summit Workshop" from the Participatory Performance Story Reporting Technique <http://www.clearhorizon.com.au/wp-content/uploads/2009/05/report-on-outcomes-and-get-everyone-involved-the-participatory-performance.pdf> (accessed 12 August 2014).
33. IRC, Formation à l'intégration de la protection : guide du facilitateur (2013). http://www.globalprotectioncluster.org/assets/files/aors/protection_mainstreaming/IRC_Protection_Mainstreaming_Training%20Facilitators_Guide_March_2013_EN.pdf
34. Les données de l'IMSVBG (Éthiopie et Burundi réunis) indiquent que 120 survivants sur 2 025 enregistrés présentent un handicap.
35. Parmi ceux enregistrés dans l'IMSGBV (Éthiopie et Burundi réunis), 50,83 pour cent (61 sur 120) des survivants handicapés ont été violés, et 32,23 pour cent (614 sur 1905) des survivants non handicapés ont été violés. Des tests confirment que cette différence de 18,6 pour cent est considérable du point de vue statistique, avec une Fischer p-value de 0.000.
36. Parmi ceux enregistrés dans l'IMSVBG (Éthiopie et Burundi réunis), 26,67 pour cent (32 sur 120) des survivants handicapés ont subi des violences psychologiques/émotionnelles, contre 23,25 pour cent (443 sur 1905) des survivants non handicapés. Des tests confirment que cette différence de 3,42 pour cent est considérable du point de vue statistique, avec une Fischer p-value de 0,377.
37. Parmi les survivants enregistrés dans l'IMSVBG (Éthiopie et Burundi réunis), 35,83 pour cent (43 sur 120) des survivants handicapés rapportent des violences dans lesquelles l'auteur présumé est un partenaire ou époux, contre 48,71 pour cent (928 sur 1905) des survivants non handicapés. Des tests confirment que cette différence de 12,88 pour cent est considérable du point de vue statistique, avec une Fischer p-value de 0.006.
38. Parmi les survivants enregistrés dans l'IMSVBG (Éthiopie et Burundi réunis), 26,67 pour cent (32 sur 120) des survivants handicapés rapportent des violences dans lesquelles l'auteur présumé est un étranger, contre 22,73 pour cent (433 sur 1905) des survivants non handicapés. Des tests confirment que cette différence de 3,94 pour cent est considérable du point de vue statistique, avec une Fischer p-value de 0,316.
39. Parmi ceux enregistrés dans l'IMSVBG (Éthiopie et Burundi réunis), 83 pour cent (100 sur 120) des survi-

vants handicapés sont des femmes, contre 95 pour cent (1812 sur 1905) des survivants non handicapés sont des femmes. Des tests confirment que cette différence de 12 pour cent est considérable du point de vue statistique avec une p-value de 0,000.

40. Au cours du processus de consentement éclairé, il était conseillé aux femmes de ne pas partager leurs expériences personnelles, et de consentir à ce que leurs informations soient utilisées dans des rapports afin d'améliorer les programmes au Burundi et dans d'autres pays. Toutes les femmes handicapées intellectuelles souffraient juste de légères déficiences et, par conséquent, étaient en mesure de comprendre ce processus de consentement, mais elles étaient également en présence de leurs individus responsables. Les questions de groupes de discussion ne portaient pas sur ces informations personnelles. Les femmes dans ce groupe, toutefois, ont continué à divulguer des expériences personnelles tout au long de la discussion. Tous les participants ont reçu des conseils sur les services disponibles aux survivants de la VBG et un soutien permanent était fourni par le personnel WPE de l'IRC.
41. Laurie E. Powers, Rosemary B. Hughes and Emily M. Lund, *Interpersonal violence and women with disabilities: A research update* (Harrisburg, P.A.: National Resource Center on Domestic Violence: 2009).
42. Parmi ceux enregistrés dans l'IMSDBG (Éthiopie et Burundi réunis), 16,67 pour cent (20 sur 120) des survivants handicapés sont des hommes, et 4,88 pour cent (93 sur 1905) des survivants non handicapés sont des hommes. Des tests confirment que cette différence de 11,70 pour cent est considérable du point de vue statistique, avec une p-value de Fischer de 0.000.
43. Les femmes, les filles, les garçons et les hommes handicapés peuvent subir des violences sur la base du genre et du handicap. La contribution spécifique de chacun de ces facteurs va varier et les causes sous-jacentes de l'oppression et des abus sont souvent complexes et croisées. De fait, il est difficile de faire la distinction et de répondre séparément. Dès lors, il s'avère important de surveiller et répondre à toutes les formes de violences et discriminations dans les environnements humanitaires, notamment contre les groupes les plus marginalisés au sein de la communauté, afin de faire progresser l'égalité des genres pour les groupes extrêmement marginalisés et opprimés au sein de la communauté. Des résultats à plus grande échelle issus du projet et reflétant le caractère croisé des facteurs genre, handicap, et d'autres facteurs pour les femmes, les filles, les garçons et les hommes ; et des rapports de recherche plus détaillés sur ce sujet seront disponibles sur le site web de Commission des femmes pour les réfugiés : <https://womensrefugeecommission.org/programs/disabilities/research-and-resources/document/945-building-capacity-for-disability-inclusion-in-gender-based-violence-gbv-programming-in-humanitarian-settings-overview?catid=232>
44. IASC, *Directives pour l'intégration des interventions contre les violences basées sur le genre dans l'action humanitaire : réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement* (projet de publication en instance, 2015).
45. Parmi ceux enregistrés dans l'IMSDBG (Éthiopie et Burundi réunis), 32,5 pour cent (39 sur 120) des survivants handicapés se sont déclarés à l'IRC dans les 3 jours suivant l'incident et 43,98 pour cent (837 sur 1905) des survivants non handicapés se sont déclarés à l'IRC dans les 3 jours. Des tests confirment que cette différence de 11,48 pour cent est considérable du point de vue statistique, avec une p-value de Fischer de 0,017.
46. Parmi ceux enregistrés dans l'IMSDBG, 40,83 pour cent (49 sur 120) survivants handicapés se sont déclarés à l'IRC plus d'1 mois après l'incident, et 34,42 pour cent (655 sur 1905) des survivants non handicapés se sont déclarés plus d'1 mois après l'incident. Des tests confirment que cette différence de 6,41 pour cent n'est pas considérable du point de vue statistique, avec une Fischer p-value de 0,166.
47. Commission des femmes pour les réfugiés, *Strong girls, powerful women: Program planning and design for adolescent girls in humanitarian settings* (2014) <https://womensrefugeecommission.org/resources/document/1036-strong-girls-powerful-women-report>
48. IASC, *Directives relatives sur les interventions contre la violence basée sur le genre dans les environnements humanitaires : privilégier la prévention et la réponse aux violences sexuelles dans les situations d'urgence* (2005). http://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/tfgender_GBVGuidelines2005.pdf
49. Global Protection Cluster, *Protection mainstreaming* (n.d.). <http://www.globalprotectioncluster.org/en/areas-of-responsibility/protection-mainstreaming.html>

Annexe 1 : Résumé des activités entreprises dans la méthodologie du projet

Tableau A : Résumé des pays, contextes et activités menés au cours de la phase 1 du projet		
Pays	Contexte opérationnel	Activités entreprises
Éthiopie	My'Ani – Environnement de camp prolongé	Discussions de groupe avec de réfugiés érythréens handicapés et leurs individus responsables (25 participants) ; leaders communautaires (11 participants) ; et travailleurs communautaires et travailleurs sociaux (13 participants). Entretiens avec des personnes handicapées et leurs individus responsables (4 entretiens – 7 personnes). Consultations avec l'Association de handicapés (32 personnes). Consultations avec des acteurs humanitaires (19 personnes).
Burundi	Bujumbura – Environnement urbain Kinama, Mussasa et Bwagiriza – Camps	Discussions de groupe avec des réfugiés congolais handicapés et leurs individus responsables (161 participants). Entretien avec une fille handicapée et son individu responsable (1 entretien – 2 personnes). Consultations avec des acteurs humanitaires (13 personnes).
Jordanie	Zaatari – Camp Irbid, Mafraq et Ramtha – Environnements urbains	Discussions de groupe avec des réfugiés syriens handicapés et leurs individus responsables (113 participants), et volontaire de la communauté de réfugiés (11 participants). Entretiens avec des filles handicapées et leurs individus responsables (2 entretiens – 4 personnes). Consultations avec les acteurs humanitaires (30 personnes).
Caucase du Nord, Fédération de Russie	Grozny, République de Tchétchénie – Environnement urbain de reconstruction post-conflit	Discussion de groupe avec les individus responsables d'enfants handicapés (12 participants). Entretiens avec des femmes et filles handicapées (11 entretiens – 11 personnes). Consultations de personnels d'ONG de femmes (16 personnes). <i>Ces discussions de groupe et entretiens ont été réalisés par des ONG partenaires de l'IRC dans le Caucase du Nord.</i>

Tableau B : Récapitulatif des activités d'évaluation participative dans chaque pays pilote	
Pays	Activités entreprises
Éthiopie	Discussions de groupe sur les expériences du changement avec des réfugiés érythréens handicapés et leurs individus responsables (24 participants) ; et des leaders communautaires (11 participants). Atelier d'intervenants (21 personnes).
Burundi	Des discussions de groupe sur les expériences du changement avec les réfugiés handicapés et leurs individus responsables (89 participants) ; et des leaders communautaires (10 participants). Activités participatives avec des professionnels de la VBG (18 participants). Atelier d'intervenants (41 personnes).
Jordanie	Des discussions de groupe sur les expériences du changement avec des réfugiés syriens handicapés et leurs individus responsables (14 participants). Entretiens avec les professionnels de la VBG (3 participants). <i>Des expériences du changement ont été conduites par le personnel WPE en Jordanie et des entretiens avec des professionnels ont été réalisés par téléphone.</i>
Caucase du Nord, Fédération de Russie	Des discussions de groupe sur les expériences du changement avec les réfugiés handicapés et leurs individus responsables (26 participants). Activités participatives avec des professionnels de la VBG (7 participants). Atelier d'intervenants (26 personnes).

Annexe 2 : Recommandations issues des ateliers des intervenants

Les ateliers d'intervenants au Burundi, en Éthiopie et en Caucase du Nord, et des expériences du changement en provenance de Jordanie visaient à collecter des messages-clés et recommandations de différents groupes impliqués dans le projet sur l'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la VBG. Leurs recommandations étaient axées sur les points ci-après :

- Renforcement du plaidoyer sur la non-discrimination

« Des sessions de sensibilisation communautaires continues, ciblées mettant en exergue les droits des personnes handicapées, notamment autour des questions relatives aux individus responsables de sexe féminin et masculin ». (Recommandations provenant de femmes et filles handicapées – Atelier d'intervenants, Burundi)

- Consultations permanentes avec les personnes handicapées sur la planification des programmes

« Il est important pour nous que les gens nous écoutent. Parfois les gens ne prêtent pas attention à nos opinions... Nous aimerions rencontrer certaines filles dans un café ou un endroit uniquement pour filles avec et sans handicap. Juste les filles, sans adultes. Nous aurons besoin d'un peu de papier et de marqueurs, d'un lieu de rencontre, et de moyens de transport ». (Exposé du groupe des filles – Atelier d'intervenants, Caucase du Nord, Fédération de Russie)

- Mise en exergue des aptitudes et capacités des personnes handicapées

« Élaborer un plan ou moyen de partage des expériences de réussite de personnes handicapées ayant réussi dans des activités économiques et professionnelles. Se servir de ces succès comme moyen d'encourager d'autres groupes à inclure les personnes handicapées dans ces types de programmes. » (Recommandation provenant des hommes handicapés – Atelier d'intervenants, Burundi)

- Renforcement des activités de sensibilisation et de soutien par les pairs

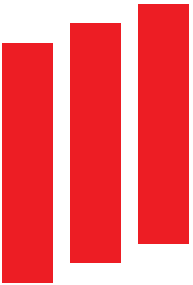
« Effectuer plus de visites à domicile chez les femmes et filles handicapées qui sont les plus isolées. Élaborer un plan pour des visites régulières et des contacts entre les équipes [VBG] et leurs familles. » (Recommandation provenant de femmes et filles handicapées – Atelier d'intervenants, Éthiopie)

- Travail avec les familles

« Former un comité d'individus responsables pour donner des conseils sur l'élaboration des programmes. Consacrer du temps pour enseigner des leçons sur comment être un meilleur défenseur de la famille, fournir des informations sur comment mieux utiliser des systèmes et être moins dépendants des agents de mobilisation communautaire. » (Recommandation provenant d'individus responsables – Atelier d'intervenants, Burundi)

- Fourniture de soutien matériel et de stratégies de transport

« Recommander la fourniture de transport du fait de la difficile situation financière (ou indemnités de transport). » (Entretien avec un individu responsable de sexe féminin – Irbid, Jordanie)



**WOMEN'S
REFUGEE
COMMISSION**

