

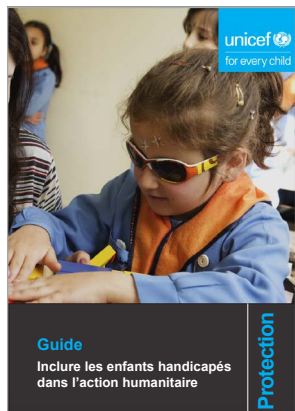


Guide

Inclure les enfants handicapés dans
l'action humanitaire

Santé et
VIH/SIDA

Une série de six livrets d'orientation :



**Inclure les enfants handicapés
dans l'action humanitaire**

**Dispositif de préparation
Intervention et redressement rapide
Rétablissement et reconstruction**

Santé et VIH/SIDA

Remerciements

L'UNICEF, en collaboration avec Handicap International, a élaboré des recommandations sous le titre *Inclure les enfants handicapés dans l'action humanitaire : Santé et VIH/SIDA*. L'équipe de base était composée de Ricardo Pla Cordero, Gopal Mitra et Megan Tucker. Les livrets ont été conçus sous la supervision de Rosangela Berman Bieler, Conseillère Supérieure et Chef de la Section Handicap de l'UNICEF.

Les collègues des bureaux de pays et des bureaux régionaux, du siège de l'UNICEF ainsi que des experts extérieurs ont également apporté leur contribution indispensable à la rédaction de ce livret. Nous remercions Besan AbdelQader, Dina Al Jamal, Kate Alley, Jaya Burathoki, Anna Burlyaeva, Dick Chamla, Begna Edo, Anne Filorizzo, Jumana Haj-Ahmed, Ettie Higgins, Sunita Kayastha, Muhammad Rafiq Khan, Marie Leduc, Jennifer Leger, Chewe Luo, Asma Maladwala, Aline Mandrilly, Jane Mwangi, Maureen Njoki, Heather Papowitz, Luwei Pearson, Stefan Swartling Peterson, Beth Ann Plowman, Hendrikus Raaijmakers, Cristina Roccella, Jessica Rodrigues, Tamara Rusinow, Lieve Sabbe, Yukiko Sakurai, Cecilia Sanchez Bodas, Midori Sato, Betsy Sherwood, Frederic Sizaret, Peter Skelton, Pauline Thivillier, Nurten Yilmaz et Juliet Young pour leur aide précieuse, notamment leurs avis, leurs conseils et leurs contributions en tant qu'experts.

Ces recommandations ont été validées en Jordanie et au Népal, avec nos sincères remerciements à toutes les personnes qui ont participé à nos ateliers de validation (une liste de participants aux ateliers est disponible sur le site web). Nous tenons à remercier Isabella Castrogiovanni, Kendra Gregson, Ettie Higgins, Tomoo Hozumi, Doreen Mulengaet et Alok Rajouria pour leur soutien.

Nous remercions tout particulièrement nos collègues de la Division Communication pour leurs directives en matière d'édition du livret : Angus Ingham, Catherine Langevin-Falcon, Timothy Ledwith, Christine Nesbitt, David Ohana, Charlotte Rutsch et Samantha Wauchope.

L'UNICEF ne partage ni n'approuve nécessairement les exemples provenant d'organisations externes qui figurent dans cette publication.

Les six livrets, ainsi que les documents annexes et les informations (telles que les affiches, les présentations, les listes de vérification etc.) sont disponibles sur : training.unicef.org/disability/emergencies.

En plus des versions papier et des fichiers PDF, ces recommandations sont également disponibles dans une gamme de versions alternatives : EPUB, fichier prêt à lire en Braille et HTML accessible. Pour plus d'informations, contacter : disabilities@unicef.org.

Rédactrice : Christine Dinsmore

Relecteur : Timothy DeWerff

Vérificatrice des faits : Hirut Gebre-Egziabher

Mise en page et conception graphique : Jason Robinson

Illustrateur : Frank Barbara

Traductrice : Laurie Foucteau

Graphiste pour les versions traduites : Slimane Sorour



Un enfant sur 10 présente un handicap. Les conflits armés intensifient davantage les handicaps chez les enfants. Dans toute communauté affectée par une crise, les enfants et les adultes handicapés font partie des plus marginalisés et pourtant, ils sont souvent exclus de l'aide humanitaire.

Les Principaux engagements de l'UNICEF en faveur des enfants dans l'action humanitaire constituent un cadre de travail destiné à fournir une aide humanitaire à tous les enfants, indépendamment de leur statut ou de leur situation. Les enfants handicapés sont avant tout des enfants qui ont besoin des mêmes services de base pour survivre et s'épanouir : la nutrition, la santé, l'éducation, l'eau potable et un environnement protecteur. Ils ont d'autres besoins inhérents à leur handicap, tels qu'un environnement accessible et des aides techniques.

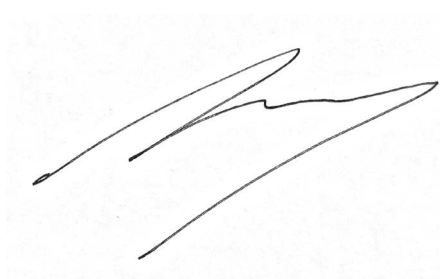
L'UNICEF est l'une des premières organisations à adhérer à la Charte pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire lancée au Sommet humanitaire mondial. Cela illustre notre engagement à traiter la question des droits et des besoins des enfants handicapés.

Pour inclure les enfants handicapés, il faut avoir une meilleure compréhension des défis auxquels ils font face dans une crise humanitaire. Il est également essentiel de savoir comment adapter les programmes humanitaires afin de répondre à leurs besoins et de forger des partenariats avec des organisations spécialisées dans les questions liées au handicap.

Les programmes humanitaires de l'UNICEF dans le monde touchent de plus en plus d'enfants handicapés. Le nombre de bureaux de pays de l'UNICEF faisant état de programmes d'action humanitaire incluant les personnes handicapées a été multiplié par cinq au cours des cinq dernières années. Ces recommandations, élaborées à l'issue d'une consultation approfondie avec le personnel de l'UNICEF, fournit des moyens pratiques de rendre les programmes humanitaires plus inclusifs pour les personnes handicapées. Nous espérons qu'elles aideront les travailleurs humanitaires à rendre l'action humanitaire plus équitable et inclusive pour les enfants handicapés.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'TC' with a large loop at the bottom.

Ted Chaiban
Directeur,
Division Programme
UNICEF

A handwritten signature in black ink, consisting of several sweeping, connected strokes.

Manuel Fontaine
Directeur,
Bureau des programmes d'urgence
UNICEF

	Remerciements	4
	Avant-propos	6
	Sommaire	8
	Abréviations	9
1	Introduction	10
2	Impact des situations d'urgence sur la santé des enfants et des adolescents handicapés	13
3	Pourquoi les enfants et les adolescents handicapés sont-ils exclus des interventions portant sur la santé et le VIH/SIDA ?	16
4	Cadre de travail et approche	18
5	Actions menées dans le cadre des programmes	21
6	Dispositif de préparation	23
7	Intervention et redressement rapide	47
8	Rétablissement et reconstruction	80
9	Conseils pratiques	93
10	Conseils pratiques pour une infrastructure accessible	101
11	Glossaire	106
12	Ressources clés	110
13	Bibliographie	111
	Annexe : Principaux engagements en faveur des enfants et des adolescents handicapés	116

Abréviations

5W	Qui fait quoi, où, quand et pour qui
CCC	Principaux engagements de l'UNICEF en faveur des enfants dans l'action humanitaire
CFR	Commission des femmes pour les réfugiés
CPIMS	Système de gestion des informations liées à la protection de l'enfance
CRDP	Convention relative aux droits des personnes handicapées
EAH	Eau, assainissement et hygiène
ERM	Education aux risques des mines
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
ISO	Organisation internationale de normalisation
MHPSS	Santé mentale et soutien psychosocial
MICS	Enquête à indicateurs multiples
MRM	Mécanismes de surveillance et de communication de l'information sur les violations graves
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
OPH	Organisation des personnes handicapées
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
RECU	Avoir accès, entrer, circuler et utiliser
REG	Restes explosifs de guerre
SitRep	Rapport de situation
SRH	Santé sexuelle et reproductive
VBG	Violence basée sur le genre
VIH/ SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

Inclure les enfants handicapés dans l'action humanitaire vise à renforcer l'inclusion des enfants et des femmes handicapés, et de leurs familles, dans le dispositif de préparation aux situations d'urgence, l'intervention et le redressement rapide, ainsi que le rétablissement et la reconstruction. Ces livrets donnent un aperçu de la situation des enfants handicapés dans le contexte humanitaire, ils proposent des démarches et des conseils pratiques permettant de mieux inclure les enfants et les adolescents handicapés à toutes les étapes de l'action humanitaire.

Encadré 1 : Public ciblé

Tout le personnel de la santé et du VIH/SIDA peut contribuer de manière significative à l'inclusion des enfants handicapés, même sans être un expert ou un spécialiste des questions liées au handicap. Ce livret fournit des conseils pratiques et des points d'entrée pour amorcer ce processus.

Tandis que ce guide d'orientation est principalement destiné au personnel de terrain de l'UNICEF, notamment les agents de terrain humanitaire de la santé et du VIH/SIDA, les coordinateurs, les spécialistes et les conseillers humanitaires, les partenaires de l'UNICEF et d'autres intervenants peuvent en bénéficier. Tous les membres du personnel peuvent jouer un rôle actif pour faire en sorte que les enfants handicapés soient inclus dans les interventions humanitaires.

La section « Conseils pratiques » (*voir Section 9*) contient des suggestions pratiques que les agents humanitaires, les médecins, les infirmiers, le personnel de rééducation, et les travailleurs de la santé communautaires peuvent trouver utiles lorsqu'ils sont en contact direct avec les enfants handicapés et leurs familles (par Exemple : au moment de la prestation de soins ou des services, du dépistage du VIH ou de la conception de messages destinés aux populations affectées).

Ces livrets ont été rédigés pour répondre aux collègues de l'UNICEF travaillant sur le terrain qui ont exprimé un besoin de ressources pratiques pour les guider. Les informations et les recommandations s'appuient sur les informations et les bonnes pratiques recueillies à partir de documents et d'expériences vécues par le personnel de terrain.

Ces recommandations sont rassemblées dans six livrets portant sur les moyens d'inclure les enfants et les adolescents handicapés dans les programmes humanitaires : 1) Orientation générale ; 2) Protection de l'enfance ; 3) Éducation ; 4) Santé et VIH/SIDA ; 5) Nutrition ; 6) Eau, assainissement et hygiène (EAH). Chaque livret est une ressource autonome comportant des actions spécifiques à chaque secteur et destinées à intégrer les enfants, les adolescents et les familles handicapés.

Les actions et les conseils pratiques s'appliquent à divers contextes humanitaires :

- Les catastrophes à déclenchement rapide, telles qu'une inondation, un tremblement de terre, un typhon ou un tsunami ;
- Les catastrophes à déclenchement lent, telles que la sécheresse ou la famine ;
- Les urgences sanitaires, telles que l'épidémie d'Ebola ;
- Le déplacement forcé, dont les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays ;
- Les conflits armés, notamment les crises prolongées.

Ce guide est axé sur l'inclusion des enfants handicapés dans les interventions de santé d'urgence, qui est un droit pour toutes les personnes handicapées. Si la prévention des handicaps est également une question de santé publique (y compris dans des contextes humanitaires), elle n'entre pas dans le champ d'application de ce guide.

Réactions et commentaires : Cette ressource est un document évolutif qui sera mis à jour et adapté au fur et à mesure que le travail de l'UNICEF visant à inclure les enfants handicapés dans l'action humanitaire se développe et que la ressource est mise en application sur le terrain. Les collègues et les partenaires de l'UNICEF peuvent envoyer leurs commentaires à disabilities@unicef.org.

Encadré 2 : Les enfants et les adolescents handicapés

La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDP) entend par adultes, adolescents et enfants handicapés, les personnes qui :

- présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles ; et
- sont confrontées à des barrières qui peuvent faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres (ONU, 2006).

Ratifiée par 174 pays depuis juin 2017, la CRDP souligne que les enfants et les adolescents handicapés ont le droit d'atteindre leur niveau de santé le plus élevé possible, de bénéficier et de conserver une indépendance maximale.¹ Cela inclut l'égalité d'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, à l'information sur le VIH, à la prévention, aux soins et aux traitements, ainsi qu'aux services et programmes complets de rééducation (voir *Glossaire, Section 11*).

¹ Les pays qui ont ratifié la CRDP doivent communiquer les progrès accomplis pour remplir leurs engagements définis dans la convention, y compris ceux liés à l'Article 11 sur les situations humanitaires. Pour obtenir la liste des pays qui ont ratifié la CRDP, les rapports de pays et les observations finales sur ces rapports par le comité de la CRDP, voir <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD> (UN, 2006).

2 Impact des situations d'urgence sur la santé des enfants et des adolescents handicapés

- Les catastrophes naturelles et les conflits peuvent avoir des conséquences désastreuses sur la santé des enfants et des adolescents handicapés, notamment :
 - Un risque accru de maladies infantiles telles que la grippe, la diarrhée et la pneumonie, pour lesquelles l'accès aux services de santé est nécessaire² (UNICEF et OMS, 2012).
 - Un risque accru de maladies secondaires telles que les escarres et les infections des voies urinaires chez les enfants ayant un handicap physique (WCPT, 2016) et d'infections opportunistes chez les enfants handicapés séropositifs (IASC, 2004).
 - Un risque accru de nouvelles incapacités dues à des maladies chroniques non traitées (Handicap International et HelpAge International, 2014).
 - L'apparition de maladies psychosociales³ telles que l'anxiété situationnelle et le syndrome de stress post-traumatique, ainsi que l'aggravation de conditions préexistantes telles que la schizophrénie et la dépression (Reinhardt et al., 2011).
 - Dans les situations humanitaires, les enfants handicapés sont plus susceptibles que leurs pairs non handicapés d'être en situation de détresse psychologique en raison de la séparation avec les aidants, de la rupture de la routine, du risque élevé de maltraitance (UNICEF, 2013).
- Les filles handicapées sont particulièrement vulnérables à la violence sexuelle, en particulier en situation de conflit, ce qui augmente les blessures et le risque d'exposition au VIH et aux autres infections sexuellement transmissibles⁴ (Oxford University, 2010).

² Les enfants handicapés sont beaucoup plus susceptibles de souffrir d'une maladie grave que leurs pairs non handicapés dans les 12 mois suivant une situation d'urgence (HCR et Reach, 2014).

³ Les maladies psychosociales constituent un handicap. Plus d'informations sur les différentes catégories de handicap à la Section 11 du glossaire.

⁴ Voir étude réalisée dans le nord de l'Ouganda en situation de conflit.

- Les filles handicapées peuvent également subir une discrimination et des violations des droits de l'homme basées à la fois sur le handicap et sur le genre, telles que la stérilisation forcée ou contrainte, le retrait des aides techniques ou le déni d'assistance pour accomplir les actes d'hygiène personnelle ou les tâches quotidiennes (Human Rights Council, 2012).
- Des catastrophes et des conflits armés peuvent également entraîner un nombre important de blessures traumatiques et créer de nouvelles incapacités (par exemple, en cas de tremblement de terre) (Reinhardt, 2011), à la fois chez les enfants avec et sans handicap existant.
 - Par rapport aux adultes, les enfants sont touchés de manière disproportionnée par les restes d'explosifs de guerre. En 2013, les enfants représentaient jusqu'à 46 pour cent des victimes de blessures causées par les restes d'explosifs de guerre ; cependant, dans certains pays, tels que la République Démocratique du Congo (RDC), ce pourcentage atteint 90 pour cent (Landmine et Cluster Munition Monitor, 2014).
- Les personnes handicapées ont également des taux de mortalité plus élevés en cas de catastrophe naturelle - par exemple, lors du tremblement de terre et du tsunami qui a touché le Japon en 2011, le taux de mortalité des personnes handicapées a été deux fois plus élevé que pour le reste de la population (IFRC, Handicap International et CBM, 2015).



Marmane, 8 ans, regarde par-dessus son épaule en étant assise dans un fauteuil roulant dans un centre de rééducation géré par l'ONG internationale Médecins Sans Frontières, à Port-au-Prince, Haïti. Elle a été touchée au cou par une balle perdue alors qu'elle jouait dans la cour d'école et est maintenant paralysée au niveau des membres inférieurs.

3 Pourquoi les enfants et les adolescents handicapés sont-ils exclus des interventions portant sur la santé et le VIH/SIDA

- Des données fiables, détaillées et subdivisées sur la prévalence des incapacités et des problèmes de santé associés au handicap sont rarement recueillies dans les systèmes d'information sur la santé (Reinhardt, 2011).
- Les services de santé pour les maladies psychosociales sont souvent indisponibles dans les contextes humanitaires (WRC, 2013b).
- Le personnel de santé n'est pas formé pour traiter et communiquer avec les enfants et les adolescents handicapés (OMS, CBM et al., 2013).
- Les pays à revenu faible et intermédiaire disposent souvent de services de rééducation insuffisamment dotés en ressources, qui sont rapidement dépassés après une catastrophe (WCPT, 2016), ce qui limite l'accès aux enfants ayant des incapacités préexistantes et nouvellement acquises.
- Une perception erronée selon laquelle les enfants handicapés n'ont pas besoin de vaccinations peut les empêcher d'avoir accès à des programmes élargis de vaccination.
- Une croyance erronée selon laquelle les adolescents handicapés n'ont pas (ou ne devraient pas avoir) de relations sexuelles peut entraîner le déni ou l'exclusion à des informations et services de santé sexuelle et reproductive, y compris en rapport avec le VIH (UNICEF, 2013).
- Les informations relatives à la santé, y compris les informations sur la santé sexuelle et reproductive, le VIH et les services de santé d'urgence, peuvent ne pas être présentées sur des supports que les enfants, les adolescents et les soignants handicapés peuvent comprendre.
- Les recherches effectuées parmi les réfugiés syriens en Irak ont révélé que les centres de santé temporaires et les cliniques des installations humanitaires sont souvent difficiles à atteindre, surpeuplés, inaccessibles et n'offrent pas d'accès prioritaire ou alternatif aux personnes handicapées (HCNUR et Reach, 2014).

- Les enfants et adolescents handicapés peuvent perdre leurs aides techniques (*voir Glossaire, section 11*) lors de crises humanitaires et la perturbation des services de santé peut empêcher ou retarder leur remplacement. Cela réduit leur capacité d'accéder aux services (WRC, 2013a), y compris la prévention et le traitement du VIH tels que le traitement antirétroviral, la prophylaxie post-exposition et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.

4.1. Principaux engagements de l'UNICEF en faveur des enfants dans l'action humanitaire

Les principaux engagements de l'UNICEF en faveur des enfants dans l'action humanitaire (CCC) offrent un cadre de référence mondial à l'UNICEF et à ses partenaires dans les situations d'urgence, et définissent des engagements et des repères liés aux interventions portant sur la santé et le VIH/SIDA dans l'action humanitaire.

Ils comprennent la prévention du paludisme, la fourniture d'articles ménagers de base, le programme élargi de vaccination, les soins obstétricaux et la continuation du traitement antirétroviral, y compris pour la prévention de la transmission mère-enfant (UNICEF, 2010). Tous les principaux engagements relatifs à la santé et au VIH/SIDA s'appliquent aux enfants handicapés. (*Voir en Annexe pour les actions inclusives spécifiques à chaque engagement dans le domaine de la santé et du VIH/SIDA*).⁵

Les CCC prônent le principe de « Ne pas nuire » dans l'action humanitaire. Ce principe répond aux besoins spécifiques des groupes les plus vulnérables d'enfants et de femmes – notamment les enfants handicapés – et des programmes d'intervention ciblés, en évitant de préférence de causer ou d'attiser un conflit entre des groupes d'individus (UNICEF, 2010).

4.2. Charte du projet Sphère et normes minimales

Lancé en 1997 par des Organisations non-gouvernementales (ONG) et le Mouvement International de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge, le projet Sphère vise à améliorer la qualité des actions menées lors d'interventions en cas de catastrophe et de garantir la responsabilisation. Le projet Sphère établit à la fois une charte humanitaire et des normes minimales relatives à l'EAH, la sécurité alimentaire et la nutrition, l'hébergement, les installations, les produits non-alimentaires et la santé. Les droits des personnes handicapées sont un thème transversal au sein du manuel de Sphère, tant pour des actions traditionnelles que ciblées (Projet Sphère, 2011).

⁵ Pour plus d'informations sur les Principaux engagements de l'UNICEF, consulter : www.unicef.org/emergencies/index_68710.html.

4.3. Normes minimales s'appliquant aux équipes médicales d'urgence

Les équipes médicales d'urgence représentent une partie importante du personnel de santé au niveau mondial et ont des rôles spécifiques à jouer. Tout médecin, infirmière ou équipe paramédicale venant d'un autre pays pour pratiquer des soins de santé en situation d'urgence doivent faire partie d'une équipe. Les normes minimales pour les équipes médicales étrangères en cas de catastrophe soudaine débattent des principes et des normes fondamentales, de la façon dont les équipes médicales d'urgence doivent fonctionner et déclarent leurs capacités opérationnelles⁶; les normes techniques minimales et les recommandations de rééducation définissent les normes de réhabilitation en cas d'urgence.⁷

4.4. Charte sur l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire

La charte a été lancée au sommet humanitaire d'Istanbul en Turquie les 23 et 24 mai 2016. Elle engage les Etats signataires, les agences des Nations Unies, les organisations de la société civile et les organisations de personnes handicapées (OPH) à rendre l'action humanitaire inclusive pour les personnes handicapées, à éliminer les barrières qui empêchent les personnes handicapées d'avoir accès aux services humanitaires et de garantir leur participation. La charte a été très largement adoptée.⁸

4.5. Double approche

La double approche renforce l'inclusion des enfants handicapés lors des interventions portant sur la santé et le VIH/SIDA (voir *Figure 1*).

⁶ Pour plus d'informations, voir www.who.int/hac/techguidance/preparedness/emergency_medical_teams/en et sur les normes minimales, consulter : www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf?ua=1.

⁷ Pour plus d'informations sur les normes de réhabilitation, voir <https://extranet.who.int/emt/content/minimum-technical-standards-and-recommendations-rehabilitation>.

⁸ Pour obtenir la liste des pays signataires, y compris les Etats, les agences des Nations Unies et les ONG, voir : <http://humanitariandisabilitycharter.org>.

Figure 1 : Double approche

Interventions *inclusives* traditionnelles

Programmes et interventions humanitaires traditionnelles portant sur la santé et le VIH/SIDA conçus et adaptés pour faire en sorte qu'ils soient inclusifs et accessibles à tous les enfants, y compris les enfants handicapés. Par Exemple :

- Construire ou localiser des cliniques pour la santé et le VIH/SIDA de sorte qu'elles soient accessibles à tous les enfants, y compris les enfants handicapés, dans le respect des principes de conception universelle (*voir Glossaire, Section 11*).
- Communiquer des informations sur la santé, y compris la prévention et le traitement du VIH/SIDA dans au moins deux formats (par exemple, écrit et audio).

Interventions *ciblées* sur les questions liées au handicap

Interventions humanitaires qui visent à répondre directement aux besoins liés au handicap des enfants et des adolescents handicapés. Par Exemple :

- Fournir des aides techniques pour les enfants handicapés et assurer le remplacement des appareils perdus ou cassés.
- Mettre en place un système accéléré pour les personnes handicapées dans les établissements de santé et les services de rééducation (*voir la section 7.4.b*).

Inclusion des enfants et adolescents handicapés dans les interventions de santé et de lutte contre le VIH/SIDA d'une action humanitaire.

Une série d'actions sont identifiées ci-dessous pour permettre aux interventions de santé et VIH/SIDA d'inclure davantage les enfants et les adolescents handicapés dans toutes les phases du cycle du programme d'action humanitaire : dispositif de préparation, intervention et redressement rapide, et rétablissement et reconstruction. Ces actions sont des points d'entrées que l'on peut classer par ordre de priorité en fonction du contexte national, car les actions ne sont pas toutes applicables dans toutes les situations. Certaines sont plus appropriées lors de crises prolongées, d'autres dans des situations de crise subite. Tandis que ce matériel organise les actions en fonction des phases humanitaires, il faut absolument reconnaître que ces phases sont interconnectées et peuvent se chevaucher. Dans certains contextes, surtout dans une situation de crise, les phases ne sont pas distinctes les unes des autres.

Lors de cas d'urgence majeure (telles que les urgences de Niveau 2 ou 3),⁹ ces directives peuvent être prises en compte parallèlement aux *Procédures opérationnelles standards simplifiées de l'UNICEF*.¹⁰

⁹ Pour plus d'informations, voir : www.unicefinemergencies.com/procedures/level-2.html

¹⁰ Pour plus d'informations, voir : www.unicefinemergencies.com/procedures/index.html



Jambes prothétiques disposées sur l'étagère d'un centre orthopédique à Kaboul, en Afghanistan.

Il est crucial d'inclure les enfants handicapés dans le dispositif de préparation, non seulement afin de diminuer les risques pour les enfants handicapés et leurs familles et renforcer leurs capacités de résilience, mais également pour mettre en place des capacités, des ressources et des plans en faveur d'une intervention et d'un redressement inclusifs. A chaque fois que les enfants et les adolescents handicapés participent à une initiative, il faut également inclure les enfants et les adolescents handicapés.¹¹ Si les dispositifs de préparation entrepris ne sont pas inclusifs, les actions menées dans les phases ultérieures devront être adaptées.

Les interventions dans cette section peuvent également aider à inclure les enfants handicapés dans une planification qui tient compte des risques. Certaines actions sont également pertinentes pendant les phases de rétablissement et de reconstruction.

6.1. Coordination

- a. Mettre en place un point focal, une antenne ou une équipe de travail pour représenter les questions liées au handicap dans les mécanismes de coordination pour la santé et le VIH/SIDA (par exemple, au sein de pôles ou de groupes de travail).¹²
- b. Au sein du groupe ou de l'équipe de travail, il s'agit d'engager le dialogue avec les intervenants expérimentés pour répondre aux besoins des enfants handicapés (tels que le Ministère chargé des questions liées au handicap, les ministères et les organisations qui fournissent des services aux enfants handicapés en matière d'aide sociale, d'éducation et de santé, les OPH, autres groupes porteurs d'handicaps, les ONG).

¹¹ Se référer à la brochure de l'UNICEF *Prenez nous au sérieux ! L'implication des enfants handicapés aux décisions qui affectent leurs vies* (2013), qui fournit des conseils sur la manière d'identifier et de dialoguer avec les enfants handicapés et de travailler avec leurs parents et leurs aidants, ainsi que des pratiques pour engager le dialogue avec les enfants et mesurer l'efficacité de leur participation ; voir : www.unicef.org/disabilities/files/Take_Us_Seriously.pdf.

¹² Dans bien des cas, le point focal Handicap a tout à gagner à participer à une formation sur les questions liées au handicap dans son pays ou sa région.

- c. Lors du renforcement d'un pôle ou d'un secteur, il s'agit d'identifier, de créer et de forger des partenariats avec les intervenants gouvernementaux et les organisations de la société civile spécialistes des questions liées au handicap, y compris les ONG, les services pour personnes handicapées et les OPH (voir Encadré 5).

**Exemple : Mécanisme de coordination du Népal –
Subdivision blessures et rééducation**

Après les tremblements de terre de 2015 au Népal, le Ministère de la santé et de la population et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont créé une subdivision « Traumatismes et rééducation » faisant partie du système des pôles. La subdivision a coordonné la cartographie des services de rééducation et autres services spécialisés disponibles, la collecte de données, les réseaux de référence et l'attribution des tâches aux équipes internationales. Des directives nationales sur les traumatismes d'urgence, y compris la rééducation conçue avant le séisme, ont été diffusées aux équipes médicales et de rééducation (Handicap International).

- d. Les actions à mener lors de la phase de coordination pour la mise en place d'un point focal, d'une antenne ou d'une équipe de travail sur les questions liées au handicap peuvent consister à :
- Ajouter des éléments sur l'inclusion du handicap dans les termes de référence élaborés par les groupes de travail, les pôles ou d'autres mécanismes de coordination pertinents (les actions définies dans ce livret peuvent servir à définir les termes de référence) ;
 - Favoriser le recueil d'informations existantes sur les enfants et les adolescents handicapés dans le processus de collecte de données humanitaires, tels que les systèmes de suivi sur le terrain, l'évaluation des besoins, les comptes rendus des partenaires et les synthèses de besoins humanitaires ;

- Etudier et dresser la carte des expertises et des ressources sur les enfants et les adolescents handicapés ;
- Se coordonner avec les services humanitaires nationaux afin de mettre en place des mécanismes d'aiguillage clairs s'appuyant sur une cartographie et des études récentes ;
- Travailler avec les dispositifs d'EAH, de nutrition, d'hébergement, de gestion et de coordination de camp (pôles) afin de planifier l'accessibilité des principales interventions humanitaires (par exemple, les établissements de santé, dont les dispositifs EAH).

6.2. Estimation, suivi et évaluation

Grâce au recueil d'informations sur les enfants handicapés, il est possible de les identifier, d'évaluer leurs besoins et de suivre les résultats des interventions dans le domaine de la santé et du VIH/SIDA.

- a. Lors des étapes préliminaires, il s'agit de trouver et de rassembler les meilleures informations disponibles sur les enfants handicapés parmi les populations exposées à des maladies, à une détérioration de leur état de santé, à de la violence et à la transmission du VIH.
- b. Les informations sur les enfants handicapés peuvent être recueillies à tous les niveaux (y compris au niveau de la communauté, du pays et du quartier).

Identification des enfants handicapés et regroupement des données

Encadré 3 : Identification des enfants handicapés à partir de sources existantes

- Les informations sur les enfants handicapés peuvent provenir de sources diverses : les ministères ou les services chargés les questions liées au handicap ; les ministères de l'éducation ; les registres de bénéficiaires des programmes de protection sociale pour les enfants handicapés ou de bourses d'études ou les bénéficiaires de aides techniques. Des enquêtes précédentes, telles que les enquêtes à indicateurs multiples (MICS) de l'UNICEF, peuvent avoir appliqué le module sur le « Fonctionnement de l'enfant » (*voir Encadré 4*).¹³
- Les écoles spécialisées pour enfants handicapés, les OPH et les ONG qui travaillent avec les enfants handicapés ou qui réalisent des programmes de rééducation à base communautaire (*voir Glossaire, Section 11*) disposent souvent de données relatives aux enfants handicapés, en particulier au niveau communautaire.
- S'il n'y a que des informations restreintes sur les enfants handicapés, une estimation peut être dressée à des fins de planification. Il faut savoir que les enquêtes ou les recensements nationaux sous-estiment souvent le nombre d'enfants et d'adultes handicapés (OMS et UNESCAP, 2008).
- L'estimation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) selon laquelle 15 pour cent de la population mondiale vit avec un handicap (OMS, 2011) peut être utile pour calculer le nombre approximatif d'adultes handicapés sur une population donnée.
- Une estimation du nombre d'enfants handicapés peut être calculée sur la base de 10 pour cent de la population de moins de 14 ans d'une population donnée (UNICEF, 2007b).
- Les estimations devraient tenir compte du fait que la proportion de personnes handicapées peut être plus élevée dans les zones affectées par un conflit.¹⁴

¹³ Les enquêtes à multiples indicateurs (MICS) de l'UNICEF représentent le plus vaste programme d'enquêtes menées auprès des ménages sur le bien-être des enfants dans le monde, qui a été réalisé dans 107 pays. Pour plus d'informations, consulter : <http://mics.unicef.org>.

¹⁴ Par exemple, une enquête réalisée auprès de réfugiés syriens vivant dans des camps en Jordanie et au Liban a révélé que 22 pour cent d'entre eux présentent un handicap (Handicap International et HelpAge, 2014). Ce résultat est plus élevé que la prévalence mondiale estimée à 15 pour cent.

Encadré 4 : Collecte de données regroupées par handicap

- Les enquêtes, les recensements et les systèmes d'enregistrement peuvent appliquer deux modules (séries de questions) pour identifier les enfants et les adultes handicapés et pour regrouper les données par handicap :
- La série de questions du Washington Group identifie les adultes handicapés en leur posant des questions sur les difficultés rencontrées lorsqu'il s'agit de réaliser six activités : marcher, voir, entendre, apprendre, se prendre en charge et communiquer.¹⁵
- Le Washington Group/le module d'enquête de l'UNICEF sur le fonctionnement de l'enfant est une série de questions visant à identifier les enfants âgés de 2 à 17 ans qui rencontrent des difficultés dans 14 domaines, y compris la vision, l'ouïe, la mobilité, la communication et la compréhension, l'apprentissage, les rapports humains et le jeu.¹⁶
- Il est important de regrouper les données par handicap (en plus de l'âge et du sexe) dans toutes les phases de l'action humanitaire, telles que l'évaluation des besoins et le suivi de programme.
- Intégrer le module de fonctionnement de l'enfant au sein d'une enquête plus vaste (par exemple, les MICS de l'UNICEF).
- Regrouper par handicap dans les systèmes de gestion des informations et dans les systèmes d'enregistrement de données médicales, telles que le carnet de vaccinations et l'état de santé

¹⁵ Le Washington Group a été mise en place par la Commission des statistiques des Nations Unies en vue d'améliorer les données comparables sur le handicap. Pour obtenir la série de questions, voir : www.washingtongroup-disability.com/washington-group-question-sets/short-set-of-disability-questions.

¹⁶ Le module d'enquête sur le fonctionnement de l'enfant est recommandé pour les enfants (âgés de 2 à 17 ans), car il est plus sensible au développement de l'enfant que la série de questions du Washington Group. Il n'est pas possible de recueillir des informations fiables sur les enfants handicapés âgés de moins de 2 ans dans une enquête de population. En raison du caractère transitionnel du développement de l'enfant, les retards de développement chez les enfants de cet âge ne sont pas forcément signes de handicap (UNICEF, 2016 a). Pour plus d'informations, voir : <https://data.unicef.org/topic/child-disability/child-functioning-module> et www.washingtongroup-disability.com/washington-group-question-sets/child-disability.

Evaluation des besoins

- c. Penser à regrouper les données par handicap lors de la mise en place d'un mécanisme d'évaluation rapide en incorporant la série de questions du Washington Group ou du module d'enquête sur le fonctionnement de l'enfant (*voir Encadré 4*).
- d. Identifier les besoins spécifiques aux enfants handicapés lors d'évaluations relatives à la santé et au VIH/SIDA.
- e. Dresser la carte des programmes, des interventions et des services existants auxquels les enfants handicapés ont accès, tels que les écoles inclusives et spécialisées, les espaces amis des enfants accessibles, les services de santé psychosociale, les programmes d'éducation aux risques des mines, la mise à disposition d'aides techniques ou les centres de rééducation.
- f. Les OPH et les ONG travaillant avec les enfants handicapés et réalisant des programmes de rééducation à base communautaire (RBC) disposent souvent de données relatives aux enfants handicapés, en particulier au niveau communautaire.¹⁷
 - Ces données peuvent fournir une richesse d'informations sur la situation, les vulnérabilités et les besoins des enfants présentant différents types de handicap ainsi que les capacités locales pour y répondre.
 - Les travailleurs des OPH et des centres de RBC peuvent également être des ressources utiles lors de la collecte de données relatives aux personnes handicapées.

Suivi et évaluation de programme

- g. Lors de la mise en place de systèmes et de procédures destinés à déterminer quelles interventions dans le domaine de la santé et du VIH/SIDA seront mises en œuvre, qui bénéficiera des services et quels résultats seront atteints, il faut regrouper les données par handicap en plus du sexe et de l'âge.

¹⁷ Les données recueillies au niveau communautaire peuvent fournir des informations sur les besoins et les vulnérabilités des enfants et des adolescents handicapés qui peuvent orienter la planification et la programmation.

- h. Examiner et adapter les mécanismes existants comme les systèmes de cartographie 5W (« qui fait quoi, où, quand et pour qui ? ») afin de recueillir des informations pertinentes sur les services liés au handicap (*voir Section 6.2.e*).¹⁸ Ces données seront également utiles lors de la phase d'évaluation.
- i. Penser à renforcer le regroupement par handicap lors de l'élaboration des systèmes de gestion de l'information qui incluent des données regroupées par sexe et par âge, et des informations adaptées suivant le genre et le handicap. L'inclusion des données regroupées par handicap dans des systèmes tels que les Systèmes de gestion des informations constitue un investissement à plus long terme dans la capacité nationale à effectuer le suivi de l'intervention humanitaire.

6.3. Planification

Lors de la planification, les actions suivantes doivent être envisagées :

Prestation de services

- a. Etudier la législation, les politiques et les programmes relatifs à la santé et au VIH/SIDA (y compris ceux liés aux soins de santé de base et à la santé sexuelle et reproductive) afin d'évaluer s'ils prennent en compte les enfants handicapés.
- b. Mettre en évidence cette information lors de formations destinées aux collègues dans le domaine de la santé et du VIH/SIDA et dans les supports de communication pour le changement de comportement et de communication pour le développement (*voir Glossaire, Section 11*).

¹⁸ Les 5W ont pour objectif de définir la présence opérationnelle par secteur et par lieu dans une situation d'urgence. Pour plus d'informations : <https://www.humanitarianresponse.info/en/applications/tools/category/3w-who-does-what-where>.

- c. Examiner les systèmes d'enregistrement pour la santé, les cartes d'identité et les autres documents essentiels à la protection sociale et à la prestation de services liés à la santé et au VIH/SIDA, et déterminer s'ils sont inclusifs et répondent aux besoins des enfants handicapés.
- d. Déterminer s'il existe un système de carte d'invalidité.¹⁹ Envisager les moyens de simplifier les procédures d'émission des cartes d'invalidité et de remplacement des cartes perdues.
- e. Rassembler des informations sur les programmes de protection sociale (*voir Glossaire, Section 11*) et les allocations d'aide aux familles ayant des enfants handicapés (par exemple, des transferts monétaires pour les services de santé de base, l'accès aux dispositifs d'aide²⁰).
- f. Utiliser des mécanismes de sensibilisation et collaborer avec les OPH pour avoir accès aux enfants handicapés qui ne fréquentent peut être pas l'école ou sont isolés chez eux.
- g. Permettre aux enfants handicapés et à leurs aidants de participer aux activités de préparation et aux activités de réduction des risques liés aux catastrophes (RRC) ; cela peut inclure l'aide au transport ou des allocations pour les aidants en vue d'accompagner ou d'aider les enfants handicapés pendant les activités.
- h. Élaborer des protocoles de traitement standardisés - conformément aux directives nationales ou internationales²¹ - pour les handicaps pouvant résulter ou être exacerbés par des situations d'urgence (OMS, CBM et al., 2013).

¹⁹ Les cartes d'invalidité sont souvent utilisées comme critères d'admissibilité pour accéder aux services.

²⁰ Pour en savoir plus, consulter : www.who.int/mediacentre/factsheets/assistive-technology/en

²¹ Par exemple, OMS (2016) *Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Disasters* et OMS (2016) *Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation*.

- i. Élaborer des brochures sur l'éducation des patients dans des formats accessibles (*voir Glossaire, section 11*) pour la prévention et le traitement des affections liées à certaines maladies telles que l'épilepsie, les escarres (*voir Glossaire, section 11*) et sur la gestion des traumatismes tels que fractures, amputations et lésion de la moelle épinière.

Exemple: Protocoles de gestion des victimes de masse au Népal

Le ministère de la Santé et de la Population du Népal, avec l'aide de Handicap International, l'OMS, Oxfam et Save the Children, a mis en œuvre un Programme de préparation aux séismes (2011-2014) axé sur la gestion des pertes massives en cas de catastrophe majeure. Ils ont élaboré des protocoles et des formations sur la gestion des traumatismes et le matériel d'éducation des patients. Les sujets traités portaient notamment sur des fractures complexes, des lésions de la moelle épinière, des brûlures et des traumatismes crâniens. Pour la première fois, des professionnels de la santé de diverses disciplines (médecins, infirmières et kinésithérapeutes) se sont regroupés autour d'une approche intégrée. La prise en charge comprenait des interventions primaires / d'urgence ainsi qu'une rééducation approfondie, sur le long terme. Le système était en place et a contribué à une réponse nationale efficace lors du tremblement de terre d'avril 2015 (WCPT, 2016).

Encadré 5 : Engager le dialogue avec les personnes handicapées et les OPH

Les personnes handicapées peuvent être des membres du personnel, des consultants, des conseillers, des bénévoles ou des partenaires intervenant dans toutes les phases de l'action humanitaire. Leur expérience et leur point de vue peuvent orienter la coordination médicale, la collecte de données, l'évaluation, la gestion de cas, les interventions dans les espaces amis des enfants et la préparation des supports de communication

Les OPH sont des organisations qui représentent les personnes handicapées aux niveaux communautaire, national, régional et mondial. Certaines sont spécifiques à un certain type de handicap, comme la Fédération Nationale des Aveugles, tandis que d'autres sont géographiques, comme l'African Disability Forum.

- Afin de garantir leur pleine participation, il convient de demander aux personnes handicapées quels supports d'information elles préfèrent (*voir Section 9.3*) et de tenir compte de l'accessibilité des lieux de réunions (*voir Section 10*).
- Si possible, il convient de prendre en charge les dépenses supplémentaires des personnes handicapées, telles que les frais de transport ou d'accompagnement.
- Mettre en place des partenariats avec les OPH et d'autres organisations spécialisées dans les questions liées à l'inclusion des enfants handicapés. Mobiliser les partenariats existants lors des activités humanitaires afin d'utiliser les capacités et l'expérience des personnes handicapées.
- Dans certaines régions, les OPH de femmes sont actives et bien informées sur les besoins et les droits spécifiques des filles handicapées.
- Pour trouver une OPH, il faut passer en revue la liste des membres de l'Alliance internationale du Handicap.²²
- Contacter une OPH régionale s'il n'existe pas d'OPH au niveau national.

²² Pour la liste des membres, voir : www.internationaldisabilityalliance.org/content/ida-members.

Exemple: Une jeune femme handicapée à la tête d'un comité sur les catastrophes naturelles

Au Bangladesh, une jeune femme en fauteuil roulant, appelée Kazol, est la présidente du Comité de quartier sur les catastrophes et elle dirige un sous-comité sur la propreté lors des inondations. « Je dois aider les personnes à comprendre comment garder les aliments propres afin qu'ils ne soient pas contaminés par des microbes. Nous disposons d'un système d'alerte précoce et nous veillons à ce que toute personne ayant une déficience auditive ou vocale sache comment le système d'alerte fonctionne pour elle. Nous créons une liste de médecins avec leurs numéros de téléphone ; nous utilisons cette liste pendant l'inondation en cas de besoin. Nous planifions également la manière de secourir les personnes handicapées lors d'une inondation.»²³ (Plan International, 2013)

Ressources humaines

- j. Identifier et dresser la liste du personnel existant ayant travaillé avec les enfants handicapés, tels que les interprètes en langue des signes, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les gestionnaires de cas, les travailleurs sociaux et les éducateurs spécialisés travaillant avec des enfants ayant des déficiences intellectuelles et psychosociales ou des enfants sourds ou aveugles.
- k. Elaborer des modèles de fiches de poste pour le personnel ayant travaillé avec les personnes handicapées, afin qu'ils puissent être rapidement mobilisés lors de la phase d'intervention.
- l. Consulter et recruter des personnes handicapées lors de toutes les phases du processus de préparation, car elles apportent leur expérience pratique sur les problèmes rencontrés par les enfants et les adultes handicapés (voir *Encadré 5*).

²³ Pour une vidéo sur Kazol, voir www.cbm.org/video/My-story-Kazol-Rekha-386717.php

- m. Mobiliser l'expertise et l'expérience relatives aux questions liées au handicap en vue d'orienter les programmes et les interventions inclusifs sur la santé et le VIH/SIDA (voir *Encadré 8*).
- n. Envisager de nommer et d'affecter des ressources au point focal Handicap de l'organisation ou de l'agence.

Exemple : Registre des physiothérapeutes en cas d'urgences

Les physiothérapeutes travaillant au Royaume-Uni sont recrutés par l'équipe médicale d'urgence du Royaume-Uni pour être ajoutés au registre d'intervention d'urgence. Ceux qui possèdent l'expérience nécessaire suivent une formation préalable au déploiement, portant également sur la sécurité, la sûreté, les principes humanitaires ainsi qu'une formation spécialisée en traumatologie et en rééducation clinique. La formation comprend également des séances sur les premiers secours psychologiques,²⁴ la mise en place d'un service de fauteuils roulants d'urgence et des journées pratiques cliniques pour exercer leurs nouvelles compétences. Les personnes susceptibles d'être déployées suivent une formation supplémentaire dans un environnement hospitalier de terrain. Les physiothérapeutes inscrits sur le registre ont depuis été déployés en réponse à des situations d'urgence à Gaza, au Népal et aux Philippines (WCPT, 2016).

Achat et approvisionnement

- o. Identifier le matériel habituel utile à tous les enfants, y compris les enfants handicapés. Cela comprend des pots, des casseroles, des barres d'appui pour les toilettes, des jerricans transportables et des housses de matelas en plastique.
- p. Identifier les fournitures ciblées qui répondent aux besoins liés aux handicaps des enfants. Cela comprend les appareils et équi-

²⁴ Pour le manuel des premiers secours psychologiques, voir www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en.

pements fonctionnels pour assister les enfants et les adolescents handicapés, comme les appareils de mobilité (fauteuils roulants, béquilles, tricycles), les tableaux et cahiers de communication, les prothèses auditives et leurs piles, ainsi que les cannes blanches (*voir Encadré 7*).

- q. Identifier et assurer un approvisionnement suffisant en matériel médical et en médicaments pour soigner et traiter les affections chroniques, y compris celles liées à la santé psychosociale (par exemple, les cathéters, couches pour adolescents, sondes d'alimentation, et les médicaments pour le diabète, les maladies cardiovasculaires, la schizophrénie, la bronchopneumopathie chronique obstructive, et l'épilepsie).
- r. En l'absence de données préexistantes sur les enfants et les adultes handicapés, on estime que 3 pour cent de la population ont besoin d'aides techniques (OMS et UNICEF, 2015). Il faut planifier en conséquence les budgets et l'approvisionnement en appareils et collaborer avec les organisations qui travaillent à la mise à disposition d'aides techniques.
- s. Effectuer des évaluations pour identifier et évaluer les besoins en aides techniques des enfants et collaborer avec les organisations qui travaillent sur la fourniture d'aides techniques (*voir encadré 7*)
- t. La liste des produits d'assistance prioritaires de l'OMS peut orienter la planification des aides techniques.²⁵
- u. Certains dispositifs peuvent être développés et fabriqués localement avec des matériaux de base. Les OPH, les familles d'enfants handicapés et les agents sanitaires peuvent aider à localiser, concevoir et adapter les articles.
- v. Lors de l'établissement des exigences de base de la chaîne d'approvisionnement, telles que l'emplacement des stocks de secours, les fournisseurs et la logistique, identifier les fournisseurs locaux d'aides techniques et partager cette information avec les partenaires humanitaires.

²⁵ Pour la liste complète et pour en savoir plus, consulter : www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/EMP_PHI_2016.01/en.

Financement et budgétisation

- w. Attribuer un budget (proportionnel au financement disponible) pour les actions énumérées dans ce livret,²⁶ tels que la formation des agents de santé et de lutte contre le VIH / SIDA pour identifier et répondre aux besoins des enfants handicapés ; mener des campagnes de sensibilisation sur le handicap ; la construction ou la modification d'établissements de santé pour les rendre accessibles ; fournir des aides techniques ; recruter des équipes de santé et de rééducation de proximité ; et produire des documents de communication accessibles.
- x. Allouer un budget aux fournisseurs de services pour répondre aux besoins de santé des enfants handicapés, tels que les médecins pour la rééducation, les physiothérapeutes ou les ergothérapeutes, les orthophonistes et les interprètes en langue des signes.

6.4. Renforcement des capacités

- a. Identifier les opportunités de formation sur l'inclusion des enfants et des adultes handicapés et sélectionner le personnel qui y participera.²⁷
- b. Inviter les OPH aux formations organisées sur les questions humanitaires pour les familiariser au système humanitaire, aux processus de santé et aux outils de programmation, et les inviter également aux structures de coordination gouvernementales pour les interventions d'urgence. Cela encouragera les OPH à contribuer à la coordination des dispositifs de coordination de la santé et du VIH/SIDA, à l'analyse des risques, au suivi, à la préparation et aux actions d'intervention.

²⁶ Les Normes minimales d'inclusion de l'âge et du handicap dans l'action humanitaire recommandent d'ajouter 0,5 à 1 pour cent de plus dans le budget pour l'accessibilité physique (bâtiments et latrines) et 3 à 4 pour cent pour les produits non-alimentaires et les équipements de mobilité (Age and Disability Consortium, 2015).

²⁷ Souvent, les ONG travaillant avec les personnes handicapées, les OPH ou les ministères et les services organisent des formations pour répondre aux besoins des enfants handicapés dans un pays ou une région.

- c. Élaborer un atelier de sensibilisation et un module de formation sur les questions liées au handicap à utiliser dans le cadre de la santé et du VIH/SIDA lors de programmes d'urgence,²⁸ qui aborderaient :
- La collecte de données relatives aux enfants handicapés ;
 - Comment reconnaître et, le cas échéant, référer pour d'autres services d'évaluation et de réadaptation, différents types de handicaps chez les enfants (*voir Glossaire, section 11*) ;
 - Les besoins de santé des enfants et des adolescents handicapés, y compris la santé des enfants et des nouveau-nés, la vaccination, la rééducation, et la prévention et le traitement du VIH/SIDA ;
 - Les risques pour la santé et les obstacles auxquels se heurtent les enfants et les adolescents handicapés pour accéder aux services de santé et de lutte contre le VIH/SIDA et les moyens de les atténuer grâce à des approches inclusives générales ;
 - Le soutien psychosocial et notamment les premiers soins psychologiques et la gestion de cas pour les enfants handicapés (*voir Glossaire, section 11 et le livret sur la Protection*²⁹) ;
 - La communication avec les enfants handicapés (*voir Section 9.2*) et l'adaptation des informations sur la santé et le VIH/SIDA pour les rendre accessibles (*voir Section 9.3*).
- d. Inclure des formateurs spécialisés dans les questions liées au handicap lors de la création d'un groupe de formateurs (par exemple, le personnel des OPH et des ONG travaillant sur les questions liées aux enfants handicapés et le gouvernement).
- e. Animer une formation systématique et pertinente qui incorpore des éléments sur les enfants handicapés dans des ateliers traditionnels humanitaires sur la santé. Utiliser le module (*voir Section 6.4.c*) pour proposer une formation spécifique sur les questions liées au handicap et à la santé et au VIH/SIDA dans l'action humanitaire.

²⁸ Les ateliers de sensibilisation ont pour objectif de créer un intérêt et de changer les attitudes à l'égard du handicap, tandis que la formation vise à améliorer les compétences pratiques et professionnelles en faveur de l'inclusion des enfants handicapés. La vidéo d'orientation de l'UNICEF sur le handicap offre une introduction sur les questions liées au handicap, explique pourquoi il est important d'inclure les enfants handicapés et présente l'approche de l'UNICEF en faveur de l'inclusion du handicap. Disponible en anglais, en français et en espagnol, voir : www.unicef.org/disabilities/66434.html.

²⁹ Voir : <http://training.unicef.org/disability/emergencies/protection.html>.

Exemple: Formation inclusive sur les premiers secours en situation de catastrophe

En 2006, l'association de l'hôpital Emmanuel en Inde a créé l'unité de gestion et d'atténuation des catastrophes. Soutenu par CBM,³⁰ le projet a développé l'inclusion du handicap dans la préparation aux catastrophes dans huit états. Trois mille volontaires et professionnels de la communauté ont été formés aux premiers secours et aux interventions de base en cas de catastrophe. Le guide des premiers secours de l'association a été publié en braille ; les personnes handicapées ont été incluses dans la formation aux premiers secours ; et pour la première fois, un Plan de gestion des catastrophes a été élaboré pour répondre aux besoins des personnes handicapées dans la communauté (CBM et DiDRRN, 2013).

6.5. Accessibilité des infrastructures

- a. Lors de l'évaluation et de la présélection des bâtiments et des installations qui pourraient être utilisées pour les mesures pour la santé et le VIH/SIDA lors des interventions d'urgence (par exemple, les dispensaires, les hôpitaux, les centres de rééducation), il convient de chercher l'infrastructure qui est déjà accessible ou qui nécessite des changements mineurs.
- b. Inclure l'accessibilité dans les critères d'évaluation ou dans les normes utilisées pour sélectionner les bâtiments et les installations.
- c. Planifier et budgétiser les modifications nécessaires pour rendre les installations dédiées à la santé accessibles, le cas échéant. Envisager l'accessibilité lors de la création d'établissements de santé temporaires.
- d. Une planification de l'accessibilité au commencement – à partir de la phase de planification et de conception – s'avère beaucoup moins coûteuse que de modifier l'infrastructure existante.³¹

³⁰ CBM est une ONG confessionnelle de développement international qui se concentre sur les personnes handicapées.

³¹ Le coût occasionné pour rendre accessible les latrines d'une école, par exemple, représente moins de 3 pour cent du coût total des latrines et pourrait être réduit à 1 pour cent si cela était planifié dès le début (WEDC, 2010).

- e. Pour obtenir des conseils sur la construction, la reconstruction ou la modification des bâtiments et des installations pour l'accessibilité, se reporter à la section « Conseils relatifs à l'infrastructure accessible » (*Section 10*).³²

6.6. Communication pour un changement de comportement et communication pour le développement

- f. Impliquer les collègues de la Section Communication dans l'élaboration des informations inclusives et accessibles (*voir Sections 9.2 et 9.3*) et dans les campagnes de sensibilisation aux besoins médicaux des enfants et des adolescents handicapés, notamment :
 - Des livrets d'éducation sur la santé axés sur des sujets liés au handicap pour les enfants handicapés, tels que le glaucome, l'épilepsie, le diabète juvénile, et comment éviter les complications secondaires, telles que la prévention et la prise en charge des escarres.
 - Des informations faciles à comprendre sur l'utilisation et la maintenance des aides techniques.
 - Des informations sur la sexualité, la santé reproductive et sur la prévention et le traitement du VIH / SIDA dans des formats accessibles (par exemple, écrits et audio).
 - Des messages sur le droit aux services médicaux, dont la santé reproductive sexuelle et le VIH/SIDA pour toutes les filles et les garçons handicapés.
- g. Inclure des images positives d'enfants et de femmes handicapés dans les supports de communication (par exemple, des femmes handicapées dans leurs rôles de mères ou de femmes enceintes), pour contribuer à transformer les attitudes envers les personnes handicapées et réduire la stigmatisation et la discrimination.
- h. Lors de l'emploi de mécanismes de rétroaction et de plainte dans le cadre des processus de responsabilisation et d'engagement communautaire, il convient de tenir compte de l'accessibilité pour les personnes présentant différents types de handicap, par exemple, en utilisant au moins deux manières de recueillir les réactions, telles que les réactions écrites et verbales (*voir Section 9.2*).

³² Pour obtenir les spécifications en matière d'accessibilité pour les bâtiments et les installations, voir : <http://www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/Disability/annex12 technical cards for accessible construction.pdf>.

Exemple : Développement de matériel de communication inclusif avec les réfugiés handicapés

Le projet Syriens Handicapés, soutenu par Handicap International, visait à développer des groupes d'entraide pour les réfugiés syriens handicapés en Jordanie et au Liban en 2016. Les groupes d'entraide ont produit du matériel de communication (affiches, cartes postales, images, vidéos) en arabe et en anglais pour réduire la stigmatisation envers les personnes handicapées. Les supports illustraient les articles de la CDPH, par exemple l'article 25 sur le droit à la santé et l'article 26 sur la rééducation ³³ (Handicap International).

6.7. Liste de vérification pour le dispositif de préparation

Cette liste de vérification, dressée à partir des actions définies dans ce document, permet de planifier les actions clés et de déterminer si elles incluent les enfants et les adolescents handicapés dans le dispositif de préparation. Pour remplir la liste de vérification, il peut être nécessaire de consulter les autres collègues et intervenants. Il peut être utile de la remplir en équipe ou lors d'une réunion de coordination. Des copies imprimables supplémentaires sont disponibles sur :

<http://training.unicef.org/disability/emergencies/health-and-hiv-aids.html>.

³³ Pour le matériel, voir : <http://training.unicef.org/disability/emergencies/resources.html>.

Considérations pour l'inclusion des enfants handicapés dans le dispositif de préparation

Coordination

Un point focal, une antenne ou une équipe de travail sur les questions liées au handicap ont-ils été identifiés dans les mécanismes de coordination relatifs à la santé et au VIH/SIDA (y compris les pôles) ?

- ☐ Planifié
☐ En cours
☐ Terminé

Notes :

Estimation, suivi et évaluation

Les données existantes sur les enfants handicapés (par exemple, issues des ministères de la santé, du bien-être social, des institutions, des ONG et des OPH) ont-elles été compilées ?

- ☐ Planifié
☐ En cours
☐ Terminé

Notes :

Les évaluations de besoins sur la santé et le VIH/SIDA, les formulaires d'orientation et les outils de suivi et de déclaration identifient-ils les besoins médicaux des enfants handicapés et regroupent-ils les données par handicap (voir Encadré 4) ?

- ☐ Planifié
☐ En cours
☐ Terminé

Notes :	
Les services et programmes destinés aux enfants handicapés ont-ils été recensés (tels que les services de santé psychosociale, les programmes d'éducation aux dangers miniers, la fourniture de aides techniques et de centres de rééducation) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	
Planning	
Les questions liées aux enfants handicapés ont-elles été incluses dans les plans de préparation relatifs à la santé et au VIH/SIDA, notamment les plans élaborés par les mécanismes de coordination ou les groupes de travail interministériels/inter-départementaux ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé

Notes :	
Les enfants handicapés, leurs familles et les OPH ont-ils été consultés et impliqués dans les activités à la santé et au VIH/SIDA relatives au dispositif de préparation ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	
Un budget a-t-il été attribué pour les services et les fournitures qui répondent aux besoins relatifs à la santé et au VIH/SIDA des enfants handicapés ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	

Des collaborations/des partenariats ont-ils été établis avec des agences/des organisations spécialisées dans les questions liées au handicap (par exemple, les ministères fournissant des services aux enfants handicapés, les ONG travaillant aux questions liées au handicap, les OPH, les centres de rééducation, les écoles spécialisées) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	
La planification de l'approvisionnement en matière de santé et de VIH/SIDA a-t-elle pris en compte les produits pertinents pour les enfants handicapés (tels que les aides techniques, les pots destinés aux enfants, les bassins de lit, les barres d'appui pour les toilettes) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	
L'accessibilité aux handicapés est-elle un critère d'identification et de sélection des établissements de santé dans les situations d'urgence (par exemple, les sites de campagnes de vaccination, les centres de santé, les services de proximité) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé

Notes :

Renforcement des capacités

Le personnel de santé et VIH/SIDA a-t-il suivi une formation sur l'inclusion des enfants handicapés (par exemple, comment rendre les interventions médicales et VIH/SIDA inclusives, comment communiquer avec les enfants handicapés, comment adapter l'information) ?

- ☐ Planifié
☐ En cours
☐ Terminé

Notes :

Communication pour le changement de comportement/Communication pour le développement

Les supports de communication sur la santé et le VIH/SIDA sont-ils présentés dans le cadre des programmes de préparation sous au moins deux versions (par exemple, papier et audio) ?

- ☐ Planifié
☐ En cours
☐ Terminé

Notes :



Ahmad, 12 ans, est en séance de rééducation au camp de réfugiés de Za'atari, en Jordanie. Ahmad est atteint d'une paralysie cérébrale.

Examiner les actions de préparation et les adapter en conséquence aux actions d'intervention et de redressement rapide.

7.1. Coordination

- a. Mettre en place un point focal,³⁴ une antenne ou une équipe de travail pour représenter les questions liées au handicap dans les mécanismes de coordination humanitaire relatifs à la santé et au VIH/SIDA (par exemple, les pôles, les groupes de travail).
- b. Etablir des liens entre les autorités gouvernementales et les pôles sur les questions fondamentales afin de favoriser des services médicaux et relatifs au VIH/SIDA inclusifs et coordonnés.
- c. Créer des voies d'aiguillage par le biais de connexions intersectorielles afin d'identifier et de répondre efficacement aux besoins des enfants handicapés :
 - Avec le Pôle "Education", pour coordonner la distribution des aides techniques afin de soutenir l'apprentissage des enfants et adolescents handicapés et d'assurer la prise en compte des enfants handicapés dans les programmes de santé infantile et de vaccination (y compris les campagnes de vaccination) dans les espaces d'apprentissage temporaires (*voir le livret "Éducation"*³⁵).
 - Avec le Pôle "Nutrition", pour créer et mettre en œuvre des mécanismes de référence pour la prise en charge de la malnutrition chez les enfants et les femmes handicapées (y compris la prise en charge des nouveau-nés ayant des difficultés liées à l'allaitement) et coordination des aides apportées aux enfants, adolescents et femmes enceintes handicapées (*voir le livret "Nutrition"*³⁶).
 - Avec le Pôle "EAH", pour répondre aux besoins en eau et en hygiène des enfants et des adolescents handicapés (par exemple, la gestion des escarres, la gestion de l'hygiène

³⁴ Le point focal Handicap a tout à gagner à participer à une formation sur les questions liées au handicap prévue dans son pays ou sa région.

³⁵ Voir : <http://training.unicef.org/disability/emergencies/education.html>.

³⁶ Voir : <http://training.unicef.org/disability/emergencies/nutrition.html>.

menstruelle), pour la fourniture d'appareils d'aide à la toilette (par exemple, les sièges avec barre d'appui) pour la prévention et le traitement des maladies liées à l'hygiène, et pour la construction et la reconstruction d'installations EAH accessibles dans les centres de santé temporaires et permanents et les cliniques (*voir le livret "EAH"* ³⁷).

- Avec le Pôle "Protection", pour assurer la prise en compte des enfants handicapés dans les programmes de santé infantile et de vaccination (y compris les campagnes de vaccination) dans les espaces amis des enfants et référer les enfants handicapés non accompagnés et les adolescents handicapés aux services de regroupement familial. (*voir Livret Protection* ³⁸).
 - Avec le sous-pôle ou groupe de travail VIH/SIDA (le cas échéant) pour s'assurer que des mécanismes de référence sont adressés aux enfants et femmes handicapées qui ont survécu à des violences sexuelles et qu'ils reçoivent des informations sur la prévention et le traitement du VIH (dans des supports accessibles) et services (y compris prophylaxie post-exposition).
- d. Lors de la cartographie des services humanitaires de santé et VIH/SIDA comme dans une base de données 5W (*voir Section 6.2.h*) et des systèmes de cartographie de la disponibilité des ressources, recueillir des informations auprès du Ministère ou du Département responsable des questions liées aux handicaps, et des organisations qui fournissent des services ciblés (par exemple, la fourniture d'aides techniques et les centres de rééducation).
 - e. Identifier les lacunes et plaider en faveur de l'adaptation des services de santé et de lutte contre le VIH/SIDA qui n'incluent pas au moment présent les enfants handicapés, conformément aux indications de ce livret. Parmi les services non inclusifs, citons les cliniques de soins primaires qui ne disposent pas de rampes d'accès pour les enfants et les adultes handicapés, ou les cliniques de santé sans personnel formé à la communication avec les enfants handicapés.

³⁷ Voir : <http://training.unicef.org/disability/emergencies/wash.html>.

³⁸ Voir : <http://training.unicef.org/disability/emergencies/protection.html>.

7.2. Estimation, suivi et évaluation

- a. Examiner et utiliser tous les outils de collecte de données qui ont été développés ou adaptés lors de la phase de préparation pour inclure les enfants handicapés.
- b. Si des outils de collecte de données ont été élaborés, il convient de les examiner et de les adapter en conséquence pour inclure les enfants handicapés (*voir Section 6.2*).
- c. Collecter les données relatives aux enfants handicapés à tous les niveaux – y compris au niveau de la famille, de la communauté, du quartier et du pays.

Identification des enfants handicapés et regroupement des données

- d. L'identification des enfants handicapés (*voir Encadré 3*) et le regroupement des données par handicap (*voir Encadré 4*) permettent de concevoir des programmes sur la santé et le VIH/SIDA inclusifs et de déterminer dans quelle mesure les enfants handicapés ont accès aux services, tels que les campagnes de vaccination.

Evaluation des besoins humanitaires

- e. Intégrer les questions liées aux enfants handicapés aux évaluations traditionnelles de besoins humanitaires, telles que les évaluations rapides initiales multi-pôle ou multi-secteur³⁹ et l'évaluation des besoins après une catastrophe.
- f. Pour les instruments de collecte de données des individus (par exemple, les Mécanismes de surveillance et de communication de l'information sur les violations graves [MRM], les mécanismes de surveillance du VIH/SIDA, les dossiers médicaux), il convient d'adapter les outils pour collecter les données regroupées par handicap, par âge et par sexe (*voir Encadré 4*).

³⁹ Pour en savoir plus, voir Cycle du programme humanitaire/évaluations des besoins ; <https://www.humanitarianresponse.info/en/programme-cycle/space>.

- g. Observer l'accessibilité des services et des installations médicales et de lutte contre le VIH/SIDA, tels que les dispensaires, pour voir si les enfants handicapés sont présents et participent aux activités humanitaires (*voir Section 10*).
- h. Lors des évaluations participatives, il convient d'organiser des groupes de discussions thématiques et des entretiens avec les intervenants clés afin de recueillir des informations sur les risques relatifs à la santé et au VIH/SIDA.
 - Interroger des adultes et des jeunes handicapés en tant qu'intervenants clés. Inviter les OPH, les groupes locaux de personnes handicapées, et les parents et aidants handicapés aux groupes de discussion thématiques (*voir Encadré 5*).
 - Identifier les besoins de santé généraux et spécifiques aux enfants et aux femmes handicapés.
 - Les besoins généraux en matière de santé comprennent la vaccination, les services de santé pour les nouveau-nés et les enfants, la santé sexuelle et reproductive, la prévention et le traitement du VIH/SIDA.
 - Les besoins particuliers en matière de santé des personnes handicapées comprennent la rééducation précoce (*voir Glossaire, Section 11*), la rééducation physique et professionnelle et les appareils et accessoires fonctionnels.
 - Recueillir des informations sur les barrières qui empêchent les enfants handicapés et leurs aidants d'avoir accès aux services et aux informations humanitaires, et en tenir compte lors de la mise en place de voies d'aiguillage. Il peut s'agir :
 - de pratiques discriminatoires qui empêchent les filles handicapées d'avoir accès aux soins de santé reproductive (par exemple, le refus d'information ou de services) ;
 - de difficultés à accéder aux services en raison de la distance ou du manque de transport ;
 - d'installations inaccessibles (par exemple, les centres médicaux avec des escaliers et pas de rampe, les toilettes qui ne sont pas accessibles aux fauteuils roulants) ;
 - du manque de connaissance et de soutien de la part des travailleurs humanitaires qui fournissent des services aux enfants et femmes handicapés ;

- o du manque de matériel adapté aux enfants handicapés (par exemple, des fauteuils roulants, des béquilles, des prothèses auditives adaptés, du manque de médicaments spécifiques pour les troubles psychosociaux ou les maladies chroniques).
- i. Lorsque les données sont recueillies directement auprès des enfants handicapés, il peut être nécessaire de leur apporter l'aide appropriée pour leur permettre de communiquer, de donner leur accord et pour préserver la confidentialité. Cette aide comprend la communication alternative ou l'interprétariat en langue des signes (*voir Section 9.2*).
- j. Encourager la participation des enfants.⁴⁰ Les enfants savent souvent qui est exclu de l'école et des espaces amis des enfants et en connaissent la raison (UNESCO, 2010). Il s'agit, par le biais d'activités artistiques et ludiques, de permettre aux enfants handicapés d'exprimer leurs opinions et leurs préférences au cours des entretiens avec les intervenants clés et des groupes de discussion thématiques.⁴¹
 - Fixer un objectif pour veiller à ce qu'au moins 10 pour cent de l'ensemble des enfants consultés soient des enfants handicapés.
 - Penser à organiser des groupes de discussion thématique distincts avec des femmes et des filles handicapées afin d'identifier les pratiques et les barrières discriminatoires spécifiques, et présenter les conclusions dans un rapport supplémentaire.
- k. Utiliser les données existantes ou les données recueillies lors des évaluations pour compléter la synthèse des besoins et les plans d'interventions humanitaires. Partager ces données avec les organisations concernées.

⁴⁰ Lors de l'implication des enfants dans la collecte de données, il convient de s'assurer que les normes éthiques soient appliquées. Voir : https://www.unicef.org/supply/files/ATTACHMENT_IV-UNICEF_Procedure_for_Ethical_Standards.PDF et <https://www.unicef-irc.org/publications/849>.

⁴¹ Pour plus d'informations sur la participation des enfants handicapés, se référer à la publication de l'UNICEF *Prenez-nous au sérieux ! L'implication des enfants handicapés aux décisions qui affectent leurs vies*, www.unicef.org/disabilities/files/Take_Us_Seriously.pdf.

Exemple : Évaluation des réfugiés syriens handicapés en Irak

En 2013, l'initiative REACH⁴², en partenariat avec le HCR, visait à identifier tous les réfugiés syriens handicapés dans les camps de la région du Kurdistan irakien. L'évaluation des handicaps visait également à identifier les lacunes de la réponse humanitaire, à encourager la prestation de services ciblés et à comprendre les besoins et les défis spécifiques rencontrés par les réfugiés handicapés. Des entretiens ont été conduits avec des informateurs clés, suivis d'entretiens avec toutes les familles de réfugiés syriens dans les camps identifiés pendant l'évaluation. Une grande proportion des réfugiés handicapés étaient des enfants de moins de 18 ans (41%). Presque toutes les personnes handicapées (99%) ont déclaré avoir des difficultés à accéder aux services de base, 74% ayant des difficultés à accéder aux soins de santé (HCR et Reach, 2014).

Suivi et évaluation du programme

- I. Développer des indicateurs spécifiques aux handicaps prioritaires pour suivre les progrès accomplis afin de répondre aux besoins des enfants handicapés et répondre à leurs besoins. Les indicateurs peuvent inclure :
 - Pourcentage d'établissements de santé accessibles aux personnes handicapées.
 - Pourcentage d'agents de santé communautaires formés à l'invalidité.
- m. Regrouper les données de suivi liées aux bénéficiaires par handicap, par âge et par sexe.

⁴² Créé en 2010, REACH est une initiative conjointe des ONG internationales ACTED et IMPACT et du Programme des applications satellite opérationnelles des Nations Unies qui vise à renforcer la prise de décision fondée sur les preuves par les acteurs de l'aide humanitaire à travers la collecte, la gestion et l'analyse de données en situation d'urgence.

- n. Documenter et présenter les progrès réalisés dans le cadre du suivi et de la publication de rapports humanitaires pour accéder aux enfants handicapés et pour répondre à leurs besoins en terme de santé et de VIH/SIDA (par exemple, dans les SitReps, les tableaux de bord humanitaires, les rapports semestriels ou annuels).
- o. Inclure des questions pour déterminer dans quelle mesure les enfants handicapés ont accès aux services de santé et de lutte contre le VIH/SIDA et aux défis auxquels ils font face, dans le cadre d'un suivi en temps réel grâce aux téléphones portables et aux SMS, d'un suivi effectué conjointement avec les partenaires, et le suivi et l'évaluation post-distribution. Il s'agit de poser des questions telles que, « Les enfants et adolescents handicapés ont-ils accès aux campagnes de vaccinations ? »

Encadré 6 : Évaluer l'inclusion des enfants handicapés

Dans le cadre des évaluations humanitaires, il convient de considérer l'inclusion du handicap comme un critère d'évaluation et d'ajouter des questions telles que :

- Dans quelle mesure les interventions relatives à la santé et au VIH/SIDA étaient-elles adaptées aux besoins spécifiques des enfants handicapés ?
- Les interventions et les services ont-ils été efficacement offerts aux enfants handicapés dans une situation d'urgence ?
- Dans quelle mesure les interventions relatives à la santé et au VIH/SIDA, à la fois intégrées et ciblées, ont-elles atteint les résultats escomptés ?
- Dans quelle mesure l'évaluation des besoins a-t-elle identifié les besoins médicaux spécifiques aux enfants handicapés ?
- Dans quelle mesure les informations sur les enfants handicapés issues de l'évaluation des besoins ont-elles été utilisées pour orienter la programmation ?
- Dans quelle mesure les programmes sur les questions liées au handicap étaient-ils liés à l'intervention humanitaire ?
- La création d'un lien entre la programmation sur les questions liées au handicap et l'intervention humanitaire a-t-elle eu des bénéfices permanents ou durables ?

- p. Analyser les lacunes d'informations dans l'évaluation et les blocages dans la mise en œuvre de programmes humanitaires inclusifs (par exemple, en organisant des ateliers avec les partenaires ou en publiant un article).
- q. Documenter et partager les leçons tirées de l'inclusion des enfants handicapés aux interventions humanitaires relatives à la santé et au VIH/SIDA ; par exemple, par des études de cas (*voir Section 8.2*).
- r. Voir Section 6.6.c pour les mécanismes de plainte et de rétroaction.

7.3. Planification

- a. En dépit de l'urgence d'une intervention humanitaire, il y a plusieurs manières de tirer parti des capacités et du vécu unique des enfants, des adolescents et des adultes handicapés et de les inclure dans l'intervention (*voir Section 9.2*).
- b. Lors du développement ou de la publication de commentaires sur les plans d'intervention d'urgence (tels que les plans d'intervention humanitaires inter-organisation, les plans de travail humanitaire de l'UNICEF), il convient d'inclure les besoins liés à la santé des filles et des garçons handicapés, d'identifier les barrières qui les empêchent d'accéder aux interventions liées à la santé et au VIH/SIDA et d'ajouter des activités qui incluent les enfants handicapés.
- c. Inclure les enfants et les adolescents handicapés en tant que catégorie de personnes à laquelle il faut accéder dans les plans d'intervention, en élaborant :
 - Une stratégie qui énonce les actions par ordre de priorité pour accéder aux enfants handicapés ;
 - Des objectifs et des indicateurs classés par ordre de priorité pour déterminer la mesure dans laquelle les enfants handicapés ont été inclus.

- d. Il faut tenir compte des enfants handicapés au moment de définir les critères de sélection des bénéficiaires fondés à partir d'une analyse de situation, en prenant en considération les barrières et les risques auxquels ils font face.
- e. S'il n'existe pas de données relatives au sexe, à l'âge, au handicap et aux besoins médicaux des enfants handicapés, il convient d'identifier cela comme un manque d'informations et de mettre en place des actions pour y remédier.

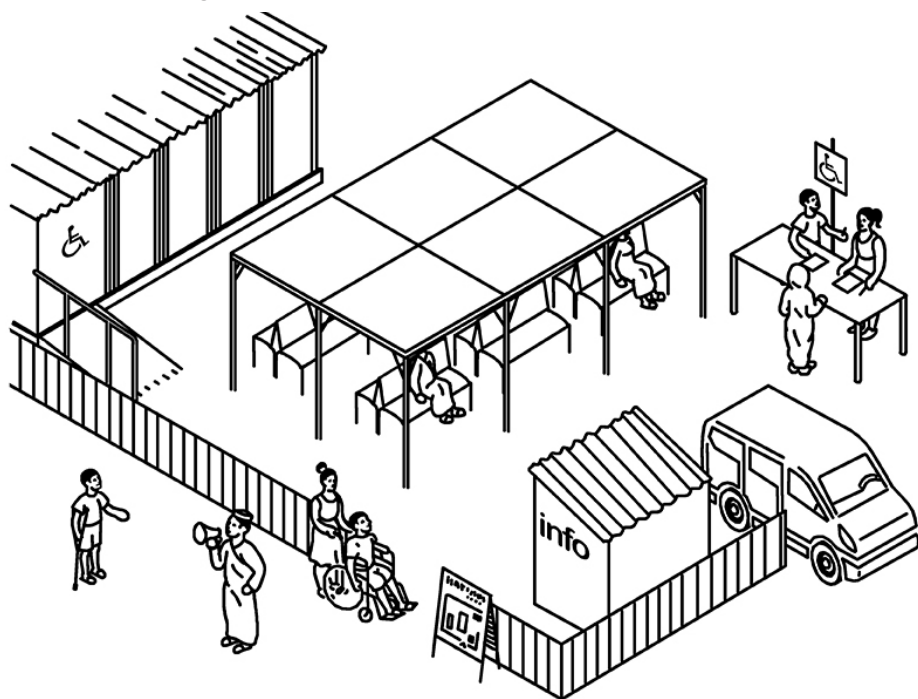
7.4. Rendre les interventions dans le domaine de la santé et du VIH/SIDA inclusives et accessibles

Enregistrement du patient

- a. Mettre en place des voies rapides (*voir Glossaire, Section 11*), des files d'attente prioritaires ou des processus de priorisation pour l'admission des patients, les services d'enregistrement et d'accès⁴³ (par exemple, pour les vaccinations et la santé des nouveau-nés et des enfants) dans les établissements de santé, les espaces d'apprentissage temporaires, les écoles et les distributions d'articles ménagers de première nécessité.
- b. Fournir des sièges abrités pour permettre aux personnes de se reposer tout en faisant la queue pour s'enregistrer (*voir Figure 2*). Cela apporte une aide non seulement aux personnes handicapées, mais également aux personnes âgées et aux femmes enceintes.

⁴³ Un processus de priorisation pourrait inclure des agents de santé qualifiés identifiant les enfants handicapés dans les salles d'attente d'enregistrement sanitaire, leur donnant ainsi qu'à leurs soignants un soutien pour remplir les formulaires médicaux et la priorité pour l'inscription.

Figure 2 : Zones d'attente inclusives et accessibles



Source : Adapté de IFRC, Handicap International et CBM 2015.

- c. Organiser des processus d'enregistrement simplifiés et fournir des cartes dédiées spécifiques aux familles ayant des enfants handicapés pour faciliter leur identification et leur inclusion dans les services de santé (par exemple, pour les campagnes de vaccination, distributions d'articles ménagers de première nécessité).
- d. Fournir une formation au personnel de santé participant à l'admission des patients et l'évaluation clinique sur la façon d'identifier et de communiquer avec les enfants handicapés ayant besoin d'assistance (voir Section 9.2).

Une infrastructure et des transports accessibles

- e. Planifier et superviser la conformité en matière d'accessibilité dans la construction, la reconstruction et la réparation de l'infrastructure de la santé, y compris les installations EAH et les sites destinés aux campagnes de santé et aux distributions.

- f. Assurer l'accessibilité pour les enfants et les adultes ayant différents types de handicaps, en tenant compte du choix de l'emplacement, de l'accès et de l'utilisation des installations temporaires et permanentes (*voir Section 10*).
- g. Fournir une aide pour le transport ou des allocations pour les enfants ou les soignants handicapés, selon les besoins, pour leur permettre d'accéder aux services de santé.

Interventions pour les soins de première nécessité

- h. Former les médecins, infirmiers et agents de santé communautaires sur la manière de communiquer avec les enfants handicapés pour assurer l'accès aux services de santé élémentaires pour les enfants et les adolescents handicapés, tels que la santé maternelle et néonatale, la vaccination contre la rougeole, la vitamine A, les médicaments vermifuges ou la lutte contre les maladies transmissibles. (*voir Section 9.2*).
- i. Former le personnel de santé pour lui permettre d'identifier l'aptitude d'une famille à s'occuper d'un enfant handicapé (par exemple, en fournissant une stimulation, un soutien au moment des repas, une alimentation plus adaptée). Référer aux services de rééducation, le cas échéant.
 - L'évaluation devrait être faite de façon à renforcer la relation entre l'enfant et la famille.
- j. Développer des mécanismes de sensibilisation pour apporter des services de santé aux enfants et adolescents handicapés et à leurs soignants qui sont isolés chez eux et en institutions, en particulier pour les enfants ayant des déficiences intellectuelles et psychosociales. Les filles et les jeunes femmes handicapées peuvent être plus isolées et moins susceptibles d'avoir accès aux services que leurs homologues masculins.⁴⁴

⁴⁴ Les filles et les femmes handicapées sont susceptibles d'avoir moins de pouvoir et un statut inférieur dans la société en raison des normes sociales liées à l'âge, au sexe et au handicap.

Exemple: Cliniques de rééducation mobiles au Pakistan

Après le tremblement de terre au Pakistan en 2005, 600 personnes ont été touchées par une lésion de la moelle épinière. Le gouvernement a déployé 100 physiothérapeutes et établi sept centres de rééducation. À Rawalpindi, une équipe de kinésithérapie et spécialisée en orthoprothèses du Comité international de la Croix-Rouge a opéré dans un centre et, dans le cadre d'un effort de sensibilisation, a établi des cliniques mobiles pour atteindre les personnes qui ne pouvaient pas se déplacer jusqu'aux centres (WCPT, 2016).

Prévention des affections secondaires, rééducation et soins médicaux spécialisés

- k. Consulter les bases de données 5W et les systèmes de cartographie de disponibilité des ressources sanitaires pour identifier et, le cas échéant, s'associer avec des organisations / agences fournissant des services médicaux spécialisés tels que la chirurgie d'urgence / corrective pour les blessures graves,⁴⁵ la rééducation (*voir Glossaire, Section 11*), les prothèses et orthèses (*voir Section 6.2.e*).
- l. Établir des systèmes de référence pour les fournisseurs de soins médicaux spécialisés, y compris la réadaptation précoce⁴⁶ (*voir Glossaire, Section 11*), la rééducation⁴⁷ (*voir Glossaire, Section 11*), les prothèses, orthèses et aides techniques (*voir encadré 7*).

⁴⁵ Les blessures catastrophiques comprennent les lésions de la moelle épinière, les lésions cérébrales traumatiques et les brûlures graves (OMS, CBM et al., 2013).

⁴⁶ La rééducation précoce est fournie dans les hôpitaux et les établissements de soins palliatifs (*voir glossaire, section 11*) et vise à augmenter la survie, à réduire la durée des séjours hospitaliers et à améliorer le rétablissement des enfants présentant des lésions graves.

⁴⁷ Les services de réadaptation gérés par les OPH et dans le cadre des programmes de réadaptation à base communautaire (*voir le glossaire, section 11*) assurent la continuité des soins et du soutien en matière de réadaptation. La réadaptation ne s'arrête pas à la sortie de l'hôpital (WCPT, 2016)

- m. Développer une communication sur le changement de comportement /une communication pour les campagnes de développement (voir *Section 6.6*) et former les agents de santé, y compris les agents de santé communautaires, sur la prévention et le traitement des maladies secondaires pour les personnes handicapées (telles que la prévention et le traitement des plaies de pression [voir *Glossaire, Section 11*]).

Exemple : Rééducation après le tremblement de terre au Népal

Après le tremblement de terre de 2015 au Népal, les cours de physiothérapie de l'Université de Katmandou ont été ajournés et des volontaires ont été enrôlés parmi les étudiants en physiothérapie. Chaque physiothérapeute travaillant à l'hôpital Dhulikhel de l'Université de Katmandou a supervisé plusieurs étudiants pour répondre aux besoins de rééducation (WCPT, 2016). Le Centre hospitalier de rééducation pour enfants handicapés a également fait partie de la réponse d'urgence au tremblement de terre en faisant figure de centre de référence pour les enfants nécessitant un soutien post-opératoire ou une rééducation. Le Centre Hospitalier de Rééducation pour Enfants Handicapés de la Fondation Népalaise de la Jeunesse a mis en place une structure « démontable » (voir *Glossaire, Section 11*) pour les blessés (OMS, 2015b).

Santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS)⁴⁸

- n. Mettre en place des interventions SMSPS au sein du centre et de la communauté qui tiennent compte des besoins des enfants handicapés, des membres de leur famille et des soignants.
- Sensibiliser le personnel de santé et de la SMSPS (y compris les psychologues et les travailleurs communautaires/psychosociaux) sur les troubles psychosociaux et psychologiques associés au stress post-traumatique et à la dépression et de leur impact sur les enfants handicapés (OMS, CBM et al., 2013).

⁴⁸ Pour plus d'informations, voir *Handicap International (2013) Interventions de santé mentale et de soutien psychosocial dans les situations d'urgence et d'après-crise*, <http://mhpps.net/?get=176/1384534052-PG10Psychosocial.pdf>.

- Former le personnel de la SMSPS, de la protection et de l'éducation aux premiers secours d'ordre psychologique pour les enfants (Save the Children, 2015), à communiquer avec les enfants handicapés (*voir Section 9.2*) et mettre en place un mécanisme de référence pour identifier et référer les enfants ayant des handicaps psychosociaux aux services de la SMSPS.
- Assurer l'accès aux médicaments et aux traitements de santé mentale pour les enfants ayant des handicaps psychosociaux en incluant ces médicaments dans la mise en place des approvisionnements (*voir Section 6.3.o-v*) et en recrutant des psychologues et psychiatres spécialisés dans le travail avec les enfants handicapés.
- Examiner les besoins de soutien psychosocial des enfants et des adolescents atteints de déficiences nouvellement acquises ainsi que des membres de leur famille et des soignants.

Interventions de santé sexuelle et reproductive (SSR)⁴⁹

- Lors de la planification des programmes et des services de SSR pour les adolescents et les jeunes, y compris sur l'éducation sexuelle, envisager d'intervenir dans des écoles spéciales et des établissements résidentiels.
- Envisager des activités de sensibilisation pour informer les adolescentes handicapées sur les services et informations sur la santé sexuelle et reproductive (*voir Section 7.4.j*) car elles n'ont peut-être pas accès aux espaces éducatifs (par exemple, les centres d'apprentissage temporaires, les écoles) et aux établissements de santé.
- Former le personnel et les volontaires de la SSR sur la manière de communiquer avec les adolescents handicapés (*voir Section 9.2*), en particulier sur les manières de toucher et de se protéger acceptables pour les adolescents ayant une déficience intellectuelle (CMR, 2014).
- Examiner et adapter les mécanismes de distribution de la contraception en tenant compte de l'accessibilité des points de

⁴⁹ Pour plus d'informations sur la SSR et le handicap, voir OMS et FNUAP (2009), *Promotion de la santé sexuelle et génésique pour les personnes handicapées*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44207/1/9789241598682_eng.pdf.

distribution (*voir Section 10*) et en diffusant des informations sur la contraception dans au moins deux canaux différents, tels que l'écrit et l'audio (*voir Section 9.3*).

Interventions sur le VIH / SIDA ⁵⁰

- s. Fournir des services de dépistage du VIH, des méthodes contraceptives (y compris la prophylaxie post-exposition), des programmes de prévention de la transmission mère-enfant et des médicaments antirétroviraux dans les lieux accessibles (*voir Section 10*) et s'assurer que l'information est présentée dans des formats accessibles (*Voir Section 9.3*).
- t. Sensibiliser et former les agents de santé sur le risque accru de violence sexuelle auquel les personnes handicapées sont confrontées dans des contextes humanitaires et sur les soins et traitements sûrs et confidentiels pour les personnes handicapées victimes de violences sexuelles, y compris les références au soutien psychosocial (OMS, CBM et al., 2013).

Encadré 7 : Aides techniques pour les enfants et les adolescents handicapés ⁵¹

Les aides techniques comprennent le matériel, l'équipement, les instruments et les logiciels (*voir Glossaire, Section 11*).

- L'OMS a publié une liste des aides techniques prioritaires.⁵² Les aides techniques incluent par exemple :
 - **Mobilité** - béquilles, déambulateurs, fauteuils roulants, tricycles, membres artificiels, attelles de mains, orthèses de pied bot, fauteuils d'angle, cadres sur pied, couverts adaptés.

⁵⁰ Pour plus d'informations sur le VIH et le handicap, voir UNICEF (2012) Vers une génération sans sida : Promouvoir des stratégies communautaires pour et avec les *enfants et les adolescents handicapés*, www.unicef.org/disabilities/files/Disability_HIV_Towards_an_AIDS-Free_Generation.pdf.

⁵¹ Adapté de l'UNICEF et de l'OMS (2015) Technologies d'assistance pour les enfants handicapés: créer des opportunités d'éducation, d'inclusion et de participation - un document de réflexion.

⁵² Pour la liste des aides techniques prioritaires et un supplément d'information, voir: www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/EMP_PHI_2016.01/en.

Encadré 7 (cont.):

- **Vision** - balles qui émettent du son, des lunettes, des loupes, des cannes blanches, de l'équipement braille pour la lecture et l'écriture, des logiciels de lecture d'écran pour ordinateur.
- **Audition** - écouteurs, prothèses auditives, boucle auditive.
- **Communication** - cartes de communication avec des textes, tableau de communication avec des lettres, des symboles ou des images.
- **Cognition** - listes de tâches, agenda et calendrier imagés, instructions basées sur l'image, jouets et jeux adaptés.
- Pour s'assurer d'une utilisation correcte et réduire les risques, le matériel d'assistance doit être accompagné de services appropriés tels que l'orientation, la prescription, l'ajustement / l'adaptation du produit à l'enfant, une formation sur son utilisation, le suivi, l'entretien et les réparations. Par conséquent, la distribution « seule » des appareils et accessoires fonctionnels devrait être évitée.
- Dans le cas d'amputations et d'autres déficiences sévères acquises, les services de réadaptation et de soutien psychologique devraient idéalement être fournis avant ou en même temps que la chirurgie, et toujours avec la fourniture d'aides techniques (WCPT, 2016).
- Former et informer les enfants et les soignants sur l'utilisation et la maintenance des appareils et accessoires fonctionnels en fournissant des guides de l'utilisateur dans des formats accessibles (*voir Section 9.3*).
- Mettre en place des systèmes de référence pour l'obtention d'aides techniques et d'autres outils (*voir Section 6.3.o-v*). Planifier des distributions de proximité pour faciliter l'accès.

Exemple : Fourniture de fauteuils roulants

En 2013, après le typhon Haiyan aux Philippines, une organisation internationale prévoyait de fournir des fauteuils roulants. En raison du plaidoyer des physiothérapeutes locaux pour suivre les directives de l'OMS, l'organisation a décidé d'externaliser la distribution de fauteuils roulants. Il en résulta que des kinésithérapeutes locaux formés ont évalué et prescrit les fauteuils roulants, vérifié l'ajustement et formé les utilisateurs à leur utilisation, à leur entretien et à leur réparation. À la suite des évaluations, des fauteuils roulants adaptés ont été achetés auprès d'un fabricant local (WCPT, 2016).

Protection sociale (*voir Glossaire*) ⁵³

- u. En concevant des programmes de protection sociale, il faut prendre en considération que les ménages composés de personnes handicapées peuvent être confrontés à des difficultés financières en raison de la perturbation des services et des prestations de protection sociale, des coûts supplémentaires des services de santé et des aides techniques et de la perte de revenus due au fait de s'occuper d'un membre de la famille avec un handicap.
- v. Les transferts monétaires peuvent permettre aux ménages vulnérables touchés par les crises, dont les ménages handicapés, d'accéder à des articles médicaux tels que des aides techniques (par exemple, des lunettes et des appareils auditifs, des fauteuils roulants) et des services (par exemple des soins de santé et de rééducation)
- w. Ajouter le handicap comme critère de sélection des bénéficiaires dans les programmes monétaires pour atteindre les ménages handicapés.

⁵³ En savoir plus sur la protection sociale et l'action humanitaire sur https://www.unicef.org/socialpolicy/index_socialprotection.html.

Partenariats

- x. L'expertise en matière de handicap peut être mobilisée par des partenariats existants ou en établissant de nouveaux partenariats avec des agences gouvernementales (ministères de la santé, de l'éducation, protection sociale), des OPH, des ONG spécialisées dans le handicap et en recrutant des consultants sur du court terme (*voir encadré 5*).
- y. Les organisations de la société civile, telles que les associations de défense des droits des femmes et des droits de l'homme, peuvent avoir des compétences transversales en matière de handicap, sexe, âge et autres facteurs qui rendent les enfants handicapés plus vulnérables dans les situations d'urgence.

7.5. Ressources humaines

- a. Consulter et recruter des personnes handicapées dans les processus d'intervention et de redressement rapide, ajoutant une expertise de première main sur les problèmes rencontrés par les enfants et les adultes handicapés (*voir encadré 5*).
- b. Un programme de santé d'urgence devrait idéalement inclure des professionnels de la réadaptation dans l'équipe pour travailler avec le coordonnateur de la santé. Un psychologue expérimenté travaillant avec des enfants et des adolescents handicapés serait également un atout pour l'équipe.

Encadré 8: Expertise en matière de handicap

- Lors de l'élaboration des registres des effectifs d'aide humanitaire, identifier le personnel ayant une expertise avec les enfants handicapés en incluant cette compétence dans la colonne 'expérience'.
- Identifier les membres de l'équipe ayant déjà travaillé directement avec des enfants handicapés ou sur les questions liées au handicap.

Encadré 8 (cont.) :

- Dans les descriptions d'emploi pour les postes de santé et de lutte contre le VIH / sida (médecins, infirmières, personnel de ré-éducation, par exemple), considérer l'expérience de travail avec des enfants handicapés ou sur les questions liées au handicap comme un atout souhaitable.
- Encourager les hommes et les femmes handicapés à postuler à des postes de personnel, consultants et bénévoles.⁵⁴
- Contacter les réseaux de personnes handicapées et les OPH pour partager les informations de recrutement et identifier les personnes handicapées qui ont une expertise technique pertinente.
- Élaborer des termes de référence en matière de handicap pour les consultants ou les partenariats afin de recruter des experts en matière de handicap (par exemple, des orthophonistes, physiothérapeutes et ergothérapeutes, interprètes en langue des signes), le cas échéant.
- Établir des registres de professionnels liés au handicap (par ex., Psychologues, physiothérapeutes et ergothérapeutes, prothésistes, orthésistes), qui peuvent effectuer de la formation et des exercices pendant la préparation et être appelés en cas d'urgence (WCPT 2016).

⁵⁴ L'UNICEF a une Directive exécutive sur l'emploi des personnes handicapées. Il existe également un fonds d'adaptation pour les personnes handicapées, qui fournit un soutien aux membres du personnel handicapés avec différents types de logements individuels. En 2016, l'UNICEF a également créé un Fonds d'écologisation et d'accessibilité pour aider les bureaux de l'UNICEF à rendre les lieux accessibles aux personnes handicapées.

Exemple : le leadership d'une femme dans la coordination humanitaire

Le fait d'avoir des professionnels handicapés dans le cadre d'une équipe d'intervention humanitaire peut aider à faire en sorte que les enfants handicapés soient inclus dans les programmes humanitaires. L'UNICEF a déployé Cara Elizabeth Yar Khan en tant que première femme ayant un handicap sévère dans un contexte de crise active.

À la suite du tremblement de terre de 2010 en Haïti, Mme Yar Khan a été membre de l'équipe de l'UNICEF en 2011. Dans son rôle de spécialiste de la mobilisation des ressources, elle a apporté son expérience vécue en tant que femme handicapée, prenant en charge le rôle additionnel du Point Focal pour les personnes handicapées pour le bureau national de l'UNICEF en Haïti. Elle a été capable de plaider en faveur d'actions favorisant l'inclusion des enfants handicapés dans divers secteurs. Le travail de Mme Yar Khan a illustré la façon dont les femmes handicapées apportent à la fois une expertise et un esprit critique sur les questions clés qui affectent les filles et les garçons handicapés dans les situations humanitaires (WRC, 2016).

7.6. Achat et approvisionnement

- Lors de l'achat et de la planification du matériel, déterminer si les produits peuvent être utilisés par des enfants souffrant de divers handicaps (*voir section 6.3.o-p*).
- Communiquer avec les ministères (par ex. Santé, éducation, protection sociale), les OPH et les organismes qui travaillent avec des personnes handicapées pour obtenir des produits et de l'information pour les handicapés, comme les aides techniques (*voir encadré 7*).
- Distribuer les fournitures prévues et achetées dans un plan d'urgence sanitaire (*voir section 6.3.o-v*). Mettre à jour les éléments et les quantités en fonction des résultats des évaluations des besoins et des enquêtes.

- d. Pour la fourniture et la distribution d'aides techniques, collaborer avec d'autres groupes tels que EAH, nutrition, éducation et protection, en veillant à fournir également des informations sur l'utilisation et la maintenance continue des appareils (*voir encadré 7*).

Exemple: Approvisionnement dans le cadre de la réponse de l'UNICEF au tremblement de terre au Népal

Dans le cadre de sa réponse immédiate au tremblement de terre de 2015 au Népal, l'UNICEF a mobilisé des Volontaires féminins de la santé communautaire pour identifier les enfants handicapés et les orienter vers des services tels que la rééducation et la distribution d'aides techniques. L'UNICEF a soutenu la fourniture de aides techniques⁵⁵ en partenariat avec le Centre hospitalier et de réadaptation pour enfants handicapés⁵⁶ et la Fondation Karuna.⁵⁷ L'UNICEF a également fourni des tentes et des médicaments au Centre hospitalier et de réadaptation pour enfants handicapés, qui a été endommagé par le tremblement de terre, pour permettre à son personnel de soigner et de soutenir les adultes et les enfants handicapés (UNICEF Népal).

7.7. Financement et budgétisation

- a. Dans les documents de collecte de fonds (par exemple, les appels éclairs, le manifeste de l'Action humanitaire pour les enfants,⁵⁸ les brochures et l'infographie de collecte de fonds) :

⁵⁵ Les aides techniques fournies comprenaient des prothèses auditives, des béquilles, des déambulateurs et des chaises toilettes adaptées.

⁵⁶ Le centre hospitalier et de rééducation pour les enfants handicapés est situé à la périphérie de Katmandou à Banepa, il fournit des services médicaux et de réadaptation à base communautaire aux adultes et aux enfants handicapés. L'UNICEF travaille en partenariat avec l'hôpital depuis 2014.

⁵⁷ La Fondation Karuna est une ONG qui travaille pour améliorer la qualité de vie des enfants handicapés en renforçant les systèmes de santé et en autonomisant les communautés.

⁵⁸ L'Action humanitaire pour les enfants de l'UNICEF établit le manifeste de l'organisation et ses objectifs visant à fournir aux enfants l'accès à l'eau potable, la nutrition, l'éducation, la santé et la protection autour du monde.

- Introduire des informations sur les besoins relatifs à la santé et aux actions prioritaires en faveur des enfants handicapés. Par exemple, un appel éclair pourrait annoncer : « Les enfants handicapés sont plus exposés aux risques de maltraitance, d'exploitation et de violence que leurs camarades non handicapés. Il sera accordé une attention particulière aux besoins médicaux des enfants les plus à risque, notamment les enfants handicapés ».
 - Utiliser un discours positif pour faire référence aux enfants handicapés (*voir Section 9.1*).
- b. Lors de l'élaboration de propositions, attribuer des budgets dédiés aux ressources humaines, à la construction, à la réparation et la reconstruction d'installations accessibles, le renforcement des capacités, les aides techniques, la sensibilisation, la formation et autres coûts associés.
 - c. Lors de l'évaluation des propositions faites par les acteurs humanitaires, il convient d'examiner et de faire des commentaires sur l'ampleur de l'inclusion des enfants et des adolescents handicapés, en encourageant les organisations à démontrer dans quelles mesures leurs activités, le suivi qu'elles effectuent et les résultats obtenus sont inclusifs pour les personnes handicapées.
 - d. Identifier et financer les projets qui incluent les enfants handicapés et leurs familles. Il faut tenir compte des critères suivants lors de la sélection des projets :
 - Le handicap est inclus dans l'évaluation des besoins ;
 - Les données sont regroupées par sexe, par âge et par handicap ;
 - Les activités planifiées et budgétisées, ainsi que les indicateurs et les résultats associés tiennent compte des besoins médicaux des enfants handicapés ou leur sont spécialement destinés (*voir Section 7.4*).
 - e. Surveiller le financement et les projets visant à répondre aux besoins médicaux des enfants handicapés (par exemple, les systèmes de surveillance financière ou les fonds communs nationaux).⁵⁹

⁵⁹ Pour plus d'informations, voir Cycle du programme humanitaire / mobilisation des ressources : <https://www.humanitarianresponse.info/programme-cycle/space/page/resource-mobilization>.

7.8. Renforcement des capacités

- a. Identifier les opportunités de formation planifiées ou demander aux partenaires d'animer une formation sur l'inclusion des enfants et des adultes handicapés⁶⁰ et désigner le personnel qui y participera ;
- b. Animer une formation sur l'inclusion des enfants et des adultes handicapés pour le personnel impliqués dans les interventions de santé et VIH/SIDA, en utilisant les ressources de formation identifiées et les modules développés durant la phase de préparation (voir Section 6.4.c).
- c. Dans la mesure du possible, réaliser une formation à des niveaux différents pour le personnel de coordination de la santé et du VIH / Sida, les équipes de collecte de données, les docteurs, les infirmières, les psychologues et les travailleurs sociaux.
- d. Inviter les adultes et les jeunes handicapés à devenir des membres des équipes de sensibilisation et des bénévoles communautaires. Attribuer des ressources de formation au renforcement de leurs capacités à identifier les enfants handicapés et à fournir des services d'informations et d'orientation.

7.9. Communication pour le changement de comportement et communication pour le développement

- a. Partager des informations sur les services de santé et VIH / Sida qui existent pour les enfants handicapés dans les établissements de santé par le biais de groupes de parents et lors d'activités de sensibilisation à la santé.
- b. Diffuser des informations relatives à la santé et au VIH / Sida sous au moins deux formats différentes, tels que des affiches, des bannières ou des panneaux indiquant les services, des campagnes de SMS et des annonces audio à la radio ou en utilisant les hauts parleurs de la communauté (voir Section 9.3).

⁶⁰ Les ONG travaillant avec des personnes handicapées, des OPH ou des ministères ou départements gouvernementaux organisent des formations sur les besoins des enfants handicapés dans leur pays ou dans leur région.

- c. Inclure des images positives d'enfants, d'adolescents et de femmes handicapés dans la documentation pour faire en sorte que les campagnes de communication contribuent à transformer les attitudes et à réduire la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes handicapées.
- d. Atténuer la stigmatisation, les préjugés et la jalousie qui peuvent être suscités par les interventions ciblées (par exemple, la distribution d'appareils fonctionnels ou de subventions en espèces) grâce à la communication sur les interventions de développement. Par exemple, il s'agit de tenir des réunions de discussion ouverte avec la communauté locale et les populations d'accueil afin de leur expliquer les activités humanitaires et les interventions destinées aux personnes handicapées (voir Section 4.1).
- e. Elaborer des mécanismes accessibles de rétroaction et de plainte dans le cadre des processus de responsabilisation et d'engagement communautaire (voir Section 6.6.c).

Exemple : Atteindre les personnes handicapées lors de l'épidémie d'Ebola.

En Sierra Leone, le pilier de la mobilisation sociale - la plateforme de coordination de la réponse contre l'Ebola - a mis en place un sous-comité axé sur les groupes vulnérables. Dirigé par Handicap International, ce sous-comité s'efforce de « veiller à ce qu'un soutien spécifique soit apporté à des groupes spéciaux, y compris les personnes handicapées ». Les OPH de Sierra Leone font partie du sous-comité. Afin d'adapter les messages pour qu'ils soient accessibles, des supports spécifiques ont été utilisés pour différents groupes : messages texte et sensibilisation individuelle à domicile (pour les personnes à mobilité réduite) ; radio, braille et gros caractères (pour les personnes ayant une déficience visuelle) ; et pictogrammes et télévision avec interprétation gestuelle (pour les malentendants)⁶¹ (Handicap International).

⁶¹ Voir la vidéo de la communication adaptée utilisée dans la campagne Ebola (en anglais avec sous-titres français) : <https://www.youtube.com/watch?v=M015IGIF1MA>.

7.10. Liste de vérification pour l'intervention et le redressement rapide

Cette liste de vérification, dressée à partir des actions définies dans ce document, permet de planifier les actions clés et de déterminer si ces actions clés incluent les enfants et les adolescents handicapés dans l'intervention et le redressement rapide. Pour remplir la liste de vérification, il peut être nécessaire de consulter d'autres collègues. Il peut être utile de la remplir en équipe ou lors d'une réunion de coordination. Des copies imprimables supplémentaires sont disponibles sur : <http://training.unicef.org/disability/emergencies/health-and-hiv-aids.html>.

Considérations pour l'inclusion des enfants handicapés dans l'intervention et le redressement rapide	
Coordination	
Les mécanismes de coordination (comme les groupes et pôles de travail) sur la santé et la lutte contre le VIH/Sida ont-ils un point focal, une antenne Handicap ou un groupe de travail ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	
Les questions relatives aux enfants handicapés ont-elles été incluses dans les plans de pôles / groupe de travail sur la santé et le VIH / SIDA ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	

Estimation, suivi et évaluation	
Les données existantes sur les enfants handicapés (par exemple, issues des ministères chargés des questions liées au handicap, des écoles spécialisées, des structures d'hébergement, des ONG, des OPH) ont-elles été compilées ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	
L'évaluation des besoins relatifs à la protection de l'enfance tient-elle compte des besoins des enfants handicapés (par exemple, l'évaluation initiale rapide multi-groupe, l'évaluation des besoins après une catastrophe) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	
Les données relatives aux programmes de protection de l'enfance ont-elles été regroupées par handicap (par exemple, les données sur le SRH, les soins de sante de base, le traitement du VIH/ Sida (<i>Voir Encadré 4.</i>))	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé

Notes :	
Le suivi, les rapports et les évaluations relatifs à la santé et la lutte contre le VIH/Sida (SitReps, tableaux de bord, suivi et évaluation en temps réel, évaluations conjointes) contiennent-ils des informations sur l'accès des enfants handicapés aux services de protection de l'enfance et aux défis auxquels ils font face ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	
Les enfants handicapés, leurs familles et les OPH sont-ils impliqués dans les consultations des populations affectées ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	

Planification	
Une cartographie des services et des programmes en faveur des enfants handicapés a-t-elle été dressée (par exemple, la rééducation, les appareils et accessoires fonctionnels, la chirurgie corrective, les prothèses et orthèses) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	
Interventions inclusives et accessibles	
Les personnes handicapées peuvent-elles avoir accès aux infrastructures et aux installations de santé liées à l'aide humanitaire ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	
Des mécanismes de sensibilisation ont-ils été mis en place pour l'identification et l'inclusion des enfants handicapés dans des campagnes telles que la vaccination contre la rougeole, les moustiquaires imprégnées d'insecticide, la vitamine A et les médicaments vermifuges ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé

Notes :	
Un système accéléré de collecte d'articles ménagers essentiels a-t-il été mis en place pour les foyers ayant des personnes handicapées ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	
Les enfants handicapés ont-ils accès aux services spécialisés (par exemple, SMSPS, physiothérapie / ergothérapie, aides techniques, gestion des escarres, chirurgie d'urgence / corrective) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	

Une collaboration/des partenariats ont-ils été créés avec des agences/organisations spécialisées dans les questions liées au handicap (par exemple, les ONG travaillant sur les questions liées au handicap, les OPH, les centres de réadaptation, les écoles spécialisées) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	
Des collaborations ont-elles été établies avec des fournisseurs de services spécialisés pour répondre aux besoins des enfants handicapés (par exemple Fournisseurs de chirurgies d'urgence / correctives, services de SMSPS, services de réadaptation, aides techniques) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	
Ressources humaines	
Les employés et le personnel actuels de santé et de lutte contre le VIH/ Sida ayant une expertise sur les questions liées aux handicaps ont-ils été identifiés ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé

Notes :	
Financement et budgétisation	
Les enfants handicapés sont-ils visibles et leurs questions et leurs besoins mis en évidence dans les documents de collecte de fonds (par exemple, les appels éclairs, les appels pour l'action humanitaire pour les enfants, les brochures, les propositions) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	
Renforcement de capacités	
Le personnel de santé et VIH/ Sida a-t-il suivi une formation sur l'inclusion des enfants handicapés (par exemple, comment adapter les services pour les rendre inclusifs, comment communiquer avec les enfants handicapés) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	

Approvisionnement et fournitures	
Des collaborations ont-elles été établies avec les départements gouvernementaux, les OPH et les ONG sur les produits et les fournitures pour les enfants handicapés (par exemple, aides techniques) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	
Communication pour le changement de comportement/communication pour le développement	
Les supports de communication sont-ils produits dans le cadre des programmes de santé et de lutte contre le VIH /Sida en au moins deux versions (par exemple, papier et audio) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	
Les enfants handicapés sont-ils visibles dans les messages et les campagnes de communication relatifs à la santé et le VIH/Sida (par exemple, des photos d'enfants et de femmes handicapés incluses dans la documentation) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	



Monel, douze ans, assisté d'un agent de santé, marche à l'aide de nouvelles béquilles dans un hôpital de campagne installé après le séisme, à Port-au-Prince, en Haïti.

Le rétablissement d'une crise humanitaire offre l'opportunité d'institutionnaliser et de maintenir les processus et les interventions inclusives introduits durant la phase d'intervention et de garantir l'avancement continu des droits des enfants et des adolescents handicapés. Les phases de rétablissement et de reconstruction affectent les interventions de préparation. Par conséquent, certaines des actions ci-dessous sont également pertinentes pour le dispositif de préparation.

8.1. Coordination et planification

- a. Identifier les ministères concernés avec des services en faveur des enfants handicapés lancés durant la phase d'intervention que l'on pourrait encore consolider lors de la planification du rétablissement. (par exemple, fourniture d'aides techniques, services de réadaptation).
- b. Travailler avec les homologues gouvernementaux en vue d'intégrer les pratiques inclusives mises en place durant la phase d'intervention aux programmes de santé et aux plans de formation traditionnels pertinents (*voir Section 8.8*), aux partenariats et à l'aide continue, et lors du renforcement des systèmes de santé.

Exemple: Thérapie physique dans la récupération et la reconstruction après un tremblement de terre

En mars 2011, un an après le tremblement de terre en Haïti qui a blessé 300 000 personnes, CBM a fait évoluer son intervention de l'aide d'urgence après un tremblement de terre à une aide pour le redressement et la reconstruction. Avant la catastrophe, la réadaptation dans le pays était peu développée et sous-financée ; Cependant, les dégradations résultant du tremblement de terre ont créé une forte demande de réhabilitation physique. Dans le cadre de leur phase de rétablissement, CBM a travaillé avec des partenaires pendant deux ans pour développer un centre de rééducation.

Exemple (cont) :

Le centre était doté de physiothérapeutes nationaux, d'assistants en réadaptation et de travailleurs sociaux et communautaires. Il a été inclus dans un réseau de référence local et connecté à un centre de rééducation communautaire local soutenu par CBM (WCPT, 2016).

- c. Incorporer les données et les informations sur les services et les ressources liées au handicap générées durant la phase d'intervention et de redressement rapide au sein des mécanismes gouvernementaux et internationaux existants, afin de ne pas les perdre et de pouvoir les réutiliser à l'avenir.
- d. Travailler avec les partenaires (les ministères concernés, les ONG spécialisées dans les questions liées au handicap, les OPH et le secteur privé) pour faciliter l'accès des familles les plus vulnérables aux appareils fonctionnels (par exemple, grâce aux subventions, à la sécurité sociale ou aux allocations de protection sociale et en rationalisant l'approvisionnement).
- e. Etablir des partenariats avec les organisations spécialisées dans les questions liées au handicap, y compris les OPH et les ONG qui travaillent sur les problèmes liés au handicap (*voir Encadré 5*).

8.2. Estimation, suivi et évaluation

Identification des enfants handicapés et regroupement des données

- a. Il s'agit de plaider pour l'adoption du regroupement des données par handicap au sein des systèmes d'information nationaux, tels que les Systèmes d'information sur la gestion de la santé (*voir Encadré 4*).
- b. Voir l'Encadré 3 pour l'identification des enfants handicapés.

Évaluation des besoins

- c. Procéder à des évaluations liées aux processus de rétablissement et de planification, tels que l'évaluation des besoins après une catastrophe, afin d'influencer la collecte de données et les principaux débats sur les politiques et la planification qui offriront l'opportunité de renforcer les systèmes de santé en vue d'inclure les enfants handicapés.⁶²
- d. Collecter et présenter les données relatives aux enfants et aux adolescents handicapés lors de l'évaluation des besoins après une catastrophe et des rapports associés, en comblant les lacunes d'information identifiées (*voir Encadré 4*).
- e. Dans les enquêtes ciblées et autres évaluations participatives, il convient d'accorder du temps et de l'espace aux enfants handicapés pour leur permettre d'exprimer leurs priorités pour leur rétablissement et celui de leur environnement (*voir Section 7.2.j*).

Suivi et évaluation de programme

- f. Enregistrer les bonnes pratiques (ce qui a fonctionné et pourquoi) qui favorisent l'inclusion des enfants handicapés (par exemple, par un exercice consistant à tirer les enseignements d'une expérience) et utiliser les conclusions pour énoncer des recommandations pour les programmes de santé et VIH/Sida.
- g. Mener des enquêtes ciblées (telles que les évaluations relatives à la connaissance, l'attitude, les pratiques ou les évaluations participatives) portant sur les ménages ayant des enfants handicapés pour évaluer leur accès aux services de santé et VIH/ Sida.
- h. Inclure des activités qualitatives de collecte de données (par exemple, les groupes de discussions thématiques) qui peuvent enregistrer l'impact et le changement dans les vies des enfants et des adolescents handicapés et décrire les enseignements tirés et les difficultés rencontrées lors des évaluations et de la communication de l'information.

⁶² Les évaluations des besoins post-catastrophe sont souvent menées par l'Union européenne, la Banque mondiale et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD).

- i. Examiner d'autres facteurs, tels que le sexe, l'âge et le type de handicap, pour identifier quels groupes d'enfants et d'adolescents ont été sous représentés dans la programmation.
- j. Inclure dans toutes les évaluations l'accès des enfants handicapés aux services de santé et VIH/Sida (voir *Encadré 6*).

Exemple : Documenter les enseignements

Le Groupe de travail sur le vieillissement et le handicap, établi au Pakistan après les inondations de 2010, a publié un recueil de pratiques inclusives basé sur les interventions inclusives au handicap, les enseignements et les études de cas des 10 organisations internationales et locales qui font partie du groupe. L'étude de cas de *Lumière pour le monde* met en lumière la création d'une unité de soins oculaires d'urgence en 2009 pour répondre à l'afflux de personnes déplacées dans le district de Mardan en raison du conflit. L'unité a effectué 730 chirurgies de la cataracte et examiné 12 931 patients. De plus, le groupe de travail a fourni des appareils fonctionnels et établi des cliniques de santé mobiles après les inondations de 2010 (Groupe de travail sur le vieillissement et le handicap, 2011).⁶³

8.3. Protection sociale⁶⁴

- a. L'abordabilité des soins de santé est un problème clé dans la plupart des pays (OIT, 2008). La protection sociale peut jouer un rôle important pour transformer les interventions de secours en programmes de rétablissement à long terme. Par exemple, la liquidité d'urgence peut devenir un mécanisme de protection prévisible à moyen ou long terme, comme l'assurance sociale maladie pour les personnes handicapées.

⁶³ Pour le rapport complet, voir https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/ADTF_Report.pdf.

⁶⁴ Pour en savoir plus sur la protection sociale et l'action humanitaire, voir : https://www.unicef.org/socialprotection/framework/index_61912.html.

- b. Il convient d'envisager de convertir les programmes de transfert monétaires pour les ménages ayant des enfants handicapés en fourniture d'appareils fonctionnels et de soins de réadaptation, le cas échéant (*voir Section 7.4.u–w*).

Exemple: Assurance maladie pour enfants handicapés

En 2016, le gouvernement des Philippines a approuvé un programme national d'assurance pour 5 millions d'enfants handicapés bénéficiant du soutien de l'UNICEF. Le paquet offre des évaluations, des aides techniques et des services de réadaptation et constitue une étape majeure vers la fourniture de services innovants et inclusifs à l'échelle nationale (UNICEF Philippines).

8.4. Infrastructure accessible

La reconstruction et la réhabilitation des installations de santé offrent l'opportunité de les rendre meilleures, plus sûres et plus accessibles.

- a. Préconiser l'accessibilité en tant qu'élément clé d'un plan de reconstruction, dont l'EAH dans les cliniques et les hôpitaux de premiers soins (*voir Section 10*).
- b. Favoriser l'accessibilité des codes et des normes nationaux de construction, et d'autres politiques pertinentes.

8.5. Ressources humaines

- a. Travailler avec les ministères et les services concernés et les organisations de la société civile pour développer des bases de données et des tableaux de service identifiant les personnes qui ont suivi une formation et qui ont travaillé sur les questions liées au handicap (*voir Encadré 8*).
- b. Aider les collectivités locales à examiner les ressources humaines (par exemple, les agents de santé communautaires, les médecins en réadaptation, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, les prothésistes et les orthésistes), en préconisant un

nombre suffisant de membres du personnel aptes à répondre aux besoins des enfants handicapés en matière de santé.

8.6. Approvisionnement et fournitures

- a. Encourager les départements de la santé et les ministères à développer des catalogues d'aides techniques pour une gamme de handicaps.⁶⁵
- b. Établir des accords à long terme avec les fournisseurs de fournitures inclusives et accessibles, comme les aides techniques (*voir encadré 7*).
- c. Cartographier d'autres agences qui se procurent et fournissent des aides techniques. L'approvisionnement en grandes quantités peut réduire les coûts.
- d. Soutenir les gouvernements locaux et nationaux dans l'intégration des fournitures inclusives (par exemple, rampes portables pour les établissements de santé, aides techniques, etc.) dans leurs processus d'approvisionnement, y compris des modules de formation de base et des informations sur l'utilisation et la maintenance sécuritaires.

8.7. Financement et budgétisation

- a. Définir le financement nécessaire pour tous les besoins non satisfaits des femmes, enfants et des adolescents handicapés dans le rapport d'évaluation des besoins post-urgence et dans les rapports finaux par pôle et par pays.
- b. Aider les gouvernements locaux et nationaux à élaborer une planification inclusive et participative et un processus budgétaire, en organisant des groupes de discussions thématiques avec les OPH, les autres groupes de personnes handicapées, les associations de parents, les experts et les enfants et les adolescents handicapés, en vue de leur permettre de classer les services de santé et VIH/ SIDA par ordre de priorité et de mieux utiliser les ressources financières (*voir Encadré 5 et Section 7.2.k*).

⁶⁵ Pour la liste complète des produits d'assistance prioritaires de l'OMS et plus d'informations, voir www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/EMP_PHI_2016.01/en.

- Un exemple est de préconiser la mise en place d'unités de réadaptation pour une réadaptation à long terme tout en assurant la réadaptation à base communautaire (OMS, 2010a).

8.8. Renforcement des capacités

- a. Travailler avec les homologues gouvernementaux dans les ministères ou les services concernés pour intégrer les modules de formation sur les questions liées au handicap au sein de la formation régulière sur la santé et le VIH/SIDA
- b. Organiser des ateliers de sensibilisation sur les risques et les besoins en terme de santé des enfants handicapés pour les autorités locales et le personnel humanitaire.
- c. Aider les OPH à renforcer leurs capacités et les impliquer dans la planification du rétablissement et la réduction des risques de catastrophe.

Exemple : Former les femmes handicapées à l'action humanitaire

La Commission des femmes pour les réfugiés (CFR), en collaboration avec des organisations de femmes handicapées en Afrique et en Asie du Sud, a élaboré une ressource intitulée *Renforcer le rôle des femmes handicapées dans l'action humanitaire : Guide du facilitateur*.⁶⁶ Son but est de soutenir les dirigeantes dans la formation des membres, des collègues et des partenaires sur l'action humanitaire. La formation vise à renforcer la capacité des femmes handicapées à plaider efficacement pour les questions relatives aux femmes et aux handicaps, y compris celles liées à la santé, dans le cadre de forums humanitaires pertinents aux niveaux nationaux et régionaux (CMR, 2017).

⁶⁶ Voir : <https://www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1443-humanitarian-facilitators-guide>.

8.9. Politiques

- a. Examiner les politiques et cadres nationaux en matière de santé pour déterminer s'ils considèrent le handicap. b. Sur la base de l'examen, fournir des recommandations et des messages de plaidoyer pour la modification des politiques existantes ou l'élaboration de nouvelles politiques incluant les enfants handicapés. Les recommandations de politique peuvent inclure :
 - Fourniture de cartes d'identification d'invalidité pour accéder aux prestations de santé, aux aides techniques et à la réadaptation, aux médicaments et au suivi médical.
 - Assurance maladie pour les enfants handicapés.

8.10. Liste de vérification pour le rétablissement et la reconstruction

Cette liste de vérification, dressée à partir des actions de programme définies dans ce document, permet de planifier les actions clés et de déterminer si ces actions clés incluent les enfants et les adolescents handicapés dans la phase de rétablissement et de reconstruction. Pour remplir la liste de vérification, il peut être nécessaire de consulter les autres collègues. Il peut être utile de la remplir en équipe ou lors d'une réunion de coordination. Des copies imprimables supplémentaires sont disponibles sur : <http://training.unicef.org/disability/emergencies/health-and-hiv-aids.html>.

Considérations pour l'inclusion des enfants handicapés dans le rétablissement et la reconstruction

Coordination et planification

Les collaborations avec les ministères et les services qui fournissent des services de santé et VIH/Sida aux enfants handicapés sont-elles durables à long terme ?

- ☐ Planifié
- ☐ En cours
- ☐ Terminé

Notes :

Les questions liées aux enfants handicapés ont-elles été incluses dans les plans de rétablissement relatifs à la santé et VIH/Sida ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	
Les plans visant à renforcer les systèmes de santé incluent-ils des dispositions en faveur des enfants handicapés ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	
Estimation, suivi et évaluation	
Les évaluations des besoins en terme de santé liés au rétablissement et à la reconstruction reflètent-elles les besoins des enfants handicapés et incluent-elles les données regroupées par handicap ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	
Le suivi, les rapports et les évaluations relatifs à la santé et à la lutte contre le VIH/Sida enregistrent-ils des informations sur l'accès des enfants handicapés aux services et les défis auxquels ils font face ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé

Notes :	
Les enfants handicapés, leurs familles et les OPH sont-ils consultés dans le cadre des efforts relatifs au rétablissement et à la reconstruction ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	
Infrastructure accessible	
L'accessibilité est-elle un des critères pris en compte dans le plan de reconstruction d'une infrastructure (par exemple, les centres d'hébergement, les centres communautaires, les cours de récréation) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	
Approvisionnement et fournitures	
Des partenariats ont-ils été établis avec le gouvernement et les fournisseurs de services liés à la santé pour la fourniture de dispositifs d'aide aux enfants handicapés ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé

Notes :

Ressources humaines

Les bases de données et les tableaux de bord enregistrent-ils des informations sur les employés et le personnel spécialisées dans les questions liées au handicap ?

- ☐ Planifié
- ☐ En cours
- ☐ Terminé

Notes :

Financement et budgétisation

Les budgets de reconstruction de santé et de lutte contre le VIH / Sida incluent-ils un financement pour des installations et des services accessibles pour les enfants handicapés ?

- ☐ Planifié
- ☐ En cours
- ☐ Terminé

Notes :

Renforcement des capacités

La formation relative à la santé et à la lutte contre le VIH/Sida inclut-elle des éléments sur les moyens de satisfaire les droits et les besoins des enfants handicapés (par exemple, la formation des travailleurs sociaux de la santé, les docteurs, les infirmières) ?

- ☐ Planifié
- ☐ En cours
- ☐ Terminé

Notes :	
Politiques	
Les politiques et les normes nationales en matière de santé et de lutte contre le VIH / sida liées aux infrastructures et aux services comprennent-elles des composantes sur le handicap ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes :	



Un garçon est évalué par un agent de santé de la société Atfaluna («Nos enfants») pour les enfants sourds, une ONG locale dans la ville de Gaza, État de Palestine.

Cette section sert de référence pour les agents humanitaires, médecins, infirmiers, personnel de réadaptation et agents de santé communautaires lorsqu'ils s'adressent directement aux enfants et adolescents handicapés et à leurs familles, y compris les soignants handicapés (par exemple, pour les consultations, visite d'établissements de santé, services de santé ou conception des messages pour les populations concernées).

9.1. Terminologie⁶⁷

La terminologie employée pour s'adresser aux enfants et aux adolescents handicapés dans la documentation peut soit les diminuer soit les autonomiser.

- Utiliser la première personne (par exemple « l'enfant en situation de handicap », et non « l'enfant handicapé » ; « la fille qui est aveugle » ou « la fille ayant une déficience visuelle » et non « la fille aveugle »).
- Ne pas utiliser de termes ayant une connotation négative, tels que souffrir, souffrant, victime ou handicapé. Il faut dire « personne qui utilise un fauteuil roulant » plutôt que « personne confinée dans un fauteuil roulant ».
- Utiliser « personnes non handicapées » plutôt que « personnes normales » ou « ordinaires ».
- Ne pas utiliser d'acronymes pour faire référence aux enfants handicapés (EH) et aux personnes handicapées (PH).⁶⁸
- Utiliser une terminologie appropriée pour les différents types de handicap : déficiences physiques, visuelles, auditives, intellectuelles et psychosociales (*voir Glossaire, Section 11*).

⁶⁷ Pour plus d'informations sur la terminologie liée aux personnes handicapées, voir le module de communication inclusive de l'UNICEF : www.unicef.org/disabilities/index_90418.html.

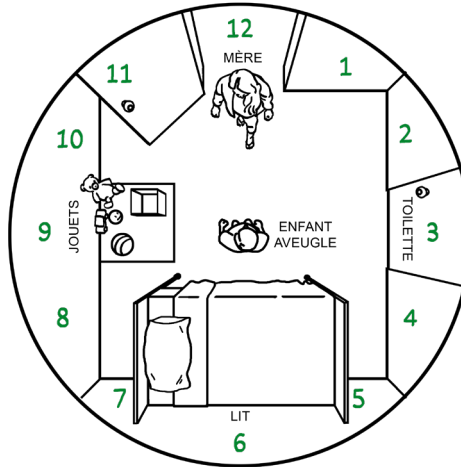
⁶⁸ La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) emploie les termes 'enfants handicapés' et 'personnes handicapées'. En réaction aux stigmatisations et aux discriminations de longue date auxquelles les enfants et les adultes handicapés sont confrontés, ils préfèrent que l'on parle d'eux en tant qu'enfants et en tant que personnes, et l'utilisation d'une abréviation refuse cela.

9.2. Communication avec les enfants et les adolescents handicapés ⁶⁹

- a. Dans la mesure du possible, il convient de parler à l'enfant ou à l'adolescent handicapé et d'essayer d'obtenir des informations directement de sa part, et pas seulement à travers son aidant.
- b. Il faut être patient, ne pas faire de suppositions et confirmer que l'on comprend ce que l'enfant a exprimé.
- c. Quand cela est nécessaire, il s'agit d'identifier les membres de la communauté qui peuvent faciliter la communication avec les enfants handicapés (par exemple, les interprètes en langue des signes, les OPH, les enseignants d'établissements inclusifs ou spécialisés, les aidants d'enfants handicapés, les orthophonistes).
- d. Le personnel formé ou spécialisé travaillant avec les enfants handicapés, tels que les orthophonistes et les spécialistes de la petite enfance, peuvent aider les aidants à communiquer et à échanger avec l'enfant ou l'adolescent handicapé.
- e. Les enfants et les adolescents ayant des déficiences auditives (sourds ou malentendants) utilisent souvent la langue des signes. Si l'enfant ou l'aidant ne connaît pas la langue des signes, il convient d'employer le langage corporel, des aides visuelles ou des mots clés, et de parler lentement et clairement.
 - Lorsque l'on parle avec un enfant qui lit sur les lèvres, il convient de maintenir le contact visuel et de ne pas couvrir sa bouche.
- f. Pour les enfants et les adolescents ayant une déficience visuelle (aveugles ou malvoyants) :
 - Décrire l'environnement (par exemple, un espace ami des enfants) et introduire les personnes présentes.
 - Utiliser la méthode de l'horloge' (voir Figure 3) pour aider les enfants plus âgés et les adolescents à localiser les gens et les éléments (par exemple, 'les toilettes sont à 3 heures' si elles sont tout de suite à leur droite, ou 'les jouets sont entre 8 et 10 heures' s'ils sont à leur gauche).

⁶⁹ Pour plus d'informations sur la terminologie liée aux personnes handicapées, voir le module de communication inclusive de l'UNICEF : www.unicef.org/disabilities/index_90418.html.

Figure 3 : La méthode de l'horloge

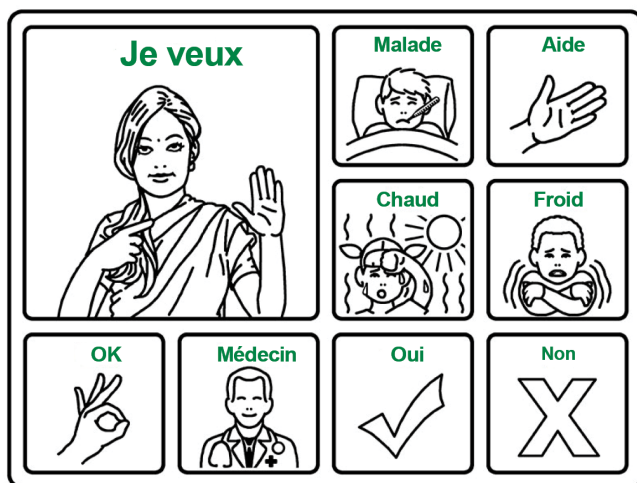


Source : UNICEF Section Handicap, 2017

- Le fait de toucher et de sentir des objets différents permet d'apprendre et d'identifier les objets, tels que des jouets, de la nourriture ou des couverts.
 - Il convient de demander la permission si l'on propose à l'enfant de le guider ou de le toucher ou de toucher à ses aides techniques, telles qu'un fauteuil roulant ou une canne blanche.
- g. Si l'enfant ou l'adolescent a des difficultés à communiquer ou à comprendre les messages, il convient d'utiliser une communication verbale claire et d'envisager ce qui suit :
- Utiliser des objets qui représentent des activités différentes pour aider l'enfant ou l'adolescent à comprendre et à pouvoir anticiper ce qui suit et à permettre d'instaurer une routine.
 - Les enfants et les adolescents handicapés peuvent également utiliser des objets pour demander des choses (par exemple, un savon pour annoncer le bain ou une cuillère pour indiquer qu'ils ont faim).
 - Encourager les enfants et les adolescents à utiliser un livre, un tableau ou des cartes avec des images ou des dessins liés aux émotions et pour répondre aux questions (voir Figure 4). Ils peuvent les utiliser pour communiquer au sujet de problèmes, de la santé, de la nourriture ou du jeu (Novita, 2007a, 2007b).⁷⁰

⁷⁰ Si l'enfant le peut, on peut créer des livres plus complexes avec des symboles pictu-

Figure 4 : Tableaux et livres de communication



Source : Adapté de Novita, 2017

- Former les parents et les aidants à observer et à apprendre les expressions subtiles du visage ou les mouvements corporels que l'enfant ou l'adolescent utilise pour montrer comment il ou elle se sent (par exemple, mal à l'aise, heureux, qui a faim, qui a soif).
- On peut utiliser sur les téléphones intelligents et les tablettes des applications qui produisent une voix lorsqu'on appuie sur un symbole. Il existe également des dispositifs d'aide à la communication utilisant la synthèse vocale.⁷¹

raux arrangés par page de catégories différentes (par exemple, la nourriture, les ustensiles de cuisine, les vêtements, les fournitures scolaires). On peut utiliser les mêmes débuts de phrase (par exemple, je veux, je ne veux pas, je vois, j'entends, je me sens, c'est). Cela permet à celui ou à celle qui apprend d'employer des phrases entières même s'il ou elle ne parle pas.

⁷¹ Pour des exemples d'aides à la communication de sortie vocale, voir www.nationalautismresources.com/speech-communication/aac-devices/.

9.3. Adaptation de l'information pour les personnes handicapées ⁷²

Il s'agit de produire des informations sur la santé et le VIH/SIDA dans des versions différentes. Cela garantira que les enfants, les adolescents et les aidants ayant des déficiences physiques, intellectuelles, auditives et visuelles puissent avoir accès aux informations et les comprendre.

- a. Parmi les versions accessibles pour les personnes ayant des déficiences visuelles (aveugles et malvoyantes) figurent les gros caractères, les SMS sur les téléphones (la plupart des téléphones intelligents ont des applications gratuites de reconnaissance vocale), le braille, les annonces radio ou audio.
- b. Les personnes disposant de logiciels de lecture d'écran sur leur ordinateur peuvent également avoir accès aux informations électroniques (par exemple, les courriels, le traitement de texte).
- c. Parmi les versions accessibles pour les personnes ayant des déficiences intellectuelles, figurent le langage simplifié et les signes visuels, tels que les pictogrammes, les dessins, les images et les photographies imprimées
- d. Parmi les versions accessibles pour les personnes ayant des déficiences auditives (sourdes ou malentendantes) figurent les informations imprimées, les SMS, les légendes et la traduction simultanée en langue des signes pour des réunions ou des annonces télévisées.

⁷² Pour plus d'informations sur l'adaptation de l'information pour les personnes handicapées, voir le module de communications inclusives de l'UNICEF : www.unicef.org/disabilities/index_90418.html , et pour un exemple de communication accessible aux personnes ayant plusieurs handicaps, voir la communication inclusive de l'UNDP sur Ebola en Sierra Leone : <https://www.youtube.com/watch?v=M015IGIF-1MA>.

Exemple : Versions accessibles lors des interventions pendant le tsunami

A la suite du tremblement de terre et du tsunami qui ont frappé le Japon en mars 2011, des annonces radio et des camionnettes munies de hauts parleurs ont été utilisées pour s'adresser à la population affectée. Ces annonces n'étaient pas accessibles aux personnes ayant des déficiences auditives ou malentendantes. Après la catastrophe, une société privée appelée *PLUSVoice* a lancé un service pour fournir l'interprétation en langue des signes par le biais d'appels vidéo aux habitants des préfectures d'Iwate, Miyagi et Fukushima. Ce support de communication à distance a fourni aux personnes ayant des déficiences auditives un accès aux informations et aux avertissements liés à la crise (FICR, Handicap International et CBM, 2015).

- e. Organiser des ateliers pour impliquer les OPH, les autres groupes de personnes handicapées et les enfants et les adolescents présentant différents types de handicap dans la conception, l'étude et la diffusion de supports de communication, tels que des émissions de radio gérées par des adolescents handicapés (voir *Encadré 5* et Section 7.2.k).

9.4. Elaboration de messages incluant des enfants handicapés⁷³

La manière dont les informations décrivent les enfants handicapés peut permettre d'atténuer les stéréotypes et les idées préconçues et de favoriser une sensibilisation à leurs besoins et à leurs capacités. Toute communication liée à l'action humanitaire et au développement peut être inclusive des questions liées au handicap.

- a. Représenter la diversité de la communauté en incluant des photos d'enfants handicapés dans les informations relatives à la santé, qu'elle soit ou pas liées au handicap.
- b. Représenter les enfants présentant différents types de handicap au milieu d'un groupe d'enfants, plutôt que seuls ou isolés du groupe.
- c. Illustrer les enfants handicapés et leurs aidants en train de participer activement à des activités (par exemple, des parents donnent à manger à leur enfant, des enfants qui jouent ou fréquentent des espaces amis des enfants, des soins dispensés).
- d. Adapter les outils de communication existants pour sensibiliser aux questions liées au handicap.
 - Outils de communication pour l'action humanitaire de l'UNICEF.⁷⁴
 - Communication pour le développement de l'UNICEF : Il s'agit de donner la parole aux enfants et aux adolescents handicapés par la mobilisation sociale, de les impliquer en tant que principaux acteurs des campagnes de communication et de se concentrer sur des images positives du handicap en vue de transformer les normes sociales et de réduire la stigmatisation et la discrimination.

⁷³ Pour plus d'informations sur le développement de messages inclusifs, voir le Module de communication inclusive de l'UNICEF : www.unicef.org/disabilities/index_90418.html.

⁷⁴ Voir https://www.adelaide.edu.au/accru/projects/effectivecomms/6-C4D-CHAT_Proof-2.pdf.



Avec l'aide de leurs frères et soeurs, Marva, 12 ans, et Mahar, 11 ans (à gauche et à droite, en fauteuil roulant), rentrent chez eux dans le camp de Za'atari accueillant les réfugiés syriens en Jordanie. Leur famille (dont leur père, qui a le même handicap et les six enfants) a fui la Syrie pour échapper à la violence qui touchait leur voisinage.

Les personnes handicapées sont confrontées à diverses barrières qui les empêchent d'avoir accès aux services et aux informations sur la santé et le VIH/SIDA. Ces conseils pour l'accessibilité portent sur les moyens d'identifier et de surmonter les barrières physiques dans l'environnement et l'infrastructure. Les actions constituent des normes minimales visant à rendre accessible l'infrastructure sur la santé et le VIH/SIDA peuvent s'appliquer à toute installation qui fournit des services médicaux (par exemple, les espaces amis des enfants, les centres d'apprentissage temporaires, les écoles qui soutiennent les campagnes de vaccination, les hôpitaux et établissements de santé temporaires).

Les collègues du secteur Education, Protection et EAH peuvent avoir besoin d'encouragements pour veiller à ce que toutes les installations fournissant des services de santé et sur le VIH/SIDA soient accessibles à tous. Les toilettes, les lavabos, les douches et les points d'eau au sein d'une installation médicale devraient être accessibles et utilisables par les personnes présentant différents types de handicap (*voir le livret EAH*).⁷⁶

Dans la mesure du possible, des consultants en accessibilité peuvent aider à évaluer, à planifier, à superviser et à auditer la construction et la reconstruction d'installations de santé accessibles.⁷⁷

- a. Examiner les normes nationales d'accessibilité. S'il n'y a pas de normes nationales, les normes internationales peuvent s'appliquer.⁷⁸

⁷⁵ Toutes les spécifications fournies proviennent de la ressource de l'UNICEF, Composants accessibles pour l'environnement bâti: directives techniques pour une conception universelle, <http://www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/Disability/annex12 technical cards for accessible construction.pdf> (Document de l'UNICEF(2016) non-publié).

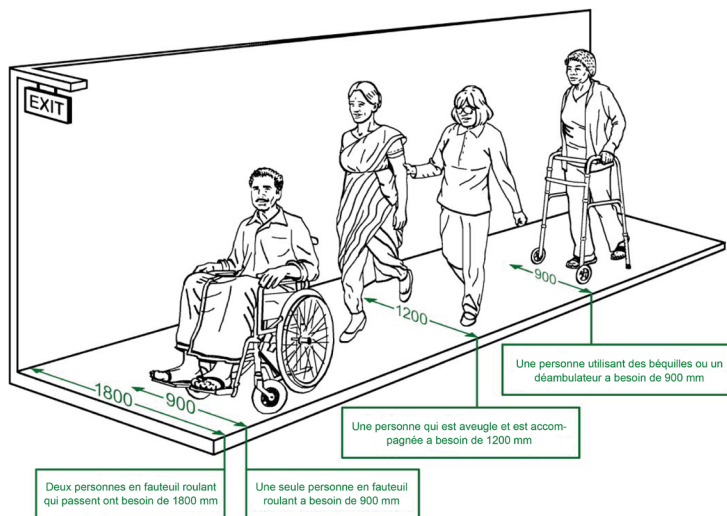
⁷⁶ Voir <http://training.unicef.org/disability/emergencies/wash.html>.

⁷⁷ Une base de données de consultants en accessibilité dans de nombreux pays et toutes les régions est mise à jour par GAATES au nom de l'UNICEF. Les informations peuvent être obtenues par email à : disabilities@unicef.org.

⁷⁸ Se référer à Building Construction : Accessibility and usability of the built environment (Construction d'un bâtiment : accessibilité et facilité d'utilisation d'un milieu bâti - 2011) par l'Organisation internationale de normalisation (ISO). Cette ressource est disponible par le biais des collègues de l'UNICEF en contactant la Division Approvisionnement.

- b. L'accessibilité est conçue autour du principe RECU : les personnes présentant tous les types de handicap peuvent avoir accès, entrer, circuler et utiliser tous les points de distribution ou établissement de santé en se déplaçant constamment (par Exemple: sans se heurter à des obstacles).
- c. Il s'agit de penser à l'emplacement des installations médicales : sont-elles faciles d'accès ? Les bâtiments sont-ils accessibles aux personnes présentant différents types de handicap ?
- d. Dans la mesure du possible, sélectionner les emplacements et les installations qui sont déjà accessibles ou qui seront faciles à modifier (par exemple, la largeur des portes est de 800 mm,⁷⁹ une rampe peut être installée à l'entrée principale).
- e. Les allées devraient être d'une largeur minimum de 900 mm, l'idéal étant de 1800 mm pour permettre aux personnes en fauteuil roulant de passer à deux (voir Figure 5). Le sol devrait être stable et plat.

Figure 5 : Les allées devraient mesurer au moins 900 mm pour permettre à différents utilisateurs de circuler

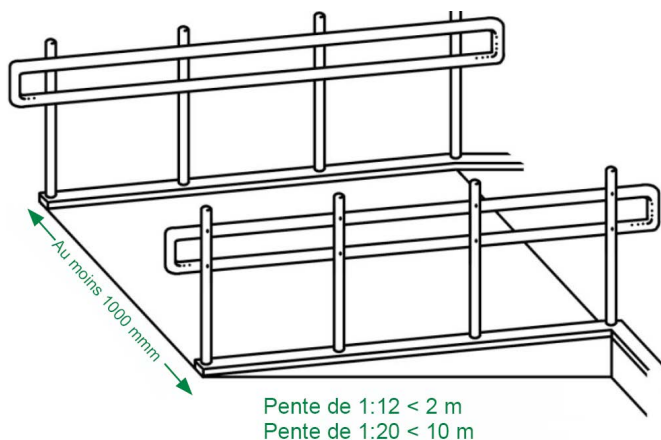


Source : Adapté d'Oxley, 2002, par le DFID (Département du développement international) et TRL, 2004 (UNICEF, 2016c)

⁷⁹ Il est difficile de réadapter et de rendre les portes plus larges après la construction pour permettre aux personnes en fauteuil roulant de pénétrer dans le bâtiment ou dans les pièces.

- f. Les rampes constituent la seule solution pratique pour les personnes qui ne peuvent pas franchir des marches ou prendre des escaliers. Elles devraient être d'une largeur minimum de 1000 mm avec des barres de maintien recommandées pour les pentes de plus de 1: 20, pour les escaliers ou les passages d'évacuation (voir Figure 6).

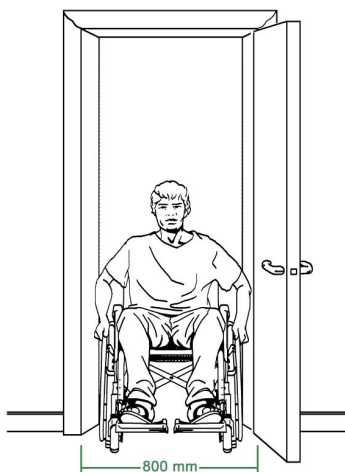
Figure 6 : Rampes



Source : Adapté de la FICR, Handicap International et CBM, 2015

- g. Les entrées et les cadres des portes devraient être d'une largeur minimum de 800 mm (voir Figure 7) sans seuil ou obstacle au sol.

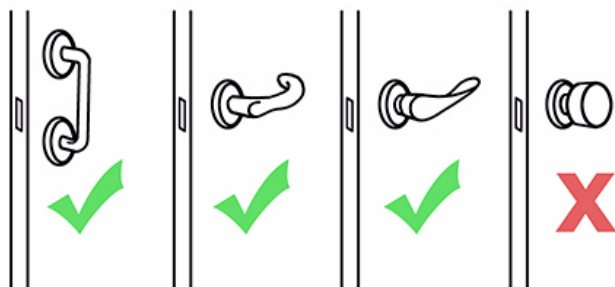
Figure 7 : Les portes devraient être d'une largeur minimum de 800 mm



Source : Adapté de l'UNESCO, 1990, ISO, 2011 (UNICEF, 2016b)

- h. Les poignées de porte devraient être montées à hauteur de 800–900 mm du sol, et les poignées béquille sont recommandées (voir Figure 8).

Figure 8 : Poignées faciles d'utilisation



Source : Adapté de la FICR, Handicap International et CBM, 2015

- i. Réduire les obstacles au sein des établissements de santé en nivelant les sols et les seuils.
- j. Prévoir un espace adéquat pour circuler dans les installations.
- k. Rendre accessible la signalétique liée aux installations des établissements de santé :
- Installer des cartes correctement éclairées qui indiquent les services disponibles et des flèches pour une meilleure orientation (par exemple, l'entrée des cliniques, des points de distribution alimentaire, des centres d'apprentissage temporaire, des espaces amis des enfants).
 - Installer toute la signalétique destinée aux enfants à leur hauteur et faire en sorte que les parents et les aidants soient au courant des informations pour en faire part à leurs enfants.
 - Utiliser un langage simple, des images, des couleurs contrastées, des pictogrammes et des caractères tactiles.

Audits d'accessibilité

- I. Réaliser des audits d'accessibilité dans les établissements de santé.
- m. Impliquer les enfants, les adolescents et les aidants handicapés lors des audits d'accessibilité. Il convient de circuler dans les alentours et dans les installations avec des enfants présentant différents types de handicap pour identifier les obstacles et recueillir leurs suggestions d'amélioration.

Accessibilité : Personnes handicapées ayant accès, sur la base de l'égalité avec les autres, à l'environnement physique, les transports, l'information et la communication, et d'autres installations et services ouverts ou offerts au public, dans les zones urbaines et rurales (ONU, 2006). L'accessibilité physique est la mise à disposition d'un bâtiment ou de parties d'un bâtiment aux personnes, indépendamment de leur handicap, leur âge, leur sexe, pour leur permettre d'y accéder, d'y entrer, de l'utiliser et d'en sortir (ISO, 2011).

Aidant : Le terme 'parent' ou 'aidant' n'est pas limité aux parents biologiques, mais s'étend à tout tuteur qui prodigue des soins réguliers à l'enfant. Ces aidants incluent les pères, les mères, les frères et sœurs, les grands-parents et les autres proches, ainsi que les prestataires de services de gardes d'enfants qui jouent un rôle important dans le soin des nourrissons et des jeunes enfants (UNICEF, 2014).

Aides techniques : Tout article externe (y compris les appareils, les équipements, les instruments ou les logiciels), produit spécialement ou généralement disponible, dont l'objectif principal est de maintenir ou d'améliorer le fonctionnement et l'indépendance d'une personne, et ainsi de favoriser son bien-être. Les aides techniques sont également utilisés pour éviter les incapacités et les états de santé secondaires (OMS, 2016).

Communication pour le changement de comportement :

Processus consultatif fondé sur la recherche, destiné à s'attaquer aux connaissances, aux attitudes et aux pratiques. Il apporte des informations et des motivations pertinentes grâce à des stratégies bien définies, qui utilisent un mélange de réseaux médiatiques et de méthodes participatives. Les stratégies de changement de comportement s'adressent à l'individu en tant que noyau du changement pour encourager et soutenir des comportements positifs et appropriés.⁸⁰

Communication pour le développement : Processus à double sens de partage d'idées et de connaissances utilisant une gamme d'outils et de méthodes de communication qui permettent aux individus et aux communautés de prendre des décisions pour améliorer leurs vies. Cela exige l'implication des communautés et l'écoute des adultes et des enfants qui exposent leurs problèmes, proposent des solutions et les appliquent.⁸¹

⁸⁰ Pour plus d'information, voir: <https://www.unicef.org/cbsc>.

⁸¹ Pour plus d'information, voir: <https://www.unicef.org/cbsc>.

Conception universelle : La conception de produits, d'environnements, de programmes et de services pouvant être utilisés par tous, dans toute la mesure du possible, sans nécessiter d'adaptation ou de conception spécialisée. N'exclut pas les appareils et accessoires fonctionnels pour des groupes particuliers de personnes handicapées en cas de besoin (ONU, 2006).

Déficiences : Une déviation ou une perte importante, dans le fonctionnement ou la structure du corps (OMS, 2002). Les déficiences peuvent être temporaires ou permanentes, et les personnes peuvent avoir de multiples déficiences. Il y a cinq grandes catégories de déficiences :

- Déficiences auditives (sensorielles) – surdité et perte de l'ouïe
- Déficiences visuelles (sensorielles) – cécité et basse vision
- Déficiences psychosociales – problèmes de santé mentale qui peuvent entraîner des difficultés à communiquer, des déficits de l'attention et des comportements incontrôlés (entre autres : le trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité, la dépression, les troubles liés au stress post-traumatique).
- Déficiences intellectuelles et du développement – divers degrés de limitations des fonctions intellectuelles qui peuvent affecter la capacité à apprendre, à mémoriser, à concentrer son attention, à communiquer et à développer l'autonomie sociale et la stabilité émotionnelle (le syndrome de Down en est un exemple).
- Déficiences physiques – limitations partielles ou totales de la mobilité, y compris du haut et/ou du bas du corps.

Établissement de soins palliatifs : établissement de santé de transition offrant des soins de réadaptation essentiels pour alléger la charge de travail des services d'hospitalisation et des soins ambulatoires (OMS, 2015a).

Gestion de cas : Dispositif de soutien aux enfants et aux familles par le biais de services d'aide sociale directe et de gestion des informations ⁸² (CPWG, 2012), d'un mécanisme d'aiguillage vers les autres services dont ils ont besoin ⁸³ et d'activités réalisées par les chargés de cas, les

⁸² L'aide sociale directe implique du temps passé par les chargés de cas à discuter avec les enfants et les familles des moyens dont ils disposent pour répondre à leurs préoccupations et à leur apporter leur soutien simplement par leur présence et par l'attention qu'ils leur portent. Cela comporte également la recherche de la famille, le traitement médical et le programme de suivi suite à une séparation et une réunification familiale.

⁸³ Les autres services sont ceux qui ne sont pas ou ne peuvent pas être directement fournis par le chargé de cas à qui l'enfant ou la famille a été confiée. Ces services peuvent inclure une aide médicale, juridique, éducative ou de subsistance fournie par

travailleurs sociaux et les autres équipes de projet qui travaillent avec les enfants et les familles et répondent à leur préoccupations en matière de protection (Save the Children, 2011).

Handicap : Déficiences à long terme qui affectent le bon fonctionnement d'une personne et qui, en interaction avec des barrières comportementales et environnementales, font obstacle à la pleine et effective participation de la personne à la société sur la base de l'égalité avec les autres (ONU, 2006).

Inclusion du handicap : Approche qui vise à éliminer les barrières auxquelles les personnes handicapées font face, à soutenir leurs besoins spécifiques et à garantir leur participation.

Inclusion : Processus visant à s'assurer que les personnes les plus vulnérables soient prises en compte de manière égale, et qu'elles participent et bénéficient des programmes humanitaires et de développement.

Les plaies de pression : se produisent lorsque le corps coupe la circulation sanguine sur une zone osseuse, provoquant la mort de la peau et de la chair sous-jacente et la formation de plaies. Ils se forment généralement sur les parties du corps qui ont perdu la sensation et chez les personnes à mobilité réduite (Werner, 1997).

Organisations de personnes handicapées (OPH) : Associations de personnes handicapées et/ou leurs représentants, y compris les groupes d'entraide, les fédérations, les réseaux et les associations de parents d'enfants handicapés. Une organisation est considérée comme une OPH si la majorité de son conseil d'administration ou de ses membres sont des personnes handicapées (PWDA, 2016)

Personnes handicapées (enfants, adolescents et adultes) : Personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres. (ONU, 2006).

Protection sociale : Série de publications qui abordent non seulement la pauvreté et les chocs économiques mais également la vulnérabilité sociale, prenant ainsi en compte l'interconnexion entre l'exclusion et la pauvreté. Par le biais d'un soutien financier ou en nature et de programmes destinés à améliorer l'accès aux services (par exemple, la santé, l'éducation et la nutrition), la protection sociale permet de satisfaire les droits de l'homme pour les enfants et les familles (UNICEF, 2017).

une autre organisation ou agence gouvernementale.

Réadaptation à base communautaire : Approche multisectorielle visant à améliorer l'égalisation des chances et l'inclusion sociale des personnes handicapées tout en luttant contre le cycle perpétuel de la pauvreté et du handicap. La réadaptation à base communautaire est mise en œuvre grâce aux efforts combinés des personnes handicapées, de leurs familles et de leur communauté, et d'organisations gouvernementales et non-gouvernementales en matière de santé, d'éducation, de formation professionnelle, d'aide sociale et d'autres services. (WHO, 2010b).

Réadaptation précoce : Evaluation immédiate et interventions de réadaptation après un événement traumatisant, garantissant de meilleures possibilités de rétablissement aux niveaux antérieurs de la fonction avant la blessure ou la maladie et d'atteindre une vie plus autonome (Handicap International, 2010).

Réadaptation : Un ensemble de mesures qui permettent aux personnes handicapées d'atteindre et de maintenir un fonctionnement optimal dans leur environnement. Les services de réadaptation vont du plus élémentaire au plus spécialisé et sont dispensés dans de nombreux endroits différents, y compris les hôpitaux, les maisons et les environnements communautaires (OMS, 2010c).

Signalétique accessible : Signalétique conçue pour informer et orienter toutes les personnes, y compris les personnes handicapées. Tous les panneaux devraient être visibles, clairs, simples, faciles à lire et à comprendre, avoir des éléments tactiles, et être correctement éclairés la nuit.

Versions accessibles : Information disponible pour les personnes présentant divers types de handicap. Parmi les versions figurent l'affichage du texte, le Braille, la communication tactile, les gros caractères, le multimédia accessible, le papier, l'audio, le langage simple, le lecteur humain, et les systèmes, moyens et formats augmentatifs et alternatifs, y compris l'information accessible et la technologie communicative (ONU, 2006).

Voie rapide : Mécanisme visant à identifier et à donner la priorité à certains groupes, tels que les personnes handicapées, pour leur permettre d'avoir un accès prioritaire aux services. Parmi les exemples de mécanismes de voie rapide figurent les files d'attente séparées, les systèmes de jetons, les numéros de bénéficiaires ou les cartes d'identification ou de bénéficiaires.

Handicap International (2011) *Training of Trainers Manual on Disability-Inclusive HIV Services and Disability-Inclusive Sexual and Reproductive Health for Health Workers*, www.asksource.info/resources/training-trainers-manual-disability-inclusive-hiv-services-and-disability-inclusive-sexual.

WCPT (2016) *The Role of Physical Therapists in Disaster Management*, www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/resources/reports/WCPT_DisasterManagementReport_FINAL_March2016.pdf.

OMS, CBM et al. (2013) *Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf?ua=1.

OMS (2009) *Disability and HIV Policy Brief*, www.who.int/disabilities/jc1632_policy_brief_disability_en.pdf.

OMS (2016) *Priority Assistive Products List : Improving access to assistive technology for everyone, everywhere*, www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/global_survey-apl/en.

OMS (2016) *Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation*, <https://extranet.who.int/emt/content/minimum-technical-standards-and-recommendations-rehabilitation>.

UNICEF (2014) *Disability Orientation Video*, www.unicef.org/disabilities/66434.html.

UNICEF (2016) *Inclusive Communication Module*, www.unicef.org/disabilities/index_90418.html.

Age and Disability Consortium (2015) *Minimum Standards for Age and Disability Inclusion in Humanitarian Action : Pilot version.*

Ageing and Disability Task Force (2011) *Ageing and Disability in Humanitarian Response : A resource book of inclusive practices.* CBM.

CBM et Disability Inclusive DRR Network for Asia and Pacific (2013) *Disability Inclusive Disaster Risk Management : Voices from the field & good practices.*

Child Protection Working Group (CPWG) (2012) *Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action.*

DFID et TRL (2004) *Overseas Road Note 21 : Enhancing the mobility of disabled people – Guidelines for practioners.*

Handicap International (2010) *Early Rehabilitation Protocols for Victims of Natural Disaster.*

Handicap International et HelpAge International (2014) *Hidden Victims of the Syrian Crisis : Disabled, injured and older refugees.*

Conseil des droits de l'homme (2012) *Thematic Study of the Issue of Violence against Women and Girls with Disabilities*, A/HRC/20/5, 30 March 2012.

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2004) *Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings.*

International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC), Handicap International et CBM, *All under One Roof : Disability-inclusive shelter and settlements in emergencies.* IFRC, 2015.

ILO (2008) *Social Health Protection : An ILO strategy towards universal access to health care.*

ISO (2011) *Building Construction : Accessibility and usability of the build environment*. International Standard ISO 21542.

Landmine and Cluster Munition Monitor (2014) *Factsheet : The impact of mines/ERW on children*, www.the-monitor.org/index.php/content/view/full/25198.

Novita Children's Services (2007) *Alternative and Augmented Communication Factsheets*.

Novita Children's Services (2017) *Augmentative and Alternative Communication (ACC)*.

Oxford University (2010) 'Disability and Displacement', *Forced Migration Review*, Issue 35.

Oxley, P. (2002) *Inclusive Mobility : A guide to best practice on access to pedestrian and transport infrastructure*, London : Department of Transport.

Plan International (2013) *Because I Am a Girl : The State of the World's Girls 2013 – In double jeopardy : adolescent girls and disasters*.

PWDA [People with Disability Australia] (2016), www.pwd.org.au/student-section/disabled-people-s-organisations-dpos.html.

Reinhardt, J. D., et al. (2011) 'Disability and Health-Related Rehabilitation in International Disaster Relief', *Global Health Action*, 4, p. 7191.

Save the Children (2011) *Case Management Practice within Save the Children Child Protection Programmes*.

Save the Children (2015) *Psychological First Aid Training Manual for Child Practitioners*.

Sphere Project (2011) *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*.

ONU (2006) *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.

UNESCO (1990) *Handbook of Design Guidelines for Easy Access to Educational Building by Physically Handicapped Persons.*

UNESCO (2010) *Guidebook for Planning Education in Emergencies and Reconstruction.*

HCRNU et Reach (2014) *Disability Assessment Report : Syrian refugees in Northern Iraq.*

UNICEF (2007) *Promoting the Rights of Children with Disabilities.* Innocenti Digest No. 13.

UNICEF (2010) *Core Commitments for Children : Health.*

UNICEF (2013) *State of the World's Children : Children with disabilities.*

UNICEF (2014) *A Systematic Review of Parenting Programmes for Young Children in Low- and Middle-Income Countries.*

UNICEF (2016a) *UNICEF/ Washington Group on Disability Statistics Child Functioning Module.* Concept Note, <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/11/UNICEF-WG-Child-Functioning-Module-Concept-Note-October-2016-FINAL.pdf>.

UNICEF (2016b) *Accessible Components for the Built Environment : Technical guidelines embracing universal design.* Unpublished document, <http://www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/Disability/annex12 technical cards for accessible construction.pdf>.

UNICEF (2017) *Children with Disabilities and Learning Difficulties : Central and Eastern Europe/Commonwealth of Independent States,* https://www.unicef.org/ceecis/education_13373.html.

UNICEF et OMS (2012) *Early Childhood Development and Disability.*

UNICEF et OMS (2015) *Assistive Technology for Children with Disabilities : Creating opportunities for education, inclusion and participation – A discussion paper.*

WCPT (2016) *The Role of Physical Therapists in Disaster Management*.

WEDC (2010) *Inclusive Design of School Latrines : How much does it cost and who benefits ?*

Werner, D. (1997) *Nothing about Us without Us : Developing innovative technologies for, by and with disabled persons*. Chapter 27.

OMS (2002) *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF*, www.who.int/classifications/icf/en.

OMS (2010a) *Community-Based Rehabilitation : CBR guidelines – Supplementary Book*.

OMS (2010b) *Community-Based Rehabilitation : CBR guidelines – Introductory booklet*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44405/9/9789241548052_introductory_eng.pdf

OMS (2010c) *Community-Based Rehabilitation : CBR guidelines – Health booklet*.

OMS (2011) *World Report on Disability*.

OMS (2015a) 'Nepal Health Cluster Bulletin 2, 11 May', www.searo.who.int/entity/emergencies/crises/nepal/health_cluster_bulletin_12_may_2015.pdf.

OMS (2015b) 'Health Cluster Bulletin 4, 27 May, Nepal Earthquake Response'.

OMS (2016) *ICF Browser – Environmental factors – Chapter 1, Products and Technology*, <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser>.

OMS et UNESCAP (2008) *Training Manual in Disability Statistics*.

OMS , CBM et al. (2013) *Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health*.

WRC (2013a) *Disability Inclusion in the Syrian Refugee Response in Lebanon*.

WRC (2013b) *Disability among Refugees and Conflict-Affected Populations*.

WRC (2014) *The Intersection of Sexual and Reproductive Health and Disability Research from Kenya, Uganda and Nepal*.

WRC (2016) *“Working to Improve Our Own Future” : Inclusion of women and girls with disabilities in humanitarian action*.

WRC (2017) *Strengthening the Role of Women with Disabilities in Humanitarian Action : A facilitator’s guide*.

Annexe : Principaux engagements en faveur des enfants et des adolescents handicapés

Les tableaux, dérivés des actions programmatiques décrites dans ce document, énumèrent les actions clés de chaque engagement fondamental en matière de santé et de VIH / SIDA pour les enfants lors d'action humanitaire⁸⁴ qui renforce l'inclusion des enfants et des adolescents handicapés.

Engagements fondamentaux en matière de santé pour les enfants lors d'action humanitaire

Engagement 1 : Les mécanismes de coordination interinstitutions dans le secteur de la santé (par exemple la coordination des groupes sectoriels) sont soutenus et renforcés par des liens avec d'autres mécanismes de coordination sectoriels / sectoriels sur des questions intersectorielles critiques.

Actions pour inclure les enfants handicapés

Les mécanismes de coordination, y compris les Pôles de santé et les groupes de travail, ont une antenne Handicap pour les personnes handicapées ou une agence Handicap.

Les questions relatives aux enfants handicapés sont incluses dans les Pôles de santé et les groupes de travail.

Liens entre les pôles santé et autres pôles pour les actions intersectorielles critiques visant à inclure les enfants handicapés (par exemple, avec le pôle éducation pour assurer que les campagnes de santé dans les écoles et les espaces d'apprentissage temporaires incluent les enfants handicapés).

Engagement 2 : Les enfants et les femmes accèdent à des interventions vitales grâce à des activités basées sur la population et la communauté (par exemple, des campagnes et des journées de la santé de l'enfant).

Actions pour inclure les enfants handicapés

Mécanismes de sensibilisation mis en place pour l'identification et l'inclusion des enfants handicapés dans des campagnes telles que la vaccination contre la rougeole, les moustiquaires imprégnées d'insecticide, la vitamine A et les médicaments vermifuges.

⁸⁴ Pour plus d'informations sur les Principaux engagements de l'UNICEF en faveur des enfants et des adolescents handicapés, voir : www.unicef.org/emergencies/index_68710.html.

Engagement 3 : Les enfants, les adolescents et les femmes ont accès de manière équitable aux services de santé de base avec une couverture durable des interventions préventives et curatives à fort impact.

Actions pour inclure les enfants handicapés

Sensibilisation à la santé et personnel des établissements formés à l'identification et à l'orientation des enfants, des adolescents et des femmes handicapées, y compris aux services de réadaptation.

Collaboration établie avec des fournisseurs de services spécialisés pour répondre aux besoins des enfants handicapés (par exemple, les enfants ayant subi des blessures graves, y compris des chirurgies d'urgence / correctives, des services de réadaptation et la fourniture d'appareils d'assistance).

Le personnel humanitaire de la santé a été formé sur l'inclusion des enfants handicapés (par exemple, en rendant les interventions SSR et SMSPS inclusives, en communiquant avec les enfants handicapés).

L'infrastructure et les installations de santé liées à l'humanitaire peuvent être accédées et utilisées par les personnes handicapées (p. Ex. Emplacement et bâtiment accessibles, informations sous différents formats).

Engagement 4 : Les femmes et les enfants accèdent à des actions de communication sur le changement de comportement pour améliorer les pratiques de soins de santé et d'alimentation

Actions pour inclure les enfants handicapés

Messages clés sur la santé élaborés et diffusés aux populations touchées dans au moins deux formats différents (par exemple, brochures, annonces audio).

Images positives d'enfants handicapés incluses dans le matériel de santé (par exemple, enfants handicapés jouant avec d'autres enfants).

Engagement 5 : Les femmes et les enfants ont accès aux articles ménagers de base.

Actions pour inclure les enfants handicapés

Les ménages composés de personnes handicapées sont identifiés, enregistrés et munis de cartes d'identification pour la fourniture d'articles ménagers essentiels.

Mise en place d'un système de priorité ou accéléré la fourniture d'articles ménagers essentiels aux ménages avec des personnes handicapées.

Principaux engagements en matière de VIH / SIDA pour les enfants lors d'une action humanitaire

Engagement 1 : Les enfants, les jeunes et les femmes ont accès à l'information concernant la prévention, les soins et le traitement.

Actions pour inclure les enfants handicapés

Des informations sur la prévention, les soins et le traitement du VIH, y compris les lieux où les services VIH / SIDA sont disponibles, développés et diffusés dans au moins deux formats différents (par exemple, écrits et audio).

Le personnel travaillant sur le VIH a reçu une formation sur la façon de communiquer avec les personnes handicapées (par exemple, des conseils de base sur la communication avec les personnes qui sont sourdes, aveugles ou ayant une déficience intellectuelle).

Engagement 2 : Les enfants, les jeunes et les femmes ont accès à la prévention, aux soins et au traitement du VIH / sida pendant la crise.

Actions pour inclure les enfants handicapés

Les services liés au VIH, basés aussi bien dans les établissements que dans la communauté, sont accessibles aux personnes handicapées (par exemple, dans des lieux accessibles et dans des bâtiments avec une signalisation accessible).

Les enfants handicapés ont accès à des campagnes de prévention et de traitement du VIH / SIDA (dans les écoles et / ou par le biais de la sensibilisation).

Les données relatives à l'accès aux services de lutte contre le VIH / SIDA sont ventilées par handicap

Engagement 3 : Les services de prévention, de soins et de traitement pour les enfants, les jeunes et les femmes sont maintenus.

Actions pour inclure les enfants handicapés

Les personnes handicapées qui bénéficiaient auparavant de soins et de traitements liés au VIH continuent de recevoir un traitement antirétroviral, ce qui peut nécessiter une intervention de proximité car, après une urgence, elles peuvent être isolées et incapables de se rendre dans des cliniques.

© Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
Octobre 2017

Une permission est requise pour reproduire une partie de cette publication. Pour plus d'informations sur les droits d'utilisation, contacter :

UNICEF, Section Handicap
3 United Nations Plaza, New York, NY, 10017, USA
E-mail : disabilities@unicef.org

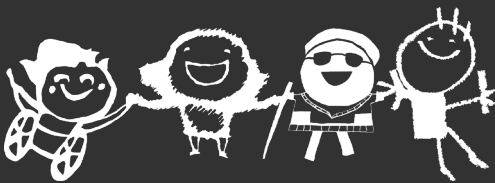
Les six livrets d'orientation sont disponibles sur :
training.unicef.org/disability/emergencies

En plus des versions papier et des fichiers PDF, les recommandations sont également disponibles dans une gamme de versions alternatives : EPUB, fichier prêt à lire en Braille et HTML accessible.

Photo de couverture:

Nirmala (à gauche, avec le kinésithérapeute Jay) et Khembro (à droite, avec le kinésithérapeute soudanais Rimal) en séance de rééducation avec leurs prothèses après avoir été blessées dans le tremblement de terre au Népal.

Crédit photo: © Lucas Veuve/Handicap International



unicef 
for every child