

Directives
INTÉGRATION
DES PERSONNES
HANDICAPÉES
DANS L'ACTION
HUMANITAIRE

Juillet 2019

Équipe spéciale du Comité permanent interorganisations sur
l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire

Approuvées par le Comité permanent interorganisations
octobre 2019

Directives
INTÉGRATION
DES PERSONNES
HANDICAPÉES
DANS L'ACTION
HUMANITAIRE

Juillet 2019

Équipe spéciale du Comité permanent interorganisations sur
l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire

Approuvées par le Comité permanent interorganisations
octobre 2019

Droits d'auteur © Comité permanent
interorganisations (CPI) 2019

Tous droits réservés. Ce document est
publié aux fins de distribution générale.

Reproductions et traductions autorisées,
sauf à des fins commerciales, à condition
d'en mentionner dûment la source.

Table des matières

Table des matières	v
Liste des acronymes et abréviations	vii
Remerciements	viii
Avant-propos	x
Préface	xiii
1. Introduction	1
2. Ce qu'il faut savoir	7
3. Que faire : les approches clés de l'élaboration des programmes	25
4. Gestion des données et des informations	29
5. Partenariat et autonomisation des organisations de personnes handicapées	41
6. Considérations multisectorielles	45
7. Responsabilité à l'égard des populations touchées et protection contre l'exploitation et les abus sexuels	51
8. Options de réponse humanitaire	57
9. Rôles et responsabilités des parties prenantes	67
10. Ce que les secteurs doivent faire	83
11. Coordination et gestion des camps	87
12. Éducation	99
13. Sécurité alimentaire et nutrition	109
14. Moyens de subsistance	121
15. Santé	131
16. Protection	165
17. Abris et établissements humains	195
18. Eau, hygiène et assainissement	207
19. Annexes	221

Liste des acronymes et abréviations

5 W	Qui a fait quoi, où, quand et pourquoi ?	IFRC	Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
AAP	Responsabilité à l'égard des populations touchées	INEE	Réseau inter-agences pour l'éducation en situations d'urgence
CAAP	Engagements en matière de responsabilité à l'égard des populations touchées	LTP	Logements, terres et propriétés
CCCM	Coordination et gestion de camp	mhGAP	Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale
CHS	Norme humanitaire fondamentale de qualité et de redevabilité	MICS	Enquêtes en grappes à indicateurs multiples
CPI	Comité permanent interorganisations	NILAM	Normes internationales de la lutte antimines
CRDPH	Convention relative aux droits des personnes handicapées	OCDE-CAD	Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques
DFID	Ministère du développement international du Royaume-Uni	OIM	Organisation internationale pour les migrations
DIDH	Droit international relatif aux droits de l'homme	OMS	Organisation mondiale de la Santé
DIH	Droit international humanitaire	ONG	Organisation non gouvernementale
EDS	Enquêtes démographiques et de santé	ONGI	Organisation non gouvernementale internationale
EHA	Eau, Hygiène et Assainissement	OPH	Organisation de personnes handicapées
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture	PEAS	Protection contre l'exploitation et les abus sexuels
HCDH	Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme	VBG	Violence basée sur le genre
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés	WRC	Commission des femmes pour les réfugiés

Remerciements

L'Équipe spéciale du Comité permanent interorganisations (CPI) sur l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire a élaboré les directives au moyen d'un processus consultatif, participatif et inclusif. En effet, elles reflètent les contributions de plus de 600 parties prenantes des secteurs humanitaire, du développement et du handicap.

Le processus d'élaboration des présentes directives a été placé sous la supervision des coprésidents de l'Équipe spéciale du Comité permanent interorganisations, à savoir : Georgia Dominik (International Disability Alliance), Gopal Mitra (UNICEF), ainsi que Ricardo Pla Cordero et Ulrike Last (Humanité & Inclusion). Il convient de mentionner à cet égard que Valérie Scherrer a joué un rôle de premier plan dans leur élaboration, en sa qualité de consultante principale, avec une contribution significative de la part de Asma Maladwala (UNICEF).

Les coprésidents voudraient remercier tous les membres de l'Équipe spéciale du Comité permanent interorganisations pour leur soutien et leur engagement actif depuis 2016. Il est à noter que l'Équipe spéciale est composée de personnes représentant des organismes des Nations Unies, des organisations humanitaires et de développement, des gouvernements et des organisations de personnes handicapées. Les coprésidents tiennent également à remercier les membres des groupes de référence du CPI pour les questions de genre et l'action humanitaire, et pour la santé mentale et le soutien psychosocial, ainsi que les représentants du Cash Learning Partnership (CaLp) et du Groupe mondial de la protection pour leur collaboration et participation active.

L'Équipe spéciale voudrait aussi faire part de sa gratitude aux membres du groupe principal pour leur soutien indéfectible et leur précieux concours, notamment Facundo Chavez-Penillas (HCDH), Isabelle De Muyser-Boucher (OCHA), Georgia Dominik (International Disability Alliance), Kirstin Lange (HCR), Ulrike Last (Humanité & Inclusion), Boram Lee (Commission des femmes pour les réfugiés), Asma Maladwala (UNICEF), Anita Marini (Groupe de référence pour la santé mentale et le soutien psychosocial), Gopal Mitra (UNICEF), Mina Mojtahedi (Fédération internationale de la Croix-Rouge/Comité international de la Croix-Rouge) et Ricardo Pla Cordero (Comité international de secours).

Nos remerciements vont également aux personnes suivantes, pour leurs précieuses contributions : Sien Andries, Astrid Arne, Orsolya Bartha, Elena Bertozzi, Mariangela Bizzari, Estelle Bloom, Sabrina Ebert, Greta Gamberini, Priscille Geiser, Vidar Glette, Jessica Justus, Janet Lord, Meghna Manaktala, Melissa Marshall, Juliette Myers, Tom Palmer, Stephen Perry, Emma Pearce, Marcie Roth, Roberto Saltori, Delphine Sokchearta, Haakon Spriewald et Janet Aderimi Toyin.

L'élaboration des présentes directives n'aurait pas été possible sans les consultations participatives poussées menées par les organisations de personnes handicapées en collaboration avec l'Équipe spéciale. Nous sommes tout particulièrement reconnaissants envers l'African Disability Forum(ADF), l'Organisation arabe des Personnes Handicapées (AODP), Inclusion International, le Réseau latino-américain des organisations non gouvernementales de personnes handicapées et de leurs familles (RIADIS), le Forum pacifique des personnes handicapées (PDF). Nous remercions également le Center for Disability in Development (CDD) au Bangladesh, le Forum européen des personnes handicapées (EDF), Human Rights Watch et la Commission des femmes pour les réfugiés (WRC) pour leurs contributions aux consultations régionales et thématiques. Nous aimerions de même remercier Dragana Josic et Stacy Cokson au sein de l'équipe logistique de l'International Disability Alliance (IDA), qui ont travaillé sans relâche pour garantir le succès de bon nombre de consultations et d'ateliers de travail.

Plus généralement, nous adressons nos remerciements les plus sincères à tous les individus qui ont participé à nos enquêtes en ligne et à nos examens préliminaires sur dossier, mais aussi à tous ceux qui ont révisé les ébauches des présentes directives, participé à la préparation des chapitres sectoriels spécifiques et pris part à l'atelier de validation, aux processus de révision du groupe principal, et aux nombreux processus de consultations mondiales, régionales et thématiques ainsi qu'aux ateliers de travail multipartites sur lesquels se basent les présentes directives.

Nous ne manquons pas d'exprimer notre gratitude à Christine Dinsmore, Robert Archer et Adam Woolf pour leur appui rédactionnel, à Sliman Sorour pour la conception et à Prashant Verma pour l'accessibilité.

Nous tenons à exprimer nos sincères remerciements et notre gratitude aux personnes sans lesquelles la traduction en français des présentes *Directives sur l'intégration des personnes handicapées dans l'action humanitaire* n'aurait pas pu être réalisée. Il s'agit de : Nicolle Azzi pour la traduction ; Strategic Agenda pour leur appui rédactionnel, pour la conception et pour l'accessibilité ; Prashant Verma pour les versions accessibles supplémentaires ; Ebénézer Agordome, Issa Barrage Sami, Idrissa Cheifou, Terry Mutuku, Danielle Richard, Haakon Spriewald, Léo Goupil-Barbier, Laurence Gro et Jean-Luc Simon pour la révision et la coordination.

Le Secrétariat du CPI nous a offert un soutien inestimable et prodigué de précieux conseils. À cet égard, nous aimerions remercier plus particulièrement Isabelle de Muysers-Boucher, Nuhad Al-Alfi, Tanja Schuemer-Cross et Mervat Shelbaya. En outre, l'Équipe spéciale a particulièrement apprécié la coopération et le soutien des coprésidents du Groupe des résultats du CPI pour la redevabilité et l'inclusion, à savoir Bernadette Castell-Hollingsworth (HCR) et Meritxell Relaño (UNICEF).

La préparation et l'élaboration des *Directives sur l'intégration des personnes handicapées dans l'action humanitaire* du CPI n'auraient pas été possible sans l'aide financière accordée par le Ministère australien des Affaires étrangères et du Commerce extérieur, le Fonds de Développement international de la Mission permanente australienne, la Direction générale de la Protection civile et des Opérations d'aide humanitaire européennes (ECHO), le Ministère des Affaires étrangères de la Finlande, le Ministère des Affaires étrangères de la République fédérale d'Allemagne et le Ministère des Affaires étrangères du Luxembourg.

Enfin, nous voudrions saluer et reconnaître le travail du CPI. En effet, sa décision de mettre en place une Équipe spéciale dotée d'une coprésidence tripartite a permis, dès le début de cette initiative, aux personnes handicapées et aux organisations qui les représentent d'en assurer le leadership et d'y participer pleinement.

Avant-propos

En 2011, alors que des milices armées étaient en train de brûler des maisons à Tawergha en Libye, une femme, prénommée Hawa, se trouvait dans l'incapacité de courir en raison de son handicap. Heureusement, ses deux sœurs ont pu l'aider à fuir le danger. Hawa raconte n'avoir consulté un médecin qu'une fois en huit ans, depuis qu'elle vit en tant que déplacée.

J'ai rencontré plusieurs personnes qui, comme Hawa, présentent un handicap et ont été déplacées à cause d'un conflit ou d'événements météorologiques extrêmes. S'adapter à une nouvelle situation ou à une situation peu familière n'est facile pour personne. Pourtant, les discussions avec des personnes handicapées se trouvant dans des contextes humanitaires, au Bangladesh comme à Haïti, mettent en évidence les difficultés supplémentaires auxquelles ces personnes doivent faire face lorsque nos réponses ne produisent pas les effets escomptés.

Notre travail consiste donc à veiller à ce que les personnes comme Hawa soient prises en compte au même titre que n'importe quelle autre personne dans la réponse humanitaire fournie dans les situations de crise. C'est son droit fondamental – tout comme celui de centaines de milliers d'autres – d'avoir accès à la même protection et aux mêmes soins que nous fournissons aux autres.

Nous devons également veiller à ce qu'une attention particulière soit accordée aux plus marginalisés d'entre eux, tels que les enfants et les personnes âgées qui courent souvent le risque d'être les plus invisibles.

Pour faire de cet objectif une réalité, les *Directives sur l'intégration des personnes handicapées dans l'action humanitaire* du Comité permanent interorganisations constituent un pas en avant, bienvenu et opportun. Je suis reconnaissant envers les membres de l'Équipe spéciale du Comité permanent interorganisations sur l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire et envers ses coprésidents, à savoir l'UNICEF, Humanité & Inclusion (aussi connu sous le nom « Handicap International ») et l'International Disability Alliance (IDA), pour les efforts qu'ils ont déployés afin de préparer ces directives au nom du CPI. Les présentes directives interviennent dans un contexte de prise de conscience croissante des droits des personnes handicapées.

Ces directives, déjà essentielles à l'échelle du système, sont d'autant plus importantes qu'elles constituent un précédent qui permettra de garantir l'intégration des personnes handicapées dans tous les secteurs et dans toutes les phases du cycle de programme humanitaire. Elles représentent l'aboutissement d'un processus consultatif inclusif ayant associé plus de 600 parties prenantes des secteurs humanitaires et du handicap, parmi lesquelles figurent des organisations de personnes handicapées (OPH) issues du monde entier. Dans le cadre de leurs efforts visant à sauver des vies et à soulager les souffrances humaines dans les situations de crise humanitaire, les organismes des Nations unies s'attacheront à appliquer les présentes directives conformément à leurs mandats respectifs et aux décisions de leurs organes directeurs.

L'idée d'élaborer les présentes directives découle du lancement en 2016, à Istanbul, de la *Charte pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire*, lors du Sommet mondial sur l'action humanitaire (SHM). Depuis, cette charte a été adoptée par plus de 220 parties prenantes, dont 30 États membres et 14 agences des Nations Unies.

Les présentes directives sont une contribution essentielle du secteur humanitaire à la [Stratégie des Nations Unies pour l'inclusion du handicap](#), lancée par le Secrétaire général des Nations Unies en juin 2019.

Éliminer les préjugés vis-à-vis des personnes handicapées et leur fournir des opportunités profite à tout le monde. L'Organisation internationale du Travail a montré que l'exclusion des personnes handicapées du marché du travail peut priver les pays jusqu'à 7 % de leur PIB.

Offrir la possibilité de s'exprimer aux sans voix et ne laisser personne pour compte ne sont pas seulement la bonne façon d'agir, cela renforce également l'efficacité de notre réponse.



Mark Lowcock
Secrétaire général adjoint aux affaires
humanitaires et Coordonnateur
des secours d'urgence

Préface

En 2006, la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH) a introduit un nouveau paradigme pour les personnes handicapées. En effet, elle a induit un changement au niveau des politiques en vigueur et de leur mise en œuvre en assurant le passage d'une approche caritative et médicale du handicap à une nouvelle approche fondée sur les droits des personnes handicapées.

Le système international est également devenu plus inclusif suite à l'adoption en 2015 du Programme de développement durable à l'horizon 2030, qui reconnaît la nécessité de ne laisser personne pour compte et d'atteindre en priorité les plus défavorisés. Par ailleurs, le *Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe* (2015) et le [Rapport du Secrétaire général des Nations Unies pour le Sommet mondial sur l'action humanitaire intitulé « Une seule humanité, des responsabilités partagées »](#) (2016) entérinent les mêmes principes, au même titre que d'autres engagements découlant du Sommet mondial sur l'action humanitaire, y compris la [Charte pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire](#).

D'autre part, l'Organisation des Nations Unies procède actuellement à l'examen de ses politiques à l'échelle de son système pour qu'elles prennent davantage en compte les personnes handicapées. C'est dans cette optique qu'a été adoptée en mars 2019 la [Stratégie des Nations Unies pour l'inclusion du handicap](#) en vertu de laquelle les entités, les équipes pays et équipes humanitaires pays des Nations Unies mesurent et suivent leurs résultats en matière d'intégration du handicap.

En 2016, les participants au Sommet mondial sur l'action humanitaire se sont engagés à élaborer des directives reconnues mondialement affectant l'ensemble du système et portant sur les modalités d'intégration des personnes handicapées dans l'action humanitaire (la *Charte pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire*, mentionnée ci-dessus). Ces directives ont été conçues afin de fournir aux acteurs humanitaires et autres parties prenantes concernées des informations pratiques. Elles placent les personnes handicapées et leurs droits au cœur de l'action humanitaire.

Avis de non-responsabilité

Les présentes directives fournissent des lignes directrices pour assurer une meilleure intégration des personnes handicapées dans l'action humanitaire. Dans le cadre des mesures qui seront adoptées ultérieurement afin de rendre ces directives opérationnelles, le Comité permanent interorganisations élaborera des ressources et des outils pratiques de mise en œuvre. Les agences chefs de file du CPI sont encouragées à superviser leur élaboration et à favoriser leur mise en œuvre dans leurs secteurs d'activité respectifs.

Les outils et ressources mentionnés dans le présent document pourraient ne pas avoir été mis à jour depuis l'entrée en vigueur de la CRDPH en 2008 ; en outre, ils ne reflètent pas tous correctement les normes de la CRDPH. Les normes pertinentes évoquent, entre autres, le consentement libre et éclairé, l'institutionnalisation ou la désinstitutionnalisation, la privation de liberté et le traitement (non) coercitif. Le non-respect de ces normes entraîne généralement des violations des droits de l'homme qui affectent de manière disproportionnée les personnes présentant un handicap intellectuel et psychosocial. Ces ressources ont été tout de même incluses car elles constituent des outils susceptibles de promouvoir l'intégration et la participation des personnes handicapées dans l'action humanitaire.



1

Introduction

Sur quoi portent les directives ?

Les directives décrivent les actions essentielles que doivent entreprendre les acteurs humanitaires en vue d'identifier et de répondre de manière effective aux besoins et droits des personnes handicapées qui risquent le plus d'être laissées pour compte dans les contextes humanitaires.

Les mesures recommandées dans chaque chapitre placent les personnes handicapées au centre de l'action humanitaire, à la fois comme acteurs et comme membres des populations affectées. Elles sont spécifiques aux personnes handicapées et au contexte de l'action humanitaire, et s'appuient sur des normes et directives existantes plus générales, notamment la [Norme humanitaire fondamentale \(CHS\)](#), le [Manuel](#)

[Sphère](#) et les [Normes d'inclusion humanitaire pour les personnes âgées et les personnes handicapées](#).

Ce sont les premières directives humanitaires à avoir été élaborées avec et par les personnes handicapées et les organisations qui les représentent, en association avec les parties prenantes humanitaires traditionnelles. Fondées sur les résultats d'un processus régional et mondial intensif de consultation multipartite, elles ont été conçues dans le but de promouvoir la mise en œuvre de programmes humanitaires de qualité dans tous les contextes et dans toutes les régions, en vue d'établir et d'améliorer l'intégration des personnes handicapées, et d'accroître leur participation significative à la prise des décisions qui les concernent.

Diagramme 1. | Les quatre objectifs des directives



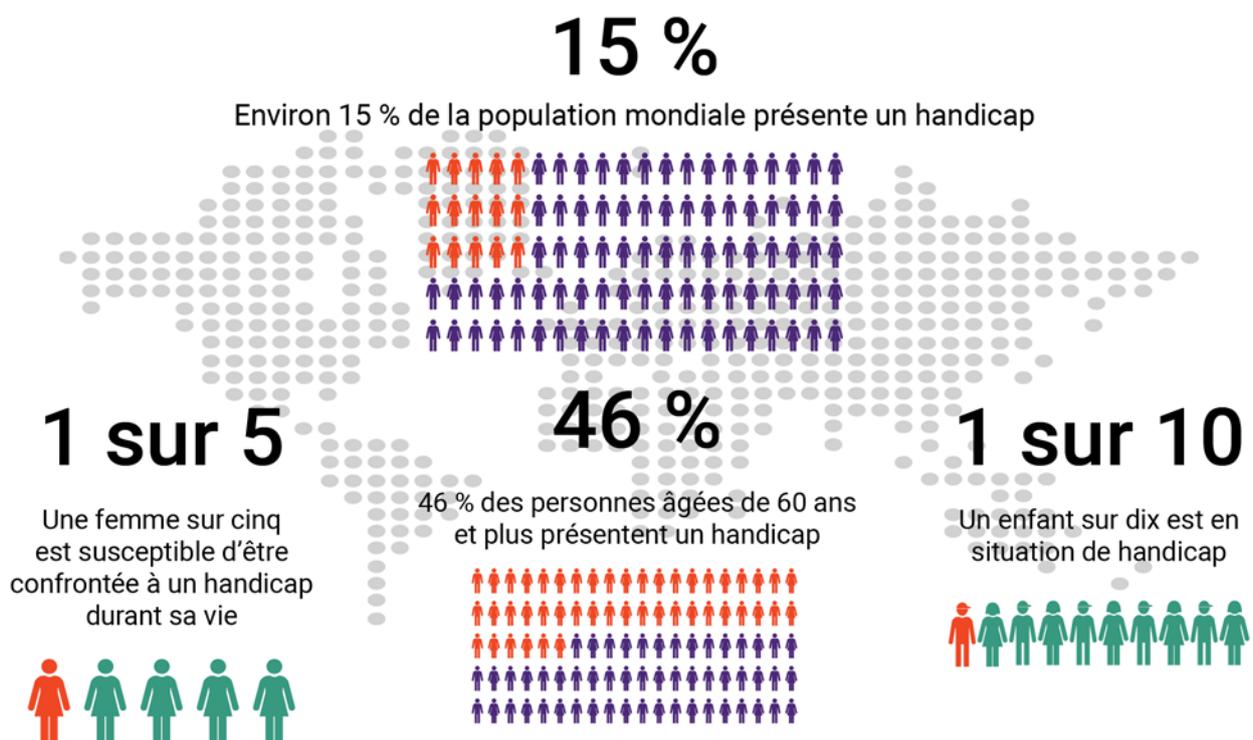
Pourquoi les directives sont-elles importantes ?

Les personnes handicapées représentent environ 15 % de la population mondiale¹. Dans les contextes humanitaires, les personnes handicapées pourraient constituer un pourcentage beaucoup plus élevé. En effet, elles font partie des personnes les plus marginalisées au sein des communautés touchées par une crise². En outre, elles sont affectées de manière disproportionnée par les situations d'urgence et de conflit. Lors de catastrophes, le taux de mortalité des personnes handicapées est deux à quatre fois plus élevé que celui des personnes non handicapées³.

Les personnes handicapées ne constituent pas un groupe homogène. En effet, leurs expériences ainsi

que les barrières attitudinales, physiques et liées à la communication qui entravent leur participation et leur intégration dans les actions humanitaires sont spécifiques à chacun d'entre eux. De même, leur âge, leur genre, leur ethnicité, leur lieu de vie et leur origine changent d'un individu à l'autre. Du fait de l'intersectionnalité de ces facteurs, les personnes handicapées sont davantage marginalisées et discriminées. Elles sont en outre exposées à un risque accru de maltraitance et de négligence, et les femmes handicapées courent un risque plus élevé d'être victimes de violences sexuelles⁴.

Diagramme 2. | Les personnes handicapées dans la population mondiale⁵



¹ OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap* (2011).

² Rapport du Secrétaire général des Nations-Unies pour le Sommet mondial sur l'action humanitaire, *Une seule humanité, des responsabilités partagées*.

³ Katsunori Fujii, « The Great East Japan Earthquake and Disabled Persons », dans Disability Information Resources, Japon.

⁴ UNICEF, *Inclure les enfants handicapés dans l'action humanitaire : orientation générale* (2017).

⁵ Sources: OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap* (2011), DESA, *Handicap et vieillissement* (2013), UNICEF, *Enfants et jeunes handicapés* (2013).

À qui s'adressent ces directives ?

Les directives ont été principalement conçues pour être utilisées par les acteurs humanitaires nationaux, régionaux et internationaux qui sont associés à l'élaboration des politiques, aux activités de coordination, à l'élaboration des programmes et aux processus de financement, à savoir :

- les gouvernements ;
- les organes de direction de l'action humanitaire (coordonnateurs d'urgence, coordonnateurs pour les réfugiés et coordonnateurs résidents, équipes pays pour l'action humanitaire) ;
- les responsables des groupes sectoriels et chefs de file sectoriels ;
- les responsables de l'élaboration des programmes (dans les organisations humanitaires et de développement) ;
- les bailleurs de fonds ;
- les organisations locales, nationales, régionales et internationales de personnes handicapées⁶.

Les directives peuvent également s'avérer utiles pour les agents de terrain ainsi que pour d'autres acteurs humanitaires, dans la mesure où elles décrivent les processus visant à assurer l'intégration des personnes handicapées et prodiguent des recommandations à l'intention des différents secteurs.

Dans quels contextes ces directives peuvent-elles être utilisées ?

Les contextes humanitaires varient largement en fonction de la nature de la crise (risque naturel, conflit, déplacement, crise politique, etc.), de son emplacement (milieu urbain ou rural, îles éloignées) et de la rapidité de son évolution (rapide, lente ou

prolongée). Les recommandations formulées dans ce document s'appliquent à tous les contextes ; elles doivent néanmoins être adaptées au contexte avant d'être appliquées.

En effet, il convient de considérer les facteurs contextuels suivants lors de la mise en œuvre des directives :

- le niveau de reconnaissance et de compréhension du handicap dans le pays concerné ;
- l'expertise disponible en matière de handicap dans le pays concerné ;
- la disponibilité, l'accessibilité et l'efficacité des services destinés aux personnes handicapées ;
- la présence d'OPH opérationnelles, ainsi que l'expérience et les ressources dont elles disposent ;
- la disponibilité et la qualité des données désagrégées sur le handicap, ainsi que la mesure dans laquelle ces données disponibles reflètent précisément la diversité des personnes handicapées dans les pays concernés.

En vue d'illustrer ce qui précède, indiquons à titre d'exemple que les OPH d'une zone affectée par une crise pourraient manquer de ressources ou d'expérience, ou pourraient également ne pas être représentatives de la diversité des personnes handicapées. Dans cette éventualité, il pourrait s'avérer nécessaire de renforcer la capacité de ces organisations en matière d'actions humanitaires ou de mettre en place et d'autonomiser les groupes de soutien par les pairs constitués de personnes handicapées. Le but recherché est d'appuyer les OPH à prendre part aux consultations portant sur l'assistance et la protection au cours des différentes phases de la réponse humanitaire (y compris lors de la préparation de la réponse, de la réponse elle-même et du relèvement).

⁶ Les directives cherchent à répondre aux besoins des parties prenantes humanitaires conventionnelles, y compris les OPH en tant que parties prenantes humanitaires et acteurs de développement associés à l'action humanitaire, plutôt qu'en tant qu'organisations spécialisées dans le domaine du handicap. Voir les procès-verbaux de [l'atelier de travail multipartite](#) tenu en octobre 2017.

En toutes circonstances, les acteurs humanitaires, en collaboration avec les OPH, doivent identifier et se mobiliser contre les obstacles qui limitent l'accès des personnes handicapées à l'assistance et à la protection (voir la section sur les **bBarrières**), ou en faveur de la promotion de leur intégration et de leur protection. Cela se révèle nécessaire à la fois pour garantir que chaque membre de la population affectée reçoit les services auxquels il ou elle a droit, selon ses capacités et ses besoins et pour renforcer la redevabilité de l'intervention.



2

Ce qu'il faut savoir

Cadre juridique et politique

Le Comité permanent interorganisations (CPI)⁷ est le principal mécanisme de renforcement de la coordination interorganisations de l'aide humanitaire au niveau international. Le CPI a mis en exergue la pertinence du droit international dans les crises humanitaires, notamment le droit international humanitaire (DIH), droit international relatif aux droits de l'homme (DIDH) et le droit international des réfugiés (DIR)⁸. Ces corpus juridiques fournissent un cadre légal reliant l'action humanitaire aux principes et normes convenus à l'échelle internationale et confirment les droits de tous les individus affectés par les crises. Le droit international relatif aux droits de l'homme, qui est systématiquement applicable, permet également d'établir un nexus entre l'action humanitaire et le développement. Il est possible d'y avoir recours pour remédier aux causes et conséquences des crises, pour définir et répondre aux besoins humanitaires, et pour établir les conditions nécessaires pour que les individus puissent jouir des droits convenus au niveau international.

Les acteurs étatiques sont les principaux garants des droits en vertu du droit international relatif aux

droits de l'homme⁹. En effet, ils ont la responsabilité première et fondamentale de protéger, respecter et mettre en œuvre les droits des personnes se trouvant sur leur territoire ou relevant de leur compétence. Les personnes affectées par les crises et les urgences humanitaires disposent de droits civils, politiques, économiques et culturels qu'elles peuvent réclamer aux garants pertinents.

La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH) est un traité international sur les droits de l'homme contraignant pour les États qui l'ont ratifié (États Parties)¹⁰. La CRDPH affirme que les États Parties doivent œuvrer à protéger et promouvoir les droits des personnes handicapées tant dans leurs lois que dans leurs politiques et leurs pratiques. Les États Parties doivent également se plier aux normes du traité lorsqu'ils s'engagent dans des activités de coopération internationale.

L'article 11 de la CRDPH exige spécifiquement des États Parties, conformément aux obligations qui leur incombent en vertu du droit international, qu'ils prennent toutes mesures nécessaires pour assurer

⁷ Le Comité permanent interorganisations a été créé en 1992 pour donner suite à la résolution 46/182 de l'Assemblée générale des Nations Unies. Les membres du CPI englobent des organisations humanitaires des Nations Unies et extérieures aux Nations Unies. Pour obtenir d'autres renseignements sur le CPI, veuillez vous rendre sur son [site web](#).

⁸ Voir: Comité permanent interorganisations, *Politique du comité permanent interorganisations sur la protection dans le cadre de l'action humanitaire* (2016) ; et CPI, *Déclaration du Comité permanent interorganisations sur la place centrale de la protection dans l'action humanitaire*, (2013). L'annexe 1 de la politique du CPI sur la protection fournit des informations utiles sur les lois internationales pertinentes.

⁹ En vertu du droit international humanitaire, les groupes armés non étatiques, parties à un conflit armé sont tenus de respecter le DIH. De plus, les autorités de facto, ou les groupes armés non étatiques qui exercent des fonctions de type gouvernemental et contrôlent un territoire sont de plus en plus appelés à respecter les normes internationales en matière de droits de l'homme, lorsque leur conduite affecte les droits des individus placés sous leur contrôle.

¹⁰ 179 États en plus de l'Union européenne sont parties à la CRDPH à partir du mois de juin 2019.

la protection et la sûreté des personnes handicapées dans les situations de risque, y compris les conflits armés, les crises humanitaires et les catastrophes naturelles¹¹.

D'autres articles de la CRDPH sont pertinents dans le cadre de l'action humanitaire et du développement et soutiennent l'intégration des personnes handicapées. La CRDPH doit être systématiquement intégrée dans les interventions humanitaires. À cette fin, les acteurs humanitaires doivent examiner et évaluer les pratiques et les processus en vigueur, ainsi que leurs résultats, afin de garantir la protection et la promotion des droits de l'homme des personnes handicapées, tel que l'exige le droit international.

Droit international relatif aux droits de l'homme

Le droit international relatif aux droits de l'homme (DIDH) affirme que tous les individus disposent de droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels et définit ces droits. En appliquant ces droits universels aux personnes handicapées, la CRDPH a considérablement changé la manière dont les personnes handicapées sont perçues. En effet, le handicap est dorénavant considéré comme résultant de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières auxquelles ces mêmes personnes font face. Cela a d'importantes implications, non seulement sur la conception du handicap mais aussi sur la manière de concevoir l'intégration, y compris dans le contexte de l'action humanitaire. En vue de garantir aux personnes handicapées le plein exercice de leurs droits, il s'avère alors nécessaire d'identifier et d'éliminer les barrières sociales, légales, politiques et environnementales qui les empêchent de jouir pleinement de leurs droits, y compris les attitudes et les comportements qui stigmatisent et marginalisent les personnes handicapées. Il est également nécessaire d'associer les personnes handicapées aux prises de décision, et ce, conformément à leur devise « Rien pour nous sans nous ».

Droit international humanitaire (DIH)

Dans le contexte des conflits armés, le droit international humanitaire (DIH) assure une protection générale aux populations civiles et aux personnes hors de combat, y compris les personnes handicapées, « sans aucune distinction de caractère défavorable » (discrimination)¹². L'interdiction de toute distinction de caractère défavorable permet aux acteurs humanitaires d'accorder la priorité aux personnes handicapées et devrait même les obliger à prendre des mesures spécifiques à cette fin. Les opérations de secours humanitaires doivent veiller, par exemple, à ce que la nutrition, l'eau, les soins de santé, les services de réhabilitation et les abris d'urgence soient disponibles et accessibles aux personnes handicapées. Les dispositions du DIH peuvent également être utilisées pour prévenir et alléger les préjudices causés aux personnes handicapées pendant les hostilités. Reconnaisant que les personnes handicapées courent par exemple le risque d'être abandonnées dans les zones sujettes aux attaques, le DIH accorde spécifiquement la priorité à leur évacuation de ces zones. Il est à noter que le DIH, à l'instar du DIDH, affirme l'obligation d'assurer la protection et la sûreté des personnes handicapées durant les conflits armés ; cette obligation est énoncée à l'article 11 de la CRDPH.

Par ailleurs, les conventions sur le désarmement prévoient des dispositifs de protection spécifiques aux survivants d'armes et de restes explosifs de guerre après la fin des hostilités.

Autres instruments et cadres politiques

Objectifs de développement durable

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 souligne que tous les États ont l'obligation de respecter, protéger et promouvoir les droits de l'homme sans discrimination d'aucune sorte, y compris sur la base du handicap. Ses 17 objectifs fournissent un cadre, convenu à l'échelle internationale, pour entreprendre des actions de développement aux niveaux national et global d'ici à 2030. Le

¹¹ Voir [Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif](#).

¹² Voir CICR, Discrimination (ou distinction de caractère défavorable) : [Discrimination \(ou distinction de caractère défavorable\)](#).

Programme 2030 comporte un engagement universel à « ne laisser personne pour compte ».

L'objectif 16 revêt une importance particulière pour l'intégration des personnes handicapées dans l'action humanitaire. Il affirme la nécessité de promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et inclusives aux fins du développement durable, d'assurer l'accès de tous à la justice et de mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous. Par ailleurs, l'objectif 9 incite les sociétés à bâtir des infrastructures résilientes, notamment dans les zones touchées par des catastrophes. Les objectifs 11 et 13 viennent quant à eux rappeler qu'aucune question, y compris la prévention des catastrophes et les secours d'urgence, ne peut être appréhendée ou réglée efficacement de manière isolée.

[Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030](#)¹³

Le Cadre de Sendai vise à réduire les risques de catastrophe, de pertes en vies humaines et de dommages matériels. Ce cadre promeut une approche qui implique « l'ensemble de la société » et prend en compte les personnes handicapées. Il veille ainsi à promouvoir l'intégration¹⁴, l'accessibilité¹⁵ et l'application des principes de la conception universelle¹⁶. Il reconnaît en outre que les personnes handicapées et leurs organisations ont un rôle majeur à jouer dans chaque phase de la planification relative à la réduction des risques de catastrophe¹⁷.

[Sommet mondial sur l'action humanitaire \(2016\) et engagements du Programme d'action pour l'humanité](#)

Suite aux discussions concernant la situation des personnes handicapées lors du Sommet mondial sur l'action humanitaire, de nombreuses organisations se sont engagées à assurer l'intégration des

personnes handicapées dans l'action humanitaire¹⁸. Les États membres, les organismes des Nations Unies, les ONG et d'autres parties ont reconnu la nécessité de renforcer et systématiser les politiques, procédures et programmes humanitaires visant à garantir l'intégration des personnes handicapées.

La [Charte pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire](#), qui a été lancée lors du Sommet, est fondée sur le droit international humanitaire et sur le droit international relatif aux droits de l'homme. Ses signataires s'engagent sur cinq principes, à savoir : la non-discrimination, la participation, les politiques inclusives, les services inclusifs ainsi que la coopération et la coordination.

Outre ce qui précède, le [Pacte mondial sur les réfugiés](#) et le [Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières](#) contiennent des dispositions spécifiques sur les personnes handicapées plaidant en faveur de leur intégration dans les réponses apportées aux mouvements de réfugiés et migrants.

Principes directeurs des directives du CPI

Les *Directives sur l'intégration des personnes handicapées dans l'action humanitaire* du CPI reposent sur des principes qui garantissent le respect, la protection et la promotion des droits des personnes handicapées durant les phases de préparation, d'intervention et de relèvement relatives aux situations d'urgence humanitaire.

Il est à noter que la CRDPH englobe plusieurs principes pouvant être appliqués à l'action humanitaire¹⁹. Ces principes sont : le respect de la dignité intrinsèque, la participation et l'intégration, la non-discrimination, l'égalité des chances et l'égalité entre les hommes et les femmes. D'autres principes plus spécifiques mais tout aussi importants comprennent : l'accessibilité, le respect de la différence, l'acceptation des personnes handicapées comme faisant partie de la diversité humaine, le

¹³ Le [Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030](#) a été adopté lors de la troisième Conférence mondiale de l'ONU tenues à Sendai au Japon le 18 mars 2015.

¹⁴ *Ibid*, para. 7.

¹⁵ *Ibid*, para. 19 (d).

¹⁶ *Ibid*, para. 30 (c).

¹⁷ *Ibid*, para. 36 (a) (iii).

¹⁸ Voir Programme d'action pour l'humanité, [Explore Commitments and Reports](#)

¹⁹ CRDPH, [article 3](#)

respect du développement des capacités de l'enfant handicapé, le respect de l'autonomie individuelle (y compris la liberté de faire ses propres choix) et le respect de l'indépendance des personnes.

Ces principes sont étroitement liés à chaque droit affirmé par la Convention. Si ces principes sont appliqués avec les principes et normes humanitaires, y compris la *Charte humanitaire et le Code de conduite pour l'action humanitaire*, ils sont à même de garantir l'intégration des personnes handicapées dans toutes les phases de préparation et de réponse lors des situations d'urgence humanitaire.

L'action humanitaire repose également sur les principes d'humanité, de neutralité, d'impartialité et d'indépendance énoncés dans les résolutions de l'Assemblée générale des Nations Unies²⁰. Ces principes sont au cœur du travail entrepris par les organisations humanitaires qui prennent très souvent des engagements supplémentaires afin de protéger les droits humains, de respecter la dignité intrinsèque des populations affectées et de renforcer la redevabilité en adoptant un code de conduite, ou en adoptant et en mettant en œuvre les neuf engagements de la *Norme humanitaire fondamentale*. Les principes humanitaires soulignent qu'il est nécessaire de maintenir et d'améliorer la redevabilité, la qualité et la performance de l'action humanitaire. Ils sont essentiels pour les efforts déployés en vue de garantir l'intégration des personnes handicapées dans les contextes humanitaires.

Qui sont les personnes handicapées ?

Aux fins des présentes directives, l'expression « personnes handicapées » désigne les personnes qui présentent des incapacités sensorielles, physiques, psychosociales, intellectuelles durables ou d'autres formes d'incapacité, dont l'interaction avec diverses barrières les empêche de participer ou d'avoir accès aux programmes humanitaires, aux services ou à la protection²¹.

Une approche du handicap fondée sur les droits de l'homme met les personnes handicapées au centre des actions entreprises et réduit tant les barrières que les risques auxquels ces personnes sont confrontées. Pour cela, les acteurs humanitaires doivent reconnaître la capacité des personnes handicapées à contribuer à la réponse humanitaire.

Par ailleurs, les personnes handicapées ne constituent pas un groupe homogène. En effet, ces personnes présentent différentes situations de handicap et sont dotées d'identités différentes (par exemple les femmes, les autochtones, les enfants, etc.). En raison de l'intersectionnalité de ces facteurs, les personnes handicapées peuvent faire face à de multiples formes de discrimination. L'approche adoptée en matière d'action humanitaire doit donc s'appuyer sur la compréhension de ces différences afin de ne laisser aucune personne handicapée pour compte.

Concepts et définitions clés

Accessibilité : l'accessibilité constitue l'un des huit principes qui permettent d'interpréter les droits énoncés dans la CRDPH. Ce principe affirme le droit des personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, « d'avoir accès à l'environnement physique, aux transports, à l'information et à la communication, y compris aux systèmes et technologies de l'information et de la communication, et aux autres équipements et services ouverts ou fournis au public, tant dans les zones urbaines que rurales »²². L'accessibilité est une condition préalable à l'intégration : sans accessibilité, les personnes handicapées ne peuvent pas être incluses.

La conception universelle est une approche qui prône « la conception de produits, d'équipements, de programmes et de services qui puissent être utilisés par tous, dans toute la mesure possible, sans nécessiter ni adaptation ni conception spéciale »²³. Les prin-

²⁰ Pour les principes d'humanité, de neutralité, d'impartialité, voir la [résolution de l'Assemblée générale 46/182](#) (1991). Pour le principe d'indépendance, voir la [résolution de l'Assemblée générale 58/114](#) (2004).

²¹ [Version modifiée de la CRDPH, Article 1](#)

²² [CRDPH, Article 9.](#)

²³ [CRDPH, Article 2.](#)

cipes de la conception universelle facilitent l'accessibilité, y compris pour les personnes handicapées²⁴.

Les aides techniques, les technologies d'aide à la personne et les aides à la mobilité sont les produits externes (tels que les appareils, les équipements, les instruments, les logiciels) spécialement produits ou généralement disponibles qui visent à maintenir ou améliorer le fonctionnement, l'indépendance, la participation ou le bien-être général des individus²⁵. Ces produits peuvent également aider à éviter l'apparition d'incapacités et de problèmes de santé secondaires. Parmi les aides techniques et technologies d'aide à la personne figurent les fauteuils roulants, les prothèses, les prothèses auditives, les aides visuelles, les matériels et logiciels informatiques spécialisés qui sont à même d'améliorer la mobilité, les capacités auditives et visuelles, ou encore les capacités de communication.

Les barrières sont les facteurs se trouvant au sein de l'environnement dans lequel évolue une personne, qui font obstacle à sa participation et créent une situation de handicap. Dans le cas des personnes handicapées, ces facteurs limitent leur accès à la société et leur intégration. Les barrières peuvent être comportementales, environnementales ou institutionnelles.

Les *barrières attitudinales* sont les attitudes négatives qui peuvent, entre autres, être ancrées dans des croyances culturelles ou religieuses, la haine, la répartition inégale du pouvoir, la discrimination, les préjugés, l'ignorance, la stigmatisation ou encore la partialité. Les membres de la famille ou les personnes se trouvant dans l'entourage proche des personnes handicapées peuvent également être confrontées à une « discrimi-

mination par association ». Notons que les barrières attitudinales sont à l'origine de la discrimination et de l'exclusion.

Les *barrières environnementales* comprennent les obstacles physiques se trouvant dans l'environnement naturel ou l'environnement bâti, qui « entravent l'accès et affectent les chances de participation »²⁶, ainsi que les systèmes de communication inaccessibles. Ces derniers empêchent les personnes handicapées d'avoir accès à l'information ou aux connaissances, limitant ainsi leurs chances de participation²⁷. L'absence de services et les problèmes liés à la prestation des services sont également des barrières environnementales^{28 29}.

Les *barrières institutionnelles* comprennent les lois, les politiques, les stratégies ou les pratiques institutionnalisées qui constituent une discrimination à l'égard des personnes handicapées en les empêchant de participer à la société³⁰.

Les barrières peuvent être considérées comme une menace si elles sont intentionnellement mises en place ou maintenues. Elles sont toutefois décrites comme étant une vulnérabilité si leur survenue est involontaire. Il n'en demeure pas moins que, dans un cas comme dans l'autre, les barrières conduisent à l'exclusion, rendant ainsi les personnes handicapées, en particulier dans les situations de crise, plus susceptibles de faire face à des menaces et vulnérabilités supplémentaires ou plus graves que leurs pairs non handicapés.

L'intégration du handicap renvoie à la participation effective des personnes en situation de handicap, dans toute leur diversité, à la promotion de leurs

²⁴ National Disability Authority, *What is Universal Design?*

²⁵ OMS, *Guidelines on health-related rehabilitation*, p. 35.

²⁶ OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap* (2011), p. 4 et 263.

²⁷ Wapling & Downie, *Beyond Charity: a Donor's Guide to Inclusion* (2012), p. 21 ; PPUA Penca (Center for Election Access of Citizens with Disabilities), *Accessible elections for persons with disabilities in five Southeast Asian countries*. USAID & AGENDA (2013), p. 5, 11 ; OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap* (2011), p. 4.

²⁸ OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap* (2011), p. 262.

²⁹ GSDRC, *Barriers to disability inclusion*.

³⁰ Wapling & Downie, *Beyond Charity: a Donor's Guide to Inclusion* (2012), p. 21 ; DFID : *Disability, Poverty and Development* (2000), p. 8 ; OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap* (2011), p. 6, 262 ; Bruijn et al., (2012), *Count Me In: Include people with disabilities in development projects* (2012), p. 23

droits et à la prise en compte des points de vue liés au handicap conformément à la CRDPH³¹. L'intégration du handicap se trouve liée au concept d'« inclusion sociale », qui a été défini comme étant « le processus par le biais duquel des efforts sont déployés afin de garantir l'égalité des chances de manière à ce que tout un chacun, sans égards à ses origines, soit en mesure de réaliser son plein potentiel humain dans la vie. De tels efforts comprennent l'adoption de politiques et d'actions visant à promouvoir l'égalité d'accès aux services (publics), tout comme la facilitation de la participation des citoyens aux processus de prise de décision qui affectent leur propre vie³². »

La **discrimination fondée sur le handicap** renvoie à toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le handicap qui a pour objet ou pour effet de compromettre ou réduire à néant la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel, civil ou autres. La discrimination fondée sur le handicap comprend toutes les formes de discrimination, y compris l'incapacité de répondre de manière flexible aux exigences en matière d'aménagement raisonnable (le refus d'aménagement raisonnable)³³.

L'aménagement raisonnable exige que les individus et les institutions modifient ou adaptent leurs procédures ou services, lorsque cela s'avère nécessaire et approprié, afin d'éviter que des charges disproportionnées ou indues soient imposées aux personnes handicapées pour leur assurer, sur la base de l'égalité avec les autres, l'exercice de leurs droits de l'homme et libertés fondamentales³⁴.

Les *formes de discrimination* multiples et croisées ont lieu lorsqu'une personne est

victime de discrimination sur la base de deux ou plusieurs motifs. Dans de telles circonstances, les effets de la discrimination sont exacerbés ou aggravés. Une femme handicapée pourrait, par exemple, simultanément faire face à des discriminations fondées sur son sexe et son handicap. La discrimination croisée a lieu lorsque des formes multiples de discrimination interagissent ensemble de façon à ce que les personnes soient exposées à des formes spécifiques d'inégalités et de discriminations.

La *discrimination fondée sur le handicap* peut cibler les personnes qui présentent actuellement une incapacité, qui présenteraient une incapacité, qui sont prédisposées à présenter une incapacité future, ainsi que les personnes qui sont présumées avoir une incapacité. Cette discrimination peut également cibler les personnes liées à une personne handicapée : il s'agit de la discrimination par association.

Les **facteurs facilitateurs** sont des mesures visant à éliminer les barrières, ou à réduire leurs effets, et à améliorer la résilience ou la protection des personnes handicapées.

Budgétisation inclusive. La budgétisation est considérée comme inclusive lorsqu'une organisation, durant son processus de planification alloue des fonds en vue d'éliminer des barrières, de promouvoir la participation des personnes handicapées, et de réaliser des activités ciblées pour les personnes handicapées. Les budgets inclusifs doivent inclure les coûts liés à l'amélioration de l'accessibilité physique, assurer des aménagements raisonnables et fournir des produits spécialisés non alimentaires, des aides techniques, des équipements d'aide à la mobilité et des formes et moyens de communication accessibles³⁵.

³¹ Site web de la [Stratégie des Nations Unies pour l'inclusion du handicap](#) et UNDIS, [Annexe I. Notions et définitions principales](#)

³² Département des Nations Unies pour les affaires économiques et sociales, [Inclusion sociale](#)

³³ Voir CRDPH, [Article 2](#).

³⁴ Voir CRDPH, [Article 2](#).

³⁵ Afin de répondre aux exigences d'accessibilité physique des personnes handicapées (par exemple, lors de la construction des immeubles ou de la mise en place des équipements d'eau, hygiène et assainissement), l'on estime qu'entre 0,5 % et 1 % devrait être ajouté aux budgets. En vue de fournir des produits spécialisés non alimentaires et des équipements d'aide à la mobilité, les estimations indiquent qu'il conviendrait d'ajouter 3 à 4 % supplémentaires ; augmentation pouvant même aller jusqu'à 7 %. Voir : HelpAge, CBM, Handicap International, [Normes d'inclusion humanitaire pour les personnes âgées et les personnes handicapées](#), et Light for the World, [Resource Book: Disability Inclusion](#) (2017), p. 36.

Consentement éclairé : Donner un consentement éclairé implique qu'une personne donne, de son plein gré, son approbation à procéder à quelque chose ou sa permission de le faire (par exemple, une intervention médicale, la communication d'informations personnelles, le transfert de document d'appui, etc.), et ce, en fonction de la divulgation complète des risques, bénéfices, alternatives envisageables et conséquences du refus affiché. Les personnes handicapées, en particulier celles qui présentent des incapacités intellectuelles et/ou psychosociales, se voient très souvent refuser le droit d'exprimer leur consentement. Cela constitue une violation de leurs droits en vertu de la CRDPH³⁶.

Les enfants ont le droit d'être consultés et de donner leur consentement éclairé dans la mesure où leur degré de maturité le leur permet.

L'intersectionnalité est un cadre analytique qui démontre comment les formes d'oppression (telles que le racisme, le sexisme, le capacitisme/validisme) se recoupent, définissant ainsi des groupes sociaux uniques. Une approche intersectionnelle suppose que les préjudices et violations associés au handicap, à la race et l'ethnicité, au genre ou à d'autres identités ne peuvent pas être suffisamment compris en étant considérés séparément. C'est pourquoi, afin de comprendre comment ces derniers affectent l'accès aux ressources ou créent des risques pour les personnes handicapées, il convient de saisir comment le handicap, l'âge, le genre ainsi que d'autres facteurs interagissent et d'évaluer par la suite leur impact global³⁷.

L'intégration des questions relatives au handicap désigne le processus visant à incorporer la CRDPH aux principes de protection, à promouvoir la sûreté et la dignité des personnes handicapées et à leur garantir un véritable accès au soutien humanitaire et une pleine participation aux interventions humanitaires. L'intégration des questions relatives au handicap vise davantage à mettre l'accent sur les modalités d'action que sur l'action en elle-même. Les questions relatives au handicap doivent être intégrées dans tous les secteurs et toutes les phases du cycle des programmes humanitaires.

Les **organisations de personnes handicapées (OPH)** doivent s'appuyer sur la CRDPH, s'engager à la mettre en œuvre et pleinement respecter les principes et les droits qu'elle entérine. Les OPH doivent être menées, dirigées et gouvernées par des personnes handicapées. La grande majorité de leurs membres doivent également être des personnes handicapées³⁸.

« Par **personnes handicapées** on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales³⁹, 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 autres⁴⁰. »

La **résilience** désigne la capacité d'un système, d'une personne, d'une communauté ou d'une société à résister, absorber, supporter, s'adapter, se transformer et récupérer des effets d'un danger de façon opportune et efficiente, y compris en préservant et en restaurant les structures et fonctions essentielles par le biais d'une gestion des risques.

³⁶ Comité des droits des personnes handicapées, Observation générale No 1 (2014) sur l'article 12 : Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité [CRDPH/C/GC/1](#), 19 mai 2014. Voir aussi Comité des droits des personnes handicapées, Observation générale No 6 (2018) sur l'égalité et la non-discrimination, [CRDPH/C/GC/6](#), 26 avril 2018, para. 66. La politique du Comité permanent interorganisations sur la protection dans le cadre de l'action humanitaire stipule que les informations et les données ne doivent pas être divulguées en l'absence d'un consentement libre et éclairé. Voir la section portant sur les définitions.

³⁷ Voir Parlement européen, Direction générale des politiques internes, *Discrimination Generated by the Intersection of Gender and Disability* (2013). Voir aussi : Comité des droits des personnes handicapées, Observations générales No 6 (2018) sur l'égalité et la non-discrimination [CRDPH/C/GC/6](#) (26 avril 2018), para. 19.

³⁸ Comité des droits des personnes handicapées, *Directives sur la participation des Organisations de Personnes handicapées et des organisations de la société civile au travail du comité*, Annexe II de la CRDPH/C/11/2, para. 3. Voir aussi : Comité de la CRDPH, Observations générales No. 7 (2018) sur la participation des personnes en situation de handicap, y compris des enfants, par l'intermédiaire de leurs organisations représentatives, à la mise en œuvre et le suivi de la convention, [CRDPH/C/GC/7](#), 9 novembre 2018.

³⁹ La CRDPH a renvoyé à une incapacité « mentale ». Le comité de la CRDPH a ultérieurement privilégié le terme incapacité « psychosociale ».

⁴⁰ CRDPH, [Article 1](#).

Analyser les risques et barrières à l'intégration des personnes handicapées dans l'action humanitaire

Réduire les risques, améliorer la résilience et augmenter la protection

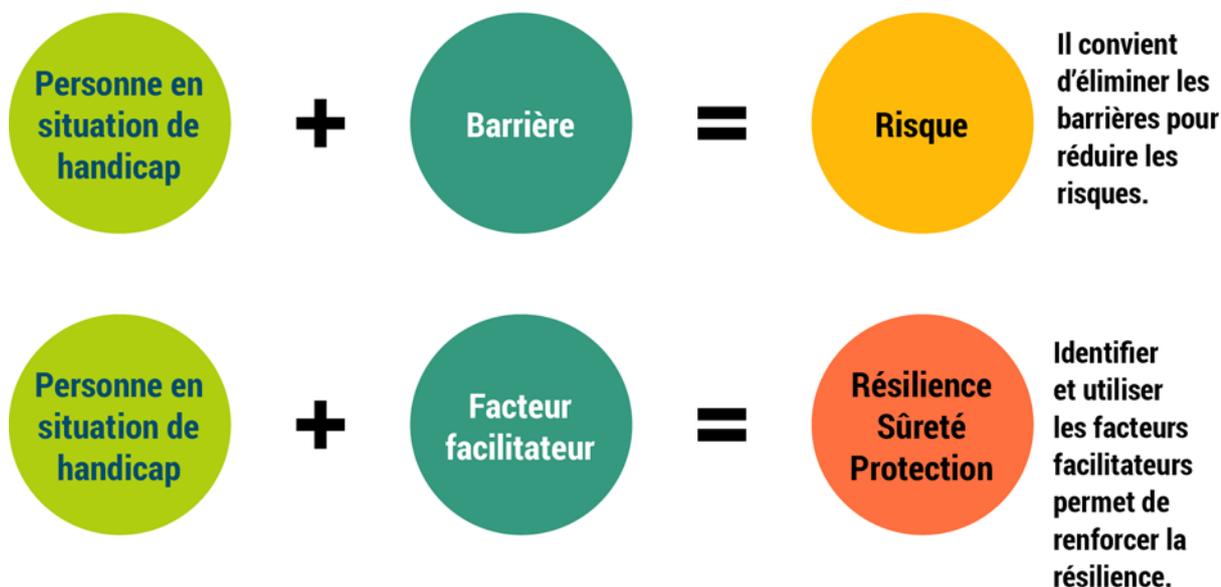
Les personnes handicapées font face à des **barrières** qui accroissent les risques dans les contextes humanitaires. « Les obstacles peuvent être classés comme menaces s'ils sont mis en place de façon délibérée par un acteur ou comme vulnérabilités s'ils sont le résultat d'un acte involontaire. Dans les deux cas, ces obstacles conduisent à l'exclusion, ce qui augmente la probabilité que les personnes en situation de handicap soient confrontées à des menaces et à des vulnérabilités à un niveau plus élevé que le reste de la population affectée par la crise⁴¹. » En ayant recours à des **facteurs facilitateurs** (tels que les services d'appui fournis dans les

camps, un accès facilité aux points de distribution des vivres ou l'acquisition d'aides techniques), les personnes handicapées peuvent améliorer leur résilience individuelle. Il convient d'améliorer la **protection** pour réduire les risques et renforcer la **résilience**.

Que faut-il savoir pour pouvoir éliminer les différentes barrières ?

Cette section décrit les barrières générales que rencontrent les personnes handicapées durant les crises humanitaires. Les chapitres 11 et 18 présentent les barrières sectorielles. En vue d'identifier de manière efficace les actions et mesures clés, et de planifier et mettre en œuvre des programmes humanitaires accessibles et inclusifs, il s'avère indispensable de comprendre le handicap, l'accessibilité et le concept de barrières.

Diagramme 3. | Barrières et facteurs facilitateurs liés à l'intégration des personnes handicapées dans l'action humanitaire



⁴¹ DG ECHO, *L'inclusion des personnes en situation de handicap dans les opérations d'aide financées par l'UE* (2019, DG ECHO Guide opérationnel).

Les personnes handicapées se heurtent souvent, dans leur quotidien, à des barrières comportementales, environnementales et institutionnelles. Les crises humanitaires viennent exacerber ces barrières et peuvent même en créer de nouvelles, réduisant ainsi davantage l'accès des personnes handicapées à l'assistance et à la protection ainsi que leur participation aux actions humanitaires. Il importe égale-

ment de reconnaître que les personnes présentant la même incapacité peuvent faire face à des barrières différentes, pour de nombreuses raisons, telles que leur sexe, âge, culture ou statut socio-économique. En effet, les formes et natures complexes des situations de handicap et des discriminations, croisées et multiples, nécessitent une évaluation des risques fondée sur différents critères.

Le rôle des familles et des réseaux sociaux

Les familles et les réseaux sociaux peuvent être des facteurs facilitateurs pour éliminer ou réduire les barrières qui entravent la participation des personnes handicapées. En effet, des familles solidaires peuvent réduire considérablement les coûts encourus en raison de ces barrières et promouvoir l'intégration, notamment pour les personnes handicapées stigmatisées ou exclues. Cependant, les familles peuvent également constituer une barrière. Les acteurs humanitaires doivent donc s'assurer que les personnes handicapées restent au cœur de leurs interventions.

La colonne gauche du tableau ci-dessous énumère les barrières qui se présentent dans les contextes humanitaires. La colonne droite décrit une interven-

tion tenant compte du handicap. Cette liste n'est pas exhaustive ; des informations supplémentaires sur les barrières sont disponibles dans les chapitres 11 à 18.

A. **Les barrières comportementales dans les contextes humanitaires.** Les idées fausses ou les préjugés sociaux concernant les personnes handicapées peuvent engendrer des hypothèses erronées.

Exemples de barrières et d'idées fausses	Exemples de facteurs facilitateurs et d'hypothèses appropriées
Toutes les personnes handicapées ont trouvé la mort parce qu'elles n'ont pas pu s'enfuir.	Alors que certaines personnes handicapées ont trouvé la mort, nombreuses sont celles qui ont pu s'enfuir. Ces personnes sont représentées de manière disproportionnée parmi les survivants.
Les personnes handicapées sont des victimes qui doivent être pleinement assistées.	Les personnes handicapées ont besoin d'une assistance au même titre que n'importe quel autre groupe parmi la population affectée. En outre, elles sont dotées de capacités, de ressources et d'une voix ; de nombreuses personnes handicapées peuvent prendre part à l'action humanitaire.
Les personnes handicapées ont des problèmes de santé et ont toutes besoin de soins médicaux.	Les personnes handicapées ont les mêmes besoins que le reste de la population, et certaines d'entre elles peuvent requérir une attention médicale particulière. Cependant, toutes les personnes handicapées n'ont pas nécessairement besoin de soins médicaux.

Exemples de barrières et d'idées fausses	Exemples de facteurs facilitateurs et d'hypothèses appropriées
Les services médicaux et de santé peuvent répondre aux exigences spécifiques au handicap, telles que la fourniture de fauteuils roulants et d'aides techniques.	Les acteurs humanitaires peuvent fournir des aides techniques par l'intermédiaire de plusieurs canaux. Ils doivent toutefois comprendre les types d'appareils dont les personnes handicapées ont besoin pour accroître leur aptitude à fonctionner dans un contexte précis et renforcer leurs capacités et leur résilience.
Les personnes handicapées ne sont pas en mesure de prendre des décisions ; d'autres personnes doivent sans doute prendre des décisions à leur place dans leur meilleur intérêt.	Les personnes handicapées ont le droit de prendre des décisions sur les questions qui les concernent, et la plupart d'entre elles peuvent le faire. Cependant, certaines d'entre elles, notamment les personnes ayant un handicap psychosocial ou intellectuel, peuvent avoir besoin de soutien pour comprendre et prendre des décisions.
Les personnes handicapées ne peuvent pas travailler. Par conséquent, les organisations humanitaires ne les embauchent pas.	Les personnes handicapées peuvent travailler et apporter des contributions précieuses. Il est important de discuter directement avec eux pour identifier leurs compétences et domaines d'intérêt.
Les personnes handicapées mettent les personnes de leur entourage mal à l'aise.	Cela peut se produire dans des situations de stigmatisation et d'incompréhension élevées. Il est important de mener des actions de conscientisation et de sensibilisation afin de remédier aux préjugés.
Fournir un aménagement raisonnable aux personnes handicapées est trop difficile et très coûteux. Cela relève de la responsabilité de quelqu'un d'autre.	Tenir compte des exigences des personnes handicapées peut s'avérer facile si l'on sait de quoi ces personnes ont besoin et comment satisfaire précisément à ces besoins. Il faut juste leur poser la question. Dans la plupart des cas, des solutions simples et peu coûteuses peuvent être trouvées. Tous les acteurs humanitaires ont la responsabilité de veiller à ce que leurs programmes soient accessibles et de fournir les aménagements nécessaires, le cas échéant.
<p>La culture locale peut être source de préjugés et de stigmatisation à l'encontre des personnes handicapées. Identifier les barrières socioculturelles et y remédier d'une manière culturellement acceptable.</p>	

B. Les barrières environnementales dans les contextes humanitaires. Quelques barrières environnementales existent probablement déjà. Mais les acteurs humanitaires et les populations locales peuvent involontairement en créer d'autres.

Exemples de barrières	Exemples de facteurs facilitateurs
Les sites d'enregistrement et de distribution se trouvent loin, en hauteur, sur un terrain difficile ; les moyens de transport sont inaccessibles.	Les sites d'enregistrement et de distribution doivent être placés dans des endroits accessibles à tous. Si ce n'est pas possible, il convient de fournir des moyens de transport ou d'assurer la prestation des services aux individus qui ne peuvent pas atteindre les sites de distribution.
Les kits alimentaires sont trop lourds pour être portés par les personnes handicapées.	Il convient d'identifier des pair-aidants qui auront la responsabilité de récupérer et de porter les kits alimentaires des personnes handicapées.
Les cabines de latrines sont trop étroites pour pouvoir recevoir un fauteuil roulant et assurer un appui à son utilisateur.	Les documents de conception et d'achats doivent prévoir des latrines accessibles.
Les tentes et les abris temporaires ont des marches et des entrées étroites.	Les documents de conception et d'achats doivent prévoir l'installation d'abris temporaires accessibles aux fauteuils roulants.
Les points d'eau sont munis de pompes surélevées qui sont difficiles à manœuvrer.	Les documents de conception et d'achats doivent prévoir l'acquisition de pompes accessibles. (Il est à noter qu'une aide humaine pourrait être requise, même pour les modèles accessibles).
Les réunions de coordination ont lieu dans des bâtiments inaccessibles qui ne respectent point le principe AECU (Atteindre, Entrer, Circuler et Utiliser) ⁴² .	La coordination s'assure que les réunions sont tenues dans des bâtiments et des sites accessibles.
Les informations sur l'assistance humanitaire sont communiquées par le biais d'un seul moyen de communication (par exemple, messages oraux ou écrits, ou affiches).	Les informations sur l'assistance humanitaire sont communiquées sous de multiples formats accessibles (oral, imprimé, facile à lire, en langue simplifiée, en langues des signes, etc.). Une aide humaine est fournie à ceux qui en ont besoin pour accéder à l'information.
Les cadres humanitaires, les codes de conduite et autres documents clés ne sont pas rendus disponibles sous de multiples formes accessibles, y compris sous des formes faciles à lire ou dans une langue simplifiée.	Les documents clés sont rendus disponibles sous de multiples formes accessibles, y compris sous des formes faciles à lire ou dans une langue simplifiée.

⁴² Un emplacement ou bâtiment est considéré comme étant accessible lorsqu'une personne handicapée peut facilement l'atteindre, y entrer et circuler d'une salle ou d'un étage à un autre et avoir recours aux services que cet emplacement ou immeuble en question offre.

Exemples de barrières	Exemples de facteurs facilitateurs
La communauté n'est pas consultée (par le biais des groupes de discussions, des mécanismes de traitement des réclamations et de retour d'informations) sous de multiples formats et aucun soutien n'est apporté aux personnes ayant un handicap auditif, psychosocial ou intellectuel pour qu'elles puissent comprendre ces consultations et y prendre part.	Les consultations sont menées dans de nombreux formats et un soutien est apporté aux personnes ayant un handicap auditif, psychosocial ou intellectuel pour qu'elles puissent prendre part aux consultations de la communauté, aux groupes de discussion ainsi qu'aux mécanismes de traitement des plaintes et de retour d'informations.

C. **Les barrières institutionnelles et les facteurs facilitateurs dans les contextes humanitaires.** Dans de nombreux pays, il n'y a que peu de politiques, voire aucune, qui veillent à promouvoir ou à garantir l'intégration des personnes handicapées.

Exemples de barrières	Exemples de facteurs facilitateurs
Les politiques gouvernementales et les cadres légaux pertinents pour l'action humanitaire, à l'instar des politiques régissant les activités des organisations humanitaires, ne veillent pas à promouvoir ou à garantir l'intégration des personnes handicapées.	Les politiques gouvernementales appuient l'adoption d'approches inclusives alignées sur la CRDPH. Lorsque cela est jugé approprié, les entités des Nations Unies, les équipes pays des Nations Unies et les équipes pays des Nations Unies pour l'action humanitaire se conforment à la Stratégie des Nations Unies pour l'inclusion du handicap .
Les programmes de travail contre rémunération, ainsi que d'autres programmes d'emploi, ne prennent pas en considération les capacités des personnes handicapées et, par conséquent, ne les emploient pas.	Les programmes de travail contre rémunération et les programmes d'emploi prennent en considération les capacités des personnes handicapées et prévoient des services d'appui respectueux de leur autonomie (et fournissent une aide humaine ou des services d'interprétation).
Les prestataires de services formés et qualifiés, et le personnel compétent (tels que les enseignants et les médecins) ne sont pas disponibles.	Les documents de recrutement prennent en considération l'intégration et favorisent les candidats ayant une expérience relative au handicap et à l'intégration. Les programmes forment le personnel aux principes d'intégration et aux moyens pratiques de la promouvoir.

Exemples de barrières	Exemples de facteurs facilitateurs
L'intégration ne constitue pas une exigence imposée par les donateurs.	L'OCDE-CAD et un nombre croissant d'autres donateurs prévoient des marqueurs propres au handicap et envisagent de mettre davantage l'accent sur les personnes handicapées ⁴³ . Les entités des Nations Unies seront tenues de rapporter leurs résultats en matière de handicap en vertu de la Stratégie des Nations Unies pour l'inclusion du handicap .
Les documents de recrutement pour les postes humanitaires exigent que les candidats soient « en bonne santé » et peuvent exclure les personnes handicapées sous prétexte que le handicap est un problème de santé.	Les politiques de recrutement se conforment aux normes de la CRDPH et évaluent les candidats en se fondant sur leurs capacités à accomplir les principales fonctions du poste vacant, tout en leur fournissant une aide humaine ou technique, si nécessaire ⁴⁴ .
Les lois nationales empêchent les personnes handicapées d'ouvrir des comptes bancaires (ce qui peut également entraver leur accès à une assistance rémunérée en espèces), d'obtenir des prêts ou des crédits, ou encore de posséder des terres.	Dans le cadre de l'intervention, une collaboration a lieu avec le gouvernement en vue d'élaborer des politiques inclusives conformes à la CRDPH. Un travail est également réalisé auprès des entités financières pour faciliter l'obtention d'espèces de manière sûre et légale pour les personnes handicapées, jusqu'à ce que de nouvelles lois ou que les tribunaux leur octroient la possibilité d'ouvrir des comptes bancaires.
Les personnes handicapées jouissent d'une capacité juridique limitée ⁴⁵ , ce qui entrave leur accès à la protection juridique et limite leur autorité dans la prise de décisions et l'octroi d'un consentement libre et éclairé.	Le gouvernement apporte son soutien aux politiques inclusives alignées sur la CRDPH. Les pair-aidants et les services d'appui sont rendus disponibles de manière à offrir aux personnes handicapées l'accompagnement dont elles ont besoin pour prendre des décisions éclairées. Ces mesures doivent s'accompagner de garanties afin de veiller à ce que ces personnes ne prennent pas de décisions sous la contrainte. Les politiques des organisations humanitaires n'imposent pas de barrières fondées sur la capacité juridique.

⁴³ Organisation de coopération et de développement économiques, [Handbook for the marker for the inclusion and empowerment of persons with disabilities](#) (2019).

⁴⁴ Organisation internationale du Travail, [Promouvoir la diversité et l'inclusion grâce à des ajustements sur le lieu de travail: guide pratique](#).

⁴⁵ La capacité juridique désigne le droit d'une personne à entreprendre des actes juridiques valables, se marier, conclure un contrat de travail, gérer son propre argent, accepter ou refuser un traitement médical, etc. La plupart des pays refusent ce droit aux personnes présentant des incapacités intellectuelles et psychosociales, quoique cela constitue une violation de la CRDPH.

Exemples de barrières	Exemples de facteurs facilitateurs
<p>Les organisations humanitaires ne sont dotées d'aucune politique d'intégration du handicap et manquent de mécanismes de redevabilité pour mesurer leurs résultats en matière d'intégration du handicap. Cela empêche le développement d'une culture organisationnelle soutenant dûment l'intégration des personnes handicapées.</p>	<p>Les politiques en vigueur garantissent l'intégration des personnes handicapées. Les mécanismes de redevabilité mesurent les améliorations des résultats. La <i>Stratégie des Nations Unies pour l'inclusion du handicap</i> guide les organisations humanitaires lorsqu'elles élaborent leurs cadres d'intégration⁴⁶.</p>
<p>La structure humanitaire ne prévoit pas de domaine de responsabilité sur le handicap.</p>	<p>Le handicap constitue un point permanent à l'ordre de jour des réunions de protection et des réunions interinstitutions. Un point focal, responsable des questions relatives au handicap, est désigné.</p>
<p>Les évaluations des attentes ne prennent pas en compte le handicap. Cela limite la compréhension du niveau d'exposition des personnes handicapées face à des risques spécifiques.</p>	<p>Les personnes handicapées sont ciblées dans les évaluations des besoins. Les données sont ventilées et les risques évalués.</p>

Une réponse humanitaire inclusive nécessite d'intervenir à plusieurs niveaux. Étant donné que les personnes handicapées peuvent avoir des exigences spécifiques, la CRDPH prône une planification s'articulant autour de deux axes, à savoir : i) le développement progressif d'environnements et d'interventions accessibles et inclusifs ; et ii) l'élaboration de solu-

tions sur mesure permettant aux personnes handicapées de participer immédiatement.

En l'absence de solutions conventionnelles, les parties prenantes doivent être prêts à fournir des aménagements raisonnables en vue de satisfaire aux exigences des personnes handicapées.

Prendre des mesures pour garantir la fourniture des aménagements et ajustements raisonnables

On entend par « aménagement raisonnable » les modifications et ajustements nécessaires et appropriés n'imposant pas de charge disproportionnée ou induite apportés, en fonction des besoins dans une situation donnée, pour assurer aux personnes handicapées la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales. » (CRDPH, Article 2)

Il convient de prendre le principe d'accessibilité en compte afin d'expliquer comment les acteurs humanitaires peuvent assurer un équilibre entre les solutions conventionnelles ou structurelles et les aménagements raisonnables. En effet, les acteurs humanitaires qui souhaitent améliorer l'accessibilité procèdent généralement par étapes. Ils i) commencent une évaluation, ii) évaluent les alternatives, iii) préparent des processus et docu-

ments d'achat, iv) achètent ou acquièrent des biens, des équipements, des matériels, des technologies, etc., et v) distribuent et livrent les biens ou services choisis conformément à un calendrier ou un échéancier prévu. Le refus d'aménagement raisonnable étant considéré comme une forme de discrimination, les acteurs humanitaires doivent également offrir des solutions individuelles sur demande.

⁴⁶ [Stratégie des Nations Unies pour l'inclusion du handicap](#). Voir aussi : OIT, [Model Self-Assessment Tool](#).

Comblent l'écart entre l'accessibilité et les aménagements raisonnables	
Un programme ou service est accessible lorsque...	L'aménagement raisonnable est réalisé lorsque...
il peut être mis en œuvre immédiatement.	il peut être fourni immédiatement (évitant ainsi toute discrimination).
il offre une solution générale.	il offre une solution individuelle.
il est disponible et accessible, indépendamment du fait qu'il soit requis ou non.	il est fourni quand la personne handicapée en a besoin, et ne peut pas y avoir accès autrement.
il s'inspire des principes généraux régissant la conception universelle.	il est spécialement adapté pour répondre aux exigences de la personne concernée et est conçu avec cette même personne.
il répond aux normes d'accessibilité.	il satisfait aux exigences d'un test de proportionnalité.

Un aménagement raisonnable est une mesure individuelle dont bénéficie une personne spécifique, mais qui pourrait également produire des effets bénéfiques plus larges. Par exemple, un chemin qui est rendu accessible pour une personne peut ultérieurement être utilisé par plusieurs autres. Il en est de même pour le changement de la procédure régissant l'obtention des transferts en espèces, la réorganisation des méthodes de distribution des vivres ou la réorganisation du travail pour répondre aux besoins d'un collègue présentant un handicap. (Voir l'[annexe 1](#) Fournir des aménagements raisonnables.)

L'accessibilité ne constitue qu'un seul exemple des aménagements raisonnables. Par exemple, les procédures de comptabilité peuvent être ajustées pour certaines personnes qui ont du mal à se concentrer sur une longue durée ; les programmes de travail contre rémunération peuvent prolonger les créneaux horaires afin de prendre en compte les exigences d'une personne pour qui voyager constitue une barrière importante, etc⁴⁷.

Terminologie fondée sur les droits

Les termes utilisés pour s'adresser ou faire référence aux personnes handicapées peuvent soit contribuer à les déprécier ou à les autonomiser. Ci-après figurent quelques termes clés qu'il convient de connaître :

Vulnérable/vulnérabilité : Les personnes handicapées ne sont pas intrinsèquement vulnérables. La vulnérabilité leur est imposée, notamment du fait des barrières et du manque de soutien auxquels elles se heurtent. Une terminologie fondée sur les droits associe généralement l'utilisation de la vulnérabilité à un qualifiant. Par exemple, « les filles handicapées sont plus vulnérables à la violence sexuelle lorsqu'elles sont séparées des membres de leur famille et de leurs pourvoyeurs de soins » ou « les garçons handicapés sont plus vulnérables au harcèlement scolaire que les garçons non handicapés ».

Soignant/pourvoyeur de soins : Un soignant ou pourvoyeur de soins est souvent défini comme une personne (membre de la famille ou assistant rémunéré) qui prend régulièrement soin d'un enfant, d'une

⁴⁷ Organisation internationale du Travail, [Promouvoir la diversité et l'inclusion grâce à des ajustements sur le lieu de travail: guide pratique](#).

personne malade, d'une personne âgée ou d'une personne handicapée. Les défenseurs de l'approche fondée sur les droits ont tendance à préférer les termes « soutien » et « aide » plutôt que « soins » lorsqu'ils parlent d'adultes handicapés (par exemple, aide humaine, pair-aidants, personne de soutien).

Besoins spécifiques : Les besoins humains (en matière d'alimentation, d'abri, de services de santé, etc.) sont universels. Les personnes handicapées partagent ces besoins avec tous les êtres humains. Les personnes handicapées peuvent requérir des interventions visant à répondre à leurs besoins spécifiques (accessibilité, communication, aide humaine, etc.). Les défenseurs de l'approche fondée sur les droits remplacent le terme « besoins spécifiques » par le terme « exigences spécifiques », afin de mettre l'accent sur l'application de leurs droits.

Considérations supplémentaires concernant la terminologie :

- Adopter une terminologie accordant la priorité à la personne. (Par exemple, privilégier « personne handicapée » à « un(e) handicapé(e) » ; de même, privilégier « une fille aveugle » ou « une fille malvoyante » à « une aveugle ».)
 - Éviter les termes connotés négativement, tels que « souffre de », « souffrant de », « victime » ou « handicapé ». Privilégier l'expression « utilisateur de fauteuil roulant » à l'expression « prisonnier d'un fauteuil roulant » ou « confiné à un fauteuil roulant ».
 - Éviter de parler de personnes « normales » ou « ordinaires » et privilégier l'expression « ne présentant aucune incapacité ».
 - Ne pas utiliser d'abréviations ou d'acronymes pour faire référence aux enfants handicapés (EH) et aux personnes handicapées (PH)⁴⁸.
- Utiliser des termes appropriés pour faire référence aux situations de handicap, y compris les handicaps physiques, visuels, auditifs, intellectuels et psychosociaux.

⁴⁸ La CRDPH adopte les termes « enfants handicapés » et « personnes handicapées ». Étant donné que les enfants et adultes handicapés sont souvent stigmatisés et subissent une discrimination, ils préfèrent qu'on les appelle « un enfant » et une « personne » plutôt que d'être appelés par une abréviation.



3

Que faire : les approches clés de l'élaboration des programmes

Les personnes handicapées doivent être en mesure d'accéder à l'assistance et aux interventions humanitaires au même titre que le reste de la population. Il convient donc d'adopter une **double approche** qui combine des programmes transversaux inclusifs avec des interventions ciblées en faveur des personnes handicapées.

Premièrement, les programmes et interventions humanitaires classiques, conçus pour l'ensemble de la population, doivent inclure les personnes handicapées. Leurs activités de planification, conception, mise en œuvre et évaluation doivent donc refléter cet objectif. Par exemple :

- Les informations doivent être diffusées sous de multiples formats accessibles (oral, imprimé, facile à lire, en langue simplifiée, en langues des signes, etc.).
- Les sites de distribution doivent être placés dans des endroits qui sont accessibles à tous, y compris aux personnes handicapées.
- Les cabines de latrines doivent être accessibles aux personnes handicapées : elles doivent être physiquement accessibles et fournir une signalisation claire.

Deuxièmement, les programmes humanitaires doivent répondre aux exigences spécifiques des personnes handicapées en mettant en place des interventions ciblées. Par exemple :

- Ils doivent mettre des aides techniques à disposition des personnes handicapées.
- Ils doivent fournir des indemnités de transport aux personnes handicapées pour leur permettre d'avoir accès aux services.
- Ils doivent livrer des articles alimentaires et non alimentaires aux personnes handicapées qui ne peuvent accéder aux sites de distribution.

La double approche est cruciale pour l'intégration des personnes handicapées dans l'action humanitaire. Elle doit donc être adoptée par toutes les parties prenantes dans tous les secteurs.

Mesures incontournables

Certaines mesures incontournables doivent être adoptées par toutes les parties prenantes de chaque secteur et dans chaque contexte afin d'inclure les personnes handicapées de manière satisfaisante dans toutes les phases de l'action humanitaire.

Il convient de garder à l'esprit les quatre mesures incontournables décrites ci-dessous lors de la lecture ou de la mise en œuvre de chaque chapitre et de la section relative aux **rôles et responsabilités des parties prenantes**.

Promouvoir une participation significative

La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH)⁴⁹ consacre le droit de participer aux processus de prise de décision. Les personnes handicapées ont donc le droit de participer à la prise des décisions humanitaires qui les concernent.

Sur la base de ce droit, et étant donné que les personnes handicapées sont dotées de connaissances et de compétences précieuses, elles peuvent être acteurs importants et des personnes-ressources dans l'intervention humanitaire.

Actions clés

- Permettre aux personnes handicapées de participer à tous les processus qui visent à assurer l'analyse, la planification, la conception, la mise en œuvre, le suivi ou l'évaluation des programmes humanitaires durant toutes les phases et à tous les niveaux.
- Recruter des personnes handicapées en tant que membres du personnel à tous les niveaux des organisations humanitaires, y compris en tant qu'agents de première ligne et agents de mobilisation communautaire.
- Demander conseil aux organisations de personnes handicapées (OPH) et collaborer avec ces dernières lors de l'élaboration de stratégies visant à faire participer les personnes handicapées d'une communauté affectée.

Éliminer les barrières

Ni l'intégration ni la participation ne peuvent être réalisées tant que des barrières persistent. La suppression des barrières comportementales, environnementales et institutionnelles s'avère donc cruciale pour remédier aux risques⁵⁰.

Actions clés

- Identifier toutes les barrières comportementales, environnementales et institutionnelles qui font obstacle à l'accès des personnes handicapées aux programmes et services humanitaires. Identifier également les facteurs facilitateurs qui facilitent la participation des personnes handicapées.
- Prendre les mesures adéquates permettant d'éliminer les barrières et de promouvoir les facteurs facilitateurs afin de garantir l'accès des personnes handicapées à l'assistance humanitaire et faciliter leur participation significative.

Autonomiser et soutenir les personnes handicapées afin de les aider à développer leurs capacités

Les parties prenantes humanitaires, y compris les OPH, doivent en premier lieu accroître leur prise de conscience des droits et capacités des personnes handicapées. Elles doivent ensuite travailler avec les personnes handicapées afin de renforcer et accroître leurs capacités. L'adoption de ces mesures permet aux deux groupes de parties prenantes de coopérer pour veiller à l'entière intégration des personnes handicapées dans tous les aspects de la protection et de l'assistance humanitaire.

Le développement des capacités peut prendre plusieurs formes. Il peut s'agir, par exemple, de mettre en place des séances de sensibilisation, d'apprentissage et de formation, ainsi que des séances de mentorat du personnel ; de revoir les outils de formation, y compris les cours d'introduction et de formation ; de créer des communautés de pratique ; de recueillir des expériences (enseignements tirés) et d'identifier les bonnes pratiques ; de fournir un appui technique, notamment par des spécialistes de l'intégration du handicap et les OPH ; de transmettre des compétences par le biais de conseils et de services d'appui ; etc.

⁴⁹ Le *Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe*, le *Pacte mondial sur les réfugiés* et le *Pacte mondial sur les migrations*, entre autres, exigent des acteurs humanitaires tout comme des autres parties prenantes de consulter et d'inclure les personnes handicapées dans leurs programmes et décisions.

⁵⁰ Voir la section sur les [Barrières](#).

Actions clés

- Accorder la priorité au développement des capacités des personnes handicapées et des OPH en matière d'action humanitaire. En outre, leur transmettre les connaissances, les capacités et les compétences de leadership dont elles ont besoin pour pouvoir contribuer à la protection et l'assistance humanitaires et en bénéficier⁵¹.
- Renforcer les capacités des acteurs humanitaires et les aider à concevoir et mettre en œuvre des programmes humanitaires inclusifs accessibles aux personnes handicapées. Pour ce faire, il convient d'approfondir leur compréhension des droits des personnes handicapées ainsi que des principes et approches pratiques qui visent à promouvoir l'intégration et à réduire les barrières y faisant obstacle.

Ventiler les données pour assurer le suivi de l'intégration

Les données relatives aux barrières et aux exigences des personnes handicapées sont indispensables pour assurer le suivi de l'intégration. Les données humanitaires doivent donc inclure des données ventilées sur le handicap afin de veiller à l'accessibilité de la planification, de la mise en œuvre et du suivi de l'action humanitaire et à l'intégration des personnes handicapées. Il convient également d'assurer la collecte et l'analyse des données et des informations sur les risques et les barrières auxquels les personnes handicapées font face. Les acteurs humanitaires peuvent ainsi approfondir leur compréhension des barrières faisant obstacle à l'intégration, leur permettant ainsi de lever ces obstacles et d'adopter des mesures visant à la promouvoir.



Consulter également la section sur la [Gestion des données et informations](#).

Actions clés

- Lorsque les données ne sont pas disponibles, les parties prenantes humanitaires, en partenariat avec les OPH, doivent assurer la collecte des données relatives au sexe, à l'âge et au handicap, en ayant recours à une panoplie d'outils qui ont été testés dans les contextes humanitaires. Ces outils comprennent notamment l'ensemble abrégé de [questions sur le handicap du Groupe de Washington](#) et le [Module sur le fonctionnement de l'enfant](#) élaboré par l'UNICEF et le Groupe de Washington, ainsi que des données relatives aux risques et aux barrières.
- Utiliser les données désagrégés sur la base du handicap afin d'assurer le suivi de l'égalité d'accès et de concevoir et planifier la mise en œuvre des programmes inclusifs. Veiller à ce que les personnes handicapées puissent participer à chaque étape.
- Ventiler les données par sexe, âge et handicap permet d'élaborer des indicateurs appropriés en vue de leur utilisation ultérieure dans le cadre du suivi de l'intégration des personnes handicapées dans toutes les phases de l'action humanitaire.

⁵¹ Intégrer les concepts et outils clés de l'action humanitaire dans la formation dispensée.



4

Gestion des données et des informations

Introduction : pourquoi faut-il recueillir des données sur les personnes handicapées ?

Une programmation humanitaire de qualité repose sur la compréhension des exigences et des priorités des personnes handicapées en temps de crise. Cette compréhension résulte de : 1) l'identification de la population des personnes handicapées ; 2) l'analyse des risques qu'encourent les personnes handicapées et des facteurs contribuant à ces risques ; 3) l'identification des barrières qui entravent l'accès des personnes handicapées à l'assistance humanitaire ; et 4) la compréhension des rôles et capacités des personnes handicapées dans la réponse humanitaire.

Afin de jeter les bases de cette compréhension, il est important de recueillir des données sur les personnes handicapées. Les données sont plus précisément nécessaires aux fins suivantes :

1. Identifier les personnes handicapées et les ménages qui comptent parmi leurs membres des personnes handicapées en vue d'assurer le suivi de leur situation et de leur fournir une réponse ciblée et hiérarchisée.
2. Identifier le nombre total de personnes handicapées dans la population affectée. Cela permet de définir précisément les exigences générales et spécifiques des personnes handicapées dans la population affectée et de mobiliser les ressources appropriées pour y répondre.
3. Comprendre comment la crise affecte les personnes handicapées, y compris ses effets sur la mortalité, la nutrition et la sécurité alimentaire, les moyens de subsistance, la santé, la protection ainsi que tout autre besoin fondamental. Ces informations permettent d'identifier les facteurs de réduction des risques encourus par les personnes handicapées et de renforcer leur résilience.
4. Comprendre les points de vue et les priorités des personnes handicapées. Si ces informations ne sont pas recueillies, les organisations ne pourront en aucun cas être redevables envers la population affectée (AAP).
5. Recenser les capacités et les ressources des organisations prenant part à la réponse, y compris les organisations de personnes handicapées (OPH). Ces informations permettent de développer des partenariats locaux et de déployer des efforts en vue d'identifier les lacunes en matière de capacités.
6. Surveiller le niveau d'accès des personnes handicapées à l'assistance humanitaire, aux services et aux équipements, et identifier les barrières attitudinales, physiques institutionnelles et à la communication entravant l'accessibilité. Sans ces informations, les organisations humanitaires ne peuvent pas améliorer leurs programmes et mécanismes, éliminer les barrières ou accroître la participation des personnes handicapées.

Ces informations contribuent également à la prise de décisions éclairées sur la formation, la sensibilisation et les lacunes en matière de capacité.

7. Renforcer les éléments de preuve sur lesquelles les initiatives de plaidoyer et la mobilisation des ressources s'appuient.

Les États qui ont ratifié la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH) sont tenus de recueillir des informations sur les personnes handicapées. En effet, l'article 31 de la CRDPH, qui porte sur les statistiques et la collecte des données, impose aux États Parties de s'engager « à recueillir des informations appropriées, y

compris des données statistiques et résultats de recherches » et précise également que les données recueillies « sont ventilées, selon qu'il convient, et utilisées pour évaluer la façon dont les États Parties s'acquittent des obligations qui leur incombent en vertu de la présente Convention, et identifier et lever les obstacles que rencontrent les personnes handicapées dans l'exercice de leurs droits ».

Quels sont les types de données nécessaires ?

Les décisions ou les mesures nécessaires dans le cadre d'une réponse humanitaire conditionnent es types de données qui doivent être recueillies.

Les données quantitatives (des informations mesurables et calculables) peuvent être utilisées pour...

- Identifier les personnes handicapées et calculer leur nombre dans une population affectée (au moyen des données d'enregistrement, des enquêtes auprès des ménages, des estimations sur les ménages, etc.).
- Déterminer le nombre et l'emplacement des structures et services accessibles et inaccessibles.
- Ventiler les données portant sur les besoins et les risques (par exemple, le nombre ou la proportion de ménages souffrant d'insécurité alimentaire et dirigés par une personne handicapée).
- Suivre l'accès à l'assistance humanitaire (par exemple, établir le nombre ou la proportion de personnes handicapées parmi les participants aux programmes d'appui aux moyens de subsistance).
- Suivre les préoccupations liées à la protection (par exemple, établir le nombre ou les types de violations des droits de l'homme que les personnes handicapées subissent).

Les données qualitatives (des informations descriptives) peuvent être utilisées pour...

- Recueillir les points de vue et les priorités des personnes handicapées, notamment par le biais des processus de traitement des réclamations et de retour d'informations.
- Comprendre les risques et les barrières auxquels les personnes handicapées font face, ainsi que les facteurs facilitateurs, par exemple au moyen de groupes de discussion et d'entretiens avec des informateurs clés.
- Identifier les barrières, les facteurs facilitateurs et les risques qui entravent ou favorisent l'accès des personnes handicapées à l'assistance humanitaire, en examinant, entre autres, des politiques et des documents.
- Suivre les préoccupations liées à la protection, en effectuant par exemple des entretiens privés avec les personnes handicapées sur les violations des droits de l'homme qu'elles ont subies.
- Obtenir des informations détaillées sur les connaissances, les comportements et les perceptions des acteurs humanitaires et des communautés locales vis-à-vis des personnes handicapées, notamment par le biais d'enquêtes ou d'entretiens.
- Recenser les OPH et services accessibles, en recueillant par exemple des données relatives aux 5 W (qui a fait quoi, où, quand et pourquoi ?).

Outils pour ventiler les données par handicap

La ventilation des données par handicap est une étape importante de la compréhension des différentes façons dont les personnes handicapées vivent une situation de crise. En outre, elle permet de suivre leur accès à l'assistance humanitaire. En principe, les données ventilées par sexe et âge doivent également être ventilées sur la base du handicap.

Il est à noter que les outils les plus couramment testés et qui ont été utilisés pour produire des données comparables sur les personnes handicapées sont l'ensemble abrégé de questions sur le handicap du Groupe de Washington et le Disability Assessment Schedule de l'OMS. Il existe un consensus grandissant⁵² selon lequel l'ensemble abrégé de questions sur le handicap du Groupe de Washington génère des données fiables et comparables à l'échelle internationale, qui peuvent être ventilées et recueillies sans discrimination d'aucune sorte et ajoutées rapidement et à moindres frais aux recensements et enquêtes menés. Par ailleurs, ce

questionnaire est de plus en plus utilisé dans les contextes humanitaires. (Voir l'annexe 2 pour un bref aperçu de ces outils, y compris le commentaire sur leurs utilisations dans les contextes humanitaires.)

Il importe de comprendre que ces outils peuvent être utilisés pour ventiler les données, mais qu'ils ne sont pas pour autant utiles pour l'identification de problèmes de santé spécifiques ou de diagnostic⁵³. Il convient donc de ne pas les utiliser lors d'évaluations ou de ciblage individuels ou dans le cadre d'un ciblage individuel en l'absence de données complémentaires sur les besoins et les facteurs de risque, dont les barrières.

Collecte et utilisation des données sur les personnes handicapées : étapes clés

La collecte des données sur les personnes handicapées doit être assurée à toutes les étapes du cycle des programmes humanitaires. Les étapes clés détaillées ci-dessous doivent être suivies à chaque phase.

⁵² Daniel Mont et Nora Groce, « [Counting disability: emerging consensus on the Washington Group questionnaire](#) », *The Lancet*, juillet 2017.

⁵³ Daniel Mont, [How does the WG-SS Differ from Disability Eligibility Determination?](#) (2017, Groupe de Washington sur les statistiques du handicap).

1. Identifier les besoins en information

À quelle question faut-il répondre ? Quelle décision faut-il prendre ? Il convient avant tout d'examiner à quelles fins les données sont recueillies. Il peut s'agir de : comprendre l'impact de la crise ; identifier les barrières qui entravent l'accès des personnes handicapées à l'assistance humanitaire ; recenser les ressources et capacités. En effet, l'objectif fixé pour la collecte des données doit déterminer le type de données recueillies.

2. Identifier les sources de données secondaires sur les personnes handicapées

Quelles informations sont nécessaires pour répondre aux questions clés ? Les informations déjà disponibles constituent toujours le meilleur point de départ.

- Utiliser les sources de données officielles, telles que les bases de données des gouvernements, les mécanismes internationaux de suivi (y compris les rapports publiés par les organes des Nations Unies créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, les procédures spéciales du Conseil des droits de l'homme et les Examens périodiques universels, le forum politique de haut niveau pour le développement durable et les rapports du Secrétaire général des Nations unies) et les informations compilées par les acteurs humanitaires, les projets de développement et les OPH. (Voir l'[annexe 3](#) pour un aperçu détaillé des données secondaires et de leur utilisation.)
- Cependant, il est important de reconnaître que ces chiffres pourraient sous-estimer considérablement le nombre de personnes handicapées et ne pas décrire de manière précise leurs besoins, leurs points de vue et leurs priorités. Il est, par conséquent, nécessaire d'évaluer la qualité, la solidité, l'exhaustivité ainsi que la comparabilité des données secondaires relatives aux personnes handicapées. (Voir l'[annexe 4](#)

pour obtenir des conseils sur les modalités d'évaluation des données sur les personnes handicapées.)

- La situation peut également évoluer après la collecte des informations secondaires, en particulier dans les contextes de crise humanitaire caractérisée par des déplacements massifs de population. Par ailleurs, le nombre de personnes handicapées ainsi que leur proportion dans la population augmentent fréquemment suite aux crises, notamment lorsque celles-ci perturbent les services, créent de nouvelles barrières et causent des blessures et un stress psychologique.

3. Remédier au manque d'informations essentielles

- Inclure des questions pertinentes à l'intention des personnes handicapées au sujet des outils d'évaluation des besoins et des processus de suivi et d'évaluation.
- Procéder à des exercices de collecte séparés axés sur les personnes handicapées, lorsque cela s'avère utile et réalisable. Une collecte séparée peut être particulièrement utile lorsque l'analyse signale que les personnes handicapées encourent des risques spécifiques ou font face à des défaillances en matière d'accessibilité.
- La réponse humanitaire est enrichie par la collecte de données supplémentaires, car elle lui permet de comprendre plus en détail les problèmes auxquels elle est confrontée. Associer les OPH à une telle entreprise est de la plus haute importance.
- Mettre en place des mesures appropriées de protection lors de la collecte, de l'analyse, du stockage, du partage, de l'utilisation, de la destruction ou de l'archivage de données personnelles sensibles. Se reporter à la section sur la gestion des données et informations dans les [Standards professionnels pour les activités de protection](#)⁵⁴.

⁵⁴ CICR, *Standards professionnels pour les activités de protection menées par les organisations humanitaires et de défense des droits de l'homme lors de conflits armés et d'autres situations de violence*. (2018), Chapitre 6, Gérer les données et les informations à des fins de protection, p. 106-148 ; et CRDPH, *Article 22(2)*.



Voir la section sur **l'Évaluation des besoins** pour des conseils plus détaillés

L'importance du consentement éclairé dans la collecte et l'utilisation des données

Tout individu a le droit de prendre des décisions éclairées relatives à la collecte et à l'utilisation de ses données personnelles. Les personnes qui procèdent à la collecte des données doivent être en mesure d'expliquer comment et à quelles fins les données recueillies seront utilisées et de fournir des garanties ayant trait à la confidentialité de ces données.

Afin de permettre aux personnes handicapées de donner leur consentement éclairé, il peut s'avérer nécessaire de leur fournir des informations sur l'utilisation de leurs données sous différents formats. Il peut également être nécessaire d'allouer plus de temps à l'explication et la prise de décision. Certaines personnes handicapées voudront peut-être demander conseil à une personne de confiance pour être soutenues dans leur prise de décision.

Les informations et données recueillies doivent être protégées. Par exemple, il convient d'éviter d'identifier les individus qui pourraient être harcelés, persécutés ou tués du fait des informations qu'ils ont divulguées.

Données sur les personnes handicapées et cycle des programmes humanitaires

Préparation

Le recueil d'informations fiables sur les personnes handicapées est l'une des principales composantes du processus de préparation aux crises. **L'annexe 3** évoque les sources potentielles de données secondaires. Les sources de données secondaires comprennent :

- Les bases de données du gouvernement, telles que les Systèmes d'information de gestion de l'éducation (SIGE). Il convient toutefois d'être prudent lors de l'utilisation de telles sources après la crise, les données risquant de ne plus refléter la démographie ou les besoins de la population affectée en raison de l'évolution de la situation.
- Les enquêtes auprès des ménages comparables à l'échelle internationale, telles que les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et les enquêtes démographiques et de santé (EDS).
- D'autres initiatives aux niveaux national, régional et local qui compilent des données sur les personnes handicapées et les ménages comptant parmi leurs membres des personnes handicapées, à l'instar des recensements

nationaux ou des systèmes nationaux de protection sociale.

- Les données recueillies par les OPH ou les ONG spécialisées, telles que les rapports de projet.

Les démarches supplémentaires visant à compiler des informations durant la phase de préparation peuvent consister en :

- La cartographie des informations sur les OPH locales et les services locaux ou nationaux fournies aux personnes handicapées, tels que les interprètes en langue des signes, les compagnies qui proposent des moyens de transport accessibles et les fournisseurs d'aides techniques.
- La cartographie des installations publiques accessibles et autres infrastructures qui peuvent être utilisées comme points de prestation de services, ainsi que la création de liens entre ces informations et les données opérationnelles communes conservées par le Bureau de la coordination des affaires humanitaires à l'échelon du pays.
- La formation du personnel ou des partenaires à l'utilisation des outils de collecte de données relatives aux personnes handicapées, ainsi que l'identification et la formation des acteurs

locaux, y compris les OPH, en tant qu'enquêteurs⁵⁵.

- La traduction des outils de collecte de données sur les personnes handicapées dans des langues pertinentes, y compris dans les langues utilisées par les communautés d'accueil et déplacées⁵⁶.

Évaluation et analyse des besoins

Bien que des données quantitatives fiables soient plus souvent disponibles, en grande partie grâce à l'utilisation plus répandue de l'ensemble abrégé de questions sur le handicap du Groupe de Washington sur le handicap, des lacunes significatives en matière de données subsistent et les données sur les personnes handicapées ne sont pas toujours solides ou comparables. Les données secondaires disponibles peuvent également ne pas être fiables, pour diverses raisons, y compris du fait des différentes perceptions du handicap, des phénomènes de sous-déclaration liés à la stigmatisation, des normes différentes adoptées pour classer ou mesurer le handicap, des limites des échantillonnages, des incohérences dans les questions posées, ou plus

simplement, parce que les sources de données n'ont pas été mises à jour. (Voir l'[annexe 4](#) pour un aperçu plus détaillé.)

Lorsque les évaluations multisectorielles des besoins analysent la sévérité des besoins d'une population donnée, elles devraient également se pencher sur l'impact de la situation sur les personnes handicapées et leurs familles. Lorsque les enquêtes auprès des ménages sont utilisées comme source de données dans le cadre des évaluations multisectorielles des besoins, les données relatives au handicap doivent être recueillies de manière à permettre la ventilation de toutes les données par handicap.

En l'absence de données solides, il est conseillé de supposer que 15 % de la population affectée présente un handicap⁵⁷. La planification et les efforts de suivi de l'accès à l'assistance humanitaire s'appuient sur cette estimation de 15 % (par exemple, il est admis que 15 % des installations doivent être accessibles).

Pour qu'une évaluation des besoins soit inclusive, les personnes handicapées doivent être les informateurs clés et prendre part aux groupes de discussion.

Objectifs de la mise en place d'un groupe de discussion inclusif pour l'évaluation des besoins

- Comprendre comment les préoccupations de la population peuvent être vécues différemment par les femmes, les hommes, les filles et les garçons en situation de handicap, ainsi que les préoccupations spécifiques potentielles des personnes handicapées.
- Comprendre les rôles des personnes handicapées au sein de la communauté. Tenir compte de leurs contributions à la communauté et de la façon dont les autres membres de la communauté les soutiennent.
- Comprendre comment les personnes handicapées ont vécu les situations d'urgence passées et identifier les barrières qu'elles ont rencontrées, ainsi que les mécanismes d'adaptation qu'elles ont utilisés.

⁵⁵ Des ressources utiles, y compris un kit de formation pour les enquêteurs sur l'utilisation du Questionnaire court de l'ensemble abrégé de questions sur le handicap du Groupe de Washington, peuvent être trouvées dans : Humanité & Inclusion, [Disability Data in Humanitarian Action](#).

⁵⁶ Consulter en ligne : [Washington Group's translation methodology and training tools](#)

⁵⁷ OMS et Banque mondiale, [Rapport mondial sur le handicap](#) (2011).

<p>Choisir le groupe de discussion</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chercher à identifier les personnes handicapées qui peuvent représenter les points de vue et les priorités du groupe. • Choisir, au moyen d'un échantillonnage dirigé, un large éventail de situations de handicap. Tenir compte des différences en matière de risques et barrières, de l'intersectionnalité et des différences liées à l'âge, au genre et à la diversité. Inclure des personnes en situation de handicap. • Offrir de consulter individuellement les personnes qui ne peuvent pas participer aux groupes de discussions.
<p>Conclure les arrangements</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulter les OPH et les personnes handicapées pour aboutir à un accord sur les préférences locales en matière de communication. • Former les enquêteurs des groupes de discussion aux méthodes de communication accessibles⁵⁸. • Choisir, pour les entretiens, des endroits accessibles et sûrs adaptés aux personnes handicapées.

Outre la ventilation des résultats par handicap, les évaluations des besoins doivent intégrer des informations qualitatives pertinentes pour les personnes handicapées. Il convient de poser, entre autres, les questions suivantes :

- Les personnes handicapées sont-elles confrontées à des formes spécifiques de discrimination ou de violence ciblée ?
- À quelles barrières les personnes handicapées doivent-elles faire face lorsqu'elles tentent d'avoir accès à l'assistance humanitaire ?
- Quels sont les formats ou les canaux de communication les plus accessibles aux personnes handicapées ?
- Les services spécifiques dont les personnes handicapées ont besoin (tels que les technologies d'aide à la personne) sont-ils disponibles ?
- Quelles sont les croyances et les pratiques de la population affectée au sujet des personnes handicapées ? Les croyances et pratiques néfastes prévalent-elles sur les autres ?

Les questions ci-dessus (adaptées lorsque cela s'avère nécessaire) peuvent également être adres-

sées aux acteurs humanitaires, y compris aux premiers intervenants.

L'intervention peut utiliser les réponses à ces questions, non seulement pour comprendre les connaissances, les attitudes et les pratiques locales, mais aussi pour concevoir des programmes de protection, des plaidoyers et des activités appropriées de renforcement des capacités.

Planification stratégique

En vue de planifier une réponse inclusive, il est essentiel de recueillir des informations sur les personnes handicapées, notamment :

- Des données ventilées par handicap, qui peuvent mettre en évidence le niveau d'association du handicap à la vulnérabilité concernant les moyens de subsistance ou l'insécurité alimentaire, la violence, l'exploitation et les abus, ou d'autres risques. Ces informations peuvent aider la réponse humanitaire à hiérarchiser et à cibler l'assistance humanitaire.
- Des données ventilées, qui permettent d'identifier dans quelles zones les personnes handicapées n'ont pas accès à l'assistance humanitaire. Il est ainsi possible de réorienter ou de renfor-

⁵⁸ Pour des conseils supplémentaires sur la communication inclusive, se reporter au module de l'UNICEF, [Inclusive communication Module](#).

cer les services et de combler les lacunes en matière d'accessibilité. Des évaluations de suivi pourraient s'avérer nécessaires en vue d'analyser les barrières et de concevoir les démarches visant à les éliminer.

- Des informations qualitatives sur les points de vue des personnes handicapées et leur perception par la population, qui permettent d'aider les organisations humanitaires à assurer une réponse plus inclusive et appropriée.
- Des données qualitatives sur les mécanismes d'adaptation des personnes handicapées, qui peuvent aider les organisations humanitaires à concevoir des interventions à même de renforcer leur résilience.
- Des données sur le nombre de personnes handicapées dans une population affectée (y compris les nombres provisoires fondés sur les estimations de 15 %) ⁵⁹, qui peuvent renseigner les plans sectoriels et orienter la planification et le suivi, garantissant ainsi que les programmes sont dotés de ressources suffisantes et dûment accessibles.

Mobilisation des ressources

Les données sur les personnes handicapées peuvent également contribuer à mobiliser les ressources en mettant l'accent sur l'impact de la crise sur les personnes handicapées, en identifiant les risques spécifiques auxquels les personnes handicapées et leur ménage sont confrontés, ainsi qu'en dévoilant le coût global nécessaire pour satisfaire aux exigences de toutes les personnes handicapées affectées par la crise.

Cela dit, la budgétisation en faveur de l'accessibilité ne devrait pas dépendre de la collecte de données. En effet, les estimations indiquent que, pour répondre aux exigences d'accessibilité pour les personnes handicapées (afin de construire des bâtiments et des installations EHA), l'enveloppe budgétaire allouée à cette fin devrait être située

entre 0,5 pour cent et 1 pour cent du budget. En vue d'inclure les articles non alimentaires spécialisés et les équipements d'aide à la mobilité, une proportion additionnelle sur le budget prévu de 3 à 7 pour cent est conseillée ⁶⁰.

Par ailleurs, les bailleurs de fonds peuvent renforcer davantage l'intégration des personnes handicapées en exigeant des acteurs humanitaires de ventiler les données par handicap, de fournir un cadre de résultats comprenant des extraits spécifiques et des indicateurs de résultats pour les personnes handicapées, et d'utiliser des marqueurs de suivi des ressources en vue d'identifier les projets prenant en compte les questions relatives au handicap.

Les résultats enregistrés en matière d'égalité d'accès et d'intégration peuvent être plus clairement identifiés en analysant les données ventilées au cours du processus de suivi. Une des options envisageables à cette fin consiste à inclure un indicateur spécifique relatif au handicap, tel que « le nombre d'enfants handicapés ayant accès à l'éducation ». Cependant, les réponses à des questions générales (par exemple « le nombre d'enfants ayant accès à l'éducation »), ventilées par handicap, pourraient garantir de meilleurs résultats. De manière générale, il serait plus utile de refléter des considérations spécifiques relatives au handicap au niveau des indicateurs des extraits. Ces indicateurs peuvent alors refléter les actions entreprises en vue d'améliorer l'accessibilité à l'assistance humanitaire, de mesurer la participation ou de fournir un appui ciblé aux personnes handicapées.

L'annexe 5 présente les modalités de formulation des indicateurs de produit peuvent être formulés afin d'identifier le niveau d'intégration des personnes handicapées. Des indicateurs sont également élaborés afin de suivre la mise en œuvre de la CRDPH, notamment de l'Article 11 sur les personnes handicapées dans l'action humanitaire. Voir le Projet [Bridging the Gap](#).

⁵⁹ OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap* (2011).

⁶⁰ Voir : *Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities* et Light for the World, *Resource Book: Disability Inclusion* (2017), p. 36.

Mise en œuvre et suivi

Le suivi de la mise en œuvre doit indiquer à la fois comment l'assistance humanitaire atteint effectivement les personnes handicapées et comment leurs besoins ont changé avec l'évolution de la crise.

Les données ventilées qui ont été recueillies, au moyen des processus et outils de suivi, contribuent à l'identification des défaillances en matière d'accessibilité pour les personnes handicapées. Lorsque le processus de suivi identifie de telles défaillances, des exercices de collecte ciblée de données (notamment des groupes de discussions et des entretiens avec des personnes handicapées de la population affectée, des OPH locales et des parties prenantes humanitaires) pourraient s'avérer nécessaires pour comprendre la nature des barrières auxquelles les personnes handicapées font face et concevoir, par conséquent, les mesures visant à les éliminer.

En vue de promouvoir un suivi systématique de l'accès à l'assistance, les réponses humanitaires devraient veiller à ce que le modèle des contrats et du processus de suivi mis à la disposition des partenaires de mise en œuvre exige de ces derniers d'établir des rapports sur le nombre ou la proportion des personnes handicapées que leurs programmes ont pu atteindre. En effet, les rapports de situation, les tableaux de bord humanitaires et autres mécanismes d'établissement des rapports doivent enregistrer les progrès réalisés dans l'accès des personnes handicapées à l'assistance humanitaire, y compris en recourant à des données ventilées.

Par ailleurs, le suivi de la protection est un outil important pour l'identification des risques spécifiques et accrus auxquels les personnes handicapées font face. Les informations générées par ce suivi peuvent renseigner les réponses, qui sont alors en mesure de réduire les risques et de renforcer la résilience. Lorsque cela s'avère possible⁶¹, les données propres au suivi de la protection doivent être ventilées par handicap. Les processus de suivi de la protection doivent également avoir pour objectif d'identifier les risques en matière de protection spécifiques aux personnes handicapées. Ces risques comprennent

la violence ciblée, les pratiques néfastes, le recours à la contrainte et l'institutionnalisation.

Évaluation

En vue de promouvoir l'intégration du handicap dans les évaluations des actions humanitaires, les termes de référence standards régissant ces évaluations devraient exiger la ventilation des données par handicap chaque fois que des données sont recueillies sur les individus (selon qu'ils bénéficient de la réponse ou qu'ils y apportent leur contribution). En outre, les évaluations devraient inclure les personnes handicapées parmi les informateurs, et poser des questions visant à obtenir des informations spécifiques sur les personnes handicapées.

En fonction de leur finalité, les évaluations devraient examiner dans quelle mesure les personnes handicapées ont accès à l'assistance humanitaire, dans quelle mesure elles ont participé au cycle des programmes humanitaires et comment la réponse a réduit les risques auxquels elles sont exposées et renforcé leur résilience. Ce faisant, l'évaluation doit également dégager les bonnes pratiques qui promeuvent l'intégration. Les évaluateurs pourraient souhaiter développer des indicateurs spécifiques en vue de mesurer les progrès réalisés pour atteindre les personnes handicapées et réaliser leur intégration ; ces indicateurs pourraient, par exemple, mesurer la proportion des personnes handicapées qui ont fait l'objet d'interventions spécifiques.

L'annexe 6 présente les critères d'évaluation dans l'action humanitaire en ayant recours aux définitions des critères élaborées par l'OCDE-CAD, ainsi que les modalités d'application de ces critères dans une perspective d'intégration du handicap. Un enjeu susceptible d'être examiné dans un contexte humanitaire y figure également.

⁶¹ Cela n'est pas forcément toujours faisable, par exemple quand les incidents sont signalés par des témoins d'une tierce partie ou lorsque les incidents impliquent des communautés ou groupes plutôt que des individus.

Résumé des éléments clés : collecte des données et gestion des informations

Préparation

- Élaborer des directives relatives aux modalités de renforcement de la collecte de données par les acteurs humanitaires en vue d'améliorer l'intégration des personnes handicapées, tout en préservant le droit au respect de la vie privée et la protection des données.
- Identifier les sources fiables de données sur les personnes handicapées, y compris les recensements, les bases de données administratives et les données recueillies par les OPH ou ONG spécialisées.
- Cartographier les informations relatives aux OPH, aux installations publiques et aux services accessibles.
- Renforcer les capacités permettant de recueillir des données sur les personnes handicapées en formant les acteurs locaux, en identifiant les outils clés de collecte de données et en les traduisant.
- Lorsque des enquêtes, telles que les EDS, les MICS et les recensements nationaux, sont menées dans des pays à haut risque humanitaire, souligner l'importance d'utiliser et d'incorporer des outils testés dans les contextes humanitaires, tels que l'ensemble abrégé de [questions sur le handicap du Groupe de Washington](#) sur le handicap et le [Module sur le fonctionnement de l'enfant](#) élaboré par l'UNICEF et le Groupe de Washington. Identifier également d'autres points d'entrée dans les processus de collecte de données dans le domaine humanitaire, où le recours à ces méthodologies est approprié, tels que le Mécanisme de suivi des déplacements géré par l'Organisation internationale pour les migrations.

Évaluation et analyse des besoins

- Les organisations dotées des capacités pertinentes devraient collaborer avec les Groupes de

travail chargés de l'évaluation pour intégrer les questions du handicap dans les évaluations des besoins et des analyses associées.

- Recueillir des informations sur les services qui intègrent et ciblent les personnes handicapées dans les contextes humanitaires. Pour ce faire, modifier les outils de gestion opérationnelle, tels que le processus standard des 5 W.
- Dans les crises prolongées, les acteurs humanitaires ont la possibilité d'améliorer les techniques de collecte de données. Quelques situations sont suffisamment stables pour permettre l'organisation d'enquêtes démographiques, mais souvent la mobilité des populations affectées est telle que des techniques statistiques innovantes doivent être utilisées pour assurer la collecte d'échantillons aléatoires.
- Lorsque des données fiables sur les personnes handicapées ne sont pas disponibles ou sont dépassées, il convient d'utiliser, aux fins de la planification, les estimations de 15 %⁶² en tant que référence.

Planification stratégique

- Utiliser les données sur les personnes handicapées pour renseigner la planification ainsi que prioriser et cibler l'assistance humanitaire.

Mobilisation des ressources

- La demande de données sur les personnes handicapées dans l'action humanitaire doit être renforcée par le biais de la mise en place, par les donateurs, d'exigences d'établissement de rapports et de politiques appropriées, de l'existence de cadres de résultats englobant des extrants spécifiques et des indicateurs de résultats pour les personnes handicapées, ainsi que de l'utilisation des marqueurs de suivi des ressources en vue d'identifier les projets prenant en compte les questions relatives au handicap.

⁶² OMS et Banque mondiale, [Rapport mondial sur le handicap](#) (2011).

- Les cibles liées aux personnes handicapées doivent être explicitement énoncées dans les projets et appels de fonds.
- Les évaluateurs pourraient développer des indicateurs spécifiques au handicap pour mesurer les progrès réalisés en vue d'atteindre les personnes handicapées. Les indicateurs pourraient mesurer, par exemple, le pourcentage des personnes handicapées ayant pu être atteint par des interventions spécifiques.

Mise en œuvre et suivi

- La ventilation des données recueillies par le biais des processus et des outils de suivi, y compris le suivi de la protection, est essentielle pour identifier les lacunes en matière d'accessibilité, en plus des autres besoins pour les personnes handicapées.
- Modifier les bases de données et outils communs de collecte de données utilisés dans l'action humanitaire pour y inclure des données sur l'efficacité avec laquelle les programmes et les interventions atteignent les personnes handicapées.
- Les modèles de contrats et d'établissement de rapports mis à la disposition des partenaires de mise en œuvre dans le cadre d'une réponse humanitaire devraient exiger de ces derniers de définir et de recenser le nombre ou la proportion de personnes handicapées que leurs interventions ont pu atteindre.

Évaluation

- L'efficacité de l'évaluation dépend de la collecte constante des données et du suivi régulier, y compris des processus d'enregistrement dans le cas des réfugiés. Les termes de référence standards régissant ces évaluations dans les contextes humanitaires devraient exiger la ventilation des données par forme de handicap chaque fois que des données relatives aux individus sont recueillies (selon que ces individus bénéficient de la réponse ou qu'ils y contribuent). De plus, les évaluations devraient inclure les personnes handicapées parmi leurs informateurs, et poser des questions qui visent à obtenir des informations spécifiques sur les personnes handicapées.

Termes clés⁶³

Les **données quantitatives** mettent l'accent sur l'envergure, l'ampleur et les effets d'une crise humanitaire donnée en fournissant une description statistique de son impact sur les communautés affectées. Les données quantitatives soulèvent des questions qui génèrent des réponses dénombrables, telles que « combien de personnes », « combien » ou « combien de fois ».

Les **données qualitatives** mettent l'accent sur l'envergure, l'ampleur et les effets d'une crise humanitaire donnée en fournissant une description empirique de son impact sur les communautés affectées. Les données qualitatives soulèvent des questions qui impliquent des opinions, des valeurs, des croyances ou des conjectures. Pourquoi les stratégies d'adaptation se sont-elles adaptées ou ont-elles échoué à s'adapter aux nouvelles circonstances ? Comment une personne handicapée déplacée perçoit-elle sa situation ? Qu'est-ce qui, selon cette même personne, contribuerait à améliorer sa situation ?

Les **données primaires** sont recueillies directement auprès de la population affectée par une équipe d'évaluation au moyen d'un travail de terrain. Les données primaires peuvent être tant quantitatives que qualitatives.

Les **données secondaires** sont recueillies dans le cadre des recherches analytiques et statistiques précédentes (données de recensement, données des enquêtes précédentes, études). Les données secondaires peuvent être tant quantitatives que qualitatives.

⁶³ ACAPS, [Qualitative and Quantitative Research Techniques for Humanitarian Needs Assessment](#) (2012).



5

Partenariat et autonomisation des organisations de personnes handicapées

Introduction : Qu'est-ce qu'une organisation de personnes handicapées ?

Les organisations de personnes handicapées (OPH) sont des organisations représentatives des personnes handicapées, qui sont à majorité régies et menées par des personnes handicapées, au service des personnes handicapées. Lorsque des OPH locales ne sont pas présentes dans une zone donnée, des OPH régionales et internationales peuvent être localisées par le biais d'alliances mondiales.

Les OPH mènent généralement des activités de plaidoyer, fournissent des conseils, dispensent des formations et une assistance techniques ; elles visent également à promouvoir les droits par le biais d'un [modèle d'intégration et d'autonomisation social axé sur les droits de l'homme](#). Les OPH ont œuvré avec succès pour réformer les législations nationales et accroître la sensibilisation ; beaucoup d'entre elles ont formé les acteurs humanitaires, les communautés, les gouvernements et les bureaux nationaux de gestion des catastrophes aux droits des personnes handicapées.

Les OPH sont des entités distinctes des autres organisations qui fournissent directement des services aux personnes handicapées.

En effet, les organisations de personnes handicapées peuvent :

- travailler aux niveaux local, national, régional ou mondial ;
- se concentrer sur une ou plusieurs formes de handicap ;
- représenter un groupe spécifique (par exemple les femmes ou les populations autochtones handicapées) ;
- représenter un petit ou un grand groupe. Une OPH peut ne pas chercher à représenter toutes les personnes handicapées ;
- être organisées en un réseau local ou national qui pourrait être affilié à un ou plusieurs réseaux mondiaux ou régionaux.

Les partenariats avec les organisations de personnes handicapées

Les partenariats et les collaborations sont à même d'améliorer l'efficacité et la redevabilité des opérations humanitaires. Ils contribuent directement à réaliser l'intégration et à garantir que les actions humanitaires bénéficient du développement et y contribuent. Les parties prenantes respectueuses de la devise propre à la communauté des personnes handicapées « Rien pour nous sans nous » doivent travailler avec les personnes handicapées et les organisations qui les représentent plutôt que d'élaborer des plans et prendre des décisions en leur nom.

À l'instar de tout autre partenariat, les intérêts communs, ainsi que la valeur ajoutée, les attentes et le renforcement des capacités doivent être convenus dès le début.

En effet, les partenariats entre les OPH et les parties prenantes humanitaires avant, durant et après la crise :

- Permettent aux acteurs humanitaires d'avoir accès aux expertises et expériences des personnes handicapées, ainsi qu'à leur connaissance des situations auxquelles elles font face ;
- Génèrent des compétences et connaissances qui peuvent rendre l'assistance et les services humanitaires plus inclusifs, éclairés et soutenus par les populations concernées ;
- Favorisent les connaissances et la compréhension mutuelles ;
- Renforcent les capacités et encouragent l'apprentissage mutuel entre les OPH et les acteurs humanitaires ;
- Garantissent la continuité de l'action, car les OPH maintiennent leur activité après la fin de la crise ou de la catastrophe ;
- Renforcent l'adhésion de la population et la fédèrent autour de besoins et de problèmes communs ;
- Améliorent le plaidoyer en faveur de la protection des personnes handicapées déplacées.

Les OPH n'ont pas toutes des missions qui s'accordent avec l'action humanitaire. Dans de nombreux cas, les OPH ne collaborent pas avec le secteur humanitaire et le cycle des programmes humanitaires, ou ne participent pas à leurs mécanismes de coordination, programmes de réponse et de récupération et procédures de financement. En effet, ces OPH ont rarement eu la possibilité d'établir des partenariats et de collaborer avec des organisations humanitaires. Il est donc important de comprendre leurs attentes.

Alors que les parties prenantes souhaitent peut-être développer des partenariats avec les OPH, elles se heurtent souvent aux connaissances limitées qu'elles ont des mouvements en faveur des personnes handicapées, des préjugés dont ces

dernières sont victimes, et sentiment que le handicap devrait être pris en charge par des organisations qui fournissent des services aux personnes en situation de handicap.

Le rôle que jouent les OPH dans un partenariat ou une collaboration avec les parties prenantes humanitaires dépend de leurs capacités avant la crise, de leurs mandats et de leurs aptitudes à représenter toutes les personnes handicapées ou un groupe spécifique de personnes handicapées. Lorsque les OPH ne sont pas présentes, ou quand les OPH qui existent ne sont pas dotées des capacités requises, les acteurs humanitaires doivent établir des contacts avec les réseaux régionaux ou mondiaux des OPH.

Il est à noter que les OPH peuvent remplir plusieurs rôles et fonctions. La liste figurant ci-dessous n'est pas exhaustive mais peut constituer un bon point de départ lorsque les acteurs humanitaires prennent contact avec les OPH pour discuter de leur coopération. En effet, les OPH peuvent :

- Agir comme point relais sur le handicap au sein de leurs communautés, mettant ainsi au service des autres leur expertise sur le handicap.
- Fournir des informations utiles sur l'endroit où se trouvent les personnes handicapées et leur situation, sur les barrières qui entravent leur accès à l'assistance humanitaire, sur les menaces qui pèsent sur elles, sur les violations de leurs droits, etc.
- Fournir aux organisations humanitaires un appui technique sur le handicap, notamment par le biais de la sensibilisation, de l'identification et de l'élimination des barrières, de la facilitation de l'accès aux ressources, du renforcement des capacités en faveur d'une action humanitaire inclusive, de la protection et de la promotion des droits, ou encore de la réduction de l'impact disproportionné des crises sur les personnes handicapées.
- Encourager les responsables gouvernementaux et les parties prenantes humanitaires à accroître leurs connaissances sur le handi-

cap, à changer et examiner les politiques, ou encore à réformer les cadres légaux ou adopter des outils et processus qui renforcent la protection et l'assistance humanitaires mises à la disposition des personnes handicapées durant les crises.

- Fournir aux personnes handicapées des services ciblés, souvent par le biais de programmes de soutien par les pairs.

Partenariats en l'absence d'OPH représentative de la population affectée

De nombreux contextes humanitaires se caractérisent par l'absence d'OPH locales ; lorsqu'elles existent, elles peuvent avoir été affaiblies par la crise, disposer de capacités limitées ou ne pas représenter de manière adéquate toutes les personnes handicapées au sein d'une population donnée. Lorsqu'une population est déplacée, par exemple, les membres des OPH peuvent avoir été dispersés à divers endroits. Il leur sera alors peut-être difficile d'être en contact les uns avec les autres ou de s'organiser pour apporter une réponse à la crise ou un appui à la réponse humanitaire.

Selon qu'il est possible ou non de localiser ou de mobiliser les OPH, la réponse humanitaire doit inclure des personnes handicapées, comme elle doit satisfaire à leurs priorités et exigences. Pour ce faire, lorsqu'il n'existe aucune OPH locale ou et lorsqu'aucune OPH ne peut représenter une population déplacée de manière adéquate, la stratégie suivante peut être adoptée :

- Engager le dialogue avec les personnes handicapées et leurs familles au niveau de la communauté ou du camp et les encourager à prendre part aux processus de consultations et aux instances de prise de décision, y compris à la gouvernance des camps. En outre, il convient de les inciter à avoir recours aux connaissances qu'elles ont du handicap pour développer des stratégies spécifiques relatives aux risques et à leur atténuation.
- Identifier des personnes qualifiées en situation de handicap et appartenant à différents

groupes d'âge et genre pour les recruter en tant que membres du personnel et bénévoles.

- Mettre en place des groupes formels et informels et encourager leur formation (tels que des groupes de soutien par les pairs constitués de personnes handicapées et de leurs familles) et renforcer les capacités de ces groupes pour qu'ils puissent représenter de manière adéquate les intérêts de leurs membres dans la gestion et la coordination de la réponse. Ces groupes peuvent, par exemple, contribuer à identifier les barrières, répondre aux besoins et réduire les risques en matière de protection et, plus généralement, s'assurer que les personnes handicapées peuvent faire entendre leur voix.
- Lorsque les personnes concernées et visées sont des réfugiés, il convient de se coordonner avec les OPH du pays d'accueil. Si cela est possible, il convient de les inviter à mobiliser les personnes handicapées des camps et des communautés d'accueil. Il est également nécessaire d'encourager et d'apporter un soutien aux OPH pour intégrer les réfugiés et d'autres personnes déplacées dans leurs réseaux.

Outils et ressources

- [Accessible Meeting and Event Checklist](#).
- National Network (ADA), [A Planning Guide for Making Temporary Events Accessible to People with Disabilities](#).
- National Network (ADA), [Accessible Events: Planning and Preparation are Key](#).



6

Considérations multisectorielles

Âge, genre et diversité⁶⁴

Les différences réelles ou perçues dans les caractéristiques personnelles influencent considérablement nos expériences, opportunités, capacités, besoins et vulnérabilités. Les conflits et les déplacements exacerbent souvent les inégalités et aggravent les effets de marginalisation ou d'exclusion, car ils se traduisent par l'augmentation de l'insécurité, l'endommagement des structures d'appui, la limitation des possibilités de génération de revenus et la modification des environnements sociaux et physiques (entre autres chocs).

L'âge, le genre, le handicap et d'autres formes de diversité sont universellement présents dans les sociétés. Il est essentiel de les considérer et d'observer la façon dont ils se croisent, pendant toutes les phases du cycle du programme humanitaire afin de garantir que toutes les personnes concernées, y compris les personnes handicapées, puissent faire valoir leurs droits fondamentaux et participer pleinement à la réponse humanitaire. De même, pour assumer leur devoir de responsabilité envers les populations touchées, les acteurs humanitaires doivent reconnaître que l'intersection de l'âge, du genre, du handicap et d'autres formes de diversité a un impact sur la résilience, la protection et la sécurité des membres des populations touchées de *manière différente*. Par exemple, les femmes âgées handicapées peuvent être exposées à la violence basée sur le genre due à la discrimination liée à l'âge, aux normes de genre et aux barrières liées au handicap ; les adolescentes handicapées peuvent être exclues

de la prise de décision en raison d'une discrimination fondée sur le handicap et des normes de genre ; les garçons ayant un handicap peuvent être exposés au risque d'être recrutés par des forces armées en raison de leur âge et de leur handicap.

Pour atténuer l'impact des crises humanitaires, il est important de comprendre comment les crises réduisent la capacité des personnes handicapées affectées à accéder et à participer à l'assistance et à la protection humanitaires. Pour éviter la discrimination et l'injustice, il est essentiel d'atteindre tous les segments des populations touchées et de ne pas se limiter aux plus visibles.

Les présentes directives prennent en compte les personnes handicapées en fonction de leur âge, de leur genre, de leur statut psychosocial et de leurs contextes spécifiques.

Âge

L'âge désigne les étapes du cycle de vie d'une personne définies socialement et contextuellement. Les capacités et les besoins d'une personne changent avec l'âge. L'âge peut améliorer ou diminuer la capacité d'une personne à exercer ses droits. Afin d'élaborer des réponses adaptées aux différents groupes d'âge (enfants, jeunes adultes, adultes mûrs, personnes âgées handicapées), les acteurs humanitaires doivent envisager les différents besoins, barrières et menaces auxquels les personnes handi-

⁶⁴ Adapté du [Manuel sur les situations d'urgence](#) du HCR.

capées sont confrontées à différents moments de leur cycle de vie.

Genre

Le terme genre fait référence aux différences socialement construites entre les femmes, les hommes et les autres, ainsi qu'aux relations entre eux et parmi eux, tout au long du cycle de vie. Ces différences sont spécifiques au contexte et au temps, et évoluent au fil du temps au sein des cultures et entre elles. Le genre, ainsi que l'âge, l'orientation sexuelle et l'identité de genre, déterminent les rôles, les responsabilités, le pouvoir et l'accès aux ressources.

Les résultats sont également influencés par d'autres facteurs de diversité, tels que le handicap, la classe sociale, la race, la caste, l'origine ethnique ou religieuse, la richesse économique, l'état matrimonial, le statut de migrant, le déplacement et le milieu (urbain ou rural)⁶⁵. Afin de s'assurer que toutes les personnes handicapées ont un accès sûr et égal à l'aide humanitaire et à la protection, les acteurs humanitaires doivent concevoir des programmes qui tiennent compte de l'éventail des identités de genre et des orientations sexuelles des personnes handicapées dans les communautés qu'ils servent.

Diversité

La diversité fait référence aux différences de valeurs, d'attitudes, de perspectives culturelles, de croyances, d'origines ethniques, de nationalités, d'orientations sexuelles, d'identités de genre, de santé, de statut social, d'incapacités et d'autres caractéristiques personnelles. Alors que les dimensions de l'âge et du genre sont universelles, d'autres caractéristiques varient d'une personne à l'autre. Si les acteurs humanitaires cherchent à protéger et à aider toutes les personnes affectées, y compris les personnes handicapées, et encourager leur participation, elles doivent alors reconnaître, comprendre et valoriser ces différences.

Programmation transversale

Intégration de la protection⁶⁶

Étant donné la nature multidimensionnelle des menaces à la protection et les contextes complexes dans lesquels elles interviennent, les nombreuses organisations et autorités qui fournissent une réponse humanitaire doivent se coordonner et fonctionner de manière complémentaire et collaborative. Placer la protection au centre de l'action humanitaire nécessite un engagement à l'échelle du système⁶⁷. Les acteurs humanitaires doivent intégrer la protection dans leurs programmes, en tenant compte de l'âge, du genre, du handicap et de la diversité, en adoptant les quatre éléments clés de l'intégration de la protection :

1. **Donner la priorité à la sécurité et à la dignité et éviter de causer des préjudices.** Prévenir et minimiser autant que possible d'éventuels effets négatifs imprévus de votre intervention qui peuvent augmenter la vulnérabilité des personnes aux risques tant physiques que psychosociaux.
2. **Accès significatif.** Organiser l'accès des personnes aux biens et aux services en fonction des besoins et sans aucun obstacle (par exemple discrimination). Accorder une attention particulière aux individus et aux groupes qui peuvent faire face à des risques accrus en matière de protection ou à des barrières entravant leur accès aux biens et aux services.
3. **Redevabilité.** Créer des mécanismes appropriés par le biais desquels les populations affectées peuvent mesurer l'adéquation des interventions et remédier aux préoccupations et aux plaintes.

⁶⁵ Adapté du CPI, *Guide des genres pour les actions humanitaires* (2017), p. 385.

⁶⁶ Consulter : Groupe mondial de la protection, *Protection Mainstreaming*.

⁶⁷ CPI, *Politique du Comité permanent interinstitutions sur la protection dans le cadre de l'action humanitaire* (2016)

- 4. Participation et autonomisation.** Soutenir le développement de capacités d'autoprotection et aider les personnes pour qu'elles fassent valoir leurs droits, y compris – mais pas exclusivement – les droits à un abri, à l'alimentation, à l'eau et à l'assainissement, à la santé et l'éducation.

dice⁶⁸ causé ou pouvant être causé aux personnes handicapées. Elles ne peuvent refuser une aide, promouvoir des actions discriminatoires ou créer des barrières à l'aide aux personnes handicapées. Les organisations qui agissent sans consulter les personnes handicapées pourraient fixer des priorités incorrectes et adopter une mauvaise planification, exposant ainsi les personnes handicapées à des risques accrus. L'inaction ou le refus d'agir, pour éviter de causer un préjudice, peut causer un préjudice par inadvertance.

Accorder la priorité à la sécurité et à la dignité et éviter de causer des préjudices

Conformément au premier principe susmentionné, les parties prenantes doivent considérer tout préju-

Actions clés

- Consulter les personnes handicapées pour s'assurer que les décisions tiennent compte de leurs préférences et n'ont pas un impact négatif sur leur vie. (Voir la section sur le **Cconsentement éclairé**.)
- Éviter les stratégies et les actions qui perpétuent la stigmatisation liée au handicap. Par exemple, la réadaptation est importante dans une réponse humanitaire, mais ne concerne pas l'ensemble de l'expérience de la personne et doit être complémentaire aux actions que les personnes handicapées privilégient.

Donner la priorité à la sécurité et à la dignité et éviter de causer des préjudices

Ne rien faire peut causer un préjudice par inadvertance	Faire mal les choses peut causer des préjudices
La mise en place de programmes ou de projets (comme les distributions alimentaires ou la mise en place de points d'eau) sans prendre en considération la capacité des personnes handicapées à accéder aux emplacements choisis.	Agir sans le consentement libre et éclairé de la personne concernée pourrait avoir des effets irréversibles sur sa santé.
Ne pas fournir d'informations sur les droits octroyés par le biais des programmes et projets dans de multiples formats accessibles et dans une langue que tout le monde peut comprendre.	Agir sans consulter les bénéficiaires, notamment les personnes handicapées, pourrait amener les acteurs humanitaires à fixer des priorités incorrectes et à adopter une mauvaise planification, faisant ainsi courir aux bénéficiaires des risques accrus.

⁶⁸ Consulter : Groupe mondial sur la protection, [Protection Mainstreaming Training Package](#) (2014).

Santé mentale et soutien psychosocial

L'expression « santé mentale et soutien psychosocial » fait référence à tout type de soutien visant à protéger ou promouvoir le bien-être psychosocial ou à prévenir ou gérer les troubles mentaux⁶⁹. Lors des crises humanitaires, de nombreux facteurs (violence, incertitude, perte de membres de la famille, perte du domicile, etc.) peuvent avoir des effets négatifs sur la santé mentale et le bien-être psychosocial des individus, des familles et des communautés ; les personnes handicapées sont souvent affectées de manière disproportionnée. En intégrant la santé mentale et le soutien psychosocial dans la programmation, les acteurs humanitaires peuvent améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial de toutes les personnes affectées, y compris celles qui présentent des incapacités physiques, sensorielles, psychosociales ou intellectuelles. Les interventions en matière de santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence comprennent différents niveaux de soutien, coordonnés entre différents secteurs, selon un modèle complémentaire à plusieurs niveaux (illustré par la pyramide des interventions pour le soutien de la santé mentale et le soutien psychosocial en cas d'urgence)⁷⁰ :

1. Les actions qui rétablissent un sentiment de dignité et de sécurité pour les populations touchées par l'urgence, tout en favorisant l'égalité d'accès aux services de base, sont d'une importance capitale pour leur santé mentale et bien-être psychosocial. (Niveau 1)
2. D'autres interventions importantes renforcent la cohésion sociale et le soutien fourni à la communauté et aux familles. (Niveau 2)
3. Les interventions individuelles, familiales et de groupe qui apportent un soutien émotionnel et pratique contribuent davantage à la santé mentale et au bien-être psychosocial.

Ces interventions peuvent être assurées par des travailleurs non spécialisés et des personnes soutenant leurs pairs dans les domaines de la

santé, de l'éducation ou au niveau des services communautaires. (Niveau 3)

4. Lorsque cela est nécessaire, des spécialistes fournissent des interventions spécifiques de santé mentale et soutien psychosocial (qui peuvent être psychologique ou pharmacologique). (Niveau 4)

Les interventions de santé mentale et soutien psychosocial sont fondées sur un cadre des droits de l'homme et promeuvent et protègent les droits des personnes handicapées. Les services et le soutien en matière de santé mentale et soutien psychosocial à plusieurs niveaux profitent à toutes les personnes concernées, y compris les personnes handicapées, qui sont confrontées à d'importants facteurs de détresse psychosociale.

⁶⁹ CPI, *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence* (2007).

⁷⁰ *Ibid.*



7

Responsabilité à l'égard des populations touchées et protection contre l'exploitation et les abus sexuels

La responsabilité à l'égard des populations touchées (AAP)⁷¹ est perçue comme une responsabilité mutuelle des fournisseurs d'aide et d'autres parties prenantes (donateurs, gouvernements) qui se sont engagés à utiliser leur pouvoir et leurs ressources de manière éthique et responsable pour « mettre les individus au cœur » des actions humanitaires. Les acteurs humanitaires ont le devoir de s'assurer que leur assistance génère les meilleurs résultats possible pour tous les groupes qui sont touchés par une crise, y compris ceux qui peuvent être moins visibles, comme les personnes handicapées. Ils se sont engagés à assumer ce devoir en s'efforçant constamment i) d'appliquer des normes techniques et de qualité ; ii) de coordonner leurs actions pour maximiser la couverture et minimiser les risques, les lacunes et les duplications ; iii) en écoutant et en mobilisant les personnes affectées et en travaillant en fonction des retours d'informations fournis par ces dernières.

La responsabilité à l'égard des populations touchées se concentre sur les droits, la dignité et la protection d'une communauté affectée dans son ensemble. Elle exige que les acteurs humanitaires identifient et traitent les besoins et les vulnérabilités des membres des communautés touchées ; cela nécessite également qu'ils reconnaissent et exploitent les capacités, les connaissances et les aspirations de ces mêmes communautés.

Pour garantir efficacement que la redevabilité s'étend à toutes les personnes concernées, y compris les personnes handicapées, les méca-

nismes de redevabilité doivent être accessibles aux personnes handicapées et tenir compte de leurs exigences. Cette obligation comprend le devoir de mettre l'accent sur l'intégration des personnes handicapées tout au long du cycle du programme humanitaire, en veillant à ce que les personnes handicapées participent aux processus de prise de décision, et en leur communiquant des informations sous de multiples formats accessibles.

L'annexe 7 examine comment les acteurs humanitaires, y compris les groupes sectoriels, peuvent contribuer à la réalisation des engagements et des critères de qualité définis dans les normes humanitaires fondamentales de qualité et de redevabilité (CHS) en travaillant de manière concrète pour inclure les personnes handicapées.

Engagements du CPI en matière de responsabilité à l'égard des populations touchées

En 2017, les directeurs du CPI ont approuvé une version révisée de la responsabilité à l'égard des populations touchées intitulée *Engagements en matière de redevabilité envers les populations affectées et Protection contre l'exploitation et les abus sexuels* (CAAP et PEAS). Cette révision a tenu compte des nouvelles directives en matière de politique humanitaire, notamment des CHS et des résultats du Sommet mondial sur l'action humanitaire et du Grand Bargain⁷².

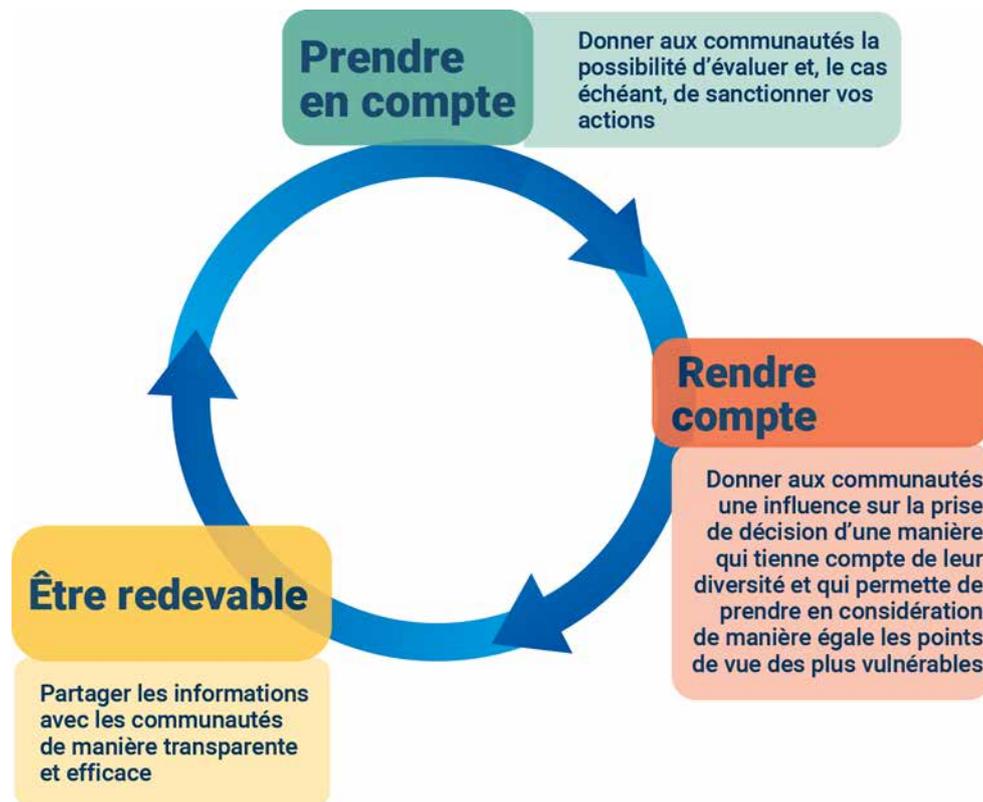
⁷¹ Pour la déclaration la plus récente de cette politique, consulter : CPI, [Commitments on Accountability to Affected People and Protection from Sexual Exploitation and Abuse](#) (CAAP and PSEA) (2017). Pour la déclaration originale, consulter : CPI, [The IASC Task Team on Accountability to Affected Populations and Protection from Sexual Exploitation and Abuse](#) (AAP/PSEA).

⁷² Consulter la page web du CPI sur le [Grand Bargain](#).

Les CAAP mettent fortement l'accent sur la responsabilité collective. Les acteurs humanitaires sont censés agir individuellement et collectivement pour améliorer et intégrer la responsabilité à l'égard des

populations touchées dans leurs interventions. Leur rôle est central. L'annexe 7 explique comment assurer l'intégration des personnes handicapées en ce qui concerne les quatre engagements.

Diagramme 4. | La responsabilité à l'égard des populations touchées (AAP)⁷³



Résumé des éléments clés : responsabilité à l'égard des populations touchées et protection contre l'exploitation et les abus sexuels

Évaluation et analyse des besoins

L'évaluation et l'analyse des besoins sous-tendent la capacité d'une réponse humanitaire à se développer tout en conservant un objectif d'excellence et en garantissant que la responsabilité à l'égard des populations touchées y reste pleinement intégrée. Les actions minimales recommandées sont les suivantes :

- Veiller à ce que les personnes handicapées participent aux évaluations des besoins ;
- Inclure systématiquement au moins cinq questions qualitatives dans tous les outils d'évaluation ;
- Ventiler les données par genre, âge et handicap lors de l'analyse des risques en matière de protection ou des barrières à l'accès ;
- Mettre en évidence les points de vue, les priorités et les préférences des populations affectées et veiller à ce que les personnes handicapées fassent partie intégrante de toutes les analyses des besoins.

⁷³ Adapté du CPI, [Accountability to Affected Populations \(AAP\): A brief overview](#).

Dans le même temps, utiliser les évaluations des besoins pour déterminer :

- Les modalités de fourniture de l'assistance humanitaire que les personnes handicapées préfèrent (lieux, horaires, etc.) ;
- Les canaux de communication que les personnes handicapées préfèrent (face à face, radio, SMS, autres) ;
- Les autres facteurs contextuels qui pourraient influencer les stratégies d'intervention (notamment le genre, l'accès, la protection, les facteurs culturels et économiques, etc.).

personnes et de tous les groupes présentant des incapacités.

- Surveiller et promouvoir l'utilisation cohérente des normes techniques et de qualité convenues.
- Recueillir, analyser et réagir aux données de suivi, y compris les retours d'informations des personnes handicapées.
- Veiller à ce que les personnes handicapées participent au suivi de la réponse.
- À partir des retours d'informations, apporter des corrections et des ajustements aux stratégies et plans d'intervention.

Mise en œuvre et suivi

- Contacter, employer et former des personnes handicapées qui peuvent participer à la mise en œuvre.
- Développer des indicateurs techniques, tout comme des indicateurs de qualité et de redevabilité pertinents à des fins de suivi.
- Développer des mécanismes de retour d'informations et de plaintes qui incluent les personnes handicapées et qui leur sont accessibles.
- Contrôler régulièrement la mesure dans laquelle les personnes handicapées, en tant que sous-groupe de la population affectée, sont satisfaites de la qualité et l'efficacité de la réponse humanitaire.

Protection contre l'exploitation et les abus sexuels

L'engagement de la population locale est au cœur de la responsabilité à l'égard des populations touchées ; c'est également là que se fait la majeure partie du travail de protection contre l'exploitation et les abus sexuels. Les activités de prévention de l'exploitation⁷⁴ et des abus sexuels⁷⁵ dans les contextes humanitaires se concentrent sur les actes des agents humanitaires qui nuisent aux populations affectées.

Il est à noter que l'exploitation et les abus sexuels figurent parmi les violations les plus graves de la redevabilité. En 2015, les directeurs du CPI se sont engagés lors d'une déclaration officielle à prévenir et à répondre à l'exploitation et aux abus sexuels des agents humanitaires. Les personnes handicapées, en particulier les femmes et les filles, ont davantage besoin de protection en raison des déséquilibres de pouvoir.

Il est donc essentiel de sensibiliser les personnes handicapées et leurs communautés. En effet, elles doivent connaître leurs droits et avoir accès à des mécanismes efficaces et confidentiels par le biais

Suivi et établissement des rapports

- Identifier les normes techniques et les bonnes pratiques les plus appropriées, en les adaptant au contexte de crise. Choisir des approches qui assurent l'intégration de toutes les

⁷⁴ L'expression « exploitation sexuelle » désigne « l'abus d'une situation de vulnérabilité, d'un pouvoir différentiel ou de confiance dans des buts sexuels ». Consulter la Circulaire du Secrétaire général des Nations Unies : [Dispositions spéciales visant à prévenir l'exploitation et les abus sexuels](#) (ST/SGB/2003/13).

⁷⁵ L'expression « abus sexuel » renvoie à « une intrusion physique effective ou potentielle de nature sexuelle ». *Ibid.*

desquels elles peuvent faire des réclamations et partager des informations concernant l'assistance humanitaire et la protection qui leur sont fournies. Lorsque les réponses humanitaires mettent en œuvre des politiques de protection contre l'exploitation et les abus sexuels, elles doivent adopter une approche globale qui comprenne la prévention, la réponse elle-même, la coordination et la gestion.

Outils et ressources

- CPI, [*Engagements en matière de redevabilité envers les populations affectées et Protection contre l'exploitation et les abus sexuels*](#) (2015).
- [Groupe de travail sur la protection contre l'exploitation et les abus sexuels commis par les membres de notre propre personnel.](#)
- USAID, [Social and Behavior Change Interventions.](#)



8

Options de réponse
humanitaire⁷⁶

L'aide humanitaire comprend généralement l'analyse et l'adoption de plusieurs options de réponse, y compris mais sans s'y limiter :

- La fourniture de biens en nature ;
- Une assistance en espèces et sous forme de bons ;
- La fourniture directe de services ;
- Une assistance technique ;
- Le renforcement des capacités ;
- La gestion de la logistique et de la chaîne d'approvisionnement.

La combinaison spécifique des options de réponse choisies évolue généralement dans le temps. Pour déterminer la meilleure façon de fournir une assistance humanitaire aux personnes handicapées, il est essentiel de consulter les personnes handicapées elles-mêmes ainsi que les personnes qui les représentent.

Le présent chapitre porte sur l'assistance en espèces et sous forme de bons, sachant que cette option est de plus en plus utilisée. Les lecteurs doivent toutefois noter qu'il ne s'agit pas d'une section indépen-

dante. Ses conseils s'appliquent à tous les secteurs et doivent être lus parallèlement aux autres chapitres.

Interventions en espèces/assistance en espèces et sous forme de bons

Les recherches montrent que, là où les marchés fonctionnent, les interventions en espèces peuvent permettre d'atteindre efficacement les personnes dans le besoin, d'une manière plus rapide et à moindre coût que d'autres formes d'assistance d'urgence. Cela permet aux personnes de faire des choix en matière d'assistance ou de services, conformément aux principes affirmés dans la CRDPH, tout en soutenant l'économie locale. Les acteurs humanitaires investissent désormais dans des interventions en espèces à plus grande échelle et de manière plus cohérente, conformément à l'engagement pris dans le [Grand Bargain](#), un accord impliquant plus de 30 des plus grands donateurs et parties prenantes.

L'intervention en espèces est l'une des modalités d'assistance. Elle est utilisée depuis de nombreuses années dans les programmations de protection sociale et de filet de sécurité axées sur l'intégration du handicap dans des contextes de développement. Les acteurs humanitaires peuvent s'appuyer sur cette expérience lorsqu'ils pilotent et intensifient l'aide en espèces dans les situations d'urgence⁷⁶.

⁷⁶ L'UNICEF et le ministère des affaires fédérales et du développement local au Népal en sont un exemple. Ils ont mis en place un vaste système d'assistance sociale en réponse au tremblement de terre de 2015. Consulter : Cash Learning Partnership (CaLP), [The State of the World's Cash Report – Cash Transfer Programming in Humanitarian Aid](#) (2018), p. 114.

Cependant, l'argent liquide n'est qu'une modalité parmi tant d'autres. Cette intervention peut compléter ou être complétée par la fourniture d'une assistance en nature aux sites de distribution ou au niveau des ménages⁷⁷. Les données sont encore lacunaires et le rôle que jouent les interventions en espèces dans la protection et l'autonomisation des personnes handicapées dans les contextes humanitaires, ou les risques auxquels ces personnes peuvent être confrontées lorsqu'elles ont accès à de l'argent liquide dans ces contextes ne sont pas encore pleinement compris⁷⁸.

Principaux instruments juridiques et autres plans-cadres

- [Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées](#). Les articles 11, 12, 27 et 28 mentionnent explicitement l'action humanitaire et soulèvent des points pertinents pour l'accès à l'aide financière
- [Grand Bargain](#)
- Cash Learning Partnership, [Global Framework for Action: a consolidated summary of commitments for cash transfer programming](#)

Termes clés⁷⁹

Les termes « **transfert en espèces** », « **intervention en espèces** », « **programmation de transfert en espèces** », « **assistance en espèces** », « **secours en espèces** » et « **assistance sous forme de bons d'achat en espèces** » sont utilisés de façon interchangeable pour désigner tous les programmes (pour l'abri, l'alimentation, la santé, etc.) qui fournissent de l'argent liquide ou des bons aux bénéficiaires pour leur permettre d'acheter directement des biens ou des services. Dans les contextes humanitaires, l'argent liquide ou les bons peuvent être remis à des individus, des ménages ou représentants de

la communauté. Ces programmes n'englobent pas les activités de microfinance ni le soutien financier aux gouvernements ou autres acteurs étatiques lors des interventions humanitaires.

Normes et directives

- [Cash Learning Partnership](#).
- [Cash-Based Assistance Quality Toolbox](#).
- [Minimum Standard for Market Analysis](#).
- HelpAge, CBM, Handicap International, [Normes d'inclusion humanitaire pour les personnes âgées et les personnes handicapées – Section éducation \(2018\)](#).

Éléments clés- mesures incontournables

Les mesures incontournables doivent être prises durant toutes les phases de l'action humanitaire lors de la mise en œuvre d'une programmation inclusive en espèces pour les personnes handicapées.

Participation

- Veiller à ce que les personnes handicapées soient équitablement représentées dans les mécanismes et processus formels et informels. Tenir compte des diverses situations de handicap, ainsi que de l'âge, du genre et des autres facteurs personnels. Chercher spécifiquement à promouvoir la participation des groupes présentant une incapacité et qui sont sous-représentés, notamment les personnes ayant une incapacité psychosociale ou intellectuelle, les personnes autochtones, les femmes et les filles.
- Consulter différentes personnes en situation de handicap, et des personnes d'âge et de genre

⁷⁷ Consulter les sections sectorielles pour des informations sur la pertinence de la distribution en nature.

⁷⁸ Cash Learning Partnership, [As the movement for cash transfer programming advances, how can we ensure that people with disabilities are not left behind in cash transfer programming for emergencies?](#) (2015) ; HCR et PAM, [Mitigating risks of abuse of power in cash assistance in the Democratic Republic of Congo](#) (2018).

⁷⁹ Pour plus d'informations, consulter : Cash Learning Partnership, [Glossary of Terminology for Cash and Voucher Assistance](#) (2017).

différents, sur la manière dont elles ont accès à l'argent liquide, comment elles préfèrent avoir accès à l'argent liquide, comment elles accèdent aux marchés et aux services, et quels sont les besoins auxquels elles répondent habituellement en ayant recours aux marchés. Veiller à ce que les coûts liés à la facilitation de la participation soient inclus dans les budgets de ces programmes.

- Veiller à ce que les personnes handicapées et leurs familles ainsi que les OPH, soient activement impliquées dans l'identification des barrières, la planification, la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions en espèces. Prendre en compte les risques en matière de protection et considérer des mécanismes d'atténuation de ces risques à chaque étape.
- Identifier les préférences des bénéficiaires en situation de handicap en ce qui concerne la valeur, la fréquence et la durée des transferts en espèces.
- Développer des **partenariats** avec les OPH et les organisations qui fournissent des interventions en espèces ; les partenariats peuvent à la fois apporter un appui aux personnes handicapées pour pouvoir utiliser des programmes basés sur l'argent liquide, et plaider et promouvoir une assistance et des services inclusifs.

Levée des barrières

- Remédier aux comportements du personnel qui stigmatisent les personnes handicapées (de tels comportements laissent entendre, par exemple, que les personnes handicapées n'ont pas la capacité d'accéder à l'argent liquide et à le gérer, ou de participer à des programmes de travail contre rémunération, aux activités de subsistance ou au développement des compétences).

- Tenir compte des différentes exigences d'accès des personnes handicapées. Tenir compte des personnes qui vivent dans des zones rurales et urbaines ; des différences en matière d'accès et d'alphabétisation dans les domaines financiers et technologiques ; et des barrières physiques et liées à l'information (par exemple, la distance séparant les personnes des sites de distribution, la disponibilité et le coût des transports accessibles).
- Évaluer le niveau d'accessibilité des différents mécanismes de distribution d'argent liquide (espèces, cartes de paiement, cartes de crédit au moyen du téléphone portable, etc.)
- Garder à l'esprit que certaines formes de transfert en espèces (comme les liquidités limitées) pourraient réduire l'accès aux aides techniques, qui sont souvent classifiés comme des dépenses liées à la santé.

Autonomisation et renforcement des capacités

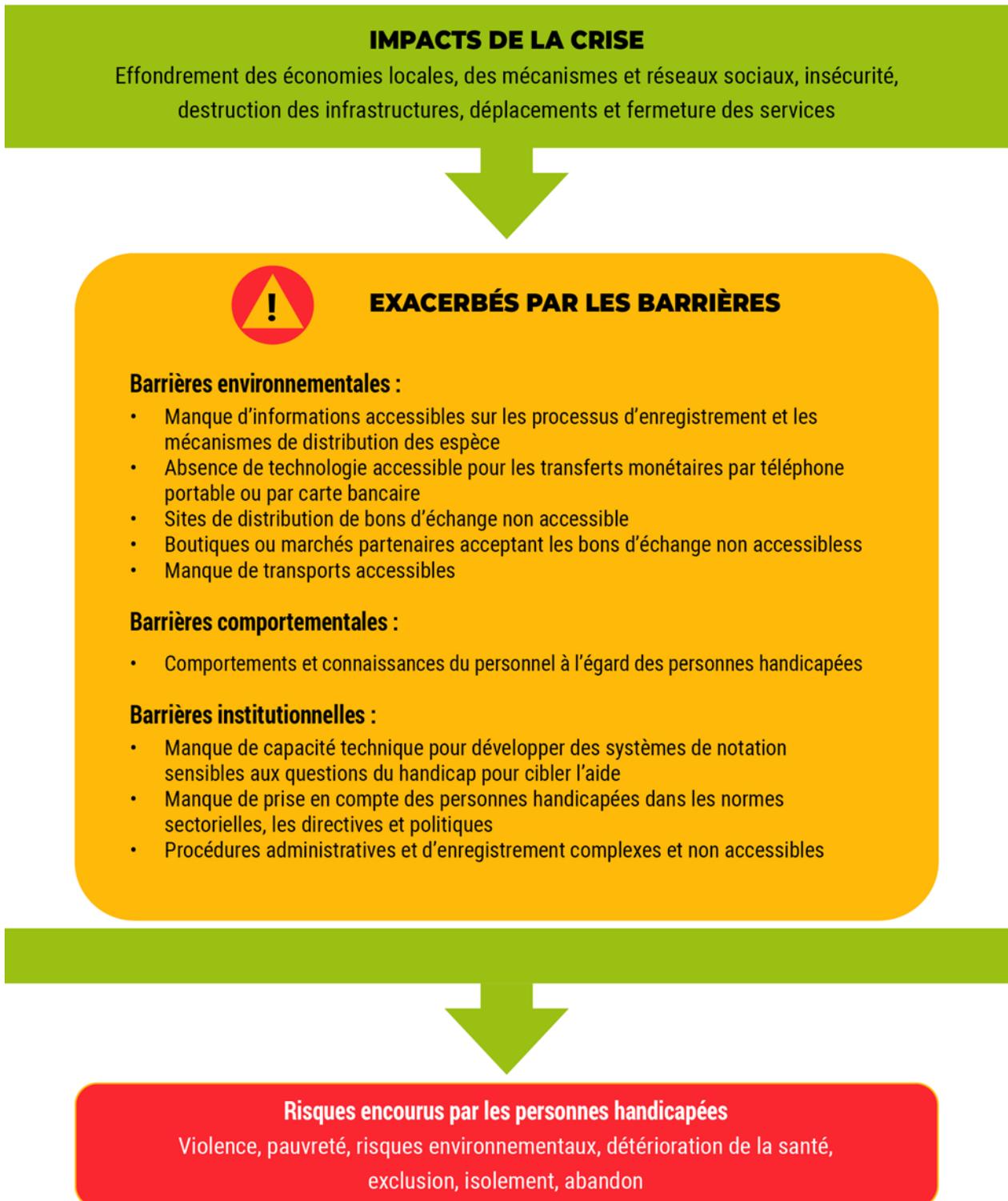
- Avant toute intervention, évaluer les politiques et processus d'interventions en espèces, la capacité des organisations qui fournissent des interventions en espèces et la capacité du personnel à concevoir et à mettre en œuvre des interventions en espèces qui cherchent à inclure les personnes handicapées.
- Fournir un soutien et une formation aux personnes handicapées pour leur permettre d'accéder à des interventions en espèces et utiliser des systèmes de distribution de l'argent liquide (tels que les banques). Offrir des cours d'alphabétisation et d'éducation financière de base lorsque la technologie qui va être utilisée ne leur est pas familière.

Collecte des données et suivi

- Vérifier si les personnes handicapées jouissent d'une égalité d'accès aux versements d'espèces et à la remise de bons au sein de leurs ménages et peuvent les dépenser.

Diagramme 5. | Barrières à l'accès et à l'intégration dans les interventions en espèces

COMMENT LES IMPACTS DE LA CRISE SONT EXACERBÉS POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES DANS LE CADRE DES TRANSFERTS EN ESPÈCES



- Surveiller si les personnes handicapées sont exposées à l'exploitation et aux abus dans le contexte des programmes de transfert en espèces, ou font face à des barrières lorsqu'elles cherchent à accéder à des fonds ou à les dépenser.
- Recueillir des preuves et partager les enseignements tirés sur ce qui fonctionne. Quelles sont les pratiques qui améliorent l'intégration des personnes handicapées dans les interventions en espèces ?

Les recommandations suivantes aideront les acteurs humanitaires à identifier et éliminer les barrières que pourraient rencontrer les personnes handicapées

(ainsi que toutes les personnes qui leur apportent un soutien) en accédant aux programmes de transfert monétaire et de bons.



PRATIQUE DOMINANTE

Concevoir des programmes d'intervention en espèces qui soient inclusifs pour tous, y compris les personnes handicapées, et qui disposent d'infrastructures et de moyens de communication accessibles



PRATIQUE CIBLE

Fournir une formation d'alphabétisation financière aux personnes handicapées qui ont été exclues des systèmes d'éducation

Mesures recommandées

	Préparation	Réponse	Relèvement
1. Évaluation, analyse et planification			
Former le personnel à identifier les barrières et les risques de protection, liés aux interventions en espèces, auxquels les personnes handicapées sont confrontées.	X		
Cartographier les programmes de protection sociale existants et évaluer l'accessibilité des procédures et processus administratifs. Évaluer leur résilience en vue d'une intensification de la crise. Modifier les objectifs du programme en conséquence et prévoir des mesures visant à éliminer les barrières administratives.	X		
Identifier les barrières potentielles à l'intégration des personnes handicapées dans les interventions en espèces (par exemple, les marchés physiquement inaccessibles).	X	X	X
Cartographier les partenaires qui travaillent déjà avec des personnes handicapées ; établir de nouveaux partenariats et travailler avec les OPH ainsi qu'avec les responsables en situation de handicap, afin d'identifier et d'éliminer les barrières et les risques auxquels les personnes handicapées font face.	X		

	Préparation	Réponse	Relèvement
Évaluer le niveau d'accessibilité physique des marchés pour les personnes handicapées, ainsi que la facilité avec laquelle les personnes handicapées peuvent obtenir des informations sur le marché.	X	X	X
Analyser les services et systèmes de marché qui pourraient contribuer à la protection des personnes handicapées. Prendre en compte les soins alternatifs, la santé, les aides techniques, les services juridiques, les transports accessibles et l'éducation. Évaluer comment les personnes handicapées ont actuellement accès à ces services et les barrières auxquelles elles sont confrontées.	X		X
Prendre en considération les coûts et les risques auxquels les personnes handicapées pourraient être confrontées si elles doivent s'en remettre à des intermédiaires pour récupérer et livrer des marchandises.	X		X
Évaluer comment l'argent liquide peut être utilisé pour supprimer les barrières et renforcer la résilience des ménages qui comptent des personnes handicapées.	X	X	X
Planifier la manière dont les acteurs du marché peuvent être aidés pour rendre leurs marchés et services plus accessibles aux personnes handicapées (par exemple en améliorant l'accessibilité de l'environnement physique ou de la communication) ⁸⁰ .	X		
Évaluer dans quelle mesure les solutions financières et technologiques sont accessibles pour les personnes handicapées.	X		X
Tenir compte des autres coûts liés au handicap, y compris les coûts supplémentaires que peuvent encourir les ménages comptant parmi leurs membres des personnes handicapées lorsqu'ils ont accès à de l'argent liquide (frais de transport, aides techniques, etc.).	X		X
Fournir des informations claires, dans des formats accessibles et dans une langue simplifiée, sur la fourniture d'interventions en espèces, leurs durées et les programmes alternatifs disponibles.	X	X	X
Veiller à ce que les institutions financières soient prêtes à rendre l'intervention en espèces accessible aux personnes handicapées. Veiller aussi à ce qu'elles soient prêtes à faire l'objet d'évaluations de vulnérabilité.	X		
2. Mobilisation des ressources			
Évaluer si les programmes de protection sociale pour les personnes handicapées peuvent constituer des mécanismes de prestation.	X	X	
3. Mise en œuvre			
Veiller à ce que toutes les personnes concernées aient des chances égales d'accéder aux programmes de travail contre rémunération et perçoivent la même rémunération pour un travail de valeur égale. Ne pas orienter les personnes handicapées vers des opportunités de travail moins bien rémunérées ou moins intéressantes sur la base de leur handicap.			X

⁸⁰ Consulter : Cash Learning Partnership et Service de secours catholique, *Market Support Interventions in Humanitarian Contexts – a Tip Sheet* (2018).

	Préparation	Réponse	Relèvement
Veiller à ce que l'environnement et les conditions de travail des programmes de travail contre rémunération et de travail contre nourriture soient accessibles aux personnes handicapées.	X		X
Choisir des sites de distribution qui soient sûrs et accessibles aux personnes handicapées.	X	X	
Envisager de mettre en place des « foires commerciales » ou des marchés itinérants dans des zones éloignées ou difficiles d'accès, afin que les personnes handicapées qui vivent dans ces régions puissent y participer.			X
Évaluer si le fait de désigner une personne handicapée comme étant le bénéficiaire enregistré pourrait l'exposer à des risques.			X
Communiquer clairement les objectifs de l'assistance humanitaire. Ce faisant, chercher à atténuer la stigmatisation, les mythes ou la jalousie dont les personnes handicapées qui reçoivent des prestations pourraient faire l'objet.	X	X	X
Envisager d'autres mécanismes de prestation, tels que des programmes de sensibilisation ou la livraison à domicile, qui permettent aux personnes handicapées de bénéficier elles-mêmes d'un soutien.	X	X	X

4. Coordination

Impliquer les OPH dans les efforts de protection et de coordination liés à l'argent liquide, par exemple au sein du Groupe sectoriel de protection et Groupe de travail sur les espèces.	X	X	X
Établir des liens avec les programmes et systèmes nationaux qui proposent des transferts en espèces aux personnes handicapées.	X		
Se coordonner avec d'autres secteurs afin de garantir que les interventions en espèces facilitent l'accès des personnes handicapées à d'autres services humanitaires (tels que les espaces adaptés aux besoins des enfants ou l'éducation).	X	X	X

5. Suivi et évaluation

Recueillir régulièrement les retours des personnes en situation de handicap, tout comme ceux des personnes d'âge et de genre différents, sur les barrières et les risques auxquels elles sont confrontées lorsqu'elles accèdent aux transferts en espèces.		X	X
Lors du suivi post-distribution, consulter des personnes ayant des handicaps différents pour identifier les barrières auxquelles elles sont confrontées lorsqu'elles accèdent aux systèmes d'inscription des bénéficiaires.			X
Effectuer des audits d'accessibilité concernant les mécanismes de prestation de services et mettre en place des mécanismes de retour d'informations et de plaintes.			X
Effectuer des audits d'accessibilité des marchés et proposer des modifications afin de les rendre plus accessibles.			X

	Préparation	Réponse	Relèvement
Ventiler les données individuelles par genre, âge et handicap au minimum, en utilisant des outils testés dans des contextes humanitaires, tels que l'ensemble abrégé de questions sur le handicap du Groupe de Washington.			X
Adopter des méthodes et des procédures accessibles pour permettre aux personnes handicapées de consentir à l'utilisation de leurs données. Veiller à ce qu'elles sachent à qui leurs données sont communiquées (par exemple, d'autres organisations humanitaires, le gouvernement, etc.).			X

Outils et ressources

- [Cash Learning Partnership](#).
- CBM, *CBM Humanitarian Hands-on Tool*⁸¹.
- Cash Learning Partnership, *Cash-Based Assistance: Programme Quality Toolbox*.
- [Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, Articles 11 et 14](#).
- Cash Learning Partnership, *Safer Cash Research and Toolkit*.
- HCR, *Guide for Protection in Cash-Based Interventions*.
- Commission des femmes pour les réfugiés et Mercy Corps, *Mainstreaming GBV Considerations in CBIs and Utilizing Cash in GBV Response: Tool-kit for Optimizing Cash-based Interventions for Protection from Gender-based Violence*.
- Commission des femmes pour les réfugiés, *Cohort Livelihoods and Risk Analysis*.

⁸¹ Une application de référence et d'apprentissage pour les travailleurs de l'aide humanitaire.



9

Rôles et responsabilités des parties prenantes

Les tableaux suivants décrivent les rôles et les responsabilités des différents groupes de parties prenantes tout au long du cycle du programme humanitaire pour

soutenir les personnes handicapées ainsi que les acteurs humanitaires, et s'assurer de leur intégration et participation à la réponse humanitaire.

Gouvernements

Dispositif de préparation

- Veiller à ce que les plans d'urgence tiennent compte des besoins des personnes handicapées, et que ces plans soient inclusifs et accessibles. Par exemple, dispenser une formation et promouvoir la connaissance des lois pertinentes ; établir une communication accessible, des mécanismes de retour d'informations et de réclamations ; et encourager la collecte et l'utilisation des données en ayant recours à des outils testés dans des contextes humanitaires, tels que l'ensemble abrégé de [questions sur le handicap du Groupe de Washington](#).
- Rechercher activement la participation des OPH qui représentent la diversité des personnes handicapées. Les associer à l'élaboration et à la révision des politiques de réduction des risques de catastrophes, d'autres politiques humanitaires, des lois, des plans nationaux et d'autres programmes et processus. S'assurer que les cadres juridiques soutiennent l'intégration et la participation des personnes handicapées dans la réponse humanitaire.
- Veiller à ce que les systèmes nationaux qui fournissent des services (réadaptation, éducation, santé, soutien par les pairs) soient en mesure de réagir en cas d'importants mouvements de population. Cartographier les ressources en matière d'intégration au niveau local (interprètes en langue des signes, spécialistes de l'intégration, prestataires de services) et établir une liste de réserve.
- En consultation avec les OPH qui représentent la diversité des personnes handicapées, désigner un point focal sur le handicap pour assurer la liaison avec l'équipe humanitaire pays et les systèmes de coordination des groupes intersectoriels pour le compte des agences gouvernementales.

Évaluation et analyse des besoins	<ul style="list-style-type: none"> • Donner aux acteurs humanitaires l'accès aux données démographiques sur les personnes handicapées pour tous les types d'évaluation (évaluations rapides des besoins, évaluations multisectorielles initiales rapides, évaluations des besoins post-catastrophe). Évaluer la qualité des données démographiques sur les personnes handicapées. • Faire participer les OPH qui représentent la diversité des personnes handicapées, et les fournisseurs de services liés au handicap, à la planification et la mise en œuvre des activités de collecte de données ; recueillir, analyser et partager les informations sur les barrières et les facilitateurs ; promouvoir l'utilisation des outils de collecte de données testés dans des contextes humanitaires, comme l'ensemble abrégé de questions sur le handicap du Groupe de Washington. (Consulter la section sur la Gestion des données et informations.)
Planification stratégique de la réponse	<ul style="list-style-type: none"> • Impliquer les OPH dans la planification stratégique de la réponse. • Prendre des mesures pour s'assurer que la planification stratégique de la réponse inclut les personnes handicapées et adopte une approche fondée sur les droits de l'homme qui respecte les instruments et les cadres juridiques nationaux, régionaux et internationaux.
Mobilisation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les ressources et les budgets nationaux et internationaux (OPH, prestataires de services, bailleurs de fonds). Assurer l'intégration des personnes handicapées, notamment les réfugiés et autres personnes handicapées déplacées ; veiller à ce que ces personnes reçoivent un soutien et une protection pendant toutes les phases du cycle du programme humanitaire.
Mise en œuvre et suivi	<ul style="list-style-type: none"> • En partenariat avec des OPH qui représentent la diversité des personnes handicapées, surveiller dans quelle mesure toutes les personnes handicapées ont accès à l'assistance et à la protection humanitaires. • Veiller à ce que l'aide fournie par le gouvernement et les autres acteurs humanitaires soit accessible aux personnes handicapées. • Permettre aux régimes de protection sociale d'agir en tant que mécanismes de réponse. Créer et faciliter l'accès⁸² et l'utilisation des régimes de protection sociale comme mécanismes de réponse. • Remédier aux abus et aux violations des droits de l'homme des personnes handicapées, y compris les violences basées sur le genre.
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Commanditer une évaluation en temps réel portant sur la mesure dans laquelle les personnes handicapées peuvent accéder à l'assistance et à la protection humanitaires, avec pour objectif d'améliorer leur intégration. • Veiller à ce que toutes les évaluations comprennent un volet qui examine l'égalité d'accès, la participation et la protection des personnes handicapées. • Veiller à ce que les personnes handicapées participent aux évaluations sectorielles et intersectorielles.

⁸² Par exemple, simplifier les procédures pour l'obtention d'une carte d'invalidité, pour l'accès au système de décaissement, etc.

Coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Inviter les OPH locales qui représentent la diversité des personnes handicapées et les prestataires privés et publics de services destinés aux personnes handicapées afin de coordonner les interventions avec les parties prenantes humanitaires et de partager des informations. • Exiger systématiquement que les ordres du jour des réunions et que les processus pertinents de notification soient mis à jour et fassent état du handicap.
Gestion des informations	<ul style="list-style-type: none"> • Partager les informations officielles sur les personnes handicapées, y compris les informations sur les barrières, les risques ainsi que les services et formations disponibles. • Élaborer, mettre en œuvre et appliquer la législation pour renforcer les systèmes de gestion de l'information accessibles dans les situations d'urgence. Le cadre juridique de la protection des données devrait inclure la collecte des données, la diffusion appropriée des informations, et l'accès aux informations⁸³.

Leadership humanitaire (Coordonnateur d'urgence/résident, équipe humanitaire pays)⁸⁴

Pour cette section, se référer au rapport [Guidance on strengthening disability inclusion in Humanitarian Response Plans](#).

Dispositif de préparation	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre en compte l'intégration du handicap dans les termes de référence des équipes humanitaires pays : Terms of Reference for Humanitarian Country Teams (HCT). • Encourager le gouvernement à nommer un point focal sur le handicap au sein des équipes humanitaires pays. • Maintenir une surveillance pour s'assurer que tous les plans de préparation et d'urgence prennent en compte les personnes handicapées : promouvoir les directives sur l'intégration des personnes handicapées dans l'action humanitaire ; veiller à ce que les OPH et les personnes handicapées participent à tous les processus pertinents ; assurer le développement des capacités des équipes humanitaires pays en matière d'intégration. • Veiller à ce que les plans de préparation et d'urgence soient dotés de ressources suffisantes (en termes de financement et de ressources humaines) pour l'accessibilité et l'intégration des personnes handicapées dans les plans de préparation et de contingence.
----------------------------------	---

⁸³ Consulter : CICR, [Standards professionnels pour les activités de protection menées par les organisations humanitaires et de défense des droits de l'homme lors de conflits armés et d'autres situations de violence](#) (2018), Chapitre 6, gérer les données et les informations à des fins de protection, p. 106–148 ; et CRDPH, [Article 22\(2\)](#).

⁸⁴ Consulter également la [Stratégie des Nations Unies pour l'inclusion du handicap](#) (2019), qui définit les attentes spécifiques des dirigeants des organisations des Nations Unies.

Évaluation et analyse des besoins	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que les processus d'évaluation des besoins qui estiment l'ampleur des besoins tiennent compte de l'impact de la situation sur les personnes handicapées et leur famille. • Veiller à ce que les évaluations multisectorielles des besoins prennent en compte les exigences, les risques, les compétences, les capacités, ainsi que les points de vue et les perceptions des personnes handicapées. • Toutes les données recueillies au cours des évaluations multisectorielles des besoins doivent être ventilées par genre, âge et handicap (en ayant recours à des outils de collecte de données testés dans des contextes humanitaires, comme l'ensemble abrégé de questions sur le handicap du Groupe de Washington). • Inclure les personnes handicapées et les OPH dans les équipes d'évaluation des besoins.
Planification stratégique de la réponse	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure le handicap dans les cadres stratégiques et de résultats des plans de réponse ; veiller à ce que les rapports reflètent la diversité des personnes handicapées. • Veiller à ce que tous les plans de réponse stratégiques (plans de réponse humanitaire, plans de réponse rapide, etc.) intègrent les besoins de toutes les personnes handicapées. • Décrire dans le plan comment la réponse traitera les facteurs qui contribuent à accroître les risques auxquels les personnes handicapées sont confrontées. • Impliquer les OPH dans l'élaboration du plan de réponse humanitaire.
Mobilisation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager les donateurs à allouer, dans leurs réponses, des fonds pour les personnes handicapées et à leur intégration dans les actions entreprises lors de leur réponse. • Définir des critères relatifs à l'intégration des personnes handicapées pour les appels éclairs, les fonds de réponse d'urgence, les fonds de financement communs par pays et autres mécanismes de financement d'urgence. • Veiller à ce que les personnes en charge de la programmation budgétaire soient formées à l'intégration des personnes handicapées. Veiller à ce que des ressources suffisantes soient allouées à l'amélioration de l'accessibilité et à la mise en place d'aménagements raisonnables.
Mise en œuvre et suivi	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure systématiquement l'intégration et la protection des personnes handicapées dans l'ordre du jour des réunions des équipes humanitaires pays. • Veiller à ce que les outils de suivi répondent aux préoccupations des personnes handicapées ; inclure l'accessibilité, les risques et la gestion des risques, les exigences, les points de vue et les perceptions spécifiques. Veiller à ce que les personnes handicapées participent au suivi, à l'évaluation des besoins et, plus généralement, à la réponse.

Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager tous les secteurs et groupes sectoriels à prendre en compte l'intégration du handicap (protection, sûreté et égalité d'accès) dans leurs évaluations. • Veiller à ce que les personnes handicapées participent aux évaluations sectorielles et intersectorielles. • Diffuser les résultats des évaluations en de multiples formats accessibles. Veiller à ce que tous les secteurs utilisent les résultats des évaluations lorsqu'ils planifient leurs programmes ou y apportent des ajustements.
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que les points focaux sur le handicap et/ou les OPH soient inclus dans les réunions intersectorielles. • Promouvoir l'intégration du handicap dans l'ensemble de l'action humanitaire (outils, normes), en utilisant les présentes directives.
Gestion de l'information⁸⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir un accord, y compris avec le gouvernement, sur des arrangements à l'échelle du système pour la collecte et le partage des données sur les personnes handicapées, conformément aux principes d'éthique et de protection des données⁸⁶. • Établir systématiquement des rapports sur les personnes handicapées ; en l'absence d'informations, indiquer « aucune information disponible ». • Exiger que toute collecte, analyse et utilisation de données soit ventilée par genre, âge et handicap.

⁸⁵ L'expression « gestion de l'information » désigne la collecte, l'analyse et la gestion des données et des informations tout au long du cycle du programme humanitaire.

⁸⁶ Consulter : CICR, *Standards professionnels pour les activités de protection menées par les organisations humanitaires et de défense des droits de l'homme lors de conflits armés et d'autres situations de violence* (2018), Chapitre 6, Gérer les données et les informations à des fins de protection, p. 106–148 ; et CRDPH, *Article 22(2)*.

Responsables des groupes sectoriels et chefs de file sectoriels⁸⁷

Pour cette section, se référer à la politique du Comité permanent interorganisations sur la responsabilité à l'égard des populations touchées⁸⁸.

<p>Dispositif de préparation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Impliquer les OPH nationales et locales dans les groupes sectoriels et les secteurs, et leur demander conseil sur les bonnes pratiques et les défis liés à l'intégration. • Nommer un point focal sur le handicap dans chaque groupe sectoriel. • Identifier les risques en matière de sûreté et de protection, ainsi que les services accessibles aux personnes handicapées, dans chaque secteur. Évaluer les capacités des personnes handicapées et veiller à ce que ces personnes soient incluses dans les plans d'urgence sectoriels. Veiller à ce que les plans d'urgence contiennent un prépositionnement d'aides techniques (comme les fauteuils roulants, béquilles, cannes blanches, aides auditives, systèmes de soutien par les pairs) pour remplacer ceux qui risquent d'être perdus ou endommagés. • Veiller à ce que les plans d'urgence mettent en place des systèmes de communication clairs, y compris des systèmes d'alerte précoce, et des mécanismes de réponse et de retour d'informations inclusifs. Les stratégies de communication devraient prendre en compte les exigences de communication des personnes handicapées et devraient leur être accessibles.
<p>Évaluation et analyse des besoins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que les processus d'évaluation des besoins qui estiment la gravité des besoins tiennent compte de l'impact de la situation sur les personnes handicapées et leur famille. • Veiller à ce que les évaluations multisectorielles des besoins tiennent compte des exigences, des risques, des compétences, des capacités, ainsi que des points de vue et des perceptions des personnes handicapées. • Veiller à ce que les évaluations des besoins identifient les personnes handicapées et leurs exigences. Lorsque des données primaires sont collectées, envisager l'utilisation des outils testés dans des contextes humanitaires, comme l'ensemble abrégé de questions sur le handicap du Groupe de Washington. • Consulter les populations affectées, y compris les personnes handicapées. Attribuer 15 à 20 % du temps et des ressources consacrés à la consultation aux personnes handicapées. • Veiller à ce que les évaluations conjointes des besoins incluent des OPH représentant la diversité des personnes handicapées dans leurs équipes.

⁸⁷ Consulter également : Nations Unies, [Stratégie des Nations Unies pour l'inclusion du handicap](#) (2019), qui définit les attentes spécifiques des dirigeants des organisations des Nations Unies.

⁸⁸ Équipe spéciale du CPI sur la responsabilité à l'égard des populations touchées, le groupe de protection mondiale et l'OCHA, [Suggested Actions for cluster coordination groups to strengthen Accountability to Affected Populations and Protection in the Humanitarian Programme Cycle](#) (2016).

Planification stratégique de la réponse	<ul style="list-style-type: none"> • Impliquer les OPH représentant la diversité des personnes handicapées dans les processus de planification stratégique de la réponse, y compris l'analyse des informations relatives aux personnes handicapées. • Développer et utiliser des indicateurs appropriés pour mesurer l'intégration des personnes handicapées en appliquant les recommandations des présentes directives. • Élaborer une double approche et une stratégie de réponse, y compris des procédures d'exploitation normalisées, basées sur des directives et des normes sectorielles sur l'intégration des personnes handicapées. L'approche et la stratégie doivent prendre en compte l'intersectionnalité entre le genre, l'âge, le handicap et les autres facteurs de diversité.
Mobilisation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que les budgets sectoriels et les aperçus des besoins de financement allouent des sommes adéquates à la programmation pour l'intégration du handicap. Inclure la conception universelle des nouvelles structures ou des structures temporaires (modification des structures existantes, fourniture d'aménagements raisonnables, mécanismes de sensibilisation, interprètes en langue des signes, etc.). Demander conseil aux OPH et aux points focaux sur le handicap lors de la planification et la préparation des budgets. • Impliquer les OPH représentant la diversité des personnes handicapées dans le comité d'examen des projets sélectionnés (par exemple, les fonds d'intervention d'urgence et les fonds communs) pour s'assurer que les propositions comprennent et respectent les exigences des personnes handicapées d'une manière adéquate et appropriée.
Mise en œuvre et suivi	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller et rendre compte du niveau d'accès des personnes handicapées à l'assistance et à la protection humanitaires ; ventiler les informations par genre, âge et handicap. • Veiller à ce que les personnes handicapées soient incluses dans les rapports des groupes sectoriels. • En partenariat avec les OPH, élaborer et diffuser des messages de sensibilisation sur les droits et la protection des personnes handicapées qui sont touchées par la crise.
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser des évaluations sectorielles et participer à des évaluations intersectorielles qui examinent l'intégration des personnes handicapées. • Inclure systématiquement dans les processus d'évaluation les points focaux sur le handicap, les équipes de travail sur le handicap et les OPH qui représentent la diversité des personnes handicapées.

Coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que les secteurs et les groupes sectoriels harmonisent le travail qu'ils effectuent en matière de programmation de l'intégration du handicap, au sein des groupes sectoriels et des secteurs et entre eux. • Encourager les OPH, les organisations travaillant sur l'intégration et les prestataires de services à participer aux réunions des groupes sectoriels. Veiller à ce que les réunions se tiennent dans des lieux accessibles ; prévoir des aménagements raisonnables si nécessaire. • Coordonner le développement d'un système intersectoriel inclusif pour les référencement et le suivi de l'accessibilité concernant les personnes handicapées.
Gestion de l'information ⁸⁹	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que les systèmes de gestion de l'information comprennent des informations sur les niveaux d'accès des personnes handicapées à l'assistance et à la protection humanitaires ainsi que de participation aux activités qui leur sont pertinentes. • S'assurer que les informations recueillies sur les personnes handicapées sont fiables, mises à jour et identifient les bonnes pratiques relatives à la protection, à l'assistance humanitaire et à la participation des personnes handicapées. Partager l'information dans les rapports des groupes sectoriels qui utilisent des formats accessibles. Respecter les principes d'éthique et de protection des données⁹⁰.

Programmateurs (dans les organisations humanitaires et de développement)^{91 92}

Dispositif de préparation	<ul style="list-style-type: none"> • Consulter, inclure et établir des partenariats avec les points focaux sur le handicap, les personnes handicapées, et les OPH qui représentent la diversité des personnes handicapées, pendant toutes les étapes de la réduction des risques de catastrophe et des programmes de préparation aux situations d'urgence. • Organiser la sensibilisation et le développement des capacités en matière d'intégration des personnes handicapées pour le personnel et les partenaires, en collaboration avec les OPH. • Soutenir les OPH pour qu'elles développent et renforcent leur capacité à travailler dans le domaine de l'aide humanitaire à tous les niveaux : administratif, ressources humaines, redevabilité, gestion financière, rédaction de propositions.
----------------------------------	--

⁸⁹ L'expression « gestion de l'information » désigne la collecte, l'analyse et la gestion des données et des informations tout au long du cycle du programme humanitaire.

⁹⁰ Consulter : CICR, *Standards professionnels pour les activités de protection menées par les organisations humanitaires et de défense des droits de l'homme lors de conflits armés et d'autres situations de violence* (2018), Chapitre 6, Gérer les données et les informations à des fins de protection, p. 106–148 ; et CRDPH, *Article 22(2)*.

⁹¹ Certaines actions de cette section seront également pertinentes pour les responsables de l'analyse et de la gestion de l'information.

⁹² Consulter également : Nations Unies, *Stratégie des Nations Unies pour l'inclusion du handicap* (2019), qui définit les attentes spécifiques des dirigeants des organisations des Nations Unies.

Évaluation et analyse des besoins	<ul style="list-style-type: none"> Analyser les facteurs qui contribuent aux risques que les personnes handicapées dans les populations affectées affrontent. En ce qui concerne l'évaluation des besoins, identifier d'une part, les barrières qui empêchent les personnes handicapées d'accéder à l'assistance et à la protection humanitaires, et d'autre part, les facteurs facilitateurs qui améliorent l'accès à l'assistance et à la protection humanitaires. Rendre les processus d'évaluation des besoins accessibles aux personnes handicapées. Proposer des aménagements raisonnables le cas échéant pour simplifier et faciliter la collecte d'informations provenant des personnes handicapées. Veiller à ce que les personnes présentant diverses situations de handicap participent, en tant qu'informateurs clés, aux groupes de discussion et aux équipes d'évaluation des besoins.
Planification stratégique de la réponse	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que la satisfaction des exigences des personnes handicapées figure parmi les objectifs du plan de réponse humanitaire. Concevoir et inclure des indicateurs qui mesurent l'intégration des personnes handicapées. Adopter une double approche pour mettre en œuvre des projets et des stratégies qui garantissent que les personnes handicapées bénéficient d'un accès équitable à l'assistance et à la protection humanitaires. À cette fin, il convient d'envisager des services de proximité, des services à domicile, des infrastructures accessibles, des aménagements raisonnables, etc. Assurer la liaison et développer des partenariats avec des organisations axées sur le handicap, des prestataires de services et des OPH qui représentent la diversité des personnes handicapées.
Mobilisation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> Établir un budget inclusif qui reconnaît l'importance de l'accessibilité et des aménagements raisonnables. Faire participer les OPH et les points focaux sur le handicap à la définition des priorités et à l'identification des ressources qui seront nécessaires pour éliminer les barrières auxquelles les personnes handicapées sont confrontées lorsqu'elles tentent d'obtenir une assistance et une protection humanitaires. Embaucher des personnes handicapées et des personnes compétentes dans le domaine du handicap et de l'intégration, en tant que membres du personnel ou consultants.
Mise en œuvre et suivi	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que le suivi des activités utilise des indicateurs d'intégration du handicap, ventilés par genre, âge et handicap. Examiner et analyser systématiquement dans quelle mesure les personnes concernées peuvent accéder aux programmes et prendre des mesures correctives si nécessaire. Rendre compte des barrières et des risques auxquels les personnes en situation de handicap sont confrontées lorsqu'elles tentent d'accéder à l'aide humanitaire et à la protection. Partager les bonnes pratiques ; diffuser et appliquer les normes⁹³ et les outils.

⁹³ Telles que les [Standards Sphère](#), les [Humanitarian Inclusion Standards](#) et l'application [Humanitarian Hands-on Tool](#).

Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Demander conseil à des OPH qui représentent la diversité des personnes handicapées lors de la conception, de la planification et de la mise en œuvre d'évaluations comprenant des questions liées au handicap (protection, sûreté et égalité d'accès). • Veiller à ce que les personnes handicapées aient accès aux processus d'évaluation et puissent y participer activement. • Diffuser les rapports d'évaluation dans une série de formats accessibles. Utiliser leurs conclusions pour ajuster la programmation en fonction des besoins.
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Impliquer les OPH qui représentent la diversité des personnes handicapées dans les mécanismes de coordination. • Promouvoir la collaboration intersectorielle sur l'intégration des personnes handicapées. Établir des systèmes d'orientation ; promouvoir les activités d'apprentissage croisé ; offrir des formations dispensées par des experts sectoriels et des OPH.
Gestion de l'information⁹⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que les données relatives au handicap mesurent et rendent compte des résultats, des extraits et des indicateurs définis dans les plans de réponse humanitaire. • Former le personnel à la collecte et à l'analyse des données relatives au handicap, notamment les données sur les barrières à l'intégration et les facteurs qui permettent l'intégration. • Créer ou adapter des outils permettant de saisir des informations qui rendent compte du niveau d'accès des personnes handicapées aux programmes d'assistance et de protection humanitaires et participent aux activités d'intervention qui les concernent. • Veiller à ce que la collecte, le stockage et le traitement des données personnelles sensibles se fassent dans le respect des principes pertinents d'éthique et de protection des données⁹⁵.

⁹⁴ L'expression « gestion de l'information » désigne la collecte, l'analyse et la gestion des données et des informations tout au long du cycle du programme humanitaire.

⁹⁵ Consulter : CICR, *Standards professionnels pour les activités de protection menées par les organisations humanitaires et de défense des droits de l'homme lors de conflits armés et d'autres situations de violence* (2018), Chapitre 6, Gérer les données et les informations à des fins de protection, p. 106–148 ; et CRDPH, *Article 22(2)*.

Donateurs

Dispositif de préparation	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure les critères et les politiques liés à l'intégration du handicap dans les appels, les propositions et les accords contractuels. • Veiller à ce que le personnel soit formé à l'intégration des personnes handicapées et qu'un point focal sur le handicap et l'intégration soit désigné. Préparer un document d'orientation sur le handicap pour les partenaires d'exécution qui utilisent les présentes directives. • Investir dans le dispositif de préparation et fournir un financement pour soutenir le développement des capacités destiné à garantir que toutes les parties prenantes humanitaires, y compris les OPH, sont équipées et préparées pour inclure les personnes handicapées dans l'action humanitaire. • Stipuler que les rapports doivent inclure la collecte de données sur les personnes handicapées, notamment sur l'accessibilité, l'élimination des barrières et la qualité des services. Insister sur le fait que les données doivent être ventilées par genre, âge et handicap.
Évaluation et analyse des besoins	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir les partenaires d'exécution pour faciliter les évaluations et les analyses des besoins qui incluent les personnes handicapées. Celles-ci devraient porter sur les risques encourus, l'accès à la protection et à l'assistance humanitaires, la qualité des services et les barrières.
Planification stratégique de la réponse	<ul style="list-style-type: none"> • Exiger des partenaires d'exécution qu'ils conçoivent et intègrent des stratégies pour l'intégration du handicap dans le cadre des modalités de financement. • Promouvoir et aider les partenaires à développer des approches qui permettent d'identifier, d'analyser et de traiter les risques auxquels les personnes handicapées sont confrontées.
Mobilisation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Faire de l'intégration des personnes handicapées une priorité de financement et prévoir des objectifs de financement afin de promouvoir leur accès et leur participation. • Utiliser un marqueur de handicap ainsi que d'autres marqueurs pertinents, tels que des marqueurs de genre et d'âge, pour contribuer à la sélection et au suivi des propositions. • Créer des incitations pour les programmes d'intégration du handicap en accord avec les engagements de participation mondiale. • Veiller à ce que les appels de fonds soient accessibles aux OPH qui représentent la diversité des personnes handicapées. Adapter les critères de financement si nécessaire pour rendre les OPH locales éligibles.

Mise en œuvre et suivi	<ul style="list-style-type: none"> • Consulter les personnes handicapées lors de l'évaluation des programmes des partenaires ; discuter de leur accès à l'assistance et à la protection humanitaires. • Évaluer les rapports ou surveiller les performances des partenaires d'exécution en ayant recours à des critères tirés de la CRDPH. Fournir des retours d'informations et des recommandations aux partenaires. • Suivre les efforts déployés par les partenaires pour réaliser l'intégration des personnes handicapées.
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Exiger des partenaires qu'ils fassent de l'intégration et de la participation des personnes handicapées une composante systématique des évaluations. • Diffuser les résultats des évaluations sous de multiples formats accessibles. • Assurer le suivi des recommandations des évaluations sur l'intégration et la participation des personnes handicapées. • Veiller à ce que les personnes handicapées participent aux évaluations sectorielles et intersectorielles.
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la nomination de personnes ayant une expertise pertinente en matière d'intégration des personnes handicapées (en tant que point focal sur le handicap, membres des équipes humanitaires pays, mécanismes de coordination de secteurs et de groupes sectoriels) comme membres du personnel. • Encourager et soutenir les OPH qui représentent la diversité des personnes handicapées à s'impliquer dans les interventions humanitaires et les mécanismes de coordination.
Gestion des informations⁹⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Exiger des partenaires qu'ils ventilent les informations, y compris les informations sur les barrières et leur élimination, par genre, âge et handicap. • Rendre compte des progrès réalisés pour inclure les personnes handicapées ; partager les enseignements tirés et les bonnes pratiques. • Lorsque des informations ne sont pas disponibles sur une crise ou sur l'exposition aux risques des personnes handicapées affectées, aider les partenaires à collecter des données sur le handicap. • Exiger que la collecte, le stockage ou le traitement de données personnelles sensibles se fasse dans le respect des principes appropriés d'éthique et de protection des données⁹⁷.

⁹⁶ L'expression « gestion de l'information » désigne la collecte, l'analyse et la gestion des données et des informations tout au long du cycle du programme humanitaire.

⁹⁷ Consulter : CICR, *Standards professionnels pour les activités de protection menées par les organisations humanitaires et de défense des droits de l'homme lors de conflits armés et d'autres situations de violence* (2018), Chapitre 6, Gestion des données et des informations pour des résultats de protection, p. 106–148 ; et CRDPH, *Article 22(2)*.

Organisations de personnes handicapées (OPH)

Les acteurs humanitaires doivent inclure des OPH représentant la diversité des personnes handicapées dans toutes les phases du cycle du programme humanitaire. Ces OPH peuvent partager leurs connaissances et leur expertise en matière de handicap, offrir un leadership et assurer

la pleine participation et intégration des personnes handicapées à l'action humanitaire. Lorsqu'aucune OPH n'est présente localement, les acteurs humanitaires doivent impliquer des groupes de soutien par les pairs ou des individus en situation de handicap.

<p>Dispositif de préparation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir l'utilisation d'outils testés dans des contextes humanitaires en vue de collecter des données, tels que l'Ensemble abrégé de questions sur le handicap du Groupe de Washington, rendant ainsi possible la ventilation des données par genre, âge et handicap. • Plaider en faveur des droits des personnes handicapées dans les situations de risque et d'urgence, ainsi qu'en faveur de la pleine accessibilité de tous les programmes de réduction des risques de catastrophe et de préparation aux situations d'urgence. • Sensibiliser et former les membres de la communauté, les personnes handicapées, les parties prenantes humanitaires et les premiers intervenants sur les besoins, les droits et les capacités des personnes handicapées. Expliquer leurs exigences en matière de communication. • Plaider en faveur de l'accès des réfugiés handicapés aux services et systèmes nationaux.
<p>Évaluation et analyse des besoins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participer aux évaluations des besoins et à la collecte d'informations quantitatives et qualitatives. De même, participer à l'identification d'une part, des barrières qui entravent l'intégration des personnes handicapées et, d'autre part, des facteurs facilitateurs qui facilitent leur intégration. • Aider à développer des outils et à concevoir des évaluations inclusives des besoins. Ces derniers devraient permettre la fourniture d'aménagements raisonnables et devraient également inclure les personnes handicapées dans les équipes d'évaluation et les groupes de discussion, etc.
<p>Planification stratégique de la réponse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer une approche du handicap fondée sur les droits de l'homme afin de responsabiliser les parties prenantes humanitaires et les gouvernements lorsqu'ils conçoivent des plans de réponse humanitaire et d'autres outils de planification humanitaire. • Représenter les différents groupes constitutifs du secteur du handicap lors des réunions et plaider en faveur des droits des personnes handicapées. • Atteindre les personnes handicapées au sein des populations affectées, y compris les réfugiés et autres personnes déplacées, et les inclure dans les réseaux locaux d'OPH.

Mobilisation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir l'élaboration de budgets qui financent des activités favorisant l'intégration des personnes handicapées. Les budgets doivent prévoir des fonds pour les aménagements raisonnables, les logements appropriés, la participation des OPH, etc. • Soutenir un plaidoyer général en faveur de l'augmentation des fonds destinés à répondre aux crises. • Contribuer et faciliter la mobilisation des ressources à tous les niveaux.
Mise en œuvre et suivi	<ul style="list-style-type: none"> • Participer à la collecte de données dans le but d'assurer le suivi et l'établissement des rapports sur l'accès aux services et à l'assistance humanitaire, les risques en matière de protection, les violations des droits de l'homme, l'utilisation des fonds, etc. • Soutenir les interventions en faveur des groupes à risque, y compris des personnes handicapées. • Donner des conseils sur le développement d'infrastructures, d'équipements et de matériels de communication qui soient tous accessibles.
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Aider les équipes d'évaluation à évaluer l'accessibilité et la mesure dans laquelle les personnes handicapées peuvent exercer pleinement leurs droits humains, en prenant en considération le genre, l'âge et la diversité des handicaps. • Identifier les questions pertinentes concernant l'intégration dans les évaluations. En ce qui concerne les personnes handicapées, les évaluations doivent porter sur l'accessibilité, la disponibilité, les coûts abordables, la redevabilité et la qualité des services, ainsi que sur l'efficacité, l'efficience, l'impact et la pertinence de la réponse. • En coopération avec les gouvernements et les parties prenantes humanitaires, recueillir et documenter les bonnes pratiques et les enseignements tirés, en ce qui concerne l'inclusion et l'accessibilité de l'assistance et de la protection humanitaires. • Préconiser que les résultats des évaluations soient intégrés dans la planification et la mise en œuvre des programmes.
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier, au sein des OPH, les points focaux qui peuvent participer aux réunions des groupes et sous-groupes sectoriels à tous les niveaux, y compris en tant que membres de l'équipe de la réponse humanitaire. • Coordonner les OPH (tant nationales que locales) et les aider à apporter leur contribution, à l'aide des 5 W, aux mécanismes de coordination humanitaire⁹⁸. • Participer à la collecte d'informations sur les risques et les barrières auxquelles les personnes handicapées sont confrontées, et sur leur accès aux services. Fournir un retour d'informations aux acteurs humanitaires et aux points focaux sur le handicap.

⁹⁸ L'outil « Qui a fait quoi, où, quand et pourquoi » (5 W) est utilisé pour saisir les données du terrain et générer des produits d'information, tels que des cartes et des tableaux de réalisations. Les 5 W peuvent aider à éviter les duplications involontaires entre les différentes agences et aident les parties prenantes, y compris les communautés et les gouvernements locaux concernés, à identifier les lacunes de la réponse.

Gestion des informations⁹⁹

- Encourager les gestionnaires de l'information à collecter et à analyser les informations sur le niveau d'accès des personnes handicapées aux services d'assistance et de protection humanitaires.
- Soutenir l'interprétation et l'analyse des informations sur les tendances et les programmes en matière de handicap.
- Veiller à ce que les informations soient diffusées sous de multiples formats accessibles aux membres des OPH, aux personnes handicapées et à d'autres publics.
- Communiquer les données et les évaluations relatives aux personnes handicapées aux points focaux sur le handicap et aux personnes en charge des mécanismes de coordination.
- Exiger que la collecte, le stockage ou le traitement de données personnelles sensibles se fasse dans le respect des principes appropriés d'éthique et de protection des données¹⁰⁰.

⁹⁹ L'expression « gestion de l'information » désigne la collecte, l'analyse et la gestion des données et des informations tout au long du cycle du programme humanitaire.

¹⁰⁰ Consulter : CICR, *Standards professionnels pour les activités de protection menées par les organisations humanitaires et de défense des droits de l'homme lors de conflits armés et d'autres situations de violence* (2018), Chapitre 6, Gérer les données et les informations à des fins de protection, p. 106–148 ; et CRDPH, *Article 22(2)*.



10

Ce que les secteurs doivent faire

Coordination sectorielle et intersectorielle

La coordination humanitaire vise à améliorer l'efficacité de la réponse humanitaire en renforçant l'anticipation, la responsabilité et le partenariat.

La coordination sectorielle et intersectorielle fournit un leadership et une orientation dans la mise en œuvre de l'action humanitaire en convenant d'engagements et d'actions qui améliorent l'intégration et la participation. Les mécanismes de coordination peuvent prendre différentes formes et être mis en œuvre simultanément au sein d'un même pays.

Les mécanismes de coordination sectorielle et intersectorielle sont activés (si nécessaire) par le coordonnateur pour les situations d'urgence, le coordonnateur des opérations humanitaire, ou le coordonnateur résident avec l'équipe humanitaire pays et le gouvernement concerné. L'activation déclenche le [cycle du programme humanitaire](#).

Bien que les mécanismes de coordination traitent de plus en plus du handicap par le biais de groupes de travail, la coordination reste *ad hoc* et incomplète. Le handicap n'est pas encore systématiquement intégré dans les mécanismes de coordination inter-agences.

Lorsque les mécanismes de coordination des secteurs/sectoriels n'ont pas été établis ou ne sont que partiellement activés, les gouvernements concernés peuvent mettre en place leur propre système de coordination. Quelle que soit la forme adoptée par les mécanismes de coordination, il est

impératif d'inclure les OPH dans les processus de coordination et autres stratégies de réponse menées par les gouvernements.

Intégrer le handicap aux mécanismes de coordination

L'intégration des personnes handicapées est une occasion de renforcer la coordination intersectorielle. Les mécanismes de coordination intersectorielle doivent garantir que les personnes handicapées ont accès à l'assistance et à la protection humanitaires sur un pied d'égalité avec les autres personnes affectées par une crise et doivent considérer les OPH comme des parties prenantes de la réponse humanitaire. La réalisation de ces objectifs aux niveaux interinstitutionnel, sectoriel et intersectoriel permettra de promouvoir le caractère central de la protection, de soutenir une approche fondée sur les droits et d'accroître la responsabilité à l'égard des populations touchées.

Les actions que les mécanismes de coordination humanitaire doivent adopter pour promouvoir l'intégration des personnes handicapées sont énumérées dans le tableau sur les [rôles et responsabilités des parties prenantes](#).

Éléments clés – mesures incontournables

Les mesures incontournables doivent être prises tout au long de la coordination intersectorielle et

sectorielle dans toutes les phases de l'action humanitaire pour l'intégration des personnes handicapées.

Participation

- Veiller à ce que les personnes handicapées, leur famille et les OPH participent activement aux mécanismes de coordination, aux évaluations intersectorielles des besoins et à l'élaboration des [aperçus des besoins humanitaires](#) et des [plans de réponse humanitaire](#) (HRP).
- Veiller à ce que la diversité de la population des personnes handicapées soit équitablement représentée. Tenir compte des différentes formes de handicap, ainsi que du genre et de l'âge. Faire des efforts concertés pour promouvoir les groupes sous-représentés, notamment les personnes ayant des incapacités intellectuelles et psychosociales, les populations autochtones, les femmes et les filles.

Levée des barrières

- Lors de l'évaluation des besoins, identifier les barrières et les risques auxquels les personnes handicapées sont confrontées.
- Lors de l'élaboration des plans de réponse humanitaire, s'appuyer sur des informations qualitatives et quantitatives afin d'identifier les personnes handicapées, les risques et les obstacles auxquels elles sont confrontées et les moyens d'atténuer ou d'éliminer ces barrières.

Autonomisation et renforcement des capacités

- Veiller à ce que les mécanismes de coordination incluent les OPH dans leurs initiatives de renforcement des capacités.

- Renforcer les capacités du personnel de coordination sur l'intégration du handicap. Intégrer des composantes sur l'intégration du handicap dans les formations de coordination.
- Mettre en place des systèmes d'orientation intersectoriels qui améliorent l'intégration des personnes handicapées.

Collecte des données et suivi

- Partager les données disponibles sur les exigences sectorielles de personnes handicapées et mener une analyse intersectorielle conjointe afin de parvenir à une compréhension holistique de leur situation et de leurs exigences.
- Lorsque des données fiables ne sont pas disponibles ou ne peuvent pas être recueillies, appliquer l'estimation de 15 % de la prévalence mondiale du handicap¹⁰¹.
- Veiller à ce que les plans de réponse humanitaire fassent explicitement référence au handicap dans tous les secteurs, et recommandent clairement la nécessité pour les objectifs et les indicateurs de ventiler les données par personnes en situation de handicap ou non.
- Veiller à ce que les rapports de suivi périodiques de l'équipe humanitaire pays couvrent régulièrement la situation des personnes handicapées (y compris leur accès à l'aide humanitaire, les défis auxquels ces personnes font face, les réalisations, et les enseignements tirés).
- Partager des informations sur les personnes handicapées (ventilées par genre, âge et handicap) dans des tableaux de bord et des rapports intersectoriels, en utilisant plusieurs formats accessibles.

¹⁰¹ OMS et Banque mondiale, [Rapport mondial sur le handicap](#) (2011).



11

Coordination et gestion des camps

Introduction

La coordination de camp et la gestion de camp (CCCM) est un secteur technique. Ce terme fait référence aux mécanismes de coordination standardisés qui peuvent être appliqués dans les opérations de réfugiés (par le biais du [Modèle de coordination des réfugiés](#)), et également dans les opérations de protection des personnes déplacées dans leur propre pays (par le biais du groupe sectoriel CCCM)¹⁰³. L'objectif premier du secteur CCCM est de protéger les droits des populations affectées par les déplacements forcés, mais également des familles et des communautés d'accueil.

Dans la pratique, le secteur s'efforce de garantir que les personnes vivant dans des situations de déplacement collectif ou communautaire ont un accès équitable à l'assistance et à la protection humanitaires. Ceci est réalisé en coordonnant et en contrôlant la fourniture des services ainsi qu'en établissant des structures de gouvernance et de participation



représentatives et responsables au niveau des sites (gestion de camp) ; en assurant la coordination stratégique et opérationnelle au niveau inter-sites (coordination de camp) ; et la supervision globale de la réponse (administration de camp). Les structures de gouvernance et de participation peuvent prendre la forme de comités, de groupes d'influence ou d'intérêts, ou de mécanismes de réclamation et de retour d'informations, etc. ; ensemble, ces structures assurent que tous les individus peuvent faire entendre leur voix et participent aux décisions qui les concernent.

Dans les sites qui accueillent des populations déplacées, le secteur de la coordination et de la gestion des camps joue également un rôle clé dans la coordination et le suivi des services d'assistance et de protection humanitaires. Il veille à ce que les besoins soient identifiés et couverts, que les secteurs ou acteurs responsables comblent les lacunes, et que les services ne soient pas dupliqués. Les réunions de coordination au niveau du site rassemblent souvent tous les secteurs, des secteurs liés à l'eau, l'hygiène et l'assainissement et aux abris aux secteurs de la protection, de l'éducation et de la distribution ; ainsi que des représentants de la population déplacée, de la sécurité des camps et de la communauté d'accueil.



Consulter le [chapitre 10, Abris et établissements](#) et [EHA](#)

¹⁰³ HCR, *Manuel sur les situations d'urgence : Coordination de camp et gestion de camp*.

Principaux instruments juridiques et autres plans-cadres

- [Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées](#)
- [Pacte mondial sur les réfugiés](#)
- [Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières](#)

Termes clés

Camps, sites. Les termes « camp » ou « site » font référence à une variété d'options d'établissement temporaire qui comprennent les camps planifiés, les camps établis spontanément, les centres collectifs, les centres d'accueil, les centres de transit et les centres d'évacuation¹⁰⁴. Parce que le terme « camp » a une connotation sensible dans de nombreux contextes, les acteurs de la coordination et de la gestion de camp utilisent une gamme de termes pour faire référence à des contextes de déplacement. Il est reconnu que les camps ne constituent pas la solution au déplacement de la population, mais ils offrent parfois le seul moyen disponible pour protéger et assister la population déplacée. Il est à noter que le secteur de la coordination et de la gestion de camp ne préconise pas l'établissement de camps.

Administration de camp. Les administrations des camps remplissent les fonctions du gouvernement ou des autorités nationales dans les camps et dans le cadre des activités du camp¹⁰⁵.

Gestion de camp. La gestion du camp consiste à coordonner et surveiller les services, la protection et l'assistance humanitaires dans un camp ou un site donné, dans le respect des cadres de protection juridique nationaux et internationaux pertinents et des normes humanitaires minimales¹⁰⁶. Elle encourage une participation active et significative de la part de la population déplacée. La gestion de camp est à la fois technique et sociale, car elle s'efforce de fournir

des conditions de vie appropriées (par le biais d'une coordination inter-agences au niveau des camps) et de maintenir l'intégration sociale et la dignité (par les structures de participation, de retour d'informations et de gouvernance). La gestion des camps peut être assurée par les acteurs humanitaires (le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, l'Organisation internationale pour les migrations, les ONGI, les ONG nationales), les organisations de la société civile, les institutions du secteur privé, ou encore les autorités nationales ou gouvernementales¹⁰⁷.

Coordination de camp. La coordination des camps est responsable de la coordination de la réponse entre les sites et permet l'accès aux services humanitaires ainsi que la fourniture de ces services, en plus d'une protection sur les sites qui accueillent des populations déplacées. De même, la coordination des camps comprend la coordination des rôles et des responsabilités dans la réponse humanitaire globale au déplacement, et est dirigée par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés et/ou l'Organisation internationale pour les migrations, souvent en partenariat avec les autorités nationales. Le groupe sectoriel de coordination et de gestion de camp (dans des situations de déplacement des populations à l'intérieur de leur propre pays) ou l'agence chef de file du secteur (dans les situations concernant des réfugiés) s'efforce de livrer une réponse efficace et coordonnée d'une manière efficiente sur le plan humanitaire dans des situations où les populations déplacées sont forcées de chercher refuge dans des établissements temporaires. De plus, la coordination des camps vise à améliorer les conditions de vie pendant le déplacement, fournit une assistance et une protection, cherche des solutions durables afin de mettre fin au déplacement temporaire, et gère la fermeture organisée et le retrait progressif des sites qui ont accueilli des populations déplacées. L'agence chef de file ou sectorielle vise à mettre fin au déplacement des personnes en assurant la promotion de solutions durables. L'Organisation internationale pour les migrations et le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés codirigent respectivement

¹⁰⁴ OIM, Norwegian Refugee Council, HCR, [Le Toolkit de gestion de camp](#) (2015), p 9.

¹⁰⁵ En pratique, lorsque le gouvernement ou les autorités nationales supervisent la gestion ou la coordination des camps, la gestion, la coordination et l'administration des camps se partagent les responsabilités de diverses manières.

¹⁰⁶ Consulter par exemple, les [Standards Sphère Norme humanitaire fondamentale](#) ; et HelpAge, CBM, Handicap International, [Normes d'inclusion humanitaire pour les personnes âgées les personnes et les personnes handicapées](#), entre autres.

¹⁰⁷ OIM, Norwegian Refugee Council, HCR, [Le Toolkit de gestion de camp](#) (2015), et le [CCCM Cluster's training material](#).

les groupes sectoriels mondiaux du CCCM pour les catastrophes naturelles et les situations de déplacement interne dues à des conflits, ainsi que d'autres groupes sectoriels sur le terrain, souvent en partenariat avec les autorités nationales¹⁰⁸.

Les **centres d'évacuation** sont des bâtiments utilisés pour fournir un abri temporaire pour les personnes fuyant une menace immédiate et spécifique, telle que des combats, ou un risque naturel, comme un cyclone ou un tremblement de terre. Les écoles, les stades de sport et les bâtiments religieux ou civiques sont souvent utilisés à cette fin. Dans la mesure du possible, les centres d'évacuation d'urgence doivent être identifiés et préparés avant que les catastrophes ne se produisent¹⁰⁹.

Les **comités locaux de préparation** sont des structures de réponse communautaires ou gouvernementales qui supervisent les mesures de préparation aux catastrophes¹¹⁰.

Barrières

Le déplacement est souvent soudain et le temps disponible pour s'y préparer est généralement limité. Il s'agit d'un événement perturbateur qui peut exacerber ou créer des barrières pour les personnes handicapées. Dans les sites temporaires accueillant les populations déplacées, les personnes handicapées ne sont souvent pas en mesure de subvenir à leurs besoins les plus élémentaires ou d'obtenir un soutien et une protection adéquates.

Les personnes handicapées qui sont accueillies dans des établissements temporaires ont le droit de recevoir une assistance humanitaire. Dans la pratique, cela signifie que les acteurs humanitaires doivent agir afin d'identifier et de supprimer les barrières environnementales, comportementales et institutionnelles qui entravent leur accès à un soutien et à la protection. Les personnes handicapées dans les camps doivent également avoir la possibilité d'exercer leur droit à participer à la vie du camp et aux décisions qui les concernent. Cela

implique que les acteurs humanitaires doivent veiller à ce que ces personnes puissent participer de manière significative à la gouvernance du site et aux structures représentatives. Les acteurs humanitaires sont également tenus de leur donner un accès efficace à l'information et aux mécanismes de réclamation et de retour d'informations, et faire en sorte qu'elles puissent participer aux événements sociaux et aux activités économiques. La responsabilité d'éliminer les barrières et de promouvoir une intégration et une participation significatives persiste durant toutes les phases de la vie d'un site : de la planification et de l'établissement à la clôture du camp et à la fourniture de solutions durables, en passant par les soins et l'entretien.

Normes et directives

- HCR, *Working with Persons with Disabilities in Forced Displacement* (2019).
- Sphere Standards, *Manuel Sphère* (2018).
- HelpAge, CBM, Handicap International, *Normes d'inclusion humanitaire pour les personnes âgées les personnes et les personnes handicapées* (2018).
- OIM, Norwegian Refugee Council, HCR, *Le Toolkit de gestion de camp* (2015).
- Cluster CCCM, *Lignes directrices sur les centres collectifs* (2010).
- *Principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays* (2004).
- CCCM, *Urban Displacement and Out of Camps Review* (2013).
- Cluster CCCM, *MHPSS in Emergency Settings: What should Camp Coordination and Camp Management Actors Know?* (2014).

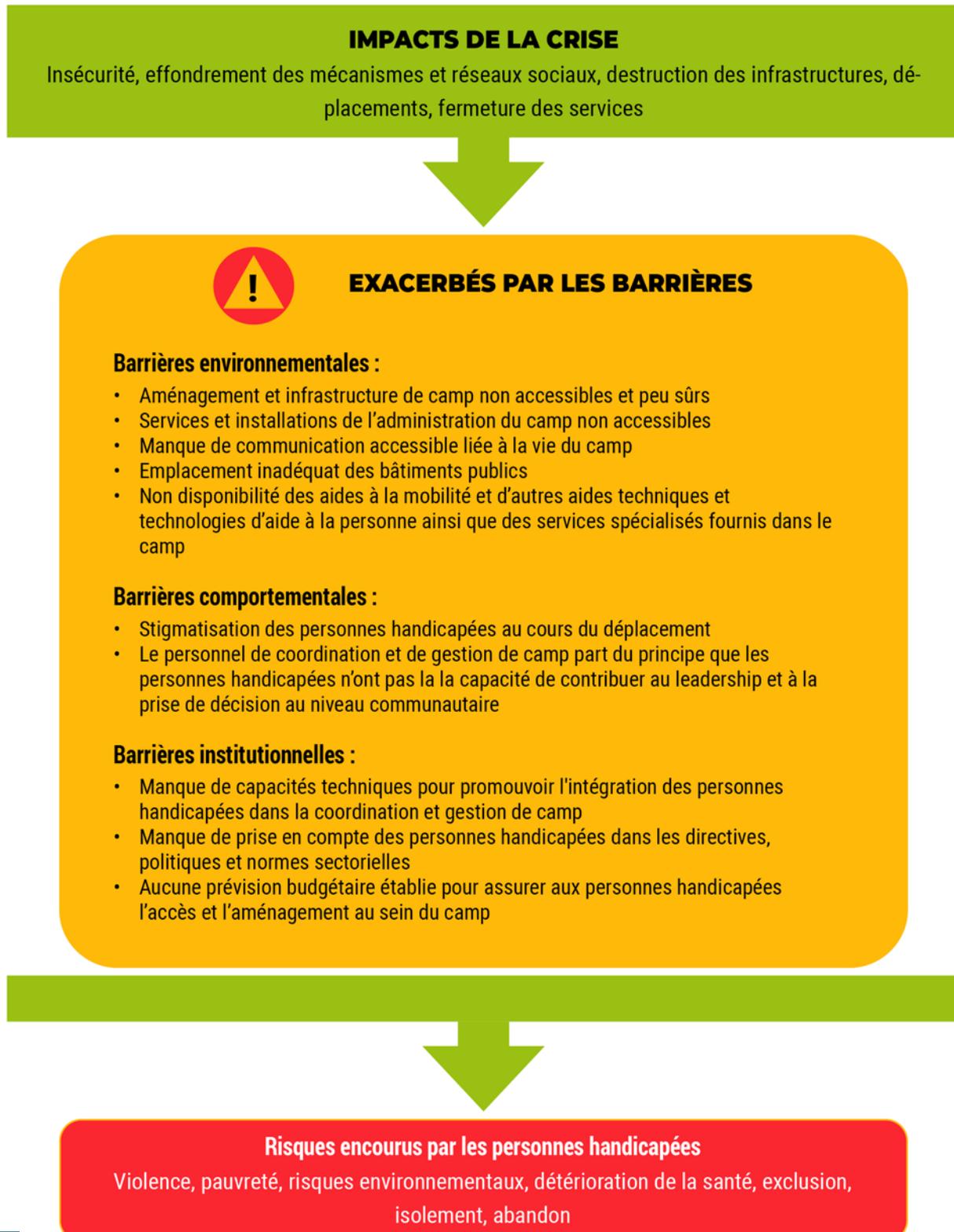
¹⁰⁸ OIM, Norwegian Refugee Council, HCR, *Le Toolkit de gestion de camp* (2015), p. 14.

¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 18.

¹¹⁰ Global Camp Coordination and Camp Management (CCCM) Cluster, *The MEND Guide – Comprehensive Guide for Planning Mass Evacuations in Natural Disasters* (2014), p. 23.

Diagramme 6. | Barrières à l'accès et à l'intégration dans la coordination et la gestion de camp

COMMENT LES IMPACTS DE LA CRISE SONT EXACERBÉS POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES DANS LE CADRE DE LA COORDINATION ET DE LA GESTION DE CAMP



Éléments clés – mesures incontournables

Les mesures incontournables doivent être prises durant toutes les phases de l'action humanitaire lors de la mise en œuvre d'une programmation inclusive de coordination et de gestion de camp pour les personnes handicapées.

Participation

- Associer activement les personnes handicapées, leurs familles, et les OPH à l'identification des barrières. Veiller à ce qu'elles participent à la planification, la conception, la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des infrastructures des sites et des services de protection et d'assistance humanitaires fournis dans les sites de déplacement.
- Veiller à ce que les personnes handicapées soient équitablement représentées dans les mécanismes de gouvernance des sites, tels que les comités de gestion de site, les comités techniques pour les abris, l'eau, l'hygiène et l'assainissement, la distribution alimentaire, la sûreté et la sécurité, ainsi que dans d'autres structures de participation formelles et informelles, comme les groupes communautaires, les groupes de femmes, les groupes de jeunesse, etc. Lors de la planification de la représentation, prendre en compte les différentes situations de handicap ainsi que l'âge, le genre et la diversité. Concerter les efforts afin de prendre en compte les groupes sous-représentés de personnes handicapées, comme les personnes présentant des incapacités intellectuelles et psychosociales, les personnes autochtones, les femmes et les filles.
- Impliquer les personnes handicapées dans les activités communautaires et dans les mécanismes de plaintes et de retour d'informations. Promouvoir un accès efficace et sans barrières respectueux de toutes les formes de handicap.

Levée des barrières

- Identifier et surveiller les barrières qui empêchent les personnes handicapées d'accéder aux services dans les établissements temporaires. Rechercher des solutions qui sont à même de supprimer les barrières et prendre des mesures afin d'apporter des aménagements raisonnables.
- Encourager tous les sous-traitants à adopter les principes de la conception universelle lorsqu'ils planifient et construisent des sites.
- Veiller à ce que toutes les informations et communications (concernant les services d'assistance et de protection humanitaires, les solutions durables, les procédures de clôture de site, etc.) soient disponibles sous de multiples formats accessibles. Prendre en compte les besoins des personnes ayant une incapacité auditive, visuelle, intellectuelle et psychosociale.
- Mettre en œuvre des stratégies visant à réduire la stigmatisation liée au handicap. Sensibiliser la communauté aux droits des personnes handicapées. Promouvoir des groupes de soutien. Encourager les personnes ayant une incapacité psychosociale et intellectuelle à plaider elles-mêmes en faveur de leur propre cause.
- Revoir les politiques sectorielles, les directives et les outils pertinents afin de s'assurer que le droit des personnes handicapées à l'accessibilité et à l'intégration y est clairement mentionné.

Autonomisation et renforcement des capacités

- Renforcer les capacités des acteurs de la coordination et de la gestion de camp et des partenaires travaillant dans des établissements temporaires (intervenants, personnel, prestataires de services, sous-traitants). Dispenser une formation de sensibilisation sur les droits de personnes handicapées, y compris sur l'in-

tersection du handicap avec l'âge, le genre, le statut migratoire, la religion et la sexualité.

- Former les OPH à la CCCM pour soutenir une réponse inclusive et faciliter la participation significative des personnes handicapées.
- Recruter des personnes handicapées et des OPH pour contribuer aux activités de renforcement des capacités que les camps fournissent.

Collecte des données et suivi

- Tout au long du cycle des programmes humanitaires, recueillir et analyser systématiquement des données sur les personnes handicapées, ventilées par genre, âge et handicap. Utiliser les données pour déterminer la mesure dans laquelle les personnes handicapées jouissent d'un accès efficace à la documentation essentielle et aux services disponibles (tels que le processus d'enregistrement, les procédures d'identification, l'enregistrement des nais-

sances). Lorsque les données fiables ne sont pas disponibles ou ne peuvent pas être collectées, utiliser l'estimation de 15 % de la prévalence mondiale du handicap¹¹¹.

- Cartographier les trajectoires de services et leur accessibilité ; cartographier l'accès aux installations et aux ressources. Mettre en place des systèmes de référencement.
- Partager les informations sur les barrières à l'accès qui sont associées à des secteurs et partenaires spécifiques (eau, hygiène et assainissement, protection, éducation) et assurer une coordination intersectorielle, en fonction des besoins.
- Veiller à ce que les principes d'éthique et de protection des données (y compris la confidentialité, la transmission des informations, le consentement éclairé, la sécurité) soient respectés lorsque les données relatives aux personnes handicapées sont recueillies et utilisées¹¹².



PRATIQUE DOMINANTE

Les programmes et les structures de coordination du CCCM sont conçus et adaptés pour garantir que les services d'assistance et de protection humanitaires fournis dans les établissements temporaires, ainsi que les structures de gouvernance et autres activités, sont inclusifs et accessibles à tous, y compris aux personnes handicapées.



PRATIQUE CIBLE

Les agences du CCCM prennent des mesures spécifiques pour répondre aux besoins des personnes handicapées et s'assurer qu'elles ont accès à l'infrastructure du site, aux services, aux informations et aux systèmes de communication bidirectionnelle. Elles cherchent à autonomiser les personnes handicapées par des mécanismes de participation et de gouvernance.

¹¹¹ OMS et Banque mondiale, [Rapport mondial sur le handicap](#) (2011).

¹¹² Consulter : CICR, [Standards professionnels pour les activités de protection menées par les organisations humanitaires et de défense des droits de l'homme lors de conflits armés et d'autres situations de violence](#) (2018), Chapitre 6, Gérer les données et les informations à des fins de protection, p.106–148 ; et CRDPH, [Article 22\(2\)](#).

Les recommandations suivantes aideront les acteurs chargés du secteur CCCM à identifier et éliminer les barrières auxquelles les personnes handicapées et leur famille font face, ainsi que les

personnes de soutien et les pourvoyeurs de soins, lorsqu'ils tentent d'accéder aux infrastructures, aux informations et aux services dans les camps.

Mesures recommandées

	Préparation	Réponse	Relèvement
1. Évaluation, analyse et planification			
Revoir les politiques, les principes directeurs, les outils et les procédures opérationnelles normalisées en ayant recours aux directives du Comité permanent interorganisations sur l'intégration des personnes handicapées.	X		
Établir des partenariats avec les OPH . Les inviter à explorer des domaines de collaboration et former le personnel et les parties prenantes du secteur CCCM aux questions relatives au handicap.	X		
Renforcer les compétences et les connaissances des acteurs et des parties prenantes du secteur CCCM sur l'intégration des personnes handicapées.	X		
Effectuer des audits d'identification et d'accessibilité des centres collectifs/d'évacuation, y compris durant la phase d'installation des sites.	X	X	
Identifier et analyser les risques et les barrières. Lors de la planification, concevoir des mesures d'atténuation pour pouvoir y faire face.	X		
Cartographier les parties prenantes. Inclure les organisations d'intérêt national et les agences gouvernementales en charge du handicap (comme les ministères de la santé, de l'éducation, des services sociaux et du logement, des travaux publics, etc.). Renforcer les réseaux existants.	X		
Impliquer, consulter et solliciter les retours d'informations des personnes handicapées et des OPH sur l'accès aux services, à l'assistance et à la protection humanitaires. Identifier les barrières et les actions visant à les supprimer, ainsi que les mesures qui faciliteront cet accès.		X	X

	Préparation	Réponse	Relèvement
Organiser et mettre en œuvre des systèmes et des procédures d'enregistrement inclusif, en faisant appel à un personnel formé, qui identifient les personnes handicapées au moyen de matrices de données différenciées pour le genre, l'âge et le handicap. Adopter des mesures pour inclure toutes les situations de handicap ¹¹³ .		X	X
Inclure les personnes handicapées dans les évaluations, la planification opérationnelle, la conception stratégique, la mise en œuvre du programme et les activités de suivi.		X	X
Veiller à ce que les plans intègrent des stratégies de sortie et des solutions, et à ce que ces plans soient accessibles aux personnes handicapées et puissent répondre à leurs exigences.		X	X
Veiller à ce que la collecte, le stockage et le traitement des données personnelles sensibles soient effectués en ayant prévu des mesures de protection des données appropriées.		X	X
2. Mobilisation des ressources			
Tenir compte des besoins des personnes handicapées dès le début, et prendre en compte l'intégration dans tous les aspects de la réponse spécifique au déplacement, y compris l'évacuation d'urgence, l'accès aux sites, l'accès aux services, l'identification de solutions durables, etc.	X	X	X
Identifier les compétences et l'expérience nécessaires au sein de l'équipe. Envisager le recrutement pour garantir une expertise technique suffisante. Recruter, en tant que membres du personnel, des personnes handicapées ou des personnes qui sachent comment assurer l'intégration des personnes handicapées. Impliquer les OPH.		X	
Veiller à ce que le financement soit flexible. Procéder à l'amélioration du site afin d'éliminer les barrières. Apporter les aménagements nécessaires pour garantir que les personnes handicapées ont un accès direct aux services et peuvent participer aux structures de gouvernance et à d'autres activités. (Envisager la mise à disposition de moyens de transport, d'interprètes, etc.)		X	

¹¹³ Consulter HCR, *Working with people with disabilities in forced displacement* (2011) ; consulter également les outils d'enregistrement et les codes d'exigences spécifiques dans : OIM, Norwegian Refugee Council, HCR, *Le toolkit de gestion de camp* (2015), p. 141

	Préparation	Réponse	Relèvement
3. Mise en œuvre			
Impliquer les personnes handicapées et les OPH dans les réunions de planification et d'amélioration du site. Demander leur avis sur la manière de supprimer les barrières et réduire les risques en matière de protection.		X	X
Soutenir ou établir des mécanismes de gouvernance qui garantissent la participation des personnes handicapées aux processus formels et informels de consultation et de prise de décision.		X	X
Garantir que les campagnes d'information et les mécanismes de traitement des réclamations et de retour d'informations sont accessibles à tous, indépendamment du handicap, et sont diffusés sous de multiples formats accessibles (oral, imprimé, facile à lire, en langue simplifiée, en langue des signes, etc.) et dans des langues parlées par la communauté concernée.		X	X
Surveiller dans quelle mesure les personnes handicapées peuvent avoir accès aux services généraux et spécialisés.		X	X
Mettre en place ou soutenir, dans les camps, des comités, des groupes d'intérêt ou de soutien par les pairs constitués de personnes handicapées. Prendre des mesures pour veiller à ce que les groupes du camp et les OPH à l'intérieur et à l'extérieur du camp représentent de manière adéquate la diversité des personnes handicapées.	X	X	X
Veiller à ce que les infrastructures des camps (latrines, eau, abri) soient maintenues. Apporter des changements et identifier des ressources pour améliorer l'accessibilité.		X	X
Impliquer les personnes handicapées dans toutes les activités et dans tous les processus de prise de décision. Organiser des visites exploratoires destinées à se rendre compte de la situation ainsi que des visites d'information.			X
4. Coordination			
Coordonner et promouvoir la mise en œuvre des normes internationales dans les camps (y compris les présentes directives). S'accorder sur des normes, et surveiller et évaluer leur application ¹¹⁴ .	X	X	X

¹¹⁴ Consulter le [Manuel Sphère](#) (2018); et HelpAge, CBM, Handicap International, [Normes d'inclusion humanitaire pour les personnes âgées et les personnes handicapées](#) (2018).

	Préparation	Réponse	Relèvement
Veiller à ce que les lieux de réunion soient accessibles. Prendre des mesures pour apporter des aménagements raisonnables en faveur des personnes handicapées (fournir des interprètes en langue des signes, des documents faciles à lire, un éclairage supplémentaire, etc.).	X	X	X
Soutenir les efforts déployés par les autorités nationales pour éliminer les barrières à l'accès et à l'intégration auxquelles les personnes handicapées sont confrontées. Discuter des solutions et offrir un soutien approprié (par exemple, formation et renforcement des capacités).	X		
Plaider en faveur des droits des personnes handicapées, de la suppression des barrières qui entravent leur intégration et leur accès aux services et à la protection ; ainsi qu'en faveur de l'intégration de services ciblés pour les personnes handicapées dans les réponses sectorielles et les programmes.	X	X	X
5. Suivi et évaluation			
Rendre les mécanismes de traitement des plaintes et de retour d'informations accessibles aux personnes en situation de handicap, y compris celles qui restent dans leurs abris ou leurs maisons.		X	X
Faire participer les femmes, les hommes, les filles et les garçons présentant un éventail représentatif de situations de handicap aux activités et aux équipes de suivi.		X	X
Surveiller l'accessibilité des sites et des services, ainsi que les risques en matière de protection (y compris la violence basée sur le genre) qui pourraient affecter les personnes handicapées. Pour ce faire, des audits réguliers sont réalisés. Consulter également les personnes handicapées ainsi que les équipes de protection, les OPH, etc.		X	X
Effectuer des évaluations et utiliser leurs conclusions pour ajuster la programmation et assurer une meilleure intégration. Partager les enseignements tirés et intégrer les bonnes pratiques dans les plans de préparation.	X	X	X

Outils et ressources

- [Site web du CCCM](#).
- CCCM Cluster, [Lignes directrices sur les centres collectifs](#) (2010).
- Cluster CCCM, [Urban Displacement and out of Camps Review](#) (2013).
- [Principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays](#) (2004).
- CPI, [Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Setting: What should Humanitarian Health Actors Know?](#) (2011).
- OIM, NCR, HCR, [Le Toolkit de gestion de camp](#) (2015).
- HCR, [Conclusion sur les réfugiés et autres personnes handicapées protégées et assistées par le HCR](#) (2010).
- Agence des Nations Unies pour les réfugiés et al., [Working with people with disabilities in forced displacement](#) (2019).



12

Éducation

Introduction

L'éducation dans les situations d'urgence apporte un soutien psychosocial, physique et cognitif qui permet de sauver et de préserver la vie des individus. Elle peut soutenir les progrès des enfants qui étaient scolarisés et créer des opportunités pour ceux qui en ont été privés, grâce à des programmes d'éducation accélérée, des formations professionnelles et d'autres programmes d'apprentissage formels et informels. Grâce à l'éducation, les personnes acquièrent des compétences de survie essentielles et des stratégies de réduction des risques, notamment concernant la manière de se protéger contre les abus sexuels, les infections et les engins explosifs, et des informations essentielles sur leurs droits, ainsi que sur la santé et la nutrition. L'éducation peut être une force de transformation et de consolidation de la paix qui renforce la résilience aux chocs futurs et offre un espace vital de routine aux enfants, aux jeunes et aux adultes qui ont été profondément touchés par des situations d'urgence.

Une éducation inclusive et équitable dans les situations d'urgence peut accroître les possibilités d'apprentissage pour tous, améliorer les résultats, générer l'innovation, aider les gouvernements à « reconstruire en mieux » et normaliser ou prendre en compte l'intégration dans les systèmes qui émergent des crises.

Dans les situations d'urgence, les organisations humanitaires jouent un rôle fondamental dans la restauration des systèmes éducatifs en soutenant les efforts des gouvernements nationaux. Il peut s'agir d'une opportunité de transformation, si les

gouvernements souhaitent accorder la priorité à l'intégration des apprenants handicapés et de s'assurer que les cadres nationaux et locaux sont conformes aux normes et directives mondiales reconnues en matière d'intégration des personnes handicapées.



Consulter également les sections [EHA](#), [CCCM](#), [Ssanté](#), [NSécurité alimentaire et nutrition](#) et [Pprotection](#)

Principaux instruments juridiques et autres plans-cadres

- [Objectif de développement durable 4](#)
- [Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées](#)
- [Cadre d'action de Dakar](#)
- [Déclaration et cadre d'action de Salamanque](#)
- [Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant](#)
- [Convention des Nations unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes](#)
- [Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels](#)
- [Déclaration universelle des droits de l'homme](#)

Termes clés

L'éducation dans les situations d'urgence fait référence aux programmes qui offrent des possibilités d'apprentissage dans des situations de crise à des personnes de tous âges. Les programmes proposés comprennent le développement de la petite enfance, l'enseignement primaire, secondaire, informel, technique, professionnel, supérieur, ainsi que l'enseignement pour adultes. L'éducation dans les situations d'urgence fournit une protection physique, psychosociale et cognitive qui peut préserver et sauver des vies. Elle est essentielle dans les situations de conflit, de violence, de déplacement forcé, de catastrophes et d'urgences de santé publique. Conceptuellement, « l'éducation dans les situations d'urgence » est plus vaste que « la réponse éducative en situation d'urgence », mais elle en est également un élément essentiel¹¹⁵.

Les systèmes d'éducation inclusive incluent tous les étudiants et les accueillent et les soutiennent, quels que soient leurs origines, leurs capacités ou leurs exigences. Pour atteindre cet objectif, l'enseignement, les programmes, les bâtiments scolaires, les salles de classe, les aires de jeux, les transports et les toilettes doivent être adaptés à tous les enfants, à tous les niveaux. L'éducation inclusive signifie que tous les enfants apprennent ensemble dans les mêmes écoles¹¹⁶.

L'éducation spéciale dispense un enseignement aux enfants handicapés dans un environnement d'apprentissage séparé, comme une école ou un centre spécialisé, souvent isolé de la communauté, des autres enfants et des écoles ordinaires¹¹⁷. Les écoles spécialisées sont généralement organisées en fonction des incapacités (par exemple, les écoles pour les personnes aveugles ou sourdes)¹¹⁸.

Les apprenants sont ceux qui sont inscrits ou engagés dans des activités éducatives, ainsi que les apprenants potentiels qui peuvent être actuellement exclus. Les apprenants handicapés comprennent les femmes, les hommes, les filles et les garçons.

Ils peuvent suivre tout type d'éducation formelle ou informelle : des programmes de soins et de développement de la petite enfance, dans l'enseignement primaire, secondaire ou supérieur, ou dans le cadre de cours de formation professionnelle ou d'apprentissage tout au long de la vie.

Les enseignants comprennent les éducateurs formés qui participent directement à l'enseignement fourni aux étudiants. Il peut s'agir d'enseignants en classe, d'enseignants spécialisés ou d'autres types d'enseignants. Ils peuvent travailler avec les élèves d'une classe entière dans une salle de classe, en petits groupes dans une salle de ressources, ou en tête-à-tête à l'intérieur ou à l'extérieur d'une salle de classe ordinaire¹¹⁹.

L'accessibilité concerne les bâtiments, l'information, la communication, les programmes d'études, le matériel pédagogique (y compris les manuels), les méthodes d'enseignement, l'évaluation, la langue, les services de soutien, le transport scolaire, l'eau et l'assainissement, les cafétérias scolaires et les espaces de loisirs.

Barrières

Les apprenants handicapés constituent régulièrement le groupe le plus marginalisé et le plus exclu des systèmes éducatifs, y compris dans les situations d'urgence.

Les barrières qui empêchent les apprenants handicapés de bénéficier des soins et du développement de la petite enfance, des écoles, des collèges et des universités sont exacerbées pendant les conflits. Ces barrières peuvent être d'ordre environnemental, comportemental ou institutionnel.

Le terme d'**intersectionnalité** reconnaît les nombreux éléments de l'identité individuelle, tels que le genre, l'origine ethnique, l'âge, le statut économique et le handicap, et que ces éléments interagissent de manière à souvent renforcer les

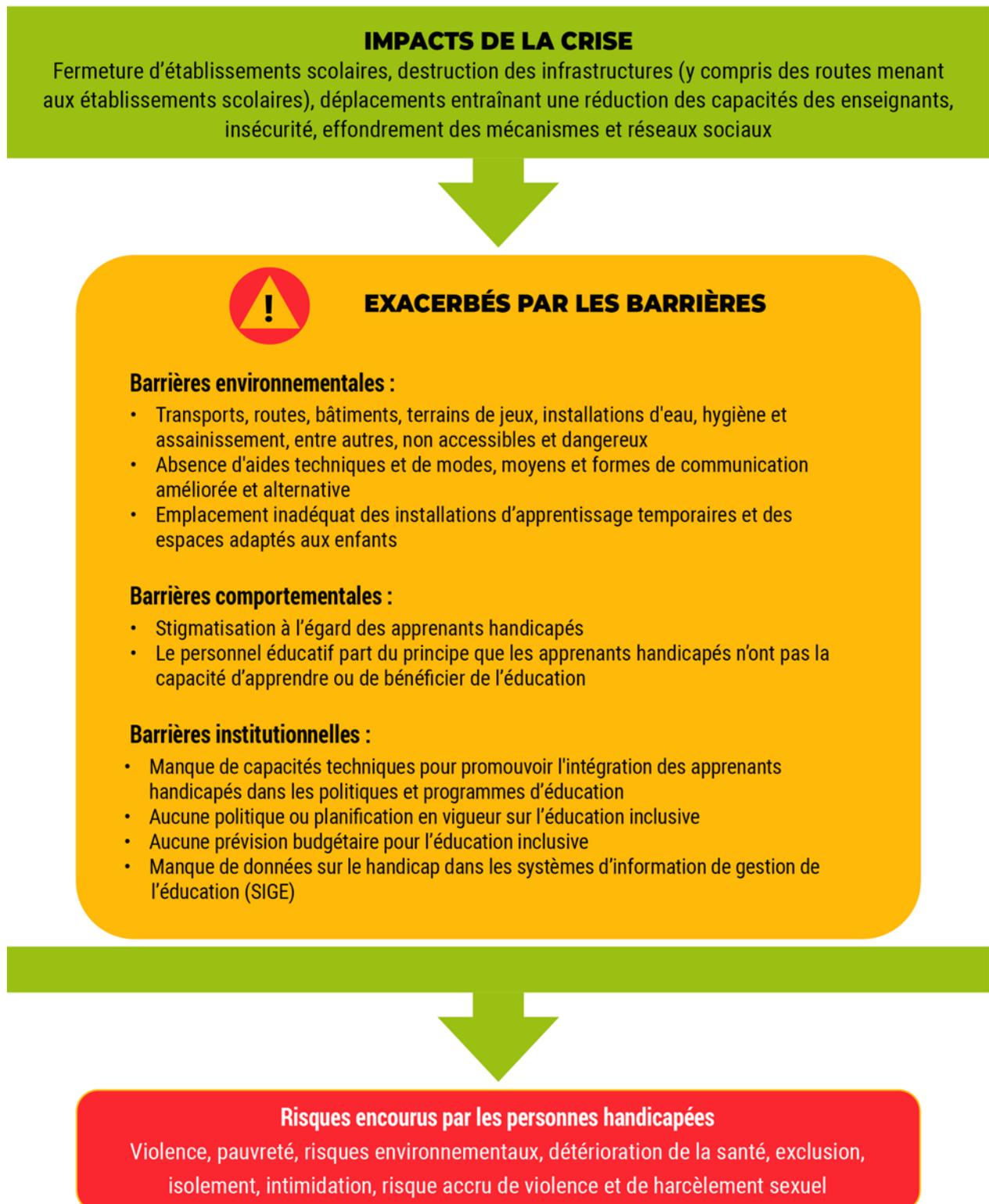
¹¹⁵ Réseau inter-agences pour l'éducation en situations d'urgence.

¹¹⁶ UNICEF, *Inclusive Education - Including children with disabilities in quality learning: what needs to be done?* (2017)

¹¹⁷ Handicap International, *Policy Paper on Inclusive Education* (2012), p. 10–12.

¹¹⁸ Save the Children, *Schools for all. Including disabled children in education* (2002), p. 10

¹¹⁹ INEE, *Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery* (2010), p. 94.

Diagramme 7. | Barrières à l'accès et à l'intégration dans l'éducation**COMMENT LES IMPACTS DE LA CRISE SONT EXACERBÉS POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES DANS LE DOMAINE DE L'ÉDUCATION**

avantages ou aggraver les inconvénients. L'intersectionnalité peut influencer le niveau de marginalisation ou d'exclusion d'un apprenant dans les phases de préparation, de réponse et de relance en cas d'urgence. Il est également important de reconnaître qu'il existe une diversité au sein du handicap. Les apprenants handicapés ou ayant des difficultés d'apprentissage ne constituent pas un groupe homogène. Un garçon présentant une incapacité intellectuelle ou une incapacité physique se heurtera à des obstacles différents et peut posséder des forces différentes de celles d'un garçon malentendant ou malvoyant. Les personnes présentant une incapacité intellectuelle ou psychosociale, en particulier les femmes et les filles, peuvent être les plus marginalisées lors d'une réponse humanitaire¹²⁰.

Ces facteurs et d'autres encore, notamment l'emplacement géographique et l'éloignement, doivent être systématiquement identifiés et atténués par la mise en œuvre de stratégies visant à garantir que l'éducation et l'apprentissage tout au long de la vie en situation d'urgence sont inclusifs.

Normes et directives

- Réseau inter-agences pour l'éducation en situations d'urgence, [Normes minimales pour l'éducation : Préparation, interventions, relèvement](#) (2010).
- HelpAge, CBM, Handicap International, [Normes d'inclusion humanitaire pour les personnes âgées et les personnes handicapées - Section éducation](#) (2018).
- HCR, [Norme éducative en éducation dans les situations d'urgence](#) (Version 1.5).
- INEE, [Guide de poche sur l'appui aux apprenants handicapés](#) (2010).
- INEE, [L'éducation dans les situations d'urgence : inclure tout le monde](#) (2009, Guide de poche de l'INEE sur l'éducation inclusive).
- HCR, [L'éducation en situation d'urgence](#).

Éléments clés – mesures incontournables

Les mesures incontournables doivent être prises dans toutes les phases de l'action humanitaire lors de la mise en œuvre d'une programmation d'éducation inclusive pour les personnes handicapées.

Participation

- S'assurer que les personnes handicapées, les enfants, leurs familles et les OPH sont impliqués et participent activement à la prise de décision, à l'identification des barrières, à la planification, à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de toutes les politiques et de tous les programmes qui soutiennent l'accès des apprenants handicapés à l'éducation.
- Veiller à ce que les personnes handicapées soient équitablement représentées, en tenant compte des différentes situations de handicap ainsi que de l'âge, du genre et de la diversité. Faire des efforts concertés pour promouvoir les groupes sous-représentés, tels que les personnes présentant des incapacités intellectuelles et psychosociales, les personnes autochtones, les femmes et les filles dans les mécanismes et processus formels et informels.
- Développer des **partenariats** avec les OPH et autres organisations travaillant dans le domaine de l'éducation. Les faire participer au soutien des enseignants et des apprenants handicapés, à la fourniture d'une aide humaine, ainsi qu'au soutien et plaidoyer en faveur de l'éducation inclusive.

Levée des barrières

- Identifier et surveiller les obstacles et les solutions en matière d'éducation et d'apprentissage, et soutenir les apprenants handicapés pour répondre à leurs exigences et besoins psychosociaux.

¹²⁰ EENET, [The implications of ensuring equal access and inclusion of persons with intellectual disabilities and mental health issues in disaster risk reduction and humanitarian action, A rapid literature review](#) (2017).

- Pour garantir que l'éducation soit accessible aux apprenants handicapés, permettre à tous les étudiants de s'inscrire aux cours ordinaires et fournir des **aménagements raisonnables** pour répondre à leurs exigences en supprimant les barrières à leur participation aux environnements physiques et numériques¹²¹. Inclure des espaces d'apprentissage et des zones où les enfants jouent, mangent et se rassemblent¹²².
 - Encourager tous les prestataires de services à appliquer les principes de la conception universelle lorsqu'ils planifient et construisent des établissements d'enseignement et d'apprentissage.
 - Veiller à ce que tous les outils d'évaluation et d'établissement de rapports en matière d'éducation, ainsi que les informations et les communications, soient diffusés sous de multiples formats accessibles, répondant ainsi aux exigences des personnes présentant des incapacités auditives, visuelles, intellectuelles et psychosociales.
 - Organiser des campagnes de sensibilisation du public pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination et promouvoir les droits des personnes handicapées.
 - Examiner les politiques, les directives et les outils sectoriels pour s'assurer qu'ils affirment clairement le droit des personnes handicapées à l'accès et à l'intégration.
- Reconnaître la dimension sexospécifique de certains risques de protection et de sécurité.
- Renforcer les capacités des enseignants et du personnel scolaire (y compris le personnel impliqué dans les transports, les cantines et autres services liés à l'école). Fournir une formation sur les principes de la pédagogie inclusive et les droits des personnes handicapées et les sensibiliser à ces principes et droits.
 - Renforcer les capacités des OPH pour leur permettre de contribuer à la conception, à l'exécution et au suivi des programmes d'éducation.
 - Faire participer les personnes handicapées et les OPH à toutes les activités de mobilisation et de sensibilisation de la communauté.
 - Veiller à ce que les systèmes d'éducation inclusive (y compris par le biais de la coopération internationale) soient en mesure d'inclure les exigences des personnes handicapées et d'y répondre.

Collecte des données et suivi

Autonomisation et renforcement des capacités

- Intégrer des mesures de protection et de sauvegarde dans les activités d'éducation et d'apprentissage. Informer les apprenants handicapés des mesures de protection et de sauvegarde et de la manière d'y accéder.
- Recueillir et analyser des données sur les apprenants handicapés, ventilées par genre, âge et handicap. Le faire de manière systématique, tout au long du cycle du programme humanitaire, dans les SIGE, les bases de données des rapports nationaux et dans d'autres systèmes. Lorsque les données fiables ne sont pas disponibles ou ne peuvent pas être recueillies, utiliser l'estimation de 15 % de la prévalence mondiale du handicap¹²³.
- Cartographier les services existants, les établissements d'enseignement accessibles, les OPH et les principales parties prenantes,

¹²¹ Pour plus d'informations sur l'accessibilité numérique, consulter CBM, [Digital Accessibility Toolkit](#) (2018).

¹²² Consulter l'annexe 7 pour une liste de contrôle sur l'accessibilité des espaces d'apprentissage. [L'article 9](#) de la CRDPH, sur l'accessibilité, décrit les mesures que les États Parties devraient prendre pour permettre aux personnes handicapées de vivre de façon indépendante et de participer à tous les aspects de la vie.

¹²³ OMS et Banque mondiale, [Rapport mondial sur le handicap](#) (2011).

ainsi que les lieux de résidence des apprenants handicapés.

- En collaboration avec les OPH et la communauté, identifier les groupes ou les personnes handicapées qui peuvent être non scolarisés ainsi que ceux qui ont besoin d'un soutien immédiat. Les mettre en contact avec les services de protection, de santé et autres services pertinents.
- Partager des informations sur les besoins intersectoriels des apprenants handicapés dans le cadre de mécanismes de coordination interinstitutionnels (tels que l'eau, l'hygiène et l'assainissement, la protection, la santé) et assurer une coordination intersectorielle.
- Veiller à ce que les principes d'éthique et de protection des données (y compris la confidentialité, la transmission d'informations, le consentement éclairé, la sécurité) soient respectés chaque fois que des données sur les personnes handicapées sont recueillies et utilisées¹²⁴.

- Revoir les normes et les outils d'éducation et s'assurer qu'ils recommandent la collecte de données sur les apprenants handicapés et leur ventilation par sexe, âge et handicap.

Ces directives sont conformes aux [normes minimales du Réseau inter-agences pour l'éducation en situations d'urgence](#). Ces normes s'appliquent aux situations d'urgence, y compris aux catastrophes naturelles et d'origine humaine, aux situations de conflit et aux crises à évolution lente et rapide, dans les environnements ruraux et urbains. Elles affirment les droits, les besoins et la dignité des personnes affectées par les catastrophes.

Les autorités éducatives et les organisations humanitaires devraient adopter une double approche pour promouvoir une éducation inclusive dans les situations d'urgence. Des interventions spécifiques au handicap, **ciblées** pour répondre aux exigences des apprenants handicapés, devraient compléter les interventions **générales** qui profitent à tous les apprenants.



PRATIQUE DOMINANTE

Les installations et programmes éducatifs sont conçus et adaptés de manière à ce qu'ils incluent et soient accessibles à tous, y compris aux apprenants handicapés. (Par exemple, les enseignants sont formés à la pédagogie inclusive, le programme d'enseignement est centré sur l'apprenant, etc.)



PRATIQUE CIBLE

Les programmes d'éducation sont conçus pour répondre aux exigences individuelles des apprenants handicapés. (Par exemple, le matériel d'apprentissage est accessible, des aides techniques sont fournies, etc.)

¹²⁴ Consulter : CICR, *Standards professionnels pour les activités de protection menées par les organisations humanitaires et de défense des droits de l'homme dans les conflits armés et d'autres situations de violence* (2018), Chapitre 6, Gérer les données et les informations à des fins de protection, p. 106-148 ; et CRDPH, [article 22\(2\)](#)

Les mesures recommandées suivantes aideront les acteurs de l'éducation à identifier et éliminer les barrières auxquelles les personnes handicapées et leur famille font face, ainsi que les personnes de

soutien et les pourvoyeurs de soins, en essayant d'accéder aux programmes d'éducation dans des contextes humanitaires.

Mesures recommandées

	Préparation	Réponse	Relèvement
1. Évaluation, analyse et planification			
En collaboration avec les OPH, effectuer des évaluations pour identifier et analyser les barrières qui empêchent les enfants, les jeunes et les apprenants adultes handicapés d'avoir accès à l'éducation. Entreprendre cela en coordination avec d'autres secteurs (tels que la protection de l'enfance, la santé mentale et le soutien psychosocial ainsi que l'eau, l'hygiène et l'assainissement) afin de promouvoir une programmation coordonnée et d'éviter la répétition des évaluations.		X	
Adapter le Joint Education Needs Assessment Toolkit du groupe sectoriel mondial de l'Éducation afin de : 1) prévenir l'exclusion des étudiants handicapés des contextes d'éducation ordinaire ; 2) veiller à ce que des aménagements raisonnables soient apportés en cas de besoin ; 3) clarifier les impacts d'une crise à la fois sur les apprenants handicapés et sur le système éducatif. Identifier les lacunes en matière de capacités et les lacunes dans l'offre d'une éducation inclusive pour les personnes handicapées.	X		
Planifier des actions pour renforcer les systèmes d'éducation inclusive. (Pour des idées et des ressources pratiques, consulter le Guide de poche sur l'appui aux apprenants handicapés du Réseau inter-agences pour l'éducation en situations d'urgence.)	X	X	
Consulter un large éventail de sources de données pour analyser les capacités et les lacunes en matière d'éducation inclusive.	X		
Mettre en place des mécanismes de référencement pour fournir aux étudiants handicapés et à leurs familles des formes d'aide personnelle spécifiques. Inclure une aide en espèces, des prothèses, des services de protection, etc.	X	X	X
2. Mobilisation des ressources			
Identifier et mobiliser les ressources locales (transports accessibles, programmes communautaires, autres formes d'aide personnelle) pour accroître l'accès à l'éducation inclusive.	X	X	
Obtenir un financement et préparer un budget inclusif qui alloue des ressources à l'accessibilité et l'intégration.		X	X

	Préparation	Réponse	Relèvement
Veiller à ce que l'éducation inclusive soit incluse dans tous les appels de fonds. Veiller à ce que les appels de fonds allouent des ressources aux infrastructures accessibles et aux aides techniques, ainsi qu'aux aménagements raisonnables.		X	X
3. Mise en œuvre			
Avec les OPH, élaborer des stratégies de réponse qui éliminent les barrières spécifiques à l'éducation inclusive auxquelles sont confrontés les apprenants handicapés.		X	
Renforcer les capacités du personnel éducatif et les sensibiliser (y compris les enseignants, les chauffeurs scolaires et le personnel des cantines) à l'éducation inclusive et à l'utilisation (et assurer le suivi de l'utilisation) des aides techniques. Établir des calendriers d'entretien.	X	X	
Sensibiliser les communautés à l'importance de l'éducation inclusive et à la nécessité de lutter contre la stigmatisation et la discrimination.	X	X	X
Élaborer des supports d'apprentissage complets, culturellement appropriés et incluant tous les apprenants.	X	X	X
Veiller à ce que les ingénieurs et les architectes adoptent une approche de conception universelle lorsqu'ils construisent des écoles et autres infrastructures.	X	X	X
4. Coordination			
Inclure les OPH dans les mécanismes de coordination des groupes sectoriels et inter-agences.	X	X	X
Créer des trajectoires de référencement qui mettent les personnes handicapées en contact avec des services spécialisés (tels que le dépistage, l'identification et l'orthophonie), afin de promouvoir l'éducation inclusive et d'identifier les étudiants qui ont besoin d'un soutien spécifique.	X		
Travailler avec les programmes de transfert en espèces pour supprimer les barrières financières (telles que le coût de transport ou des aides techniques) qui empêchent les ménages comprenant des enfants handicapés d'accéder aux opportunités d'éducation. Travailler avec les programmes relatifs aux moyens de subsistance pour s'assurer que les ménages qui comprennent des enfants handicapés puissent couvrir de tels coûts à long terme.		X	X
Se coordonner avec les acteurs de la nutrition pour fournir des informations accessibles sur la nutrition. Intervenir ensemble pour soutenir l'adoption de bonnes pratiques d'alimentation pour les enfants handicapés. Aider à mettre en place des mécanismes qui peuvent fournir un tel soutien aux enfants handicapés qui ne sont pas scolarisés ou qui reçoivent un enseignement à domicile.		X	X

	Préparation	Réponse	Relèvement
5. Suivi et évaluation			
Recueillir des données de base sur la scolarisation des enfants handicapés afin de faciliter le suivi au niveau du programme tout comme au niveau national. Plaider, par le biais de bonnes pratiques, en faveur de l'intégration du Module sur le fonctionnement de l'enfant élaboré par l'UNICEF et le Groupe de Washington dans le SIGE.	X	X	
Contrôler les performances des mesures de protection et de sauvegarde des apprenants handicapés.		X	X
Inclure les apprenants handicapés, leurs parents et les OPH dans le suivi et l'évaluation des activités éducatives. Veiller à ce que les résultats de ces exercices soient partagés et discutés.		X	X
Développer un système de gestion des connaissances pour partager les enseignements tirés et les bonnes pratiques en matière d'éducation inclusive. Mettre en place des systèmes de soutien interscolaires pour renforcer les capacités.	X	X	X

Outils et ressources

- Comité de la CRDPH, [Observation générale N°. 4](#) sur l'article 24, le droit à l'éducation (2016).
- INEE, [Guide de poche sur l'appui aux apprenants handicapés](#) (2010).
- INEE, [Guide de poche de l'INEE sur l'éducation inclusive](#) (2009).
- INEE, [Note d'orientation le Soutien Psychosocial](#) (2018).
- INEE, [L'Éducation inclusive](#).
- INEE, [Formation pour les enseignants du primaire en situation de crise](#).
- [Groupe de travail inter-agences sur l'éducation accélérée](#).
- Kett, M., [Risk, Resilience and inclusive humanitarian action](#), dans UNICEF, *La Situation des enfants dans le monde* (2013).
- Saebones, A. M., et al., [Towards a Disability Inclusive Education: Background paper for the Oslo Summit](#) (2015).
- UNICEF, [Including children with disabilities in humanitarian action: Education guidance](#) (2018).
- HCR, [L'éducation en situation d'urgence](#).
- UNICEF, [Early Childhood Development in Emergencies: Integrated Programme Guide](#) (2014).
- UNICEF, [Early Childhood Development in Humanitarian Action](#).
- UNICEF et le Groupe de Washington sur les statistiques du handicap, [Module on Inclusive Education](#) (à paraître).



13

Sécurité alimentaire
et nutrition

Introduction

Tout être humain a droit à une alimentation adéquate et à être à l'abri de la faim. Ce droit est reconnu dans divers instruments juridiques internationaux, notamment le Droit international humanitaire (DIH), qui régit les situations de conflit armé.

Le handicap est lié, de nombreuses façons, à la sécurité alimentaire et à la nutrition. En particulier, le handicap peut affecter défavorablement la sécurité alimentaire et la nutrition des ménages. Des recherches ont montré que les ménages comprenant des personnes handicapées sont plus susceptibles de connaître l'insécurité alimentaire, car ils possèdent moins de ressources économiques, jouissent de moins de possibilités d'emploi, nécessitent plus de services de santé et consacrent plus de temps aux soins. Lorsque la personne handicapée est le chef de famille et qu'elle en est le principal soutien économique, les risques de basculer dans l'insécurité alimentaire sont généralement plus élevés. Les taux de malnutrition peuvent également être plus élevés chez les personnes handicapées lorsqu'elles ont des difficultés à manger et à avaler, sont fréquemment malades ou sont négligées¹²⁵. Il est important de se rappeler que les situations d'urgence à développement lent et rapide peuvent avoir des effets très différents, notamment sur l'insécurité alimentaire des personnes handicapées.



Consulter également **EHA**, **santé** et **éducation**

Principaux instruments juridiques et autres cadres de travail

- [Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées](#)
- [Objectif de développement durable 2](#)
- [Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant](#)
- [Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes](#)

Termes clés

Les termes « **transfert en espèces** » et « **intervention en espèces** » sont utilisés indifféremment pour désigner tous les programmes qui fournissent des aides en espèces ou des bons aux bénéficiaires pour leur permettre d'acheter directement des biens ou des services. Dans les contextes humanitaires, ces termes font référence à l'argent liquide ou aux bons alloués aux individus, aux ménages ou aux commu-

¹²⁵ Les enfants handicapés peuvent avoir besoin de plus de temps et d'aide pour manger s'ils ont du mal à téter, à tenir une cuillère, à s'asseoir, etc. Nora Groce, Eleanor Challenger, Marko Kerac, *Stronger Together: Nutrition-Disability Links and Synergies, Briefing Note, UNICEF* ; et UNICEF (2017), *Including children with disabilities in humanitarian action. Nutrition* (2011), p. 13.

nautés bénéficiaires ; ils n'englobent pas les allocations financières attribuées aux gouvernements et autres acteurs étatiques¹²⁶.

L'accès à l'alimentation signifie que des personnes d'âge et de genre différents, issues de milieux divers, sont en mesure d'acquérir régulièrement des quantités suffisantes d'aliments appropriés pour assurer un régime alimentaire nutritif, par l'achat, la production domestique, le troc, les cadeaux, les emprunts ou l'aide alimentaire (Objectif 2.1 des objectifs de développement durable). Les personnes handicapées peuvent ne pas avoir accès à un approvisionnement alimentaire fiable ou à un régime alimentaire équilibré.

La disponibilité alimentaire fait référence à la présence, de manière constante, de quantités suffisantes d'aliments pour répondre aux besoins d'une zone donnée. Elle peut être assurée par le biais de la production intérieure ou par l'aide alimentaire importée.

La consistance des aliments fait référence à la densité, la fermeté ou la viscosité des aliments qui sont fournis aux enfants et aux adultes, y compris aux personnes âgées qui ont des difficultés à s'alimenter. La consistance d'un aliment détermine la facilité ou la difficulté avec laquelle il est mâché et avalé. Les principales catégories de consistance des aliments sont les aliments ordinaires non modifiés, les aliments mous (comme la banane), les aliments hachés et humides, et les aliments composés¹²⁷.

La sécurité alimentaire existe lorsque toutes les personnes au sein d'une population donnée ont la possibilité physique, sociale et économique de se procurer une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins et préférences alimentaires pour mener une vie saine et active (cibles 2.3 et 2.4 des objectifs de développement durable)¹²⁸.

La stabilité alimentaire fait référence à la fois aux dimensions de disponibilité et d'accès de la sécurité alimentaire ; elle souligne la nécessité pour une population d'être en sécurité alimentaire dans le temps.

L'utilisation des aliments fait référence aux effets nutritionnels résultant de la transformation, de la cuisson et de la consommation des aliments. Elle couvre la cuisson, le stockage et les pratiques d'hygiène, la santé des individus, l'eau et l'assainissement, ainsi que les pratiques d'alimentation et de partage des ménages¹²⁹.

L'assistance alimentaire pour la formation/création d'avoirs décrit des initiatives qui visent à satisfaire les besoins alimentaires immédiats d'une population affectée par des transferts en espèces, des bons alimentaires ou des transferts de denrées alimentaires, tout en créant ou en réhabilitant des avoirs qui améliorent la sécurité et la résilience alimentaires à long terme¹³⁰.

L'assistance en nature fait référence à la fourniture directe de provisions (nourriture) ou de services aux bénéficiaires. L'assistance en nature reste une solution importante dans les situations de crise.

Les moyens de subsistance désignent les moyens par lesquels un individu se procure les produits nécessaires pour répondre à ses besoins fondamentaux. Ils couvrent un large éventail de différentes formes de travail, qui peuvent être rémunérées en nature (par exemple, vivres contre travail), en espèces ou sous forme de salaire.

La malnutrition est un état physiologique causé par une consommation inadéquate, déséquilibrée ou excessive de macronutriments et/ou de micronutriments. Les manifestations de la malnutrition comprennent la sous-alimentation, la suralimentation et la carence en micronutriments¹³¹.

¹²⁶ Adapté de : Cash Learning Partnership, *Cash Transfers Glossary*

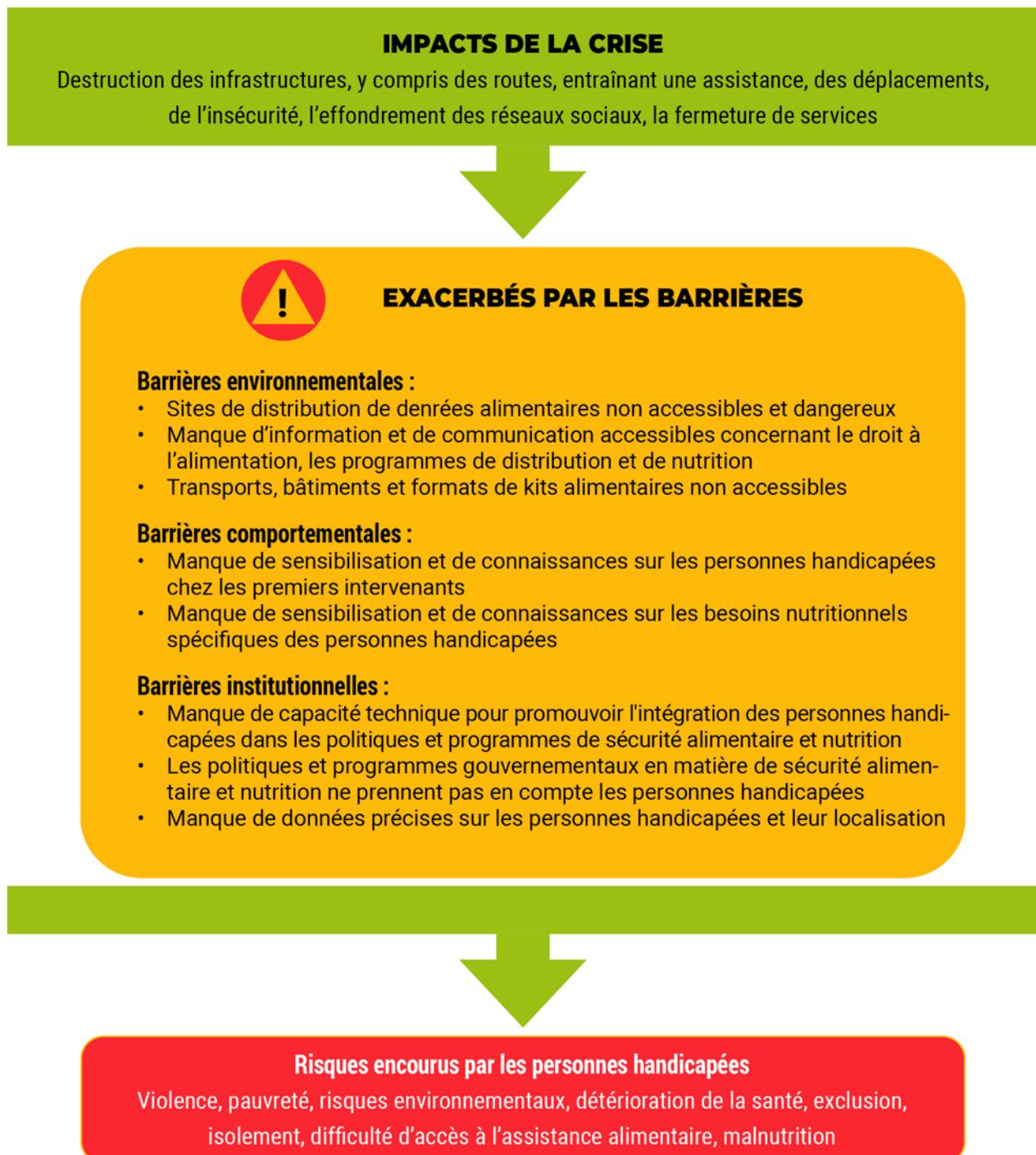
¹²⁷ UNICEF, *Including children with disabilities in humanitarian action. Nutrition* (2017), p. 108.

¹²⁸ Adapté de l'IFAD, PAM, FAO, *The State of Food Insecurity in the World: The multiple dimensions of food security* (2013), p. 50.

¹²⁹ Pour la définition du PAM sur l'accès à l'alimentation, la disponibilité et l'utilisation des aliments, consulter : *Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) – 2nd edition* (2009).

¹³⁰ PAM, *Food Assistance for Assets*.

¹³¹ IFAD, PAM, FAO, *The State of Food Insecurity in the World: The multiple dimensions of food security* (2013), p. 50.

Diagramme 8. | Barrières à l'accès et à l'intégration dans la sécurité alimentaire et la nutrition**COMMENT LES IMPACTS DE LA CRISE SONT EXACERBÉS POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET DE NUTRITION**

L'état nutritionnel¹³² est l'état physiologique d'un individu qui résulte de la relation entre l'apport et les besoins en nutriments et la capacité du corps à digérer, absorber et utiliser ces nutriments.

Normes et directives

- Handicap International, CBM, HelpAge International, [Normes d'inclusion humanitaire pour les personnes âgées et les personnes handicapées](#) (2018). Consulter la section sur l'alimentation, la nutrition et les moyens de subsistance.
- [Manuel Sphère](#) (2018). Consulter la section sur la sécurité alimentaire et la nutrition.
- [Normes et directives pour l'aide d'urgence à l'élevage](#).
- [The Minimum Economic Recovery Standards](#) (2017).
- Cash Learning Partnership, [Minimum Standards for Market Analysis](#) (2018).

Éléments clés – mesures incontournables

Les mesures incontournables doivent être prises dans toutes les phases de l'action humanitaire lors de la mise en œuvre d'une programmation alimentaire et nutritionnelle inclusive pour les personnes handicapées.

Participation

- S'assurer que les personnes handicapées, leurs familles et les organisations de personnes handicapées (OPH) participent activement à l'identification des barrières, à la planification, à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de toutes les politiques et de tous les programmes relatifs à la sécurité alimentaire et la nutrition. Prendre en compte un large éventail de questions,

notamment les lieux, le temps, la fréquence, la distribution et les modalités de soutien appropriés.

- Veiller à ce que les personnes handicapées soient équitablement représentées, en tenant compte des différentes situations de handicap ainsi que de l'âge, du genre et de la diversité. Déployer des efforts concertés pour promouvoir les groupes sous-représentés, tels que les personnes avec des handicaps intellectuels et psychosociaux, les personnes autochtones, les femmes et les filles dans les mécanismes et processus formels et informels qui traitent de la sécurité alimentaire et de la nutrition.
- Reconnaître qu'avec une nutrition adéquate, les personnes handicapées ont la capacité de participer, sur la base de l'égalité avec les autres aux activités et à la société.

Levée des barrières

- Identifier et surveiller les barrières et les solutions qui entravent la capacité des personnes handicapées à accéder aux programmations et aux services de sécurité alimentaire et de nutrition. Apporter des aménagements raisonnables pour promouvoir la pleine intégration.
- Mettre en œuvre des stratégies visant à réduire la stigmatisation liée au handicap. Sensibiliser la communauté aux droits des personnes handicapées. Mettre en place des groupes de soutien par les pairs qui incluent les personnes ayant des incapacités psychosociales et intellectuelles.
- Revoir les politiques, directives et outils sectoriels pour s'assurer qu'ils affirment clairement le droit des personnes handicapées à l'accès et à l'intégration.

¹³² Il n'existe actuellement aucune directive pour mesurer l'état nutritionnel des personnes handicapées. Les méthodes traditionnelles, telles que la MUAC (circonférence moyenne du bras), peuvent être utilisées, mais ces méthodes peuvent être trompeuses, par exemple dans les cas où les personnes handicapées ont développé les muscles du haut du bras pour faciliter leur mobilité. Source : [Normes d'inclusion humanitaire pour les personnes âgées et les personnes handicapées](#).

Autonomisation et renforcement des capacités

- Intégrer des mesures de protection et de sauvegarde dans toutes les programmations en matière de sécurité alimentaire et de nutrition. Informer les personnes handicapées de ces mesures et de la manière d'y accéder. Reconnaître la dimension sexospécifique de certains risques de protection et de sauvegarde.
- Renforcer les capacités des OPH pour leur permettre de participer activement à toutes les phases de la programmation en matière de sécurité alimentaire et de nutrition, y compris la conception, la mise en œuvre et le suivi. Leur permettre de représenter les intérêts des personnes handicapées dans les mécanismes et structures de coordination.
- Renforcer la capacité des acteurs de la sécurité alimentaire à comprendre les risques et les obstacles auxquels sont confrontées les personnes handicapées et la manière de les éliminer dans le respect des principes humanitaires.
- Sensibiliser les acteurs de la sécurité alimentaire aux droits des personnes handicapées et aux interactions entre le handicap et l'âge, le genre, le statut migratoire, la religion et la sexualité.

Collecte des données et suivi

- Recueillir et analyser les données sur la sécurité alimentaire et la nutrition des personnes handicapées, ventilées par genre, âge et handicap. Adopter cette méthode de manière systématique tout au long des phases du cycle du programme humanitaire. Lorsque des données fiables ne sont pas disponibles ou ne peuvent pas être recueillies, utiliser l'estimation de 15 % de la prévalence mondiale du handicap¹³³.
- Partager des informations sur les besoins intersectoriels des personnes handicapées dans le cadre de mécanismes de coordination interagences (tels que l'eau, l'hygiène et l'assainissement, la protection, la santé) et assurer une coordination intersectorielle.
- Veiller à ce que les principes d'éthique et de protection des données (y compris la confidentialité, la fourniture d'informations, le consentement éclairé, la sécurité) soient respectés chaque fois que des données sur les personnes handicapées sont recueillies et utilisées¹³⁴.

¹³³ OMS et Banque mondiale, [Rapport mondial sur le handicap](#) (2011).

¹³⁴ Consulter : CICR, [Standards professionnels pour les activités de protection menées par les organisations humanitaires et de défense des droits de l'homme dans les conflits armés et autres situations de violence](#) (2018), chapitre 6, Gestion des données et des informations pour des résultats de protection, p. 106-148 ; et CRDPH, [Article 22\(2\)](#)



PRATIQUE DOMINANTE

Les distributions et les programmes alimentaires et nutritionnels sont conçus et adaptés de manière à garantir l'intégration et l'accessibilité pour tous, y compris pour les personnes handicapées.



PRATIQUE CIBLE

Les programmes alimentaires et nutritionnels tiennent compte des exigences individuelles des personnes handicapées, en ce qui concerne la sensibilisation, l'infrastructure, les communications, les rations alimentaires, l'emballage et les aides techniques relatives à l'alimentation et à la nutrition.

Les recommandations suivantes aideront les acteurs chargés de l'alimentation et de la nutrition à identifier et éliminer les barrières auxquelles les personnes handicapées font face, ainsi que leurs

familles, les personnes d'appui et pourvoyeurs de soins, en essayant d'accéder aux programmes alimentaires et nutritionnels dans des contextes humanitaires.

Mesures recommandées

	Préparation	Réponse	Relance
1. Évaluation, analyse et planification			
Identifier les informations clés sur la situation des personnes handicapées, notamment si les politiques et programmes gouvernementaux en matière de sécurité alimentaire et de nutrition sont inclusifs. Analyser les risques et les barrières qui empêchent les personnes handicapées d'accéder à la sécurité alimentaire et à la nutrition.	X		
Cartographier les informations et les ressources sur l'alimentation et la nutrition qui sont pertinentes pour les personnes handicapées (expertise, marchés, accessibilité des services) au niveau de la communauté, du district et du pays. Utiliser ces informations lors de la planification.	X		
Lors de la réalisation des évaluations de la sécurité alimentaire et de la nutrition, faire participer les personnes handicapées dans les communautés touchées.		X	

	Préparation	Réponse	Relance
Effectuer des évaluations ciblées des exigences des personnes handicapées en matière de sécurité alimentaire et de nutrition. Se concentrer sur les enfants, les femmes enceintes et allaitantes, et les personnes âgées handicapées. Prendre en compte l'alimentation assistée et les exigences alimentaires, ainsi que la qualité nutritionnelle des aliments, y compris les aliments transformés (protéines et autres nutriments). Identifier les types d'aliments nécessaires (tels que les aliments liquides) et adapter la taille et le format des kits alimentaires en conséquence.	X	X	
Inclure des questions sur les capacités et les exigences des personnes handicapées dans les processus et les outils d'évaluation courants. Tenir compte de l'état nutritionnel, des barrières et des facilitateurs de la sécurité alimentaire, de la nutrition, des activités de subsistance, des installations et informations connexes ¹³⁵ .	X	X	
2. Mobilisation des ressources			
Encourager les acteurs humanitaires à mobiliser des ressources adéquates pour la sécurité alimentaire et la nutrition. Les ressources devraient être disponibles de manière fiable pendant la préparation aux situations d'urgence et tout au long de la réponse et devraient être accessibles aux personnes handicapées.	X		
Affecter et mobiliser des ressources pour des interventions inclusives en matière de sécurité alimentaire et de nutrition qui ciblent les personnes handicapées et qui leur soient accessibles. Mettre en place des dispositifs de coordination. Affecter des ressources suffisantes dans le budget pour couvrir les coûts d'accessibilité et d'intégration.		X	X
3. Mise en œuvre			
Sensibiliser les membres de la communauté à l'importance d'adopter une approche de la sécurité alimentaire et de la nutrition qui tienne compte du handicap, lors de la préparation aux situations d'urgence, de la planification des interventions d'urgence, de la réponse et du rétablissement.	X	X	

¹³⁵ Avoir un handicap n'implique pas automatiquement une insécurité alimentaire ou une malnutrition, ou des besoins supplémentaires. La façon dont les personnes handicapées vivent les situations d'urgence peut être très différente ; l'évaluation et le ciblage doivent en tenir compte.

	Préparation	Réponse	Relance
Préparer un plan d'urgence qui définit la stratégie de réponse initiale et le plan opérationnel pour répondre aux besoins alimentaires et nutritionnels urgents pendant les trois à quatre premières semaines d'une situation d'urgence ; s'assurer que ce plan inclut les personnes handicapées et couvre le transport et les rations alimentaires.	X		
Impliquer les OPH et les autres acteurs qui travaillent avec les personnes handicapées dans la conception et la réalisation d'une évaluation inclusive de la sécurité alimentaire et de la nutrition. Identifier les barrières à la réalisation de l'évaluation et à la mise en œuvre des interventions.		X	
Évaluer la capacité du personnel en matière d'intégration des personnes handicapées. Fournir une formation au personnel et aux partenaires, y compris aux gestionnaires des urgences et aux premiers intervenants. Les formations doivent expliquer les droits et les exigences des personnes handicapées et préciser que le handicap doit être intégré dans les plans de préparation relatifs à la sécurité alimentaire et à la nutrition ¹³⁶ .	X		
Trouver des moyens d'atteindre les populations affectées marginalisées et isolées, notamment les personnes ayant des incapacités psychosociales, qui ne sont pas mobiles ou qui sont confrontées à d'autres barrières. Envisager des processus de sensibilisation et de distribution communautaire pour la préparation et la livraison de la nourriture.		X	X
S'associer aux acteurs concernés pour concevoir un programme de sécurité alimentaire et de nutrition inclusif et plaider en faveur d'une approche inclusive des activités sectorielles et intersectorielles.	X	X	
Développer une approche communautaire. Identifier le personnel qui aidera les personnes handicapées à accéder aux rations alimentaires (sur place et par le biais de la sensibilisation). Apporter des aménagements raisonnables ; inclure une aide au transport et à la garde d'enfants pour les parents d'enfants handicapés et pour les parents handicapés.	X	X	
Veiller à ce que les vendeurs, les autres sites de distribution et marchés, ainsi que les services de nutrition et autres installations, répondent aux critères d'accessibilité « atteindre, entrer, circuler et utiliser » (principe AECU).		X	
Former le personnel local et national concerné aux bonnes pratiques de nutrition pour les personnes handicapées.			X

¹³⁶ Lorsque vous organisez des formations, utilisez les ressources disponibles. Par exemple, des spécialistes peuvent apporter leur expertise en matière de collecte de données, d'information, de services de soutien, etc. Le [Consortium international sur le handicap et le développement](#) dresse la liste des ONG et des organisations dans un certain nombre de pays qui peuvent apporter leur soutien.

	Préparation	Réponse	Relance
Travailler avec les systèmes nationaux responsables de la sécurité alimentaire et de la nutrition, y compris les systèmes de protection sociale, pour mettre en place des dispositifs d'appui aux personnes handicapées après la fin de l'urgence. Mettre en place des mécanismes de référencement clairs pour les personnes handicapées qui ont besoin d'un soutien en matière de sécurité alimentaire et de nutrition.			X
Conseiller les homologues gouvernementaux et les autres parties prenantes nationales sur la manière d'intégrer les pratiques d'intégration du handicap dans les formations et programmes nationaux pertinents en matière de sécurité alimentaire et de nutrition.			X
Donner des conseils sur le respect de l'accessibilité pendant la construction, la reconstruction et la réparation des infrastructures liées à la nutrition. Inclure des sites qui fournissent des services liés à la nutrition et à la sécurité alimentaire.			X
4. Coordination			
Promouvoir les connaissances et les compétences en matière de handicap. Inclure le handicap dans les termes de référence des listes de réserve des candidats aptes à travailler dans les situations d'urgence liées à la sécurité alimentaire et à la nutrition, ainsi que dans d'autres mécanismes propres à l'élaboration de fichiers de spécialistes mobilisables en renfort, et ce à tous les niveaux.	X		
Travailler avec les experts en communication, les experts en matière de handicap et les OPH pour développer des approches communautaires inclusives et des informations accessibles sur la sécurité alimentaire et la nutrition.		X	
En consultation avec les OPH et les acteurs concernés de la santé et de la nutrition, adapter le panier alimentaire pour répondre aux exigences nutritionnelles et alimentaires des personnes handicapées qui ont des difficultés à manger, mâcher ou avaler, ou qui ont des besoins alimentaires spécifiques.		X	
Au niveau sectoriel, travailler avec les secteurs concernés pour créer des trajectoires de référencement afin de répondre aux besoins des personnes handicapées en matière de sécurité alimentaire et de nutrition.		X	

	Préparation	Réponse	Relance
Travailler avec les acteurs nationaux, y compris les ministères et les prestataires de services, pour rendre les personnes handicapées plus résilientes en matière de sécurité alimentaire et de nutrition. Renforcer les politiques et les lois en la matière ; veiller à ce qu'elles incluent les personnes handicapées.			X
5. Suivi et évaluation			
Veiller à ce que les mécanismes de retour d'information et de plainte soient accessibles et incluent les personnes handicapées.		X	
Inclure les personnes handicapées dans les équipes de suivi et d'évaluation.		X	
Identifier ou développer des indicateurs spécifiques au handicap pour suivre la sécurité alimentaire et l'état nutritionnel des personnes handicapées.		X	
Évaluer le niveau d'accessibilité des interventions et des installations en matière de sécurité alimentaire et de nutrition pour les personnes handicapées. Inclure les interventions temporaires. Prendre des mesures pour rendre toutes les interventions et les installations accessibles.		X	
Documenter et rendre compte des progrès réalisés en vue de répondre aux besoins des personnes handicapées en matière de sécurité alimentaire et de nutrition. Décrire les progrès réalisés en matière de suivi et d'établissement de rapports intersectoriels (rapports de situation et tableaux de bord).		X	
Ajouter l'intégration des personnes handicapées aux critères d'évaluation des programmes et activités de sécurité alimentaire et de nutrition.		X	
Veiller systématiquement à ce que les interventions en matière de sécurité alimentaire et de nutrition soient redevables envers les personnes handicapées en rendant l'information accessible, en établissant des mécanismes de plainte et de retour d'information et en faisant participer les personnes handicapées aux processus de prise de décision et de planification.		X	
Documenter les enseignements tirés en ce qui concerne l'intégration des personnes handicapées dans les interventions en matière de sécurité alimentaire et de nutrition.			X

Outils et ressources

- Cash Learning Partnership et Handicap International, [*As the movement for cash transfer programming advances how can we ensure that people with disabilities are not left behind in cash transfer programming for emergencies?*](#)
- Cash Learning Partnership, [*Minimum Standards for Market Analysis*](#) (2017).
- Handicap International, [*Disability in humanitarian context. Views from affected people and field organisations*](#) (2015).
- HelpAge, CBM, Handicap International, [*Normes d'inclusion humanitaire pour les personnes âgées et les personnes handicapées*](#) (2018) (partie du programme ADCAP).
- Sphere Project 'Normes minimales en matière de sécurité alimentaire et de nutrition' dans [*le manuel Sphère*](#) (2018).
- UNICEF, [*Including children with disabilities in humanitarian action. Nutrition*](#) (2017).
- Nations Unies, [*Charte pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire*](#) (2016).
- Nations Unies, [*Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif*](#).
- PAM, [*Guide to Inclusion of Persons with Disabilities in Assistance*](#) (à paraître).
- OMS, [*Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health*](#) (2013).



14

Moyens de subsistance

Introduction

En cas de catastrophe ou de conflit, la perte des moyens de subsistance est l'un des plus grands impacts que pourrait subir un ménage, affectant la capacité des personnes à se maintenir. En outre, les avoirs et les ressources pourraient être détruits ou devenir inaccessibles, et les réseaux de soutien aux ménages sont souvent perturbés. Les programmes relatifs aux moyens de subsistance aident les personnes à subvenir à leurs besoins essentiels et à devenir autonomes, à travers l'instauration ou la restauration de l'accès aux ressources et aux avoirs leur permettant d'assurer des conditions de vie sûres et durables.

En vertu du droit international relatif aux droits de l'homme, chaque personne a le droit de travailler, de choisir librement son emploi et de bénéficier d'une protection en cas de chômage. Toutefois, le taux de chômage est très élevé parmi les personnes handicapées, que ce soit dans les pays en développement ou les pays industrialisés. Ce taux de chômage atteint même 80 à 90 % dans les économies en développement¹³⁷. Cela est dû à plusieurs facteurs, y compris les préjugés des employeurs, le manque de lieux de travail aménagés et l'accès restreint aux informations et aux financements. Parmi les autres facteurs qui contribuent à cette situation figure la non-reconnaissance à grande échelle des capacités des personnes handicapées, souvent même de la part de leurs propres familles.

Termes clés

Le terme « **moyens de subsistance** » englobe toutes les activités, les prestations et **tous les avoirs qui permettent aux personnes de gagner leur vie**. Ce sont les moyens par lesquels les êtres humains gagnent leur vie et subviennent à leurs besoins quotidiens.

Principaux instruments juridiques et autres cadres de travail

- [Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées](#)
- [Objectif de développement durable 1](#)
- [Sustainable Livelihoods Framework](#)
- [Pacte mondial sur les réfugiés](#)

Le terme « **moyens de subsistance viables** » correspond aux capacités des personnes de gagner leur vie, de maintenir leur niveau de vie et d'améliorer leur propre bien-être, ainsi que celui des prochaines générations. Un moyen de subsistance est considéré viable, quand il est fondé sur les principes du marché, quand il est en mesure de supporter les chocs et pressions économiques et de s'en remettre, et quand il est à même de maintenir ses capacités et ses avantages sans porter atteinte à l'environnement naturel.

¹³⁷ ONU, [Faits et chiffres sur le handicap et l'emploi](#)

Les termes **transfert en espèces ou monétaire** et **intervention en espèces** sont utilisés de façon interchangeable pour désigner les programmes qui fournissent de l'argent liquide ou des bons aux bénéficiaires, afin de leur permettre de payer directement des biens ou des services. Dans un contexte humanitaire, ils désignent l'argent liquide ou les bons accordés aux individus, ménages ou communautés bénéficiaires ; et n'englobent pas les allocations aux gouvernements ou autres acteurs étatiques¹³⁸.

L'**assistance en nature** représente la fourniture directe de biens (aliments) et services aux bénéficiaires de ce genre d'aide. Elles sont considérées comme une solution majeure en situation de crise.

Les **stratégies d'adaptation** sont les mesures auxquelles les personnes ont recours quand les temps sont durs. Elles permettent aux personnes de continuer à subvenir à leurs besoins en temps de crise. Elles peuvent être réversibles (telles que la réduction à court terme de la quantité de nourriture consommée ou l'utilisation des épargnes), ou bien négatives et plus difficiles à inverser (telles que la vente d'avoirs productifs et le recours à des activités dégradantes ou criminelles)

Normes et directives

- HelpAge, CBM et Handicap International, *Normes d'inclusion humanitaire pour les personnes âgées et les personnes handicapées* (2018). Voir la partie concernant la nourriture, la nutrition et les moyens de subsistance.
- Le *manuel Sphère* (2018). Voir la partie concernant la sécurité alimentaire et la nutrition.
- *Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS)*.
- *Normes minimales pour le relèvement économique (MERS)* (2017).

- Cash Learning Partnership, *Minimum Standard for Market Analysis (MISMA)* (2018).

Éléments clés – mesures incontournables

Les mesures incontournables doivent être prises dans toutes les phases de l'action humanitaire dans le cadre de la mise en œuvre des programmations relatives aux moyens de subsistance ciblant les personnes handicapées.

Participation

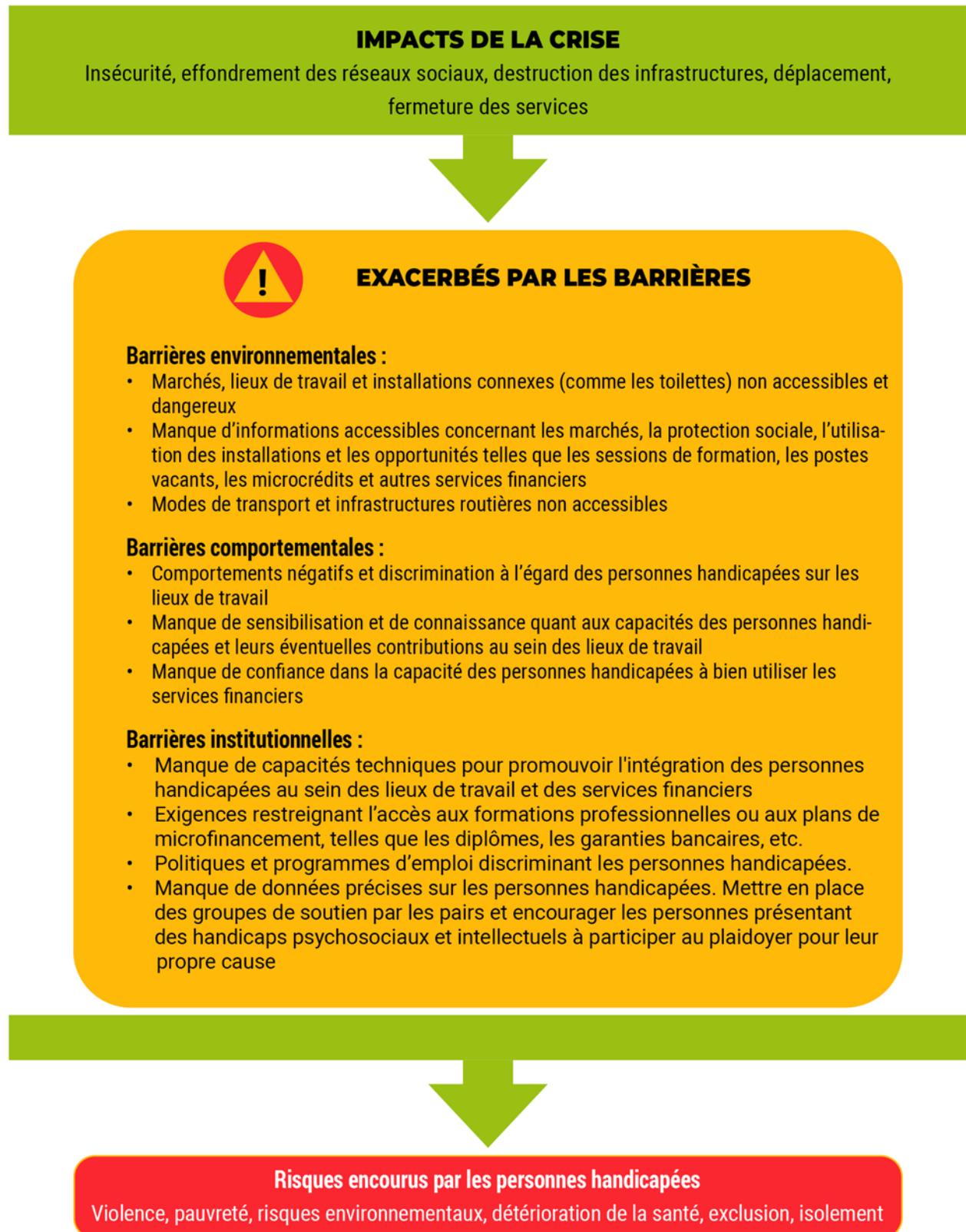
- Faire en sorte que les personnes handicapées, leurs familles et les OPH participent activement d'une part à l'identification des barrières et d'autre part à la planification, à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques et programmes relatifs aux moyens de subsistance et à l'inclusion économique.
- Veiller à ce que les personnes handicapées soient justement représentées, en tenant compte du large spectre de handicap, ainsi que du sexe, de l'âge et de la diversité. Déployer des efforts concertés afin de promouvoir l'engagement des groupes sous-représentés, y compris les personnes présentant des handicaps intellectuels, les populations autochtones, les femmes et les filles, au sein des mécanismes et processus formels et informels.

Développer des **partenariats** avec les OPH et autres organisations fournissant des moyens de subsistance. Les inciter à soutenir les personnes handicapées et à entreprendre des activités de plaidoyer et promouvoir des formes inclusives d'aide à la personne et de service.

Levée des barrières

- Identifier et contrôler les barrières, et prendre des mesures pour les démanteler et faire en sorte que les programmes relatifs aux moyens de subsistance et à l'inclusion économique

¹³⁸ Notion adaptée du *Glossaire des transferts monétaires* du Cash Learning Partnership

Diagramme 9. | Barrières à l'accès et à l'intégration dans le cadre des moyens de subsistance**COMMENT LES IMPACTS DE LA CRISE SONT EXACERBÉS POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES CONCERNANT LES MOYENS DE SUBSISTANCES**

soient accessibles aux personnes handicapées. Apporter des aménagements raisonnables et dialoguer avec les personnes handicapées afin de faciliter leur pleine intégration.

- Coopérer avec les prestataires de services de formation et de stages d'apprentissage, les prestataires de services financiers et d'appui aux entreprises, les employeurs potentiels et prestataires d'apprentissage, afin d'inclure les personnes handicapées et de faire en sorte que tous les bâtiments leur soient accessibles.
- Faire en sorte que les informations relatives aux outils d'évaluation et d'établissement de rapports et autres programmes (y compris, entre autres, des critères ciblés, des délais et des dispositifs d'aide à la personne) soient disponibles dans de multiples formats accessibles tenant compte des exigences des personnes présentant des incapacités auditives, visuelles, intellectuelles et psychosociales.
- Mettre en œuvre des stratégies visant à réduire la stigmatisation liée au handicap. Prendre des mesures afin que la communauté prenne conscience des droits des personnes handicapées. Mettre en place des groupes de soutien par les pairs et encourager les personnes présentant des incapacités psychosociales et intellectuelles à militer pour leur propre cause.
- Réviser les politiques sectorielles, les directives et les outils pertinents afin de s'assurer que le droit des personnes handicapées à l'accès et à l'intégration y est clairement mentionné.

Autonomisation et renforcement des capacités

- Intégrer des mesures de protection et de sauvegarde dans toutes les programmations relatives aux moyens de subsistance et à l'inclusion économique. Porter ces mesures à la connaissance des personnes handicapées et

leur expliquer comment en bénéficier. Reconnaître la dimension fondée sur le genre de certains risques de protection et de sécurité.

- Renforcer les capacités des parties prenantes fournissant les moyens de subsistance. Organiser des sessions de formation portant sur les droits des personnes handicapées et traitant, entre autres, des interactions entre handicap, genre, âge, statut migratoire, religion et sexualité.
- Renforcer les capacités des parties prenantes fournissant les moyens de subsistance à comprendre les risques et obstacles auxquels sont confrontées les personnes handicapées et la manière de les éliminer conformément aux principes humanitaires.
- Renforcer les capacités des OPH en vue de leur permettre de contribuer à la conception, la mise en œuvre et le suivi des programmes relatifs aux moyens de subsistance, et de représenter la communauté des personnes handicapées au sein des structures et mécanismes de coordination.

Collecte des données et suivi

- Faire en sorte que toutes les personnes handicapées au sein des communautés cibles soient identifiées.
- Recueillir et analyser les données sur les moyens de subsistance des personnes handicapées, ventilées par sexe, âge et handicap. Adopter cette méthode de manière systématique tout au long du cycle du programme humanitaire. Lorsque des données fiables ne sont pas disponibles ou ne peuvent pas être recueillies, adopter l'estimation à hauteur de 15 % de la prévalence mondiale du handicap¹³⁹.
- Partager les informations relatives aux exigences intersectorielles des personnes handicapées au sein de mécanismes de coordination interagences (tels que l'eau, l'hygiène

¹³⁹ OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap* (2011).

et l'assainissement, la protection, la santé) et assurer une coordination intersectorielle.

- Veiller à ce que les principes d'éthique et de protection des données (y compris la confidentialité, la communication d'in-

formations, le consentement éclairé et la sécurité), soient respectés à chaque fois que des données sur les personnes handicapées sont recueillies et utilisées¹⁴⁰.



PRATIQUES DOMINANTES

Les installations et programmes relatifs aux moyens de subsistance sont conçus et adaptés de façon à être inclusifs et accessibles à tous, y compris aux personnes handicapées.



PRATIQUES CIBLES

Les programmes relatifs aux moyens de subsistance tiennent compte des exigences individuelles des personnes handicapées, en matière d'infrastructures, de modes de communication, d'outils, d'avoirs et de sessions de formation (en fournissant, par exemple, des technologies d'aide à la personne et des lieux de travail aménagés selon les exigences des individus).

Les recommandations suivantes aideront les acteurs chargés des moyens de subsistance à identifier et éliminer les barrières auxquelles les personnes handicapées font face, ainsi que leurs

familles, les personnes d'appui et pourvoyeurs de soins, en essayant d'accéder aux programmes relatifs aux moyens de subsistance dans des contextes humanitaires.

Mesures recommandées

	Préparation	Réponse	Relance
1. Évaluation, analyse et planification			
Évaluer le niveau d'accessibilité aux formations de renforcement des capacités et d'apprentissage, aux prestataires de services financiers, aux marchés et aux informations liées aux marchés, pour les personnes en situation de handicap.		X	X
Déterminer les OPH qui pourraient aider à identifier les personnes handicapées, les appuyer et leur apporter un soutien.	X	X	X

¹⁴⁰ CICR, *Standards professionnels pour les activités de protection menées par les organisations humanitaires et de défense des droits de l'homme dans les conflits armés et autres situations de violence* (2018), chapitre 6, Gestion des données et des informations pour des résultats de protection, p. 106-148 ; et CRDPH, *Article 22(2)*.

	Préparation	Réponse	Relance
Identifier et analyser les risques liés aux moyens de subsistance pour les personnes en situation de handicap d'une part, et préparer des mesures d'atténuation des risques d'autre part.	X	X	X
Évaluer les exigences psychosociales tout comme les besoins en lecture, écriture et calculs des personnes handicapées, afin de soutenir celles qui n'ont pas pu assurer leur subsistance ou qui n'ont pas pu bénéficier d'une éducation.		X	X
Identifier les services de référencement disponibles dans la région cible, afin d'y inclure, entre autres, un soutien psychosocial, une réadaptation fonctionnelle, des prothèses, des appareils orthopédiques, etc.		X	X
Faire en sorte que les critères de ciblage pour les moyens de subsistance abordent convenablement les différentes caractéristiques des situations de handicap.		X	X
Dispenser des formations portant sur les moyens de subsistance, adressées au personnel des ONGI et autres parties prenantes, en y incluant, entre autres, les formateurs professionnels, les associations des fermiers, les groupes féminins, les hommes et femmes d'affaires, les conseils locaux, les sociétés privées et les surveillants provenant de tierces parties.	X		X
2. Mobilisation des ressources			
Embaucher des personnes handicapées pour faire partie de l'équipe du projet. Elles pourraient ainsi devenir un modèle et encourager d'autres personnes handicapées à participer au programme.	X	X	X
Mobiliser des ressources et les utiliser pour : préparer des outils adaptatifs, rendre les infrastructures accessibles, organiser des sessions de formation supplémentaires (portant sur la littératie et la numératie) et assurer le transport et autres soutiens techniques (réhabilitation physique et aides techniques).	X	X	X
3. Mise en œuvre			
Lutter contre les perceptions négatives, rendre la communauté plus consciente des capacités des personnes handicapées et des contributions qu'elles pourraient y apporter.		X	X

	Préparation	Réponse	Relance
Informer les familles des personnes handicapées des droits et capacités de ces dernières, y compris leur droit de travailler.	X	X	X
Sensibiliser et convaincre les employeurs, les dirigeants locaux et les agences gouvernementales, et les encourager à respecter les droits des personnes handicapées, y compris leur droit d'obtenir le plein accès aux moyens de subsistance.	X	X	X
S'assurer que les intervenants humanitaires ont bien conscience que les personnes handicapées sont des individus jouissant d'une panoplie variée d'expériences, de connaissances et de capacités. S'assurer que les personnes handicapées ne font pas l'objet d'idées reçues ou ne sont pas confinées à des rôles clichés. Par exemple, une femme présentant une incapacité auditive pourrait effectuer un travail physiquement exigeant.	X	X	X
Travailler avec les prestataires de services financiers, afin de les aider à adapter leurs produits aux exigences des personnes handicapées		X	X
Appuyer les centres de formation professionnelle à rendre leurs programmes et leurs cours accessibles aux personnes en situation de handicap.		X	X
Fournir des outils qui ont été adaptés pour être utilisés par les personnes handicapées dans les lieux de travail.	X		X
Envisager d'adapter les infrastructures communautaires (tels les marchés et instituts de formation) afin de les rendre plus accessibles.		X	X
Former le personnel du projet à interagir avec les personnes en situation de handicap et à les soutenir.		X	X
Développer des processus communautaires et de proximité afin d'identifier et de connecter les personnes handicapées qui ne sont pas « visibles ».	X		
Coopérer avec les OPH et autres acteurs qui soutiennent les personnes handicapées afin de concevoir et d'offrir des outils d'évaluation exhaustive des moyens de subsistance et de la sécurité économique. Ces parties doivent identifier les barrières entravant ce genre d'évaluation, ainsi que celles empêchant la mise en œuvre des programmes.	X	X	

	Préparation	Réponse	Relance
4. Coordination			
Désigner un expert en matière d'inclusion de la sécurité alimentaire et des moyens de subsistance au sein du groupe sectoriel. Cette personne aura pour tâche d'aider les partenaires sectoriels à répandre le concept d'inclusion à grande échelle et à soutenir les services de référencement au sein des secteurs pertinents.	X	X	
5. Monitoring and evaluation			
Impliquer les OPH et les personnes handicapées dans le suivi des indicateurs humanitaires et ceux liés à la protection. Les indicateurs doivent être ventilés par sexe, âge et handicap.		X	
S'assurer que les mécanismes de retour d'information des bénéficiaires sont accessibles et inclure les personnes en situation de handicap.		X	
S'assurer systématiquement que les personnes handicapées puissent demander des comptes aux responsables des programmes relatifs aux moyens de subsistance. Les informations, modalités de dissémination et mécanismes de traitement des plaintes et de retour d'information doivent être accessibles. Les personnes handicapées doivent être en mesure de participer aux processus de prise de décisions et de planification.		X	X
Identifier les bonnes pratiques et initiatives qui ont promu avec succès l'intégration des personnes handicapées, et les documenter et disséminer.			X

Outils et ressources

- Cash Learning Partnership, [Critères minimaux d'analyse de marché](#).
- EMMA, [Emergency Market Mapping and Analysis \(EMMA\) Toolkit](#).
- [Livelihood Centre](#).
- SEEP, [Normes minimales pour le relèvement économique \(MERS\)](#).
- [Le manuel Sphère](#) (2018).
- USAID, [Cohort livelihoods and risk analysis guidance](#).
- Bureau régional de la FAO pour l'Asie et le Pacifique, [A handbook for training of disabled on rural enterprise development](#) (2003).
- OIT et FAO, [Guidance on how to address decent rural employment in FAO country activities: Second Edition](#) (2010).



15 Santé

Introduction

De par leur nature, les désastres humanitaires et conflits compromettent les systèmes de santé et la santé des personnes affectées. En plus des effets directs des lésions et des traumatismes, ils attisent les préoccupations en matière de santé publique (y compris l'incidence du paludisme, du choléra, de la malnutrition, des maladies non transmissibles et des problèmes de santé sexuelle et reproductive), étant donné qu'ils perturbent les systèmes de protection sociale, ainsi que les services de santé essentiels. En ce qui concerne les personnes handicapées qui bénéficient d'une éducation, d'un abri et d'autres services, en grande partie sur recommandation des services de santé, les crises et désastres compromettent leur accès aux soins et aggravent la situation de ceux qui étaient déjà exclus ou marginalisés.

Les personnes handicapées ont le droit d'accéder à tous les services de santé essentiels et de recevoir des informations concernant leur état de santé et traitement. Elles ont également le droit de prendre des décisions concernant leur traitement (**consentement éclairé**). Une grande partie du personnel médical a des perceptions erronées sur les capacités et exigences des personnes handicapées. Ils supposent souvent que ces personnes n'ont besoin que de services en relation avec leur handicap, ou bien permettant à la famille, à l'équipe médicale ou autre mandataire de donner un consentement en leur nom.

L'absence de services de santé ou leur perturbation peut avoir de graves conséquences pour les personnes handicapées. Les femmes handicapées pourraient être perçues, par exemple, comme étant asexuées, et

seraient exclues par conséquent des services de santé sexuelle et reproductive, ce qui les rendrait plus vulnérables aux risques de grossesses non désirées et d'infections sexuellement transmissibles. Si les enfants handicapés ne sont pas convenablement identifiés, ils ne bénéficieront pas des interventions axées sur le développement de l'enfant et ne seront pas en mesure d'atteindre leur potentiel.



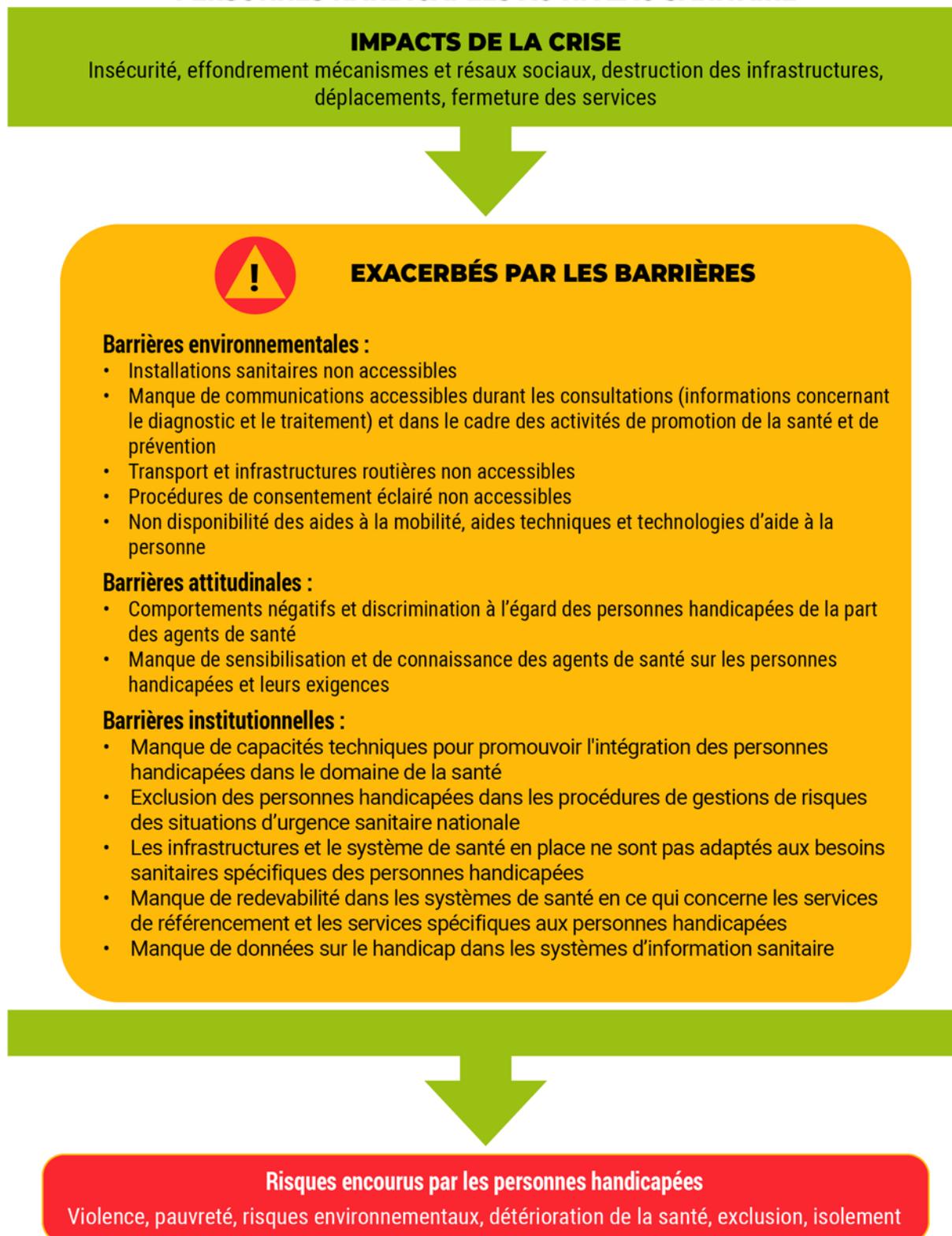
Voir également **EHA**, **Sécurité alimentaire et nutrition**, **Éducation et protection**.

Principaux instruments juridiques et autres cadres de travail

- [Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées](#)
- [Convention relative aux droits de l'enfant](#)
- OMS, [Cadre d'action d'urgence](#)
- Plateforme thématique pour la gestion des risques de catastrophe en matière de santé du sous-groupe de travail sur la santé reproductive SIPC/OMS, [Policy Brief: Integrating Sexual and Reproductive Health into Health Emergency and Disaster Risk Management](#)
- [Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030](#)

Diagramme 10. | Barrières à l'accès et à l'intégration dans le domaine de la santé¹⁴¹

COMMENT LES IMPACTS DE LA CRISE SONT EXACERBÉS POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES AU NIVEAU SANITAIRE



¹⁴¹ Pour une liste de barrières spécifiques aux soins de santé, voir OMS, [Principaux repères en matière de handicap et santé](#).

Termes clés

Un **système de santé** est composé de toutes les organisations, personnes et actions dont l'intérêt principal est de promouvoir, recouvrer et préserver la santé¹⁴². Il est axé sur les méthodes visant à influencer les facteurs qui déterminent la santé et promeut des activités qui améliorent directement cette dernière. Il fournit, à cet effet, des interventions préventives et curatives, de promotion et de réhabilitation, à travers des acteurs et services étatiques et non étatiques¹⁴³.

Normes et directives

- Comité permanent interorganisations, *Directives de la CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence* (2007).
- OMS, *Équipes médicales d'urgence : normes techniques minimales et recommandations pour la réadaptation* (2016).
- OMS, *Note d'orientation sur la gestion du handicap et des risques liés aux situations d'urgence pour la santé* (2018).
- *Le manuel Sphère* (2018)¹⁴⁴.
- OMS, *Réadaptation à base communautaire, Guide de RBC*.
- HelpAge, CBM, Handicap International, *Normes d'inclusion humanitaire pour les personnes âgées et les personnes handicapées* (2018).

Éléments clés - mesures incontournables

Les mesures incontournables doivent être prises durant toutes les phases de l'action humanitaire lors de la mise en œuvre de la programmation de santé ciblant les personnes handicapées.

Participation

- Faire en sorte que les personnes handicapées, leurs familles et les OPH soient activement engagées dans la prise de décisions et dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de santé.
- En coopération avec les personnes handicapées et les OPH, sensibiliser les agents de santé aux droits des personnes handicapées, y compris les interactions entre handicap, genre social, âge, statut migratoire, religion et sexualité.

Levée des barrières

- Mettre en œuvre des stratégies pour atténuer la stigmatisation du handicap. Prendre des mesures afin que la communauté prenne conscience des droits des personnes handicapées. Créer des groupes de soutien par les pairs comprenant des personnes présentant des handicaps psychosociaux et intellectuels.
- Approfondir l'entente mutuelle, briser les fausses idées et mythes, renforcer la coopération, et encourager les personnes handicapées à dialoguer avec les agents de santé, échanger des idées et partager leurs connaissances.
- Rendre les installations sanitaires accessibles aux personnes handicapées. Promouvoir des initiatives pour transporter les personnes handicapées aux installations sanitaires, élargir les entrées, améliorer la signalisation et faciliter leur déplacement en général.
- Véhiculer des informations sur la santé dans de nombreux formats accessibles, en prenant en considération les exigences des personnes présentant des handicaps auditifs, visuels, intellectuels et psychosociaux.

¹⁴² OMS-Région du Pacifique occidental, *The WHO health system framework* (2018).

¹⁴³ OMS, *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies* (2010).

¹⁴⁴ Le projet Sphère, *Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions dans les catastrophes* (2011).

- Éliminer les barrières socioéconomiques qui affectent la santé, telles que le manque d'éducation et de revenus.
- Effectuer une analyse intersectionnelle pour appréhender le déséquilibre des pouvoirs basé sur le genre social, l'âge et le handicap, et comprendre comment l'intersectionnalité affecte l'accès aux ressources financières, la mobilité et la prise de décisions.

Autonomisation et renforcement des capacités

- Renforcer les capacités des OPH à élaborer des programmes en matière de santé. Les habiliter à participer à la conception, la mise en œuvre et au suivi des services de santé.
- Engager le personnel des OPH, les militants présentant des handicaps intellectuels et psychosociaux, les utilisateurs des services de santé mentale, les membres de familles et les pourvoyeurs de soins dans des formations destinées aux professionnels de la santé portant sur le handicap.
- Adopter des procédures de consentement éclairé pour les décisions médicales et chirurgicales et le partage des données (y compris le référencement), afin de permettre aux personnes handicapées de prendre les décisions qui les concernent.

Prestation de services de santé de qualité

Pour être excellents, les services de santé doivent être en mesure de fournir un accès équitable aux produits médicaux essentiels et aux technologies de qualité assurée; ils doivent être sûrs, efficaces, efficaces par rapport aux coûts et scientifiquement valables. Dans un contexte humanitaire, toutes les personnes doivent avoir accès à des services de santé optimaux, quel que soit leur handicap.

Collecte des données et suivi

- Déterminer le type de données disponibles sur le nombre de personnes handicapées. Évaluer le niveau de précision de ces données et identifier les lacunes. Quand les données ne sont pas disponibles, utiliser l'estimation globale de 15 %¹⁴⁵.
- Effectuer des évaluations et enquêtes en matière de santé et utiliser des outils de contrôle pour recueillir des données sur la santé des personnes handicapées. Adopter ces mesures régulièrement durant toutes les phases de la crise. Ventiler les données par sexe, âge et handicap.
- Élaborer des systèmes clairs de référencement à travers les différents services. Documenter et suivre leur performance.

¹⁴⁵ OMS et Banque mondiale, [Rapport mondial sur le handicap](#) (2011).



PRATIQUES DOMINANTES

Les installations et programmes de santé adoptent la conception universelle et sont inclusifs et accessibles pour tous, y compris pour les personnes handicapées. Les agents de santé sont, par exemple, formés en matière de handicap et les soins de santé sont axés sur l'être humain.



PRATIQUES CIBLES

Les programmes de santé s'adaptent aux exigences individuelles des personnes handicapées. Par exemple, des aides techniques sont fournies et les produits médicaux répondent aux exigences individuelles.

Les mesures recommandées suivantes aideront les acteurs chargés des services de santé à identifier et éliminer les barrières auxquelles les personnes handicapées font face, ainsi que leurs familles,

les personnes d'appui et pourvoyeurs de soins, en essayant d'accéder aux programmes de santé dans des contextes humanitaires.

Mesures recommandées

	Préparation	Réponse	Relance
1. Évaluation, analyse et planification			
Documenter les besoins en matière de prévention et de santé lors de la phase précatastrophe. Prendre en considération la santé sexuelle et reproductive, la santé mentale, le soutien psychosocial, les maladies transmissibles et non transmissibles, ainsi que la prise en charge des blessés. Mettre l'accent sur la fourniture d'un accès aux services de soins de santé primaires excellents et d'un coût abordable, à une couverture sanitaire universelle, aux médicaments essentiels et aux aides techniques pour les personnes handicapées, et ce indépendamment de l'âge et du genre.	X		
Cartographier les services de santé principaux et ceux ciblant les personnes handicapées. Prendre en considération les centres de soins de santé primaires, les hôpitaux de traitement des maladies aiguës et de réhabilitation, les services d'intervention précoce, les programmes de réhabilitation à base communautaire, les programmes de santé mentale et de soutien psychosocial, les services au niveau des communautés et hôpitaux, ainsi que les fournisseurs et fabricants d'aides techniques.	X	X	

	Préparation	Réponse	Relance
Cartographier les OPH locales, les groupes de soutien par les pairs en matière de santé, les utilisateurs de services de santé mentale, les personnes handicapées militant pour leur propre cause, les pourvoyeurs de soins et les parents, ainsi que les organisations chargées des questions relatives au handicap. Les impliquer dans toutes les activités de préparation.	X		
Renforcer les capacités des agents de santé dans le domaine humanitaire afin d'intégrer les personnes handicapées dans l'élaboration des programmes.	X	X	
Effectuer des audits d'accessibilité portant sur les organisations, installations, services et produits de santé. Élaborer des plans d'action pour préparer les processus de suivi et d'évaluation.	X	X	X
Avec l'aide des OPH, réviser les politiques nationales de santé des situations d'urgence et s'assurer qu'elles allouent les fonds nécessaires pour répondre aux besoins des personnes handicapées en matière de santé et de bien-être.	X		X
Désigner un point relais ou expert santé responsable des questions d'intégration pour le secteur de la santé, afin de fournir une orientation technique sur la programmation des services de santé tenant compte des personnes handicapées, et sur le soutien à apporter aux services de référencement intersectoriel.	X	X	X
2. Mobilisation des ressources			
Rassembler et allouer des fonds assurant la continuité des services de santé utilisés par les personnes handicapées, y compris les services essentiels.	X	X	X
Mobiliser des professionnels qui appréhendent les besoins des personnes handicapées en matière de santé et qui sont à même d'y répondre. Recruter des experts dans le domaine de l'inclusion des questions relatives au handicap dans les services de santé.		X	
Établir une base de données concernant les acteurs de santé et prestataires de services ordinaires et spécialisés dans le domaine du handicap qui sont en mesure de mettre au point un système de référencement effectif.	X	X	

	Préparation	Réponse	Relance
3. Mise en œuvre			
Sensibiliser le personnel de santé et les communautés à la nécessité de diminuer la stigmatisation du handicap. Mettre en œuvre des stratégies permettant d'atteindre ce but, à travers, par exemple, des activités de sensibilisation et de proximité.	X	X	X
S'assurer que les personnes handicapées peuvent accéder à toutes les installations sanitaires, y compris celles qui sont temporaires. Faire en sorte que les ingénieurs et architectes adoptent les principes de la conception universelle, lors de la reconstruction ou réhabilitation des installations sanitaires.		X	X
Rendre les installations de santé complètement accessibles aux personnes handicapées. Prendre en considération les entrées, les toilettes, la facilité de mouvement au sein des bâtiments et la signalisation.	X	X	X
S'assurer que toutes les informations concernant les services de santé et les données recueillies à travers les questionnaires de satisfaction et les mécanismes de retour d'information sont disponibles dans de nombreux formats accessibles.		X	X
S'assurer que les informations concernant les patients sont toujours disponibles et accessibles une fois la situation d'urgence déclenchée, et ce, à des fins de référencement, de mouvement, de transfert et de suivi.			X
4. Coordination			
Inclure des informations concernant le handicap dans les systèmes d'information sanitaire. Envisager des registres pour les installations sanitaires, le niveau d'accessibilité aux installations et le contrôle relatif au domaine de santé.	X	X	
Créer des groupes de coordination. Impliquer les parties prenantes du secteur de la santé et les représentants des OPH, y compris les personnes présentant des handicaps intellectuels et psychosociaux.	X	X	X
S'assurer que les systèmes de référencement relient les prestataires de soins de santé aux acteurs de santé jouissant d'une expertise dans le domaine du handicap.		X	

	Préparation	Réponse	Relance
5. Suivi et évaluation			
S'assurer que les mécanismes de retour d'information et plaintes sont accessibles et incluent les personnes handicapées.		X	
Recueillir des données sur la santé et s'assurer que ces dernières sont ventilées par sexe, âge et handicap.		X	X
Contrôler et évaluer le niveau d'accessibilité et d'intégration des installations, programmes et services de santé pour s'assurer qu'ils répondent aux besoins des femmes, hommes, filles et garçons handicapés, tout âge confondu.		X	X
Inclure, en évaluant la qualité des services de santé fournis, des critères qui déterminent le niveau d'intégration, d'accessibilité et de conformité des normes sanitaires (voir les ressources ci-dessous).		X	X

Outils et ressources

- [Guide d'intervention mhGAP](#) (2017).
- OMS, OCDE et Banque mondiale, [La qualité des services de santé, Un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle](#) (2018).

Personnel de santé

Un personnel de santé performant est réactif, respectueux, juste et efficace. Il œuvre à réaliser les meilleurs résultats possible en matière de santé, selon les ressources disponibles et les circonstances. Cela suppose un personnel qui est réparti équitablement, diversifié, compétent et productif, et en nombre suffisant pour effectuer les tâches requises.

Mesures recommandées

	Préparation	Réponse	Relance
1. Évaluation, analyse et planification			
Effectuer une évaluation des besoins du personnel de santé afin de déterminer sa perception du handicap d'une part, et de l'importance d'inclure les personnes handicapées dans les programmations de santé et les prestations de service d'autre part.	X	X	X
Déterminer les lacunes en matière de capacités et de connaissances du personnel de santé, ainsi qu'en matière d'élaboration de politiques et d'orientation portant sur l'intégration et le handicap.	X	X	

	Préparation	Réponse	Relance
Cartographier et actualiser régulièrement les membres et profils du personnel qui travaillent avec les personnes handicapées (professionnels de santé et de réhabilitation, agents communautaires, etc.).	X	X	
2. Mobilisation des ressources			
Cartographier les ressources. Favoriser l'embauche de personnes handicapées compétentes et formées au sein du personnel de santé.	X	X	X
Recruter, en tant que membre du personnel, des professionnels qui jouissent de l'expertise nécessaire pour subvenir aux besoins sanitaires des personnes handicapées.		X	
Mobiliser des fonds pour approfondir les expertises du personnel de santé en matière de handicap. Inclure les aptitudes à communiquer et les examens médicaux.	X	X	X
Inclure les membres du personnel chargés de la réhabilitation dans les équipes médicales d'urgence.		X	
Mobiliser un grand nombre de prestataires de services de santé (ergothérapeutes et orthophonistes inclus) afin de permettre aux personnes handicapées de bénéficier des services dont elles ont besoin.		X	X
3. Mise en œuvre			
S'assurer que toutes les programmations et formations principales en matière de santé s'adressant aux professionnels du domaine portent sur la sensibilisation au handicap et les droits des personnes handicapées.	X		X
Former le personnel de santé à évaluer les répercussions des désastres humanitaires sur la santé des personnes handicapées. (Les personnes présentant des handicaps psychosociaux, par exemple, pourraient présenter des symptômes plus graves; le manque de médicaments entrave le traitement de maladies, telles que le diabète et l'épilepsie ; les personnes souffrant de lésions à la colonne vertébrale ne seront plus en mesure de supporter leurs escarres sans l'aide de personnes pour les soutenir, etc.).	X	X	
Élaborer des stratégies de soins communautaires et de proximité, ainsi que des stratégies de soins à domicile, afin de permettre au personnel de santé d'atteindre les personnes handicapées qui ne peuvent pas se déplacer ou qui vivent dans des zones éloignées.		X	X

	Préparation	Réponse	Relance
S'assurer que les mécanismes de retour d'information et de plaintes sont accessibles aux personnes handicapées.	X	X	X
4. Coordination			
Piloter et élaborer sur le terrain des trajectoires de référencement entre les communautés et les hôpitaux d'une part, et entre les services de santé et autres services et secteurs d'autre part.	X	X	
Créer une base de données concernant les agents de santé ayant une formation en matière de handicap, et ce à tous les niveaux.	X		
5. Suivi et évaluation			
Contrôler régulièrement les connaissances et compétences du personnel de santé, notamment celles relatives aux personnes handicapées et à leur intégration. Proposer des formations de suivi.	X	X	X
Évaluer les formations offertes au personnel de santé sur le handicap.	X		X

Outils et ressources

- Global Health Workforce Alliance et autres, [Déclaration conjointe – Renforcer les personnels de santé communautaires pour les situations d'urgence](#) (2011).
- Health Cluster, [Knowledge Bank](#).
- OMS, [Building a global health workforce for a better response](#) (2016).

Gestion de l'information sur la santé

Pour être qualifié de performant, un système de gestion de l'information sur la santé doit garantir que les informations sur les déterminants de santé,

la performance des systèmes sanitaires et l'état de santé sont produites, analysées, diffusées et utilisées d'une façon fiable et prompte.

Mesures recommandées

	Préparation	Réponse	Relance
1. Évaluation, analyse et planification			
Ventiler les données des enquêtes nationales et les systèmes de surveillance de la santé par sexe, âge et handicap.	X		
Inclure les données liées au handicap, ventilées par sexe et âge, dans les enquêtes portant sur la santé et la démographie.	X		
Cartographier la disponibilité des services de santé pertinents, y compris la réhabilitation physique, l'ergothérapie et les ateliers de travail orthopédiques.	X		
2. Mobilisation des ressources			
Développer, promouvoir et dispenser des formations portant sur les méthodologies de collecte de données sur le handicap qui ont été testées dans des contextes humanitaires, telles que l'ensemble abrégé de questions sur le handicap du Groupe de Washington et le Module sur le fonctionnement de l'enfant élaboré par l'UNICEF et le Groupe de Washington.	X		X
Former les membres du personnel qui recueillent des données sur les infrastructures sanitaires pour documenter leur niveau d'accessibilité pour les personnes handicapées.	X		X
3. Mise en œuvre			
Élaborer un système de gestion de l'information sur la santé en mesure de ventiler les données par sexe, âge et handicap.	X	X	
Élaborer des registres de santé qui seraient utilisés dans les installations sanitaires, les établissements de soins de proximité et à domicile, comprenant des données sur le sexe, l'âge et le handicap.	X	X	
Former les agents de santé à recueillir des données sur le sexe, l'âge et le handicap, et à vérifier le niveau d'accessibilité des installations sanitaires.	X	X	X

	Préparation	Réponse	Relance
4. Coordination			
Exiger que les rapports incluent des indicateurs spécifiques au handicap.		X	X
5. Suivi et évaluation			
Exiger que les outils de suivi et d'évaluation incluent des indicateurs spécifiques au handicap.		X	X

Outils et ressources

- Health Cluster, [Knowledge Bank](#) (Voir la section information and planning).
- Humanité & Inclusion, [Using the Washington Group Questions in humanitarian action \(learning toolkit on disability data collection\)](#) (2019).
- Humanité & Inclusion, [Disability Data in Humanitarian Action](#).

Services de santé essentiels

Les services de santé essentiels englobent les services de santé vitaux. Certaines personnes handicapées ont besoin de réhabilitation ou de

soutien respiratoire ou bien d'autres services de santé spécialisés, afin d'assurer leur survie et bien-être.

Mesures recommandées

	Préparation	Réponse	Relance
1. Évaluation, analyse et planification			
Évaluer les compétences et connaissances des agents de santé en matière de réhabilitation : (1) des personnes handicapées ; (2) des personnes handicapées qui ont subi de nouvelles lésions ¹⁴⁶ ; et des personnes qui présentent de nouvelles lésions ¹⁴⁷ . Développer un plan d'action (matériel de formation et ressources) pour s'attaquer aux problèmes qui se posent.	X	X	

¹⁴⁶ OMS, [Normes techniques minimales et recommandations pour la réadaptation](#) (2016).

¹⁴⁷ *Ibid.*

	Préparation	Réponse	Relance
Identifier et évaluer les besoins sanitaires des personnes handicapées affectées. Prendre en considération la préservation de la santé, la santé mentale et le soutien psychosocial, et la réhabilitation.	X	X	
Cartographier les besoins sanitaires essentiels des personnes handicapées. Inclure le soutien respiratoire, l'alimentation électrique, les médicaments et traitements.	X	X	
Identifier les barrières et risques auxquels les personnes handicapées font face lorsqu'elles accèdent aux services de santé essentiels.	X	X	
2. Mobilisation des ressources			
Encourager les donateurs à financer la restauration ou la fourniture de services de santé essentiels aux personnes handicapées.	X	X	
3. Mise en œuvre			
Établir des services de santé communautaires en vue de fournir des services de réadaptation et d'information.		X	X
Restaurer les services et approvisionnements sanitaires essentiels dont les personnes handicapées ont besoin pour maintenir leur santé et survie.		X	
Établir des systèmes de référencement solides et référer les personnes handicapées aux services de santé qui ont été identifiés lors de la phase de préparation. Ces services doivent être convenables et prendre en compte les différences culturelles.		X	X
Reconstituer le stock de produits et médicaments dans les centres de réadaptation, les unités de santé et les hôpitaux. Inclure des aides techniques et des médicaments essentiels, ainsi que des installations pour la santé mentale et physique.	X	X	
Intégrer les besoins sanitaires essentiels reconnus des personnes handicapées dans les services de santé.		X	X
4. Coordination			
Collaborer avec le ministère de la Santé, le ministère du Développement social, les OPH et les autres parties prenantes. Convenir des services sanitaires essentiels pour les personnes handicapées.	X	X	
Travailler avec les OPH, les pourvoyeurs de soins, les prestataires locaux de services de santé pour déterminer les besoins sanitaires précatastrophe/précrise des personnes handicapées dans la zone affectée. Inclure la réadaptation.	X		

	Préparation	Réponse	Relance
5. Suivi et évaluation			
Surveiller dans quelle mesure les personnes handicapées ont accès à tous les services essentiels. Inclure l'accès aux médicaments, aux aides techniques et aux prestataires de services affiliés.		X	X

Outils et ressources

- Health Cluster, [Knowledge Bank](#).

Maladies transmissibles

Indépendamment de leur âge ou sexe, les personnes handicapées sont souvent plus vulnérables aux maladies transmissibles durant les crises humanitaires, étant donné qu'elles vont probablement souffrir d'un manque d'accès à l'eau salubre, à un

assainissement adéquat et à des programmes sanitaires de prévention; et qu'il est fortement probable qu'elles vivent dans des abris inaccessibles, mettant ainsi en danger leur santé et leur vie.

Mesures recommandées

	Préparation	Réponse	Relance
1. Évaluation, analyse et planification			
Avec l'aide des OPH et d'autres parties prenantes, identifier les personnes handicapées au sein de la population affectée.	X	X	
Identifier les barrières et risques auxquels les personnes handicapées font face lorsqu'elles accèdent aux activités sanitaires de prévention et aux programmes portant sur les maladies transmissibles. Inclure les programmes de vaccination et d'accès à l'eau salubre.	X	X	
2. Mobilisation des ressources			
Mobiliser des fonds et des ressources humaines pour organiser des services de proximité, communautaires et à domicile, ainsi que des campagnes de promotion de la santé et de prévention des maladies.	X	X	
3. Mise en œuvre			
Recueillir des données provenant d'enquêtes sur les ménages et de la surveillance des maladies, ventilées par sexe, âge et handicap.		X	

	Préparation	Réponse	Relance
Impliquer les personnes handicapées et les OPH dans l'élaboration de supports informatifs, éducatifs et de communication.	X	X	
Diffuser les mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies dans de nombreux formats accessibles. Faire de même pour les ressources informatives et éducatives.	X	X	
Prendre en compte les exigences et préoccupations spécifiques des personnes handicapées, en élaborant des mesures intersectorielles de prévention des maladies transmissibles adressées aux populations à risque.	X	X	
4. Coordination			
Se coordonner avec d'autres secteurs pour s'assurer que les personnes handicapées ont accès à l'eau, à l'assainissement et à un abri salubre et sûr, et qu'il est possible de répondre à leurs exigences dans les situations d'urgence.			X
5. Suivi et évaluation			
Déterminer dans quelle mesure les personnes handicapées ont accès aux campagnes et activités de promotion et prévention.			X

Outils et ressources

- Health Cluster, [Knowledge Bank](#).

Santé infantile

L'inaptitude à coordonner des interventions visant les enfants dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de la protection et de la nutrition représente un grand risque pour la santé infantile. Elle entrave également la réalisation des droits des enfants, limite leur déve-

loppement potentiel et empêche la réduction des inégalités socioéconomiques qui affectent la santé.

Les enfants handicapés sont en droit d'accéder à tous les services sanitaires s'adressant à l'enfant et l'adolescent.

Mesures recommandées

	Préparation	Réponse	Relance
1. Évaluation, analyse et planification			
Obtenir les données disponibles sur les enfants handicapés.	X		
Cartographier les outils d'évaluation communément utilisés avec les enfants, y compris durant la petite enfance. Les adapter pour répondre aux exigences des enfants handicapés et former le personnel à leur mode d'utilisation.	X	X	
Cartographier les prestataires de services de santé et leur accessibilité. Inclure des professionnels ayant une expertise en pédiatrie, nutrition, intervention précoce, développement de la petite enfance et réadaptation.	X	X	
Documenter les besoins sanitaires, psychosociaux et nutritionnels des enfants handicapés. (Par exemple, un enfant handicapé qui a perdu ses parents ou dont les pourvoyeurs de soins pourraient également souffrir de malnutrition ou de dépression).	X	X	
Évaluer les besoins des agents de santé en matière de formations ayant trait aux enfants handicapés et à leur intégration.	X	X	
Utiliser, lors du dépistage des enfants handicapés dans le cadre des évaluations des besoins et enquêtes de santé, le Module sur le fonctionnement de l'enfant élaboré par l'UNICEF et le Groupe de Washington ou tout autre outil d'évaluation uniformisée testé par les intervenants humanitaires et les parties prenantes.	X	X	
Identifier les barrières et risques auxquels les enfants handicapés font face lorsqu'ils accèdent aux services de santé infantile.	X	X	

	Préparation	Réponse	Relance
2. Mobilisation des ressources			
Planifier, financer et organiser des formations pour le personnel de santé axées sur les droits des enfants handicapés. Inclure le développement de l'enfant et la détection précoce du handicap.	X	X	X
3. Mise en œuvre			
Rendre les services et programmes de santé accessibles aux enfants et adolescents handicapés et à leurs pourvoyeurs de soins, en éliminant les barrières entravant leur pleine intégration.		X	X
Impliquer les filles et garçons handicapés, ainsi que leurs pourvoyeurs de soins, dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de santé.		X	X
Intégrer la détection précoce du handicap dans les programmes pertinents. Inclure la santé à l'école, la nutrition, la stimulation, la santé des mères et des nouveau-nés.	X	X	X
Intégrer la gestion des informations sur la santé et le handicap dans les services et programmes axés sur la santé maternelle et infantile. Inclure la vaccination, les soins prénataux et postnataux, la nutrition, la stimulation, ainsi que la santé sexuelle et reproductive.		X	X
Intégrer le dépistage précoce du handicap dans le travail des agents et professionnels de santé communautaires, et les aider à identifier les enfants handicapés, y compris ceux présentant des handicaps intellectuels et psychosociaux, et les référer aux fins d'une intervention précoce.	X	X	X
Exécuter des programmes de proximité pour les enfants handicapés non scolarisés lorsque des programmes de santé infantile sont organisés dans les écoles.		X	X
Encourager les parents et les pourvoyeurs de soins des enfants handicapés à se joindre à des groupes de soutien parental. Diffuser des informations et instructions concernant la santé infantile par le biais des centres de santé communautaires.	X	X	X
4. Coordination			
Se coordonner avec les autres secteurs pour garantir l'accès des enfants handicapés aux services d'aide et de protection.		X	X

	Préparation	Réponse	Relance
Développer et mettre en place des systèmes de référencement pour les enfants handicapés, et inclure des services ciblés, tels que l'ergothérapie et l'orthophonie.	X	X	X
5. Suivi et évaluation			
Inclure des indicateurs concernant les filles et garçons handicapés dans les outils de suivi. Rendre compte de l'évolution de leur santé.		X	X

Outils et ressources

- Health Cluster, [Knowledge Bank](#).

- OMS, [Les soins attentifs pour le développement de la petite enfance : Un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain](#).

Santé et droits sexuels et procréatifs

Les personnes handicapées ont le droit de jouir d'une santé sexuelle et reproductive, une composante intégrale du droit à la santé. Les femmes, hommes, filles et garçons handicapés doivent bénéficier de services et d'informations accessibles sur la sexualité et la santé reproductive qui répondent à leurs exigences spécifiques. La santé sexuelle et repro-

ductive des personnes handicapées n'est pas généralement au cœur des priorités des parties prenantes du secteur de santé, au vu de la fausse idée répandue selon laquelle les personnes handicapées ne sont pas en mesure d'effectuer des choix libres concernant leur vie sexuelle.

Mesures recommandées

	Préparation	Réponse	Relance
1. Évaluation, analyse et planification			
Cartographier les services et fournitures de santé sexuelle et reproductive adressés aux personnes handicapées, ainsi que leur niveau d'accessibilité. Inclure les soins adressés aux mères et nouveau-nés, les moyens de contraception et la contraception d'urgence, la santé sexuelle et reproductive des adolescents, les programmes de prévention et de lutte contre la violence basée sur le genre, ainsi que les infections sexuellement transmissibles et les services de lutte contre le VIH/sida.	X	X	

	Préparation	Réponse	Relance
Déterminer l'étendue de l'accès des personnes handicapées aux installations, services et fournitures sanitaires. Envisager des méthodes qui permettent de combler les lacunes (utiliser par exemple de gros caractères ou l'écriture braille pour rendre les informations plus accessibles). Raccourcir les délais d'attente.	X	X	
Afin de répondre aux exigences des personnes handicapées en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris les personnes présentant des handicaps intellectuels, organiser des services de proximité et assurer la livraison de fournitures aux personnes handicapées isolées chez elles. S'assurer que les programmes de proximité comprennent des informations précises sur la santé sexuelle et reproductive.		X	
Évaluer les préoccupations en matière de protection des femmes, hommes, filles et garçons handicapés. Envisager de leur faciliter l'accès aux informations et services portant sur la santé sexuelle et reproductive. Tenir compte des risques liés à la sûreté identifiés par les personnes handicapées.	X	X	X
Identifier les barrières et risques auxquels les personnes handicapées font face lorsqu'elles accèdent aux services et programmes de santé sexuelle et reproductive.	X	X	
2. Mobilisation des ressources			
Allouer des fonds pour sensibiliser le personnel de santé, à travers de formations, à l'effet cumulatif de l'intersectionnalité de l'âge, genre social et handicap sur la sexualité.	X	X	
Recruter des personnes handicapées qui ont de l'expertise et de l'expérience en matière de santé sexuelle et reproductive.		X	X
Inclure des modules portant sur le handicap dans toutes les formations sur la santé sexuelle et reproductive adressées au personnel. Mettre ces formations à disposition des prestataires de services, du personnel d'appui, des agents chargés des activités de proximité communautaires, des agents de mobilisation, et du personnel chargé des questions de violence basée sur le genre et la séropositivité.	X	X	X

	Préparation	Réponse	Relance
3. Mise en œuvre			
Intégrer le handicap dans tous les services de prévention et de lutte en matière de santé sexuelle et reproductive (informations, services et supports). Adopter ces mesures pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents, la santé des mères et des nouveau-nés, les services de contraception, les services de prévention et de lutte contre la violence basée sur le genre, ainsi que les services de prévention et du traitement des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida.		X	X
Développer, en collaboration avec les OPH et les organisations vouées au handicap, des supports informatifs adressés au public portant sur la santé sexuelle et reproductive et les diffuser sous différents formats accessibles.	X	X	X
S'assurer du respect des procédures propres au consentement éclairé, notamment quand les personnes handicapées sont priées de prendre des décisions. Les procédures doivent être conformes aux principes de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Former le personnel et les prestataires à la prise en charge des personnes en situation de handicap ¹⁴⁸ .		X	X
S'assurer que toutes les installations sanitaires sont physiquement accessibles et que les membres du personnel chargés des questions de santé sexuelle et reproductive sont conscients de l'importance de l'intégration du handicap et aptes à fournir des informations dans de nombreux formats accessibles. Inclure les adolescents handicapés.	X	X	X
Encourager les personnes handicapées et les OPH à entreprendre des actions de plaidoyer fondées sur des données factuelles en faveur des questions de santé sexuelle et reproductive, de la Planification familiale y compris celles concernant le VIH, le genre social et les droits.	X		X
Mettre sur pied un comité de pilotage pour prôner l'adoption d'un modèle de santé sexuelle et reproductive incluant les personnes handicapées. Ce comité doit être composé de personnes handicapées, de membres d'OPH, ainsi que de représentants des ONGI, des secteurs de protection et de santé et des autorités nationales.	X		
Atteindre les femmes, filles et jeunes handicapés lors des sessions informatives communautaires sur la santé sexuelle et reproductive.		X	

¹⁴⁸ Commission des femmes pour les réfugiés, *Renforcement des capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes contre les violences basées sur le genre dans le contexte humanitaire*, Outil 9 : Conseils à l'attention des agents spécialisés dans les VBG : Processus de consentement éclairé mis en place avec les victimes adultes handicapées.

	Préparation	Réponse	Relance
Inclure les informations, services et supports concernant la santé sexuelle et reproductive, la Planification familiale et ciblant les personnes handicapées dans les programmes de santé, de nutrition et dans les autres programmes pertinents au sein des écoles.		X	X
4. Coopération			
Se coordonner avec les autres secteurs (tels les secteurs de la protection, de l'alimentation et de la nutrition) afin de garantir un système de santé sexuelle et reproductive de qualité et un système de référencement efficace pour le soutenir.		X	X
Se coordonner avec les secteurs de santé et de protection, le groupe de travail chargé de la santé sexuelle et reproductive et les organes dont les domaines de responsabilité portent sur la violence basée sur le genre, afin de s'assurer que les personnes handicapées sont protégées et bénéficient d'un accès à tous les services, informations et supports ayant trait à la santé sexuelle et reproductive.		X	
Encourager les OPH nationales et communautaires à participer activement aux groupes de travail chargés de la santé sexuelle et reproductive.	X	X	X
5. Suivi et évaluation			
Recueillir et analyser les données sur les services de santé sexuelle et reproductive et leur prestation. Ventiler les informations par âge, sexe et handicap.		X	X
Contrôler le niveau d'accessibilité des services de santé sexuelle et reproductive.	X	X	X
Utiliser les processus de suivi et d'établissement de rapports pour promouvoir la réflexion et la redevabilité. Examiner dans quelle mesure les personnes handicapées ont accès aux services de santé sexuelle et reproductive et en bénéficient.		X	X

Outils et ressources

- Health Cluster, [Knowledge Bank](#).
- Inter-Agency Working Group on *Reproductive Health in Crises (IAWG)*, *Reproductive health is an essential component of humanitarian response*, p. 1–2.
- Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises, [On Reproductive Health in Crises](#).
- Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises, *Training Partnership Initiative*.

- Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises, *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Emergencies* (2018).
- Le projet Sphère, *Dispositif minimum d'urgence en santé reproductive* (dans le *manuel Sphère*).
- FNUAP, *A Deeper Silence: The Unheard Experiences of Women with Disabilities – Sexual and Reproductive Health and Violence against Women in Kiribati, Solomon Islands and Tonga* (2013).
- Commission des femmes pour les réfugiés, *Reports on disabilities and sexual reproductive health*.

Prise en charge des blessés

Les personnes handicapées, tout comme les personnes non handicapées, sont exposées aux risques de subir des lésions et traumatismes durant les crises humanitaires. Bien que des procédures normalisées sont adoptées pour traiter chaque type

de lésions, les cas de handicap préexistants sont rarement pris en considération. (Voir OMS, *Équipes médicales d'urgence : normes techniques minimales et recommandations pour la réadaptation*)

Mesures recommandées

	Préparation	Réponse	Relance
1. Évaluation, analyse et planification			
Cartographier les centres de traitement des traumatismes et les centres de réadaptation dans les zones affectées. Inclure les aides techniques, prothèses et appareils orthopédiques, ainsi que les services de santé mentale et de soutien psychosocial.	X		
Cartographier les OPH locales et les autres services et programmes pertinents dans les zones affectées. Évaluer leur disponibilité et accessibilité.	X	X	
Cartographier les fournisseurs d'aides techniques et la disponibilité de certains articles et matériels spécifiques utilisés par les personnes handicapées.	X		
Étudier les données disponibles concernant les nouvelles lésions et les besoins potentiels en matière de services de soins de santé spécifiques à long terme.		X	
Comprendre les types de lésions que subissent les personnes handicapées, leurs parcours, modes de réponse et de rétablissement, ainsi que leurs voies d'accès aux services.		X	X
Identifier les barrières et risques auxquels les personnes handicapées font face lorsqu'elles accèdent aux services et programmes de prise en charge des blessés.	X	X	

	Préparation	Réponse	Relance
2. Mobilisation des ressources			
Mobiliser les professionnels de réadaptation qui saisissent la nécessité de l'intégration et qui sont formés à travailler avec les personnes handicapées.		X	
Collecter des fonds pour améliorer les services de réadaptation à court et long termes.		X	X
S'assurer que les budgets des programmes de réadaptation incluent les coûts nécessaires à l'élimination des barrières qui entravent l'accès des personnes handicapées.		X	
3. Mise en œuvre			
Former les professionnels de la réadaptation qui travaillent dans les zones exposées aux risques. Inclure la prise en charge des traumatismes sévères, les services de santé mentale et de soutien psychosocial, ainsi que la gestion des catastrophes.	X		
Intégrer les services de réadaptation dans tous les plans de gestion des catastrophes et des événements provoquant un grand nombre de victimes, y compris les protocoles de traitement et les parcours de soins des blessés ayant subi des lésions bouleversant le cours de leur vie (perte de la vision, de l'ouïe ou de la parole ; lésions de la moelle épinière, amputation).	X		
Effectuer des audits d'accessibilité portant sur les centres de traitement des traumatismes et les services de réadaptation. Prendre en compte, l'accessibilité physique, l'accessibilité à des communications, des informations et des services. Concevoir et mettre en œuvre des plans d'action pour éliminer les barrières et assurer le suivi de leur exécution.	X	X	
Former le personnel chargé des traumatismes et de la réadaptation à l'évaluation des besoins. Inclure une plus grande protection pour les personnes souffrant de lésions et leur référencement vers d'autres services et secteurs (tels que l'abri, la protection et le secteur EHA).		X	
Assurer régulièrement un suivi et une évaluation du plan d'action pour garantir que les centres de traitement des traumatismes et les services de réadaptation restent accessibles.		X	
Fournir des aides techniques, des prothèses et des appareils orthopédiques à un coût abordable, adaptés aux besoins locaux, durables ou gratuits, tout en étant conformes aux normes internationales (comme les normes de l'OMS en matière de fauteuils roulants).		X	

	Préparation	Réponse	Relance
Fournir des services de traitement médical et chirurgical et de réadaptation, y compris des services de santé mentale et de soutien psychosocial, aux personnes ayant subi des lésions au cours de catastrophes ou de crises.		X	
S'assurer que les personnes handicapées qui n'ont pas subi de lésions peuvent avoir accès aux services dont ils ont besoin sur une base égale aux autres personnes de la communauté. Rétablir les services préhospitaliers d'urgence.		X	
Développer des services communautaires et lancer des activités de proximité et de suivi, afin d'atteindre un plus grand nombre de personnes handicapées isolées. Inclure les personnes handicapées vivant dans des camps de réfugiés ou de déplacés internes, tout comme celles vivant dans des zones assiégées ou rurales.		X	X
Établir des guichets uniques dans les établissements de soins de santé primaires afin d'épargner aux personnes handicapées la peine de visiter plusieurs endroits distincts pour pouvoir bénéficier des services dont ils ont besoin.		X	
4. Coopération			
Se coordonner avec d'autres secteurs en vue de concevoir et mettre en œuvre une trajectoire de référencement vers d'autres services et vers une meilleure protection.		X	X
5. Suivi et évaluation			
Recueillir des données sur les centres de réadaptation et de traitement des traumatismes, ventilées par sexe, âge et handicap.	X	X	X
Rendre compte du nombre de personnes handicapées qui ont subi des lésions en temps de crise.		X	X

Outils et ressources

- CBM, Handicap International, CICR et OMS, *Équipes médicales d'urgence : normes techniques minimales et recommandations pour la réadaptation* (2016).
- Health Cluster, [Knowledge Bank](#).
- OMS, ISPO et USAID, *Guide pour les services de fauteuils roulants manuels dans les régions à faibles revenus* (2008).

- OMS, [Global cooperation on assistive technology \(GATE\)](#).

Santé mentale et soutien psychosocial

Il s'avère nécessaire de concevoir et de mettre en œuvre des activités qui cherchent à promouvoir et protéger la santé mentale et le bien-être psychosocial, dans tous les secteurs, y compris les secteurs de la santé, de l'éducation, de la protection et de la nutrition.

En situation d'urgence humanitaire, la violence, la peur et l'incertitude peuvent provoquer un chaos et épuiser les ressources d'une communauté. Par conséquent, il est possible que les personnes subissent les effets du stress, lesquels pourraient détériorer leurs capacités quotidiennes et les interactions sociales¹⁴⁹. Dans de nombreux cas, ces personnes connaissent des réactions passagères, ou sont capables de s'adapter aux changements survenus soudainement. De nombreuses personnes dépasseront ces expériences difficiles grâce à un soutien social et émotionnel approprié. Mais pour réaliser cet objectif, il est nécessaire de mettre à contribution et de consolider les ressources familiales et communautaires qui renforcent la résilience et le soutien mutuel. En cas de crises humanitaires prolongées, le manque d'espoir et le stress continu et accumulé pourraient aboutir à un désarroi incessant qui exacerberait et propagerait les troubles de santé mentale, y compris la dépression sévère et le suicide. Certaines personnes, surtout celles qui ont été sévèrement affectées, ont des besoins préexistants en matière de santé mentale et de soutien psychosocial, ou qui sont victimes de discrimination et d'exclusion, pourraient avoir besoin d'un soutien complémentaire plus ciblé qui serait fourni par des non-spécialistes formés dans ce domaine, ou par des spécialistes en santé mentale et soutien psychosocial.

Les personnes présentant des handicaps psychosociaux et intellectuels sont souvent victimes de discrimination et d'exclusion. Leurs droits pourraient être violés à cause de la ségrégation, du confinement, des restrictions entravant leur autonomie ou des menaces à l'encontre de leur intégrité physique et mentale. Les interventions d'urgence doivent comprendre des mesures pour corriger les violations des droits et les injustices qui existaient avant la crise, mais également pour permettre aux personnes souffrant de handicaps psychosociaux de jouir pleinement de leurs droits, y compris en matière de santé et de dignité.

Dans le cadre de ces directives, le **handicap psychosocial** résulte des barrières entravant la participation sociale et l'accès aux droits liés à la santé mentale, aux fonctions cognitives ou à des troubles de comportement qui sont souvent perçus comme socialement inacceptables. Le terme est le plus souvent utilisé pour désigner des personnes présentant des déficiences fonctionnelles récurrentes ou incessantes qui sont victimes d'exclusion systématique, et qui font face à des barrières entravant leur participation. Le terme est moins souvent utilisé pour désigner les personnes ayant des conditions mentales temporaires qui se rétablissent rapidement, parfois grâce aux interventions en matière de santé mentale et de soutien psychosocial. Durant les situations d'urgence humanitaires, le désarroi occasionnant des déficiences fonctionnelles est souvent passager, et il est important de ne pas considérer une telle réponse comme une condition médicale ou un handicap.

Les services de santé mentale et soutien psychosocial ne doivent pas être réservés aux personnes présentant des handicaps psychosociaux et intellectuels. Ils doivent s'adresser à tous les membres de la communauté, y compris les personnes handicapées qui sombrent dans le désarroi, à des degrés variés, dans des contextes humanitaires. Toutefois, ce document reconnaît que les personnes souffrant de handicaps psychosociaux et intellectuels font l'objet de formes spécifiques de discrimination structurelles, encourent des risques importants de graves violations des droits de l'homme, et sont en outre largement sous-représentées dans les instances de prises de décisions. Le secteur de la protection doit suivre de près ce sous-groupe et prendre des mesures en conséquence afin de garantir à ses membres une participation sociale, ainsi qu'une représentation à tous les débats abordant des questions qui constituent pour eux une source de préoccupation.

Les secteurs de la santé et de la protection doivent travailler en étroite collaboration afin de protéger, soutenir, et prendre en charge les personnes dans les prisons, les établissements de prestations sociales et les institutions de thérapie résidentielles, ainsi

¹⁴⁹ IFRC, *Guide pour les activités de santé mentale et de soutien psychosocial* (2018).

que les sans-abris. Ils doivent prendre des mesures pour développer et renforcer les services et structures communautaires, afin d'éviter l'internement et de mettre un terme au traitement coercitif, à la violence, aux abus et autres violations des droits de l'homme dans de tels endroits. Ces formes de mauvais traitements affectent d'une façon disproportionnée les personnes confrontées à des troubles mentaux et celles présentant des handicaps psychosociaux et intellectuels qui ont des exigences plus importantes. Dans le cadre de ses efforts pour fournir soins, soutien et conditions de logement à cette population au sein de la communauté, le secteur de la protection doit également promouvoir un contrôle indépendant et effectif sur tous les établissements, y compris les prisons dans lesquelles les personnes sont détenues, en plus d'assurer un logement approprié aux sans-abris.

Il est très probable que, lors d'une situation d'urgence, les systèmes de santé mentale et de soutien psychosocial dans la région affectée soient perturbés. Dans de nombreux cas, le système pourrait ne pas être suffisamment équipé pour fournir des soins et un soutien communautaires fondés sur les droits

de l'homme en matière de santé mentale. Les crises humanitaires représentent une occasion pour investir efforts et ressources dans la mise en place d'un système communautaire complet et bien équipé, en phase avec les normes internationales des droits de l'homme.

En pratique, il est souvent difficile, durant une situation d'urgence, de répondre convenablement aux besoins des personnes présentant des handicaps psychosociaux et intellectuels, en particulier pour les pays qui n'ont pas ratifié la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Quand les systèmes de santé mentale ne sont pas à base communautaire ou axés sur les droits de l'homme, il est nécessaire de fournir davantage de conseils sur les aspects essentiels de la prise en charge et du soutien, et ce à tous les niveaux, y compris au sein des communautés et des familles. Par exemple, les programmes de renforcement des capacités doivent se concentrer sur la mise en place de procédures qui garantissent et protègent efficacement le consentement éclairé (notamment pour le traitement), et soutiennent également la prise de décisions et les interventions non coercitives.

Mesures recommandées

Toutes les actions doivent être concertées avec les personnes handicapées (y compris celles présentant des handicaps psychosociaux et intellectuels), leurs familles et les OPH, et ce en étroite collabora-

tion avec les experts et prestataires de services de santé mentale et soutien psychosocial au sein des groupes de travail techniques sur la santé mentale et le soutien psychosocial.

	Préparation	Réponse	Relance
1. Évaluation, analyse et planification			
Effectuer une évaluation des besoins, en utilisant des outils adaptés pour des approches participatives rapides. Inclure les personnes présentant des handicaps psychosociaux et intellectuels. Intégrer les composantes santé mentale et soutien psychosocial dans d'autres évaluations.	X	X	
Cartographier et évaluer les ressources et le personnel disponibles en matière de santé mentale et soutien psychosocial. Inclure les services et les compétences du personnel (spécialistes et non-spécialistes) dans les différents secteurs. Envisager de recourir à des experts et prestataires provenant des groupes de travail techniques chargés des questions de santé mentale et soutien psychosocial et des OPH, ainsi qu'à des personnes présentant des handicaps psychosociaux et intellectuels.	X	X	X

	Préparation	Réponse	Relance
En utilisant le Programme de l'OMS pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits , cartographier et évaluer toutes les installations sanitaires et les institutions résidentielles de prise en charge dans les régions affectées, ainsi que les prestataires de services traditionnels ou informels pour les personnes handicapées.	X	X	X
Planifier, en se basant sur les conclusions des évaluations, des interventions et programmes en matière de santé mentale et soutien psychosocial. S'assurer que ces derniers répondent aux exigences des personnes handicapées.	X	X	X
Développer ou actualiser les politiques, stratégies, plans et législations concernant la santé mentale au niveau national. S'assurer que le système national de santé mentale et soutien psychosocial est à base communautaire et conforme aux principes des droits de l'homme.		X	X
Développer des plans institutionnels de préparation et de réponse aux situations d'urgence, y compris des plans d'évacuation, lesquels doivent préserver les liens familiaux et communautaires.	X		
2. Mobilisation des ressources			
Mobiliser les ressources budgétaires réservées aux services et réponses liés à la santé mentale et au soutien psychosocial à base communautaire et axés sur les droits de l'homme, qui prennent en compte les personnes handicapées.		X	X
Allouer des budgets et ressources pour déployer des groupes de soutien par les pairs (y compris ceux venant d'autres régions), afin d'aider les personnes présentant des handicaps psychosociaux dans les régions affectées.	X	X	X
S'assurer que les appels à projets, les propositions et notes conceptuelles des projets intersectoriels prennent en considération les questions de santé mentale et soutien psychosocial.		X	X
Établir, autonomiser ou mobiliser des groupes de soutien par les pairs et des groupes de plaidoyer dirigés par les personnes handicapées, et leur apporter un soutien social.	X	X	X
Mobiliser des ressources pour soutenir les activités de proximité ciblant les personnes handicapées qui sont institutionnalisées, qui vivent en réclusion ou qui suivent des thérapies religieuses traditionnelles à domicile. Ces budgets doivent couvrir : les services essentiels, le suivi, les interventions visant à prévenir les violations des droits de l'homme et le processus d'intégration à la communauté.		X	X
Mobiliser des membres influents de la communauté pour mettre en question les normes et attitudes qui perpétuent ou légitiment les violations des droits des personnes handicapées.	X	X	X

	Préparation	Réponse	Relance
3. Mise en œuvre			
Sensibiliser la communauté au handicap et aux droits des personnes handicapées ainsi qu'à l'intégration, y compris celles ayant des handicaps psychosociaux et intellectuels.	X	X	X
Renforcer les capacités des spécialistes et non-spécialistes, y compris les représentants des OPH, les volontaires et les pairs aidants, par le biais de formation devant comporter les cadres de travail sur les droits de l'homme, les approches multidisciplinaires en matière de santé mentale et soutien psychosocial, la prise en charge communautaire, le partage des tâches et les premiers secours d'ordre psychologique.	X	X	X
Renforcer les capacités du personnel humanitaire. Les former à intervenir en situation d'urgence avec les personnes présentant des handicaps psychosociaux.	X	X	X
Intégrer des interventions basées sur les faits en matière de santé mentale et soutien psychosocial dans le système des soins de santé primaires.	X	X	X
Rendre les services de santé mentale et soutien psychosocial à base communautaire et axés sur les droits de l'homme disponibles et accessibles aux personnes handicapées à tous les niveaux de prise en charge. Privilégier le recours à la répartition des tâches.	X	X	X
Rendre les interventions psychologiques fondées sur les faits disponibles et accessibles aux personnes handicapées à tous les niveaux de prise en charge ¹⁵⁰ .	X	X	X
Adopter le Programme de l'OMS pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits pour protéger la vie et la dignité des personnes institutionnalisées, renforcer la surveillance du respect des droits de l'homme, mettre en place des plans d'évacuation institutionnels et préserver les liens familiaux et communautaires lors des évacuations.	X	X	X
Développer des protocoles pour éviter le traitement coercitif, y compris l'internement forcé, la médication forcée, l'électroconvulsivothérapie forcée, ainsi que les contraintes physiques et chimiques.	X	X	X
Prendre des mesures pour assurer que les centres de prise en charge détruits ou inactifs et où les personnes handicapées étaient auparavant institutionnalisées ne sont pas rouverts ou réaménagés lors de la phase de relance. Prôner un système de santé mentale et soutien psychosocial complet à base communautaire et axé sur les droits de l'homme.			X

¹⁵⁰ Par exemple, Gestion des problèmes Plus, Psychothérapie Interpersonnelle de la dépression

	Préparation	Réponse	Relance
4. Coopération			
Se coordonner avec les groupes de travail techniques chargés des questions de santé mentale et de soutien psychosocial qui sont actifs sur le terrain, afin de garantir l'intégration des personnes handicapées dans les réponses en matière de santé mentale et soutien psychosocial.		X	X
Renforcer la collaboration intersectorielle pour s'assurer que les programmes de santé mentale et soutien psychosocial incluent (au minimum) des OPH et des agents œuvrant dans le secteur de la santé, de la protection communautaire, de la protection des enfants et de l'éducation.		X	X
Établir un système efficace de santé mentale et soutien psychosocial à base communautaire qui, prenant appui sur une approche fondée sur les droits de l'homme, fournit d'excellents services, tout en étant soutenu par un système de référencement intersectoriel solide et effectif englobant les ressources communautaires, les guérisseurs traditionnels et les centres religieux.		X	X
Désigner une institution chargée de la promotion de la désinstitutionnalisation pour les personnes handicapées institutionnalisées. Œuvrer à transférer ces personnes vers des logements communautaires qui fournissent un soutien approprié, tout en leur assurant une protection et des soins continus.		X	X
5. Monitoring and evaluation			
Établir un mécanisme de suivi des programmes et services de santé mentale et soutien psychosocial, sur la base du Cadre commun de suivi et d'évaluation concernant la santé mentale et le soutien psychosocial mis en place par le Comité permanent interorganisations.	X	X	X
Impliquer des personnes handicapées, y compris les personnes présentant des handicaps intellectuels et psychosociaux, dans le processus de suivi des programmes et services de santé mentale et soutien psychosocial. Impliquer également leur famille, les personnes d'appui/assistants personnels et les pourvoyeurs de soins, ainsi que les OPH.	X	X	X
Veiller au respect systématique des droits des personnes handicapées, en utilisant le Programme de l'OMS pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits .	X	X	X
Élaborer ou adapter les systèmes de gestion de l'information et des registres d'inscription aux installations. S'assurer que les informations recueillies sont ventilées par âge, sexe et handicap.	X		

Outils et ressources

- CPI, [Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence](#) (2007).
- CPI, [Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence : ce que les acteurs de santé humanitaires doivent savoir](#) (2011).
- CPI, [Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings: What should Camp Coordinators and Camp Manager Actors Know?](#) (2014).
- CPI, [Inter-Agency Referral Guidance Note for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings](#) (2017).
- CPI, [Cadre commun de suivi et d'évaluation concernant la santé mentale et le soutien psychosocial](#) (2017).
- CPI, [Who is Where, When, doing What in Mental Health and Psychosocial Support?](#) (2014, a 4W Tool).
- Groupe de référence de la CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial, [Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know?](#) (2010).
- Sphère, [Le manuel Sphère](#) (2018).
- HCR, [Community-based Protection and Mental Health and Psychosocial Support](#) (2017).
- HCR, [Santé mentale et soutien psychosocial – Directives opérationnelles pour la programmation des opérations auprès des réfugiés](#) (2013).
- Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, [Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible](#), A/HRC/35/21, 28 mars 2017.
- UNICEF, [Operational guidelines on community-based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Three-tiered support for children and families](#) (2018, version préliminaire destinée à être testée sur le terrain).
- OMS et HCR, [Évaluation des besoins et ressources en santé mentale et soutien psychosocial](#) (2012).
- OMS, [L'initiative Quality Rights de l'OMS](#) (2012).
- OMS, [Quality Rights Training Materials](#) (2019).

Maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles, ou les maladies chroniques, sont des maladies de longue durée résultant d'une combinaison de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux. Les exemples les plus répandus sont les maladies cardiovasculaires (tels que les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux), les cancers, les maladies respiratoires (tels la bronchopneumopathie chronique obstructive et l'asthme), le diabète et les troubles mentaux et neurologiques (telle la démence)¹⁵¹. Les personnes handicapées sont parfois plus exposées aux risques

de maladies non transmissibles, étant donné qu'elles sont susceptibles d'être moins actives physiquement, de vivre dans des environnements excessivement protecteurs et d'avoir des régimes alimentaires malsains.

Selon l'OMS, le traitement de ces maladies en situation de crise nécessite de :

1. Traiter les complications sévères qui requièrent une attention particulière en situation d'urgence, et introduire des dispo-

¹⁵¹ Une autre section se penche sur les barrières auxquelles les personnes atteintes de troubles mentaux et psychosociaux font face, tout en reconnaissant l'importance des services liés à la santé mentale et au soutien psychosocial. Voir [Santé mentale et soutien psychosocial](#).

- sitifs additionnels comprenant un mécanisme de référencement.
2. Continuer d'administrer les traitements en cours (par le biais des médicaments, technologies ou équipements).
 3. Effectuer des ajustements pour pallier le déclin des capacités d'adaptation.
 4. Coordonner la prestation des services de soins et de suivi via différents prestataires et dans différents contextes.

Mesures recommandées

	Préparation	Réponse	Relance
1. Évaluation, analyse et planification			
Inclure des données ventilées par sexe, âge et handicap dans l'outil d'évaluation rapide des risques. Documenter le fardeau épidémiologique précrise et les soins disponibles.	X		
Travailler avec la communauté pour identifier les personnes handicapées atteintes de maladies non transmissibles qui sont isolées en raison de la distance géographique, de la stigmatisation ou de la discrimination.	X	X	
Impliquer les OPH dans l'identification des barrières auxquelles les personnes handicapées font face lorsqu'elles accèdent aux médicaments essentiels dont elles ont besoin. Utiliser les fournitures citées dans le Kit sanitaire d'urgence interinstitutions pour le traitement de fond des maladies chroniques.	X	X	
Cartographier et examiner les protocoles, directives et outils de gestion des maladies non transmissibles et s'assurer qu'ils prennent en compte et incluent les personnes handicapées.	X	X	
Cartographier les OPH et les prestataires de services pertinents aux fins d'orientation et de soutien.	X	X	
S'assurer que les principes d'intervention favorisent l'intégration complète des personnes handicapées. Former les agents de santé chargés de la gestion intégrée des maladies non transmissibles en situation d'urgence, afin qu'ils appréhendent et appliquent ces principes.	X	X	X
2. Mobilisation des ressources			
Soutenir le développement d'une budgétisation prenant en compte les maladies non transmissibles. Plaider en faveur de l'obtention de fonds afin de couvrir les coûts nécessaires pour rendre les services liés aux maladies non transmissibles en situation d'urgence disponibles et accessibles aux personnes handicapées.	X	X	

	Préparation	Réponse	Relance
3. Mise en œuvre			
Diffuser à large échelle le Kit sanitaire d'urgence interinstitutions . <i>Faire en sorte qu'il soit disponible aux personnes handicapées.</i>	X		
Concevoir et diffuser le matériel pour la promotion de la santé et la sensibilisation du patient sous de multiples formats accessibles (oral, imprimé, facile à lire/ langue simplifiée, en gros caractères, etc.).	X	X	
S'assurer que les exigences spécifiques des personnes handicapées (pour le traitement de l'épilepsie par exemple) sont pris en compte dans les médicaments, protocoles et procédures de référencement propres aux maladies non transmissibles.		X	
Travailler avec les OPH et les organisations consacrées aux questions du handicap afin d'éliminer les barrières qui empêchent les personnes handicapées de profiter efficacement et rapidement des interventions portant sur les maladies non transmissibles.	X	X	
4. Coordination			
Assurer une participation significative des personnes handicapées aux mécanismes de coordination pour les maladies non transmissibles.	X	X	
S'assurer que les services de santé coordonnent les procédures de référencement intersectorielles pour les personnes handicapées présentant des déficiences découlant de maladies non transmissibles.		X	
5. Suivi et évaluation			
Inclure des indicateurs spécifiques au handicap dans les outils de suivi des maladies non transmissibles et établir des rapports à cet égard.		X	
Assurer le suivi de l'intégration des personnes handicapées dans les programmations et fournitures de services relatives aux maladies non transmissibles.	X	X	X
Inclure des indicateurs spécifiques aux maladies non transmissibles dans les outils d'évaluation rapide, y compris l'Évaluation multisectorielle initiale rapide et les autres outils d'évaluation et de suivi de routine.	X	X	

Outils et ressources

- Health Cluster, [Knowledge Bank](#).
- Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et OMS, [Noncommunicable Diseases in Emergencies](#) (2016).
- OMS, [Publications sur les interventions sanitaires en cas de crise](#).
- OMS, [Integration of NCD care in emergency response and preparedness](#) (2018).
- OMS, [Package of Essential Noncommunicable \(PEN\) Disease Intervention for Primary Health Care in Low-Resource Settings](#) (2010).
- Americares, [Non-Communicable Diseases in Humanitarian Emergencies](#) (2018).



16

Protection

Introduction

Selon le Comité permanent interorganisations (CPI), la protection englobe « toutes les activités visant à obtenir le plein respect des droits de l'individu, conformément à la lettre et à l'esprit des corpus de droits pertinents (à savoir du droit international relatif aux droits de l'homme (DIDH), du droit international humanitaire (DIH) et du droit international relatif aux réfugiés (DIR) »¹⁵². La protection est placée au cœur de toute intervention humanitaire¹⁵³. En outre, le concept de la protection reconnaît que les populations affectées disposent de capacités. En effet, ces populations en question sont des titulaires de droits qui peuvent les revendiquer, et non pas des bénéficiaires passifs de l'aide.

Le manuel Sphère énonce quatre principes de protection qui constituent la base de toute protection dans le cadre d'une réponse humanitaire¹⁵⁴.

- Renforcer la sécurité, la dignité et les droits des populations affectées, et éviter de les exposer à davantage de préjudices.
- Garantir l'accès des populations affectées à une assistance impartiale, proportionnellement à leurs exigences et sans discrimination.
- Aider les populations affectées à se remettre des souffrances physiques et psychologiques résultant des menaces de violence ou de réels

actes de violence, de coercition ou de privation délibérée.

- Aider les populations affectées à faire valoir leurs droits.

Les activités de protection peuvent être :

- Réceptives (visant à empêcher ou arrêter les violations continues des droits).
- Correctives (visant à redresser des violations commises par le passé).
- Encadrantes (instaurant les cadres juridiques et institutionnels d'une part, et renforçant les capacités et la sensibilisation requises pour promouvoir le respect des droits de l'homme d'autre part)¹⁵⁵.



Voir [Gestion des données et informations](#), [Coordination et gestion des camps](#), [Éducation](#), [Sécurité alimentaire et nutrition](#), [Moyens de subsistance](#), [Santé](#), [Abris et établissements](#) et [EHA](#).

¹⁵² CPI, *Human Rights and Natural Disasters: Operational Guidelines and Field Manual on Human Rights Protection in Situations of Natural Disasters* (2008). Voir également la politique de protection du CPI.

¹⁵³ Déclaration des hauts responsables du CPI, *La place centrale de la protection dans l'action humanitaire* (2013).

¹⁵⁴ *Le manuel Sphère* (2018).

¹⁵⁵ CPI, *Human Rights and Natural Disasters: Operational Guidelines and Field Manual on Human Rights Protection in Situations of Natural Disasters* (2008).

Adopter une approche transversale de la protection et de la protection à base communautaire

Une intervention aux fins de protection serait plus forte si elle impliquait les communautés affectées dans les réponses aux menaces auxquelles elles font face. Une protection à base communautaire vise à mettre les populations affectées au cœur des actions et à renforcer les ressources et capacités locales. Les populations affectées sont considérées comme des partenaires à cet égard, plutôt que des bénéficiaires qui ne font que compter sur les acteurs externes. Une telle approche doit être adoptée par tous les sous-secteurs de protection, étant donné qu'elle les aide à identifier les risques à cet égard et à développer des solutions pour y faire face, des solutions qui pourraient d'ailleurs être mises en œuvre avec succès au niveau local.

Ces activités sont menées à travers la généralisation de la protection, l'intégration de la protection et des programmes de protection spécifiques ou spécialisés. Dans un contexte humanitaire, les personnes handicapées font souvent face à des risques exacerbés menaçant la protection, ainsi qu'à de multiples barrières entravant la dénonciation des violations des droits de l'homme et l'accès aux services de protection. Il est donc essentiel de mettre ces personnes au centre des attentions, lors de la conception, la mise en œuvre et le suivi des activités de protection. En outre, les membres de la famille, les pourvoyeurs de soins et les personnes d'appui jouent un rôle crucial dans la vie de plusieurs personnes handicapées. Il est donc très important de les prendre en considération, en analysant les risques liés à la protection et toutes les questions pertinentes, parce qu'ils font souvent partie de la solution, voire des risques.

Le [Groupe mondial de la protection](#) (Global Protection Cluster) inclut plusieurs domaines de responsabilité, à savoir : la protection de l'enfance; la protection liée aux violences sexuelle et basée sur le genre; les

actions en matière de logements, terres et propriétés ; ainsi que l'action antimines. Cette section reflète la structure du GPC.

Termes clés

La **protection transversale** appelée parfois « la programmation sûre » désigne « le processus visant à intégrer les principes de protection et à promouvoir un accès, une participation, une redevabilité, une sécurité et une dignité effectifs dans le cadre de l'assistance humanitaire »¹⁵⁶.

L'intégration de la protection implique « l'incorporation des objectifs de protection dans la programmation d'autres réponses sectorielles (c'est-à-dire au-delà de la réponse du secteur de la protection), afin d'obtenir des résultats en matière de protection »¹⁵⁷.

Les **activités de protection spécifiques** ou les **activités de protection spécialisées**, désignées parfois par « interventions hors programme » sont des activités spécifiques qui aident les personnes à rester en sûreté, à se remettre d'un préjudice qui leur a été causé et à avoir accès à leurs droits¹⁵⁸. Ces activités sont menées par des acteurs humanitaires jouissant d'une expertise spécifique en matière de protection¹⁵⁹.

«**Ne pas nuire**» (*Do no harm* en anglais) est une injonction adressée aux organisations humanitaires pour agir de sorte à ne pas entraîner des conséquences négatives non intentionnelles. Elles doivent éviter de causer du tort et minimiser tout préjudice qu'elles pourraient non intentionnellement causer à cause de leur présence et de l'aide qu'elles fournissent. Les intervenants humanitaires doivent être conscients de cette situation et prendre des mesures pour minimiser les préjudices associés à leur présence sur le terrain et leurs activités¹⁶⁰.

¹⁵⁶ Groupe mondial de la protection, *Protection Mainstreaming Training Package* (2014).

¹⁵⁷ CPI, *Politique du Comité permanent interinstitutions sur la protection dans le cadre de l'action humanitaire* (2016).

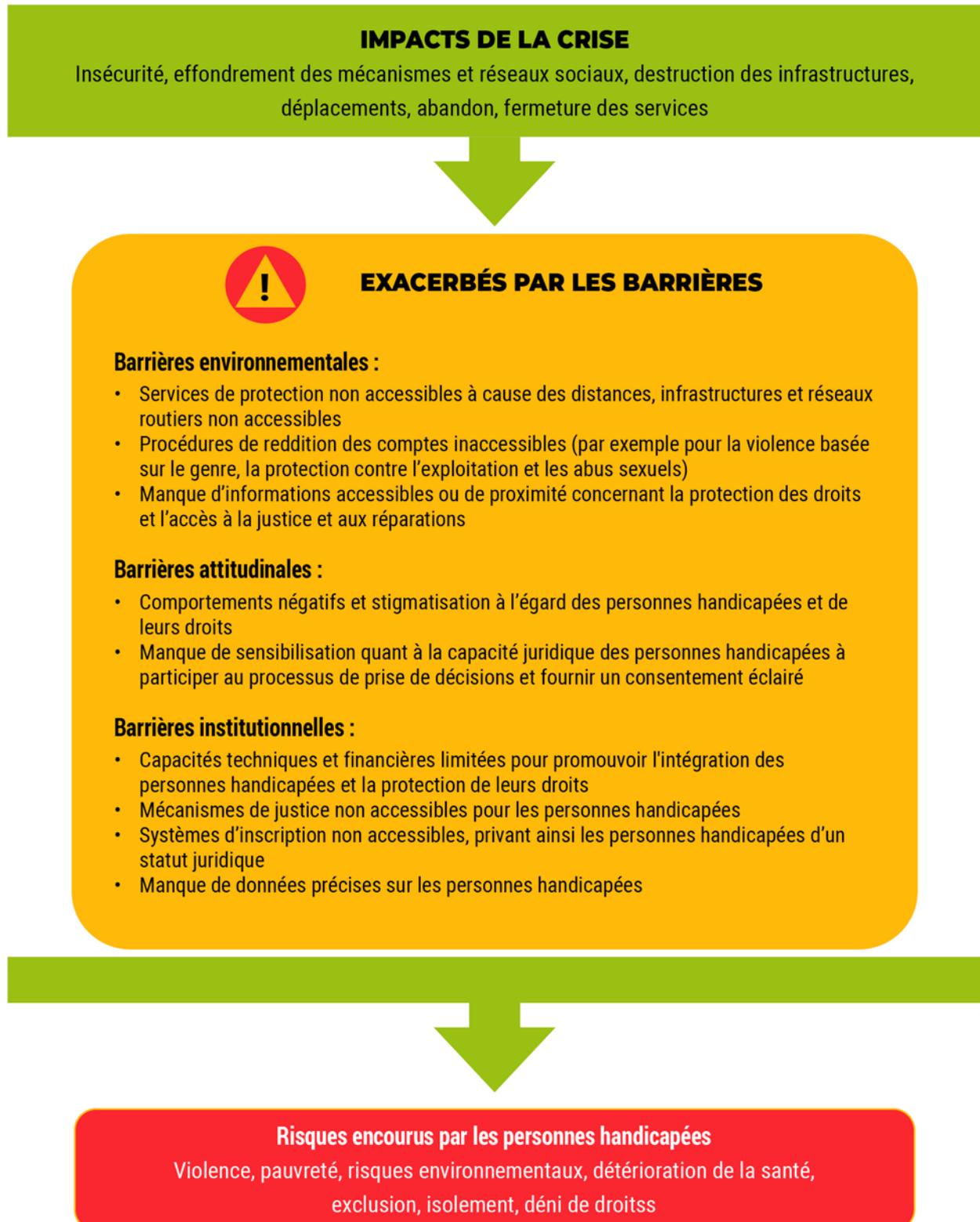
¹⁵⁸ Oxfam et le Groupe mondial de la protection, *Protection: What is it anyway?* (2016).

¹⁵⁹ CPI, *Politique du Comité permanent interinstitutions sur la protection dans le cadre de l'action humanitaire* (2016).

¹⁶⁰ UNICEF, Humanitarian Principles (2004). Voir également : CDA, *The Do No Harm Handbook*.

Diagramme 11. | Barrières à l'accès et à l'intégration au niveau de la protection

COMMENT LES IMPACTS DE LA CRISE SONT EXACERBÉS POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES AU NIVEAU DE LA PROTECTION



Principaux instruments juridiques et autres plans-cadres¹⁶¹

- [Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées](#)
- [Convention relative aux droits de l'enfant](#)
- [Convention sur l'interdiction des mines anti-personnel](#)
- [Convention sur les armes à sous-munitions](#)
- [Convention sur la limitation de l'emploi de certaines armes inhumaines, Protocoles II et V¹⁶²](#)
- [Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes](#)
- [Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale](#)
- [Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels](#)
- [Pacte international relatif aux droits civils et politiques](#)
- [Politique du Comité permanent interinstitutions sur la protection dans le cadre de l'action humanitaire \(2016\)](#)

Normes et directives

- [Le manuel Sphère](#) (2018). Voir la section protection.
- [GPC](#). Voir *Tools and guidelines*.
- HelpAge, CBM, [Handicap International](#), [Normes d'inclusion humanitaire pour les personnes âgées et les personnes handicapées](#) (2018). Voir la section protection.
- [Standards minimums pour la protection de l'enfance dans l'intervention humanitaire](#).

- CPI, [Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire](#) (2015).
- CPI, [Gender-based Violence - Standard Operating Procedures](#) (2008).
- [Inter-Agency Gender-Based Violence Case Management Guidelines](#) (2017).
- CPI et Groupe mondial de la protection, [Caring for Survivors of Sexual Violence](#) (2010).

Éléments clés – mesures incontournables

Les mesures incontournables doivent être prises durant toutes les phases de l'action humanitaire lors de la mise en œuvre de la programmation de protection ciblant les personnes handicapées.

Participation

- Faire en sorte que les personnes handicapées, leurs familles et les OPH soient activement engagées dans l'identification des barrières et des risques menaçant l'accès à la protection.
- S'assurer que les personnes handicapées sont justement représentées et participent utilement au sein des mécanismes formels et informels de protection, y compris les mécanismes de protection à base communautaire (mécanismes de leadership des camps, groupes féminins et groupes de jeunes), en tenant compte des différentes situations de handicap, ainsi que du sexe, de l'âge et de la diversité de chacun. Déployer des efforts concertés afin de promouvoir l'engagement des groupes sous-représentés, y compris les personnes présentant des handicaps intellectuels et psychosociaux, les personnes autochtones, les femmes et les filles.

¹⁶¹ Voir également CPI, [Politique du Comité permanent interinstitutions sur la protection dans le cadre de l'action humanitaire](#), Annexe I: Cadre normatif.

¹⁶² CPI, [Politique du Comité permanent interinstitutions sur la protection dans le cadre de l'action humanitaire](#) (2016)

Levée des barrières

- Identifier et contrôler les barrières qui entravent l'accès des personnes handicapées aux initiatives de protection et prendre des mesures pour mettre les systèmes et services de protection à leur portée. Mener des activités de sensibilisation et trouver d'autres aménagements raisonnables pour atteindre les personnes handicapées incapables de quitter leur domicile.
- Diffuser toutes les informations concernant la protection dans de nombreux formats accessibles, tout en prenant en considération les personnes présentant des handicaps auditifs, visuels, intellectuels et psychosociaux.
- Doter les personnes handicapées dans les Camps des Réfugiés et en Hors Camp de kits de protection.
- Réviser les politiques sectorielles, les directives et les outils pertinents afin de s'assurer que le droit des personnes handicapées à l'accessibilité et à l'intégration y est clairement mentionné.

Autonomisation et renforcement des capacités

- S'assurer que les procédures nécessitent toujours le consentement éclairé des personnes handicapées, y compris celles présentant des handicaps intellectuels et psychosociaux, quand ces dernières doivent prendre des décisions personnelles¹⁶³.
- Rendre les acteurs chargés de la protection, à travers des sessions de formation et de sensibilisation, plus conscients des droits des personnes handicapées et des risques spécifiques à la protection auxquels elles font face. Les équiper avec des outils et approches

pratiques qui renforcent leur protection et leur résilience.

- Cartographier les OPH locales et nationales, évaluer leurs capacités en matière de protection transversale, leur dispenser des formations et leur fournir un soutien en cas de besoin. Les impliquer aussi dans le travail propre aux mécanismes de coordination de la protection.
- Impliquer les personnes handicapées et les organisations qui les représentent dans toutes les activités de mobilisation communautaire et de sensibilisation. Renforcer leurs capacités à identifier et référer les personnes vulnérables à la violence et aux abus, et à prendre des mesures appropriées pour protéger les droits et faire face aux violations¹⁶⁴.

Collecte des données et suivi

- Recueillir et analyser les données relatives à la protection concernant les personnes handicapées, ventilées par sexe, âge et handicap. Adopter cette méthode systématiquement tout au long du cycle du programme humanitaire dans tous les systèmes de gestion de l'information sur la protection, y compris les systèmes de gestion de l'information sur la violence basée sur le genre, la protection de l'enfance et les bases de données nationales de présentation de rapports.
- Recueillir des données et informations sur les barrières entravant la revendication des droits et celles empêchant l'accès aux services de protection.
- Garantir le respect des principes d'éthique et de protection des données (comme la confidentialité, les informations fournies, le consentement éclairé et la sécurité), lors de la collecte

¹⁶³ Voir CICR, *Standards professionnels pour les activités de protection menées par les organismes humanitaires et de défense des droits de l'homme lors de conflits armés et d'autres situations de violence* (2018).

¹⁶⁴ Voir CPI, *Politique sur la protection dans le cadre de l'action humanitaire* (2016). p.2.

et de l'utilisation des données concernant les personnes handicapées¹⁶⁵.

- Partager des informations sur les besoins intersectoriels des personnes handicapées au sein des mécanismes de coordination inter-institutions (eau, hygiène et assainissement, santé, éducation) et assurer une coordination intersectorielle.
- Assurer le suivi des violations des droits des personnes handicapées.
- Capitaliser et diffuser les pratiques prometteuses en matière de protection des personnes handicapées.

Protection

Risques et impacts liés à la protection

- Les personnes handicapées peuvent être victimes de violence et d'abus ciblés en raison de leur handicap¹⁶⁶. Une récente étude portant sur les personnes handicapées dans les contextes humanitaires a démontré que 27 % des personnes interrogées affirment avoir été victimes d'abus physiques, psychologiques ou autres formes d'atteintes, y compris des formes d'abus sexuels¹⁶⁷. La violence ciblant les personnes handicapées peut même aller jusqu'à des attaques physiques et des meurtres¹⁶⁸, en plus de la privation de nourriture et de médicaments, du harcèlement, de la cruauté mentale, de la négligence sévère, de l'enchaînement et du confinement. Ces abus sont souvent commis par des individus connus des personnes handicapées¹⁶⁹. La violence ciblant les personnes handicapées est souvent non dénoncée et non contrôlée,

et rares sont les programmes qui mettent en lumière ces violations ou les combattent.

- Le risque de violations augmente quand les personnes handicapées sont institutionnalisées. De nombreux rapports ont documenté de graves violations commises au sein de ces institutions d'accueil ou d'hébergement contre les droits des adultes et enfants handicapés, en particulier les personnes présentant des handicaps psychosociaux¹⁷⁰. Ces violations prennent la forme d'un traitement inhumain et dégradant, de mauvaises conditions sanitaires, de négligence, d'abus verbal, sexuel et physique, d'assujettissement, ainsi que d'une administration forcée de médicaments¹⁷¹.
- Les personnes handicapées sont plus que les autres privées de documents personnels (tels les certificats de naissance, de mariage et les documents de voyage). Les raisons sont multiples ; il peut s'agir d'une incapacité à inscrire la naissance dans les registres officiels ou d'un déni de capacité juridique (forme de discrimination).
- Les personnes handicapées qui ne sont pas en mesure d'expliquer leur situation peuvent faire face à des risques plus élevés. Ce problème touche tout particulièrement les personnes présentant des handicaps intellectuels et psychosociaux et celles qui ont des difficultés à communiquer. Durant les contrôles de sécurité, par exemple, les personnes handicapées pourraient ne pas être à même de répondre correctement aux questions liées à la sécurité.

¹⁶⁵ Voir CICR, *Standards professionnels pour les activités de protection menées par les organismes humanitaires et de défense des droits de l'homme lors de conflits armés et d'autres situations de violence* (2018). Chapitre 6 sur la gestion des données et informations relatives à la protection, pp.106-148 (version anglaise); et CRDPH, *Article 22(2)*.

¹⁶⁶ Voir OMS, *Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies* (2012); OMS et Banque mondiale, *Rapport mondial sur le handicap* (2011).

¹⁶⁷ Handicap International, *Disability in Humanitarian Context – Views from affected people and field organisations* (2015).

¹⁶⁸ Voir UNICEF, *Violence Against Disabled Children: Summary Report* (2005), p. 6.

¹⁶⁹ *Ibid.*

¹⁷⁰ OMS, *Promoting Rights and Community Living for Children with Psychosocial Disabilities* (2015).

¹⁷¹ Human Rights Watch, *They Stay There Until They Die* (2018); Human Rights Watch, *Chained Like Prisoners* (2015).



PRATIQUES DOMINANTES

Les programmes de protection sont conçus et adaptés de façon à être inclusifs et accessibles à tous, y compris les personnes handicapées. Ils garantissent par exemple l'accès aux programmes de protection et sensibilisent le personnel chargé de la protection aux questions de handicap.



PRATIQUES CIBLES

Les programmes de protection s'adaptent aux besoins individuels des personnes handicapées, en apportant des aménagements raisonnables. Les programmes de vulgarisation, par exemple, atteignent les personnes handicapées qui sont isolées ou lointaines et soutiennent leur participation utile à la prise de décisions qui les concernent.

Les mesures recommandées suivantes aideront les acteurs chargés de la protection à identifier et éliminer les barrières auxquelles les personnes handicapées font face, ainsi que leur famille, les personnes

d'appui et pourvoyeurs de soins, en essayant d'accéder aux programmes relatifs à la protection dans des contextes humanitaires.

Mesures recommandées

	Préparation	Réponse	Relance
1. Évaluation, analyse et planification			
S'assurer que les personnes handicapées participent activement aux évaluations portant sur la protection. Les inclure dans les discussions des groupes de réflexion et les entretiens avec informateurs principaux. Les évaluations doivent aider à identifier les groupes qui font face à un risque élevé de violation des mesures de protection et de discrimination liée au handicap, ainsi que les personnes dont l'accès aux services de protection pourrait être entravé. Inclure les personnes handicapées isolées ou confinées dans leur domicile ou communauté.	X	X	X
S'assurer que la planification prenne en compte les risques auxquels les personnes handicapées font face, les barrières qui les empêchent d'accéder aux services de protection et les mesures spécifiques qui pourraient être requises pour éliminer ces dernières. Consulter les personnes handicapées sur la définition des priorités du secteur de la protection.	X	X	X

	Préparation	Réponse	Relance
2. Mobilisation des ressources			
S'assurer que toutes les propositions et notes conceptuelles identifient et analysent les risques liés à la protection et les capacités des femmes, hommes, filles et garçons handicapés. S'assurer que les interventions cherchent à promouvoir leur protection et participation.	X	X	
Établir des processus de budgétisation inclusive. Allouer des ressources pour améliorer l'accessibilité et l'intégration.		X	X
3. Mise en œuvre			
Développer des activités de sensibilisation et y inclure des initiatives de sensibilisation à base communautaire pour atteindre les individus isolés dans leur domicile ou dans des institutions.	X	X	X
Inclure des études de cas et des discussions sur le handicap dans les principales formations s'adressant au personnel chargé de la protection et des activités de sensibilisation communautaires, aux points relais sur la protection et aux comités de protection.	X	X	
Diffuser des informations à propos de la protection et des mécanismes de traitement des plaintes et de retour d'information, sous de multiples formats accessibles. Prendre des mesures pour inclure les personnes isolées dans leur domicile ou dans des institutions, ou qui comptent sur des personnes d'appui pour communiquer.	X	X	X
Prendre des mesures pour aider les personnes handicapées à obtenir leurs documents personnels. Insister sur l'importance d'inscrire les naissances et mariages dans les registres civils. Mettre en place des centres mobiles d'inscription pour les réfugiés et autres populations déplacées, ainsi que les personnes handicapées, et rendre la gestion des cas juridiques à la portée des personnes handicapées qui n'ont pas d'accès aux registres d'état civil.	X	X	X
Faire en sorte que les services de recherche et de réunification des familles prennent en considération et respectent les souhaits des personnes handicapées qui ont été séparées de leur famille.		X	X
Inclure les résidents des institutions d'accueil ou d'hébergement dans les activités liées à la protection, et s'assurer que ces personnes ont accès à toutes les informations fournies aux autres membres de la population affectée.	X	X	X
Contrôler et dénoncer les violations des droits des personnes handicapées. Inclure la violence ciblée, le traitement médical forcé, la discrimination liée au handicap et les barrières entravant l'accès aux services de protection. Assurer un suivi des cas et éliminer les barrières qui empêchent ou dissuadent les personnes handicapées d'accéder aux services de protection ou de signaler les violations.	X	X	X

	Préparation	Réponse	Relance
Concevoir et mettre en œuvre des interventions de protection pour les personnes handicapées dont les évaluations ont prouvé la vulnérabilité (les évaluations doivent tenir compte des questions de genre et de l'âge).	X	X	X
Travailler avec les OPH et les membres influents de la communauté (chefs traditionnels et religieux, éducateurs et médias locaux) pour remettre en question les normes et attitudes à l'égard des personnes handicapées, qui perpétuent la discrimination et autres violations des droits de l'homme.	X	X	X
Fournir une assistance technique au ministère de la Justice et autres ministères pertinents afin de renforcer les cadres de travail juridiques et de décisions. Garantir la protection des personnes handicapées, en particulier les femmes et les enfants, contre la violence.	X	X	X
4. Coordination			
Inscrire le handicap et la situation des personnes handicapées en tant que point permanent à l'ordre du jour des réunions de coordination en matière de protection.		X	X
Impliquer des personnes handicapées et des OPH dans les réunions de coordination en matière de protection et leur apporter des aménagements raisonnables afin de leur assurer une participation significative.		X	X
5. Suivi et évaluation			
Documenter et faire rapport sur les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de protection qui consistent à atténuer les risques pour les personnes affectées ¹⁷² .		X	X

Outils et ressources

- Site internet du [Groupe mondial de la protection](#).
- [Normes d'inclusion humanitaire pour les personnes âgées et les personnes handicapées](#) (2018).
- CPI, [Operational Guidelines on the Protections of Persons in Situations of Natural Disasters](#) (2011).
- Comité international de la Croix-Rouge, [Standards professionnels pour les activités de protection](#) (2018).
- HCDH, [Suivi de la Convention relative aux droits des personnes handicapées – Guide à l'intention des observateurs des droits de l'homme](#) (2010).
- Oxfam et le Groupe mondial de la protection, [Protection: What is it anyway?](#) (2016).
- HCR, [Understanding Community-Based Protection](#) (2013).
- HCR, [Âge, genre et diversité](#) (2018, révisé).

¹⁷² CPI, [Politique sur la protection dans le cadre de l'action humanitaire](#) (2016).

Violence basée sur le genre

La violence basée sur le genre consiste en « tout acte préjudiciable perpétré contre la volonté d'une personne sur la base de différences entre hommes et femmes assignées par la société (à savoir le genre social). Elle se base sur des actes qui infligent des préjudices ou souffrances physiques, sexuels ou mentaux, sur des menaces de commettre de tels actes, sur la coercition et autres formes de privation de liberté. Ces actes peuvent se passer en public ou en privé »¹⁷³. Les femmes, filles et femmes transgenres sont affectées d'une façon disproportionnée par la violence basée sur le genre, vu les inégalités systématiques qui existent dans toutes les sociétés entre hommes et femmes. Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé, une femme sur trois a souffert de violence sexuelle ou physique, le plus souvent de la part de son partenaire intime¹⁷⁴. Par ailleurs, le terme « violence basée sur le genre » est de plus en plus utilisé par quelques acteurs pour mettre en lumière la dimension sexospécifique de certaines formes de violence à l'égard des hommes et des garçons, en particulier certaines formes de violence sexuelle commises dans le but affiché de renforcer les normes inéquitables de genre pour la masculinité et la féminité. L'on peut citer, parmi les exemples, les actes de violence sexuelle commis lors des conflits armés qui ont pour but d'émasculer ou de féminiser l'ennemi. Cette violence à l'égard des hommes se base sur des idées socialement conçues du concept de masculinité et du pouvoir masculin. Elle est employée par des hommes (et dans de très rares cas par des femmes) pour causer un préjudice à d'autres hommes¹⁷⁵. Enfin, les lesbiennes, homosexuels, bisexuels, transgenres et intersexués pourraient également faire l'objet de violence basée sur le genre, car aucune de ces catégories ne considère « défier les normes sexospécifiques »¹⁷⁶.

Dans les situations d'urgence, certains groupes d'individus au sein des populations affectées sont plus vulnérables à la violence basée sur le genre. Ces individus possèdent souvent moins de capacités

au sein de la société, sont beaucoup plus dépendants des autres pour leur survie, moins en vue dans la communauté ou même marginalisés. Quand d'autres facteurs, tels que l'âge, le handicap, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la religion ou l'ethnicité entrent en jeu avec la discrimination basée sur le genre, le risque de violence basée sur le genre est susceptible d'augmenter¹⁷⁷.

Dans un contexte humanitaire, les femmes, hommes, filles et garçons handicapés font face à de nombreuses formes de discrimination et d'oppression qui s'entrecroisent et se renforcent souvent l'une l'autre, exacerbant le risque de violence qui les menace, y compris la violence basée sur le genre. Les femmes et filles handicapées souffrent plus que les autres de ce type de violence ; le pourcentage des femmes handicapées victimes de violence domestique est deux fois plus élevé, en comparaison avec les autres femmes. Cette violence revêt également des formes uniques, étant donné la discrimination et la stigmatisation associées au genre social d'une part et au handicap d'autre part. Les femmes et filles handicapées sont par exemple plus susceptibles d'être victimes de traitement médical forcé, y compris la stérilisation forcée et autres procédures en lien avec la santé procréative et ce, sans leur consentement.

Risques associés à la violence basée sur le genre durant les crises et vagues de déplacement

- Les femmes et filles handicapées, surtout celles présentant des handicaps auditifs, psychosociaux et intellectuels, font face à un risque plus élevé de violence sexuelle et autres formes de violence basée sur le genre. Les viols fréquents et à répétition de la part de plusieurs auteurs sont la forme la plus répandue de violence basée sur le genre dénoncée.

¹⁷³ Human Rights Watch, *Chained Like Prisoners* (2015)

¹⁷⁴ CPI, *Directives pour l'intégration des interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire : Réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement* (2015).

¹⁷⁵ *Ibid.*, p.5.

¹⁷⁶ *Ibid.*

¹⁷⁷ *Ibid.*

- Les femmes handicapées qui sont exploitées par leurs partenaires ou qui ont des rapports sexuels monnayés font souvent l'objet d'exploitation sexuelle. Les facteurs de risque associés à cette situation comportent l'extrême pauvreté et des besoins de soutien non satisfaits¹⁷⁸.
- La violence sexuelle à l'égard des hommes et des garçons présentant des handicaps intellectuels a été signalée dans de nombreux contextes. Les facteurs de risque sont la race, l'ethnicité et le genre, mettant ainsi en exergue l'intersectionnalité du handicap avec d'autres dimensions de l'identité¹⁷⁹.
- Les filles handicapées font face au risque de mariage précoce, surtout en situation de déplacement prolongé. Le risque découle de l'intersectionnalité de plusieurs facteurs de risque, y compris les pressions socioéconomiques, l'inégalité entre hommes et femmes, l'âge et le handicap¹⁸⁰.

Les femmes pourvoyeuses de soins pourraient faire l'objet de harcèlement en essayant de bénéficier des services ou de l'aide fournis à leur mari ou à un chef de ménage handicapé. Les filles adolescentes pourraient quitter l'école pour aider à dispenser les soins au sein du foyer¹⁸¹. Les membres de la communauté, les autorités ou les intervenants humanitaires pourraient ne pas écouter ou croire les femmes et filles handicapées qui signalent des cas de violence ou qui voudraient négocier des relations sexuelles sûres. Ces formes de harcèlement ou de discrimination restreignent leur accès aux services et exacerbent la stigmatisation, la discrimination et les attitudes et normes préjudiciables. En plus, elles augmentent souvent le risque d'impunité des auteurs de ces actes.

Les mesures recommandées suivantes aideront les acteurs humanitaires chargés des questions de violence basée sur le genre à identifier et éliminer les barrières auxquelles les personnes handicapées font face, ainsi que leur famille, personnes d'appui et pourvoyeurs de soins, en essayant d'accéder aux mécanismes de prévention ou de faire face à cette violence dans des contextes humanitaires.

Mesures recommandées

	Préparation	Réponse	Relance
1. Évaluation, analyse et planification			
S'assurer que les personnes handicapées sont incluses dans les discussions communautaires portant sur la violence basée sur le genre. Les consultations doivent être bien adaptées à l'âge et au genre. Adopter des mesures participatives pour identifier les barrières entravant l'accès et prendre des mesures pour rendre les activités et services portant sur la violence basée sur le genre accessibles aux personnes handicapées ¹⁸² .	X	X	

¹⁷⁸ Cas signalés au Burundi et en Éthiopie.

¹⁷⁹ Cas signalés au Burundi, en Jordanie et au Liban.

¹⁸⁰ Commission des femmes pour les réfugiés-WRC et UNICEF, *Disability Inclusion in Child Protection and Gender-Based Violence Programs in Lebanon* (2018).

¹⁸¹ Cas signalés en Jordanie.

¹⁸² Commission des femmes pour les réfugiés et International Rescue Committee, *Renforcement des capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes contre les violences basées sur le genre dans le contexte humanitaire. Outils à destination des professionnels VBG* (2005). La note d'orientation 1 affirme que les acteurs humanitaires et autres agents chargés de la violence basée sur le genre doivent tenir des consultations communautaires sur les risques de la violence basée sur le genre. 15 à 20 % des membres de la communauté chargés de la conception, du suivi et de l'évaluation des programmes relatifs à la violence basée sur le genre doivent être des personnes handicapées; et ce conformément aux normes internationales pour une collecte sûre des données sur la violence basée sur le genre dans un contexte humanitaire. En d'autres termes, une à deux personnes handicapées de chaque groupe approprié à l'âge et au genre social, ainsi que des personnes aux handicaps différents doivent participer à ce processus. Il serait également opportun d'interviewer en parallèle certains individus. Ces entretiens peuvent avoir lieu dans un endroit choisi par l'interviewé. Il est nécessaire de prendre des mesures pour identifier et atténuer les risques.

	Préparation	Réponse	Relance
Jauger les attitudes et suppositions du personnel chargé de la lutte contre la violence basée sur le genre et des prestataires de services pertinents en ce qui concerne l'intégration du handicap ¹⁸³ .	X	X	
Cartographier les OPH locales. Identifier les groupes représentés et déterminer à quel point les OPH sont capables d'assurer des identifications et référencement surs aux services appropriés pour les survivants de violence basée sur le genre ¹⁸⁴ . Prendre des mesures pour combler les lacunes en matière de capacités.	X	X	
S'assurer que la planification aborde les exigences des personnes handicapées en matière de genre et de handicap, en plus des risques et violations des droits de l'homme auxquels elles font face. Exhorter les personnes handicapées à participer à la définition des priorités du secteur de la violence basée sur le genre.	X	X	X
2. Mobilisation des ressources			
Élaborer des propositions qui traitent les risques de violence basée sur le genre auxquels font face les femmes, hommes, filles et garçons handicapés.	X	X	X
Assurer le financement et préparer des budgets inclusifs qui allouent des ressources permettant d'améliorer l'accessibilité et l'intégration.		X	X
3. Mise en œuvre			
Recruter des personnes handicapées en tant que membres du personnel, volontaires et agents de mobilisation. Prendre des mesures pour assurer une représentation équilibrée entre hommes et femmes dans les activités de lutte contre la violence basée sur le genre ¹⁸⁵ .	X	X	X

¹⁸³ *Ibid.* La note d'orientation 2 affirme que les intervenants humanitaires et autres agents chargés de la violence basée sur le genre pourraient être amenés à croire que les services de prévention et d'intervention en matière de violence basée sur le genre ne sont pas adéquats ou appropriés aux personnes handicapées, ou pourraient craindre de "nuire" s'ils les incluaient dans leurs activités. Les agents qui traitent des cas de violence basée sur le genre pourraient supposer à tort que les survivants présentant des handicaps intellectuels ne sont pas capables de prendre des décisions par eux-mêmes, ils pourraient s'en remettre aux pourvoyeurs de soins pour désigner les types de soutien et de référencement appropriés, ou pourraient ne pas adopter une approche axée sur les survivants. Tous les agents chargés de la lutte contre la violence basée sur le genre doivent être à même de réviser leurs attitudes et suppositions concernant les personnes handicapées et de tenir des conversations ouvertes sur leur travail avec les personnes handicapées. Voir autres outils et ressources.

¹⁸⁴ *Ibid.* La note d'orientation 3 souligne que les Organisations locales de personnes handicapées (OPH) connaissent bien les prestataires de services respectueux des personnes handicapées; ce qui pourrait aider à enrichir et améliorer les procédures opératoires normalisées et les systèmes de référencement. Comme les OPH sont le premier point de contact des survivants handicapés, elles pourraient avoir besoin de formations en matière d'identification et de référencement en toute sûreté. Aller vers les OPH qui sont en contact avec les groupes marginalisés des personnes handicapées, y compris les personnes présentant des handicaps intellectuels et les adolescentes handicapées qui sont exposées à un risque plus élevé de violence basée sur le genre.

¹⁸⁵ *Ibid.* La note d'orientation 4 souligne que les recherches ont démontré que les femmes handicapées sont souvent sous-représentées au sein des structures de leadership communautaire dans un contexte humanitaire. Recruter des femmes handicapées en tant qu'agents mobilisateurs ou assistantes sociales met en lumière leurs préoccupations et suscite une plus grande admiration vis-à-vis des compétences et capacités des personnes handicapées à la fois dans les rangs du personnel humanitaire et au sein de la communauté (WRC/IRC 2015).

	Préparation	Réponse	Relance
Intégrer et inclure des contenus sur les personnes handicapées dans les principaux modules de formation en matière de violence basée sur le genre ¹⁸⁶ .	X	X	
Former les OPH locales, en particulier celles dirigées par des femmes, aux méthodes permettant d'identifier et d'assurer le référencement en toute sûreté des survivants des violences sexuelles.	X	X	X
Consolider les politiques et protocoles au niveau national, y compris les procédures opératoires normalisées, les systèmes de gestion de cas et les systèmes de référencement. Faire en sorte qu'ils adoptent une approche axée sur les survivants et fournissent des soins responsables, compatissants et confidentiels aux survivants handicapés des violences sexuelles.	X	X	X
Établir des mécanismes de traitement des plaintes sûrs, accessibles et confidentiels qui soient conformes aux normes de protection contre les abus sexuels (PSEA) ¹⁸⁷ .	X	X	X
S'assurer que les ingénieurs et les architectes adoptent les principes de la conception universelle lors de la construction des centres, des cliniques de santé, ainsi que des centres d'accueil et systèmes de transport sûrs pour les femmes ¹⁸⁸ .	X	X	X
Faciliter la participation des femmes et filles handicapées aux négociations de paix et efforts de consolidation de la paix, conformément aux engagements internationaux ¹⁸⁹ .			X

¹⁸⁶ Commission des femmes pour les réfugiés et International Rescue Committee, *Renforcement des capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes contre les violences basées sur le genre dans le contexte humanitaire. Outils à destination des professionnels VBG* (2005). La note d'orientation 5 affirme que les personnes handicapées et leurs pourvoyeurs de soins doivent être inclus dans les principaux dossiers de formation en matière de violence sexiste qui doivent également comprendre des études de cas et des exemples portant sur les femmes, enfants et jeunes handicapés. Au fil du temps, le personnel chargé de la lutte contre la violence sexiste doit reconnaître de plus en plus que subvenir aux besoins des personnes handicapées fait partie intégrante de leur travail, et acquérir les compétences nécessaires à cet effet. (Voir la section portant sur les autres outils et ressources).

¹⁸⁷ *Ibid.* La note d'orientation 8 souligne que les ONG, les organisations internationales et le système onusien ont une responsabilité partagée consistant à éradiquer l'exploitation et les atteintes sexuelles commises par leurs personnels. Tous les agents travaillant dans le domaine de l'intervention humanitaire, y compris ceux chargés de la lutte contre la violence sexiste, doivent s'assurer de la capacité des populations affectées à dénoncer les violations du personnel d'une manière sûre, accessible et confidentielle. Voir Doc ONU : 3ST/SGB/2003/13, 9 octobre 2003; voir le [site de la PSEA](#) pour plus d'informations.

¹⁸⁸ *Ibid.* La note d'orientation 6 portant sur le plan universel unifié évoque la mise en place de produits, environnements, programmes et services utilisables par tous dans la mesure du possible, sans avoir à adapter ou à adopter des modèles spécialisés. S'assurer que les bâtiments et installations sont accessibles ne représente que 1 % des coûts de construction. C'est une stratégie beaucoup plus rentable que de réaménager les immeubles et installations ultérieurement.

¹⁸⁹ Cette mesure est en phase avec la résolution 1325 du Conseil de sécurité de l'ONU portant sur les femmes, la paix et la sécurité, qui souligne l'impact démesuré des guerres et des conflits violents sur les femmes et filles, ainsi que le rôle crucial des femmes dans la prévention des conflits, le règlement des conflits, le rétablissement de la paix et la consolidation de la paix. La résolution exhorte tous les acteurs à renforcer la participation des femmes et intégrer une dimension fondée sur le genre social dans tous les efforts des Nations Unies pour la paix et sécurité. Voir « [What is UNSCR 1325?](#) » de l'Institut des États-Unis pour la paix.

	Préparation	Réponse	Relance
4. Coordination			
Inscrire le handicap et la situation des personnes handicapées en tant que point permanent à l'ordre du jour des réunions de coordination en matière de violence basée sur le genre.	X	X	
5. Suivi et évaluation			
Estimer le nombre de personnes handicapées (ventilé par sexe et âge) qui assistent aux activités de lutte contre la violence basée sur le genre ¹⁹⁰ .		X	
Les données provenant des systèmes de gestion de l'information, tel le système de gestion des informations sur la violence basée sur le genre, doivent être ventilées par sexe, âge et handicap, conformément aux pratiques sûres et éthiques de collecte et diffusion des données concernant la violence basée sur le genre. Cette méthode permettra de savoir si des groupes de personnes handicapées de différents genres et âges sont exclus.	X	X	

Outils et ressources

- GBV Area of Responsibility Working Group, *Handbook for Coordinating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings* (2010).
- GBV Area of Responsibility (AoR), *Handbook for Coordinating GBV in Emergencies* (2019).
- GBV Area of Responsibility (AoR), *GBV Minimum Standards on Prevention and Response to GBV in Emergencies* (2019, publication en cours).
- CPI, *Le guide des genres pour les actions humanitaires* (2018).
- CPI, *Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire* (2015).
- *Lignes directrices interinstitutions sur la gestion des cas de violence sexiste en situation humanitaire* (2017).
- FNUAP, *Normes minimales pour la prévention et la réponse à la violence basée sur le genre en situation d'urgence* (2015).
- OMS, HCR et FNUAP, *Clinical Management of Rape Survivors* (2004).
- WRC et ChildFund, *GBV Against Children and Youth with Disabilities* (2016).
- WRC et IRC, *Renforcement des capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes contre les violences basées sur le genre dans le contexte humanitaire* (2015).

¹⁹⁰ Commission des femmes pour les réfugiés et International Rescue Committee, *Renforcement des capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes contre les violences basées sur le genre dans le contexte humanitaire. Outils à destination des professionnels VBG* (2005). La note d'orientation 7 souligne l'importance d'estimer le nombre de personnes handicapées qui bénéficient des services et programmes portant sur la violence basée sur le genre, afin de savoir si les programmes profitent à ceux qui en ont le plus besoin. 15 % au moins de tous les participants à n'importe quelle activité liée à la violence basée sur le genre doivent être des personnes handicapées, mais cette proportion n'est pas toujours atteinte. (WRC/IRC 2015)

- WRC et UNICEF, *Guidance on Disability Inclusion for GBV Partners in Lebanon: Case management of survivors and at-risk women, children and youth with disabilities* (2018).

Protection de l'enfance

Durant les crises humanitaires, les enfants sont plus exposés à la violence, la négligence, l'exploitation et les abus. Leur protection pourrait s'affaiblir en raison des pressions qui pèsent sur les familles¹⁹¹ et de la dégradation des réseaux communautaires. L'impact est d'autant plus fort sur les enfants handicapés car ils font l'objet de stigmatisation et de discrimination, et pourraient avoir un accès restreint aux mécanismes de traitement. Par conséquent, ils font face à un risque plus élevé de violations de leurs droits. Selon l'ancien groupe de travail sur la protection de l'enfance (Child Protection Working Group), « l'exclusion affecte fondamentalement le développement du plein potentiel de l'enfant. Les enfants exclus sont plus vulnérables à la violence, aux abus, à l'exploitation et à la négligence. Les crises humanitaires et les réponses à ces mêmes crises pourraient exacerber les cycles de l'exclusion ou présenter des possibilités de changement »¹⁹².

Les études montrent que le risque d'être victime de violence est de trois à quatre fois plus élevé chez les enfants handicapés que chez les enfants non handicapés¹⁹³. De plus, les enfants handicapés sont victimes de certaines formes de violence spécifiques, comme les violences infligées sous forme de traitement visant à modifier le comportement, la stérilisation forcée des filles handicapées ou l'avortement forcé¹⁹⁴.

Conformément à la définition de l'article premier de la Convention relative aux droits de l'enfant, un enfant est tout être humain âgé de moins de dix-huit ans.

Ladite convention définit quatre principes pour les droits de l'enfant qui sont également de mise lors des actions humanitaires :

- **Survie et développement** : les agents humanitaires doivent prendre en compte l'impact des situations d'urgence et des réponses qu'elles nécessitent sur le développement des enfants.
- **Non-discrimination** : les agents humanitaires doivent s'attaquer aux modes de discrimination et aux rapports de force dans les réponses.
- **Participation de l'enfant** : les agents humanitaires doivent permettre aux enfants de participer pleinement à toutes les étapes du processus de préparation et de réponse humanitaires.
- **Intérêt supérieur de l'enfant** : l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale dans toutes les actions concernant les enfants¹⁹⁵.

Risques et impacts liés à la protection de l'enfance

- Dans de nombreux pays, les enfants handicapés sont souvent placés dans des institutions¹⁹⁶ où ils sont exposés au risque d'abus, d'exploitation et de négligence. Les normes de soins sont d'ordinaire faibles dans ces installations où l'on constate un manque de contrôle. Les auteurs des actes de violence et d'abus sont rarement tenus pour responsables¹⁹⁷.
- Le placement des enfants handicapés dans des institutions d'hébergement exacerbe également le risque de trafic des enfants handicapés. Des études ont conclu que les filles handicapées sont exposées au risque de

¹⁹¹ Groupe de travail sur la protection de l'enfance, *Standards minimums pour la protection de l'enfance dans l'intervention humanitaire* (2019).

¹⁹² *Ibid.*

¹⁹³ Hughes K. et al., « Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies », dans *The Lancet*, 2012, doi:10.1016/S0410-6736(11)61851-5.

¹⁹⁴ UNICEF, *La Situation des enfants dans le monde 2013 : les enfants handicapés* (2013).

¹⁹⁵ Groupe de travail sur la protection de l'enfance, *Standards minimums pour la protection de l'enfance dans l'intervention humanitaire* (2019).

¹⁹⁶ Voir Lumos, *Children in Institutions: the Global Picture* (2017).

¹⁹⁷ African Child Policy Forum, *The African Report on Violence against Children* (2014).

trafic, parce que l'on suppose que leurs déficiences limitent leurs chances de fuir¹⁹⁸.

- Dans les sociétés subsahariennes, les croyances selon lesquelles certaines parties du corps des albinos sont dotées de pouvoirs magiques ont engendré des attaques et actes de mutilation, en particulier à l'égard d'enfants atteints d'albinisme¹⁹⁹.
- Il est très fortement probable que les enfants handicapés ne soient pas inscrits dans les registres de naissance, ce qui les expose à des risques plus nombreux, y compris le mariage précoce et l'apatridie, et pourrait entraver également leur accès à l'éducation, aux soins de santé et aux autres services de base²⁰⁰.
- Les enfants handicapés qui ont été séparés de leurs pourvoyeurs de soins sont particulièrement vulnérables. Les membres de la famille peuvent être les seules personnes à savoir comment pourvoir aux exigences physiques spécifiques de l'enfant et communiquer avec lui²⁰¹. Les enfants handicapés peuvent ne pas être en mesure de communiquer des informations qui sont essentielles pour la recherche et la réunification des familles. Les enfants handicapés non accompagnés peuvent être exclus des systèmes de soins traditionnels si les familles locales ne les acceptent pas.
- Les filles handicapées sont exposées au risque de violence basée sur le genre²⁰², y compris le viol, l'exploitation et les atteintes sexuelles²⁰³. Cette situation pourrait à son tour les exposer au VIH et à une grave négligence²⁰⁴. Les filles handicapées sont également plus exposées au risque de mariage précoce et forcé, même si les recherches à ce sujet sont encore limitées.
- Les enfants handicapés peuvent être amenés à accomplir un travail d'enfants dangereux, y compris être obligés de travailler dans les pires formes de travail des enfants, telles la prostitution et la mendicité.
- Les enfants handicapés, surtout ceux ayant des handicaps intellectuels, ont plus de risques d'être recrutés par les groupes armés.

¹⁹⁸ Leonard Cheshire Disability, *Still left behind: pathways to inclusive education for girls with disabilities* (2017).

¹⁹⁹ Rapport de l'experte indépendante sur l'exercice des droits de l'homme par les personnes atteintes d'albinisme, A/HRC/34/59, 10 janvier 2017, para. 29.

²⁰⁰ HCR, *Travailler avec les personnes handicapées dans les situations de déplacement forcé – Note d'orientation* (2019). Voir également Violence Against Women with Disabilities Working Group, *Forgotten Sisters - A Report on Violence against Women with Disabilities: An Overview of Its Nature, Scope, Causes and Consequences* (2012).

²⁰¹ UNICEF, *La Situation des enfants dans le monde 2013 : les enfants handicapés* (2013).

²⁰² *Ibid.*

²⁰³ Commission des femmes pour les réfugiés, *Gender-based Violence among Displaced Women and Girls with Disabilities* (2012).

²⁰⁴ UNICEF, *Violence against Disabled Children: Summary report* (2005).

Les mesures recommandées suivantes aideront les acteurs humanitaires chargés de la protection de l'enfance à identifier et éliminer les barrières auxquelles les personnes handicapées font face,

ainsi que leur famille, personnes d'appui et pourvoyeurs de soins, en essayant d'accéder aux programmes de protection de l'enfance dans des contextes humanitaires.

Mesures recommandées

	Préparation	Réponse	Relance
1. Évaluation, analyse et planification			
Inclure les filles et garçons handicapés dans les évaluations et consultations, y compris les évaluations rapides de la protection de l'enfance, en utilisant des méthodes adaptées aux tranches d'âge.	X	X	
S'assurer que les enfants handicapés participent activement aux décisions portant sur la protection de l'enfance qui les concernent et s'assurer que les procédures sont confidentielles.	X	X	
Impliquer les enfants handicapés et leur famille dans l'identification des barrières qui entravent l'accès aux interventions de protection de l'enfance et aux espaces adaptés aux enfants. Les exhorter à présenter des propositions permettant d'éliminer les barrières et d'améliorer l'accès.	X	X	X
S'assurer que les équipes chargées de mener des évaluations en matière de protection de l'enfance et de planifier les programmes respectent la parité hommes-femmes, et que la représentation des personnes handicapées au sein de ces équipes est aussi équilibrée entre les sexes.	X	X	
S'assurer que la planification tient compte des exigences et risques spécifiques au handicap. Impliquer les personnes handicapées dans le processus de définition des priorités en matière de protection de l'enfance.	X	X	X
2. Mobilisation des ressources			
S'assurer que toutes les propositions et notes conceptuelles identifient et analysent les risques à la protection de l'enfance et aux capacités des filles et garçons handicapés. S'assurer que les interventions portent sur la protection et promeuvent la participation des filles et garçons handicapés.	X	X	
Assurer le financement. Établir des systèmes de budgétisation inclusive qui allouent des ressources pour promouvoir l'accessibilité et l'intégration.		X	X

	Préparation	Réponse	Relance
3. Mise en œuvre			
Ventiler les données par forme de handicap dans le système de gestion de l'information sur la protection de l'enfance et dans tous les outils de collecte de données (utiliser le Module sur le fonctionnement de l'enfant élaboré par l'UNICEF et le Groupe de Washington).	X	X	
Renforcer les capacités du personnel et des volontaires à appréhender et adopter une approche du handicap fondée sur les droits de l'homme.	X	X	
Fournir formations et soutien aux soignants et pourvoyeurs de soins intérimaires pour les initier aux besoins des enfants handicapés.	X	X	X
Former tous les agents chargés de la protection des enfants aux questions du handicap. Intégrer dans les principales formations, des études de cas et des discussions portant sur la violence, l'exploitation et les abus dont sont victimes les enfants. Impliquer les agents sociaux, les agents de sensibilisation communautaire, le personnel chargé de l'éducation, les agents de santé, les points relais sur la protection et les comités.	X	X	
Choisir des endroits physiquement accessibles pour les activités de protection de l'enfance ; et lorsque cela n'est pas possible, effectuer les ajustements nécessaires et fournir des aménagements raisonnables.	X	X	X
Sensibiliser aux droits des enfants handicapés. Discuter de ces droits avec les enfants (handicapés ou pas), leur famille, les dirigeants communautaires, les responsables religieux, les guérisseurs traditionnels, le personnel chargé de l'éducation et de la santé, et la communauté au sens large.	X	X	X
Déterminer les préoccupations des enfants handicapés en matière de sûreté, telles que le harcèlement, le risque de blessure et les abus physiques ou sexuels. Prendre des mesures pour éliminer ou atténuer ces risques.		X	X
Engager les adolescents et jeunes handicapés dans des activités qui renforcent leur résilience. Favoriser le leadership et consolider les réseaux des pairs. Envisager des activités récréatives, sportives, culturelles, et éducationnelles, ainsi que des initiatives pour les compétences pratiques de la vie courante ²⁰⁵ .	X	X	X
Identifier des mentors handicapés. Les encourager à mettre à profit leur leadership, compétences et capacités pour lutter contre les attitudes négatives vis-à-vis du handicap. Envisager un binôme pour les adolescents et jeunes handicapés et non handicapés.	X	X	

²⁰⁵ Groupe de travail sur la protection de l'enfance, [Standards minimums pour la protection de l'enfance dans l'intervention humanitaire](#) (2019).

	Préparation	Réponse	Relance
Favoriser l'accès aux services d'enregistrement des naissances pour tous les enfants, y compris les enfants handicapés.		X	X
Identifier les enfants vivant dans des institutions d'hébergement, y compris les enfants qui ont été séparés de leur famille et abandonnés lorsque leur communauté a fui les terres. Les engager, quand cela relève de leur intérêt supérieur, dans les processus de recherche et réunification des familles.		X	X
Tenir compte des exigences des enfants handicapés non accompagnés ou séparés de leurs familles qui bénéficient d'une prise en charge de répit ou d'une protection de remplacement.		X	
S'assurer que toute action visant à prévenir et lutter contre les pires formes du travail des enfants intègre les enfants handicapés.		X	X
S'assurer que les systèmes de gestion des cas sont inclusifs. Cartographier leur accessibilité. Former les agents chargés de traiter les cas à travailler avec les enfants handicapés (Renforcer par exemple leurs compétences pratiques en matière de communication accessible, les sensibiliser aux droits des enfants handicapés et aux risques auxquels ces derniers font face).		X	X
Avoir recours à des équipes de sensibilisation itinérantes pour aller vers les enfants handicapés qui ne peuvent pas se déplacer jusqu'aux centres d'inscription ou aux espaces adaptés aux enfants. S'assurer que ces équipes visitent les enfants vivant dans les institutions d'hébergement, y compris les centres de détention.		X	X
Travailler avec les communautés pour inclure les enfants handicapés et leurs parents dans les mécanismes communautaires de protection de l'enfance.	X	X	X
Soutenir les parents et pourvoyeurs de soins des enfants handicapés afin qu'ils bénéficient de l'assistance fournie.	X	X	X
S'assurer que les mécanismes de surveillance et de communication de l'information, y compris le Mécanisme de surveillance et de communication de l'information sur les violations graves commises contre les enfants, signalent les violations des droits des enfants handicapés.		X	X

	Préparation	Réponse	Relance
4. Coordination			
Inscrire les questions relatives aux enfants handicapés en tant que point permanent à l'ordre du jour des réunions du Groupe de coordination de la protection de l'enfance.		X	X
5. Suivi et évaluation			
Intégrer les données sur la protection de l'enfance dans les outils de surveillance des ménages et les ventiler par sexe, âge et handicap. Encourager les groupes de suivi à adopter des outils testés dans des contextes humanitaires, tels que le Module sur le fonctionnement de l'enfant élaboré par l'UNICEF et le Groupe de Washington.		X	

Outils et ressources

- L'Alliance pour la protection de l'enfance dans l'action humanitaire, [Field Handbook on Unaccompanied and Separated Children](#) (2017).
- [Better Care Network](#).
- [Child Protection in Crisis Learning Network](#).
- Child Protection Working Group, [Standards minimums pour la protection de l'enfance dans l'intervention humanitaire](#) (2019).
- Child Protection Working Group, [Inter Agency Guidelines for Case Management and Child Protection](#) (2014).
- GBV Responders' Network, [Caring for Child Survivors](#).
- Groupe mondial de la protection, [Child Protection Working Group](#).
- Comité international de la Croix-Rouge, [Principes directeurs interagences relatifs aux enfants non accompagnés ou séparés de leur famille](#) (2004).
- UNICEF, [Inclure les enfants handicapés dans l'action humanitaire](#).
- UNICEF, [Children With Disabilities In Situations of Armed Conflict](#) (2018).
- WRC et ChildFund, [Gender-base Violence Against Children and Youth with Disabilities: A Toolkit for Child Protection Actors](#) (2016).

Logements, terres et propriétés

Les personnes affectées par les situations d'urgence humanitaire vivent de plus en plus dans des zones urbaines, des établissements humains informels et des centres d'hébergement collectif, plutôt que dans des camps ou des établissements humains planifiés. Les acteurs humanitaires doivent prendre en compte les défis et opportunités que cette évolution présente pour les personnes handicapées déplacées²⁰⁶.

La Déclaration universelle des droits de l'homme a reconnu en 1948 que le logement convenable est un élément du droit à un niveau de vie suffisant. L'article 25 (1) stipule que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ». Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) reconnaît également le droit à un logement adéquat, lequel est perçu comme un droit englobant la sécurité d'occupation, la disponibilité des services, du matériel, des installations et de l'infrastructure, l'abordabilité, l'habitabilité, l'accessibilité, l'emplacement et l'adéquation culturelle²⁰⁷.

Le droit à la propriété doit être interprété comme le droit de toute personne de jouir de son logement, de sa terre et de ses autres propriétés et possessions sans interférence et sans discrimination. Dans un contexte humanitaire, l'exercice de ce droit pourrait impliquer la protection des propriétés et possessions laissées par les personnes fuyant un conflit ou un danger naturel, contre le pillage, la destruction, la prise de possession illégale ou arbitraire, l'occupation ou l'utilisation²⁰⁸.

Les disputes portant sur les logements, terres et propriétés (LTP) sont monnaie courante dans les contextes humanitaires, à cause de l'occupation secondaire, la perte des titres de propriété, les ventes illégales ou forcées, l'absence de sécurité d'occupation et la distribution inégale des terres, ainsi que des plaintes en cours portant sur les terres et propriétés²⁰⁹.

Risques et impacts liés aux logements, terres et propriétés

- Certaines personnes handicapées font face à de multiples formes de discrimination en matière de logements. Les personnes handicapées déplacées pourraient être victimes de discrimination à cause de leur handicap, en plus du racisme et de la xénophobie. Elles pourraient en même temps, durant leur fuite, perdre leurs indispensables mécanismes d'adaptation et être privées d'accès aux structures de soutien vitaux. D'autres pourraient ne plus être en mesure de prétendre à leur droit au logement parce qu'ils ont perdu des documents essentiels à cet effet²¹⁰, ou de contester des pratiques de location discriminatoires parce qu'elles ne jouissent pas du statut juridique nécessaire²¹¹. Par conséquent, les personnes handicapées déplacées pourraient manquer d'hébergement, ne pas être en mesure de louer un hébergement adéquat, être forcées de vivre dans des conditions d'insécurité et d'insalubrité, et être victimes d'éviction²¹².
- Les femmes handicapées font face à des formes multiples et croisées de discrimination, en plus des barrières additionnelles liées au genre qui les empêchent de jouir de leurs

²⁰⁶ Voir, par exemple, le Conseil norvégien pour les réfugiés, *Guidance Note on HLP Issues in Informal Settlements and Collective Centres in Northern Syria* (2017). Le Conseil reconnaît les limites de l'orientation fournie en matière de logements, terres et propriétés dans les établissements humains informels et les centres d'hébergement collectif qui sont répandus en Syrie.

²⁰⁷ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale n°4 : Le droit à un logement suffisant* (Art. 11 (1) du Pacte), 13 décembre 1991.

²⁰⁸ CPI, *Directives opérationnelles de l'IASC sur la protection des personnes affectées par des catastrophes naturelles*.

²⁰⁹ Conseil norvégien pour les réfugiés et IFRC, *The Importance of Addressing Housing, Land and Property (HLP) Challenges in Humanitarian Response* (2016).

²¹⁰ *Ibid.*

²¹¹ ONU-Habitat et HCDH, *Le droit à un logement convenable, fiche d'information n°21 des droits de l'homme (Rev.1)* (2009).

²¹² Conseil norvégien pour les réfugiés et IFRC, *The Importance of Addressing Housing, Land and Property (HLP) Challenges in Humanitarian Response* (2016).

droits relatifs aux LTP. En outre, les veuves, femmes abandonnées et divorcées pourraient ne pas être en mesure de posséder des biens immobiliers ou d'y obtenir accès qu'à travers un homme de leur famille²¹³. Les femmes handicapées qui sont forcées de vivre dans leurs logements dans des conditions d'insécurité sont exposées à un risque plus élevé d'actes de violence, y compris sexuelle²¹⁴.

- Les personnes handicapées sont souvent privées du droit de choisir où et avec qui elles vivent, soit à cause d'une discrimination directe, soit en raison d'une privation de facto du choix. Les femmes sont privées de la possibilité d'effectuer des choix effectifs quand elles n'ont, par exemple, pas accès au transport et autres services, quand elles manquent d'informations nécessaires ou quand elles vivent dans des conditions d'extrême pauvreté²¹⁵.
- Certaines personnes handicapées sont placées contre leur gré dans des institutions ou ne sont pas capables de quitter les institutions dans lesquelles elles ont été placées. Dans les deux cas, elles sont privées de leur droit de choisir indépendamment où vivre. Cela s'applique particulièrement aux personnes présentant des handicaps intellectuels et psychosociaux²¹⁶.
- L'institutionnalisation forcée est souvent le résultat indirect d'autres manquements au respect du droit au logement convenable. Dans certaines sociétés par exemple, l'État ne fournit pas aux personnes handicapées le soutien nécessaire pour leur permettre de vivre au sein de la communauté ; dans d'autres, les loyers sont tout simplement inabordables²¹⁷.
- Le coût du logement peut affecter d'une façon disproportionnée les personnes handicapées qui souvent doivent couvrir des dépenses supplémentaires (pour les soins de santé par exemple) et font face à des barrières qui les empêchent d'accéder au marché de l'emploi²¹⁸.
- Des taux plus élevés de pauvreté et de discrimination pourraient pousser les personnes handicapées à vivre dans des taudis ou des établissements humains informels²¹⁹.
- Le sans-abrisme affecte d'une façon disproportionnée les personnes handicapées. Dans certains cas, ce problème a lieu quand les personnes handicapées sont désinstitutionnalisées sans être soutenues comme il se doit, pour vivre au sein de la communauté. La pauvreté et la discrimination sont également des causes qui pourraient engendrer ce problème²²⁰.
- Quand leur capacité juridique n'est pas reconnue, les personnes handicapées peuvent ne pas être autorisées à conclure des accords leur permettant de louer ou d'acquérir des biens immobiliers. En outre, elles risquent tout particulièrement d'être victimes de discrimination lorsque ces biens immobiliers leur sont transmis par héritage.

²¹³ Voir, par exemple, le Conseil norvégien pour les réfugiés, *Displaced Women's Rights to Housing, Land and Property* (2018).

²¹⁴ Voir, par exemple, le Conseil norvégien pour les réfugiés, *The Importance of Addressing Housing, Land and Property (HLP) Challenges in Humanitarian Response* (2016).

²¹⁵ ONU-Habitat, *The Right to Adequate Housing for Persons with Disabilities Living in Cities: Towards Inclusive Cities* (2015).

²¹⁶ *Ibid.*

²¹⁷ Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur le logement convenable en tant qu'élément du droit à un niveau de vie suffisant, *Le logement convenable en tant qu'élément du droit à un niveau de vie suffisant ainsi que le droit à la non-discrimination à cet égard*, A/72/251 72b, 12 juillet 2017.

²¹⁸ ONU-Habitat, *The Right to Adequate Housing for Persons with Disabilities Living in Cities: Towards Inclusive Cities* (2015).

²¹⁹ ONU-Habitat et HCDH, *Le droit à un logement convenable, fiche d'information n°21 des droits de l'homme (Rev.1)* (2009).

²²⁰ ONU-Habitat, *The Right to Adequate Housing for Persons with Disabilities Living in Cities: Towards Inclusive Cities* (2015).

Les mesures recommandées suivantes aideront les acteurs humanitaires chargés des questions LTP à identifier et éliminer les barrières auxquelles les personnes handicapées font face, ainsi que leurs

familles, personnes d'appui et pourvoyeurs de soins, en essayant d'accéder aux programmes de logements, terres et propriétés dans des contextes humanitaires.

Mesures recommandées

	Préparation	Réponse	Relance
1. Évaluation, analyse et planification			
À travers des analyses participatives, identifier les barrières qui empêchent les personnes handicapées d'exercer leurs droits relatifs aux LTP. Ventiler les données par sexe et âge. Inclure les personnes vivant dans des institutions.		X	X
Travailler avec les OPH et experts juridiques pour clarifier les formes de discrimination subies par les personnes handicapées. Déterminer les voies de recours juridiques.	X	X	X
Avec l'aide des OPH, cartographier les services locaux (tels les services à domicile et communautaires) qui habilite et aident les personnes handicapées à vivre de façon indépendante.	X	X	X
S'assurer que la planification prend en considération les exigences des personnes handicapées et les risques auxquelles elles font face. Impliquer les personnes handicapées dans la définition des priorités en matière de LTP.	X	X	X
2. Mobilisation des ressources			
S'assurer que les propositions et notes conceptuelles portant sur la capacité juridique et mentale ainsi que les connaissances des notions de droit élémentaires incluent les personnes handicapées.	X	X	
3. Mise en œuvre			
Soutenir les réseaux qui exhortent à accorder aux personnes handicapées l'égalité d'accès aux droits relatifs aux LTP en situation de crise humanitaire. Encourager les campagnes portant sur les droits relatifs aux LTP et celles qui promeuvent les principes de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et ceux de la Charte pour l'inclusion humanitaire des personnes handicapées.		X	X

	Préparation	Réponse	Relance
Intégrer les études de cas et les discussions portant sur le handicap dans les principales formations à destination du personnel chargé des programmes de LTP. Inclure le personnel de sensibilisation communautaire, les points relais et les comités sur la protection.	X	X	X
Accorder la priorité aux groupes les plus vulnérables, y compris les personnes handicapées, en fournissant des abris d'urgence sûrs.		X	
Améliorer l'accessibilité aux logements, aux services et infrastructures liés aux logements, y compris le transport (Voir la section Abris et établissements pour une meilleure orientation).		X	X
Travailler avec les OPH pour mener des activités de plaidoyer en faveur de la restitution des biens immobiliers sans discrimination aucune. Il est nécessaire de reconnaître le droit à la propriété des personnes handicapées qui doivent être en mesure de profiter de l'accès aux informations et à l'aide judiciaire.		X	X
S'assurer que les personnes handicapées peuvent lancer des procédures pour réclamer la restitution de leurs biens et que les procédures de restitution sont accessibles. Fournir des informations et formations pour approfondir les connaissances des notions élémentaires de droit et aider les personnes handicapées qui ont besoin de soutien en vue de compléter les procédures de réclamation ²²¹ .		X	X
Quand les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays sont appelés à présenter des informations sur leur utilisation, appropriation et possession des terres et propriétés dans leurs pays d'origine, ainsi que sur leur résidence sur ces terres et propriétés, s'assurer que les mêmes questions sont posées aux personnes handicapées parmi eux. Ventiler les données par sexe et âge.		X	X
Intégrer les personnes handicapées dans tout processus visant à aider les réfugiés et personnes déplacées dans leur propre pays à avoir accès aux documents relatifs aux LTP.		X	X
Établir des liens entre les personnes déplacées, les OPH et les organisations de la société civile, y compris les associations des locataires, qui promeuvent les droits relatifs aux LTP.		X	X
S'assurer que les mécanismes de suivi et de communication de l'information rendent compte des violations des droits des personnes handicapées relatifs aux LTP.	X	X	X

²²¹ Les principes Pinheiro ont défini des normes internationales pour la restitution des logements, terres et propriétés dans le cas des réfugiés et des personnes déplacées. Voir Centre on Housing Rights and Evictions, *Principes Pinheiro*.

	Préparation	Réponse	Relance
4. Coordination			
Inscrire les questions relatives au handicap et aux personnes handicapées en tant que point permanent à l'ordre du jour des réunions de coordination en matière de LTP.		X	X
Impliquer des personnes handicapées et des OPH dans les réunions de coordination en matière de LTP. Leur fournir des aménagements raisonnables afin de leur permettre d'avoir une participation significative.		X	X
5. Suivi et évaluation			
Intégrer des données sur les personnes handicapées dans les outils de suivi des ménages.		X	

Outils et ressources

- FAO et autres, *Restitution des logements et des biens dans le cas des réfugiés et des personnes déplacées, Principes Pinheiro* (2007).
- CPI, *Cadre conceptuel sur les solutions durables pour les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays* (2010).
- Conseil norvégien pour les réfugiés et IFRC, *The Importance of Addressing Housing, Land and Property (HLP) Challenges in Humanitarian Response* (2016).
- Conseil norvégien pour les réfugiés, *Guidance Note on HLP Issues in Informal Settlements and Collective Centres in Northern Syria* (2017).

Lutte antimines

Les activités de lutte antimines visent à atténuer les risques et préjudices auxquels les civils et les acteurs humanitaires font face²²².

La lutte antimines repose sur cinq piliers, à savoir :

- **Le déminage et la neutralisation des restes des explosifs de guerre (REG)** consistent à avoir recours à des enquêtes techniques ou non pour recueillir des informations sur les engins explosifs et munitions, afin de les éliminer ultérieurement. L'objectif est également d'éradiquer les effets contaminants des mines et restes explosifs de guerre, afin que les civils puissent retourner en toute sûreté à leurs foyers et activités quotidiennes.
- **L'éducation aux risques** englobe des activités (telles que des campagnes d'information, des formations et des activités de liaison avec les communautés) qui réduisent le risque de lésions causées par les engins explosifs, à travers la sensibilisation et la promotion d'une modification des comportements.
- **L'aide aux victimes** a pour but ultime d'aider les personnes handicapées, y compris les victimes des mines, à participer pleinement et effectivement à la société, sur la base de l'égalité avec les autres. Il est donc nécessaire de prendre des mesures à cet égard afin d'atteindre les normes les plus élevées établies en matière de santé, réadaptation, soutien psychoso-

²²² Groupe mondial de la protection, *Mine Action* (2018).

cial, éducation inclusive, protection sociale, travail et emploi, en plus d'une pleine participation et insertion au sein de la société et un niveau de vie suffisant. L'aide se base sur des mesures visant à répondre aux besoins des blessés, survivants, autres personnes handicapées, familles des personnes blessées et tuées, ainsi que des communautés affectées. Les champs d'action incluent les soins médicaux, la réadaptation, le soutien psychosocial, l'insertion sociale, l'éducation inclusive et l'insertion économique, y compris la protection sociale. La collecte des données sur les besoins des victimes est également nécessaire, de même que l'adoption et l'application de lois et politiques pour la protection et promotion des droits des victimes.

La non-discrimination, la reconnaissance des droits de l'homme, le rôle du genre et la prise en compte des contextes de développement sont des principes clés à cet égard. L'article 5 (2a) de la Convention sur les armes à sous-munitions affirme que les programmes d'aide aux victimes ne doivent pas faire de discrimination à l'encontre des victimes des armes à sous-munitions ou parmi celles-ci, ou entre les victimes d'armes à sous-munitions et les personnes ayant souffert de blessures ou présentant une déficience résultant d'autres causes²²³.

- La **destruction des stocks** englobe une large panoplie d'activités menées par les États pour détruire leurs stocks de mines terrestres antipersonnel et d'armes à sous-munitions.
- Le **plaidoyer** se base sur des activités visant à recueillir le soutien nécessaire pour la lutte antimines et convaincre les États membres d'adopter, de ratifier et d'appliquer la Convention sur l'interdiction des mines antipersonnel, la Convention sur les armes à sous-munitions, la Convention sur certaines armes classiques et autres accords internationaux pertinents, comme la CRDPH.

Risques et impacts liés à la lutte antimines

- Les personnes handicapées pourraient souffrir d'un manque d'accès aux programmes de sensibilisation aux risques. Elles peuvent donc ne pas être conscientes des dangers des munitions et des comportements sûrs à adopter pour mitiger ces dangers.
- Les personnes handicapées pourraient être contraintes d'adopter des comportements à risques. Si les latrines ne sont pas disponibles par exemple, elles pourraient être contraintes d'utiliser des zones non dépolluées à la lisière des établissements humains, où les restes des explosifs de guerre sont toujours présents.
- Les personnes handicapées pourraient également avoir moins d'influence que les autres sur les décisions concernant le défrichage et la remise à disposition des terres. En effet, elles pourraient ne pas être associées aux processus de remise à disposition des terres ou aux décisions portant sur la priorisation des terres à défricher, se voir nier l'accès aux terres remises à disposition, et être incapables d'obtenir leur titre de propriété sur les terres en question. Pour toutes ces raisons et bien d'autres, les personnes handicapées pourraient être exclues des possibilités de développement et d'amélioration des moyens de subsistance associés au déminage.

²²³ *Convention sur les armes à sous-munitions* (2008). Voir également le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, *Étude thématique sur les droits des personnes handicapées au titre de l'article 11 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées sur les situations de risque et les situations d'urgence humanitaire*, A/HRC/31/30, 30 novembre 2015, para. 19.

Les mesures recommandées suivantes aideront les acteurs humanitaires chargés de la lutte antimines à identifier et éliminer les barrières auxquelles les personnes handicapées font face, ainsi que leur

famille, personnes d'appui et pourvoyeurs de soins, en essayant d'accéder aux programmes de lutte antimines dans des contextes humanitaires.

Mesures recommandées

	Préparation	Réponse	Relance
1. Évaluation, analyse et planification			
Inciter les survivants, les personnes handicapées et les OPH à participer aux efforts visant à comprendre comment les mines et les restes explosifs de guerre affectent les communautés. Les engager dans la définition des priorités pour le déminage et repérage des mines.		X	X
S'assurer que la planification prend en considération les exigences spécifiques des personnes handicapées et les risques auxquels elles font face. Impliquer les personnes handicapées dans la définition des priorités pour le secteur de lutte antimines.	X	X	X
2. Mobilisation des ressources			
S'assurer que les propositions concernant la lutte antimines prennent en considération les personnes handicapées, indépendamment des causes de leurs déficiences.		X	X
3. Mise en œuvre			
Prendre des mesures pour s'assurer que les activités de liaison avec les communautés prennent en considération et impliquent les personnes handicapées, les OPH et les organisations de survivants. Envisager des activités de renforcement des capacités au niveau communautaire afin d'aider les personnes handicapées et les OPH à évaluer les risques, gérer les informations, élaborer des stratégies locales d'atténuation des risques et assurer un plaidoyer en faveur de la lutte antimines et d'autres interventions d'assistance ²²⁴ .		X	X
Intégrer des études de cas et des discussions sur le handicap et l'intégration des personnes handicapées dans les principales formations s'adressant au personnel chargé de la lutte antimines. Inclure le personnel chargé des activités de sensibilisation communautaire, les points relais sur la lutte antimines et les comités concernés.	X	X	

²²⁴ UNICEF et CIDHG, *International Mine Action Standards (IMAS) Mine Risk Education Best Practice Guidebook 1* (2005), et NILAM 04.10, seconde édition, 1 janvier 2003 (telle amendée le 1er décembre 2004).3. 157.

	Préparation	Réponse	Relance
S'assurer que les personnes handicapées sont impliquées dans les décisions concernant la remise des terrains déminés et dépollués aux communautés, ainsi que les décisions concernant l'utilisation de ces terres en question.			X
S'assurer que les réparations ne sont pas remplacées par des régimes de protection sociale ²²⁵ .			X
Impliquer les personnes handicapées et les organisations qui les représentent dans la conception, mise en œuvre et évaluation des activités de sensibilisation aux risques, y compris à travers des activités de sensibilisation par les pairs.		X	
S'assurer que les informations sur la sensibilisation aux risques sont disponibles dans de nombreux formats accessibles, et adapter le matériel pédagogique.		X	
Consulter les personnes handicapées et les OPH pour déterminer les voies de communication favorisées.	X	X	
Impliquer les personnes handicapées et les OPH dans la conception et l'organisation d'activités de sensibilisation par les pairs.		X	
4. Coordination			
Engager systématiquement les personnes handicapées dans les forums de coordination sur la lutte antimines.		X	
Se coordonner avec tous les secteurs pertinents pour s'assurer que le référencement des personnes handicapées est effectué indépendamment de la cause de leurs déficiences.		X	X
Faire participer les personnes handicapées et les OPH dans les réunions de coordination de la lutte antimines et leur fournir des aménagements raisonnables afin de leur permettre d'avoir une participation significative.		X	X
5. Suivi et évaluation			
Assurer le suivi des mesures prises pour améliorer l'accès au matériel de sensibilisation aux risques et présenter des informations à ce sujet, en plus d'analyser les différents impacts des mines et restes explosifs de guerre sur le quotidien des personnes handicapées.		X	X

²²⁵ Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Étude thématique sur les droits des personnes handicapées au titre de l'article 11 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées sur les situations de risque et les situations d'urgence humanitaire*, A/HRC/31/30, 30 novembre 2015, para. 12.

Outils et ressources

- Centre international de déminage humanitaire de Genève (CIDHG), [*Guide de l'action contre les mines et les restes explosifs de guerre*](#) (2007).
- Handicap International, [*Fiches pratiques sur l'assistance aux victimes, Comment mettre en œuvre les obligations d'assistance aux victimes ?*](#)
- NILAM, [*Normes internationales de la lutte antimines*](#).
- Site internet de [*Mine Action Area of Responsibility*](#).
- UNICEF et CIDHG, [*IMAS Mine Risk Education Best Practice Guidebook 1: An Introduction to Mine Risk Education*](#) (2005).
- UNICEF, [*Assistance to Victims of Landmines and Explosive Remnants of War: Guidance on Child-focused Victim Assistance*](#) (2014).
- Nations Unies, [*United Nations Policy on Victim Assistance in Mine Action*](#) (2016).
- Nations Unies, [*Directives sur l'égalité entre les sexes dans les programmes de lutte antimines*](#) (2010).
- Nations Unies, [*Stratégie des Nations Unies pour la lutte antimines \(2019-2023\)*](#) (2018).
- Le portail de ressources d'assistance aux victimes du [*Landmine and Cluster Munitions Monitor*](#).



17

Abris et établissements humains

Introduction

Au début d'une situation de crise, l'abri constitue un facteur crucial déterminant pour la survie, tout comme l'approvisionnement en eau, l'assainissement, la nourriture et les soins de santé. L'abri joue un rôle primordial dans l'atténuation de la vulnérabilité et le renforcement de la résilience des communautés²²⁶.

Et avec le secteur de l'abri et de l'établissement humain, il est question de dignité, d'intimité, de sûreté et de sécurité des populations affectées, tout comme il s'agit de la fourniture d'une protection contre les rigueurs du climat.

Durant l'action humanitaire, ce secteur joue aussi un rôle essentiel dans l'intégration des personnes handicapées, au vu de son impact sur l'environnement bâti et les barrières environnementales, et sa grande contribution à la protection personnelle et aux moyens de subsistance.

Il est à noter que le coût découlant de l'investissement dans des abris sans barrières respectueux des principes de la conception universelle lors de la préparation des kits d'abris, est beaucoup moins élevé que le coût d'adaptation des abris après construction. Et les personnes handicapées, tout comme les enfants, les personnes âgées, les malades et les blessés, ont bien conscience des avantages que constituent ces abris sans barrières.

Par ailleurs, les abris devraient être à même d'apporter des solutions conformes aux exigences des personnes en situation de handicap. En outre, ces abris doivent offrir un espace qui convienne aux pourvoyeurs de soins, personnels d'appui et membres de la famille.



Voir la section sur la **P**rotection, surtout la partie portant sur la violence sexuelle et basée sur le genre, ainsi que celle sur les logements, terres et propriétés.

Assurer la coordination avec le secteur **EHA**.

Principaux instruments juridiques et autres cadres de travail

- [Convention relative aux droits des personnes handicapées](#) (Articles 9 et 19 en particulier)
- [Objectif de développement durable 11](#)
- [Habitat III : Nouveau programme pour les villes](#)
- Haut-commissariat des Nations unies aux droits de l'homme et ONU-Habitat, [Le droit à un logement convenable \(Fiche d'information n°21, Rev.1\)](#)

²²⁶ IFRC, *Shelter and Settlements*.

Termes clés

Le terme **abri** désigne « un espace couvert et habitable fournissant un environnement sûr et sain et préservant l'intimité et la dignité de ceux qui y résident ». Avec le temps, cet espace habitable peut évoluer d'un abri d'urgence à un abri durable²²⁷. La fourniture d'assistance en matière d'abris inclut (et souvent, combine) plusieurs modalités et solutions telles que les kits d'abris et les tentes, ainsi que leur distribution, l'assistance en espèces, l'aide au paiement des loyers, la fourniture de matériel de construction, la main-d'œuvre, les travaux de réparation, la formation et l'appui technique, la construction d'abris et de logements, etc. L'assistance en matière d'abris englobe trois phases distinctes de réponse, à savoir la phase d'urgence, la phase de relance et la phase de solutions durables. En réalité, ces trois phases se chevauchent souvent. C'est pourquoi les réponses en matière d'abris sont planifiées et mises en œuvre sous forme d'efforts continus et non interrompus. Dans les situations de conflit, la différence entre les phases devient moins claire, vu que les personnes pourraient être confrontées à des déplacements multiples ou prolongés.

Les **établissements** sont des structures à dimension sociale, économique, géographique et souvent politique et administrative au sein desquelles les êtres humains vivent et interagissent. Dans les contextes humanitaires, les établissements peuvent être classés selon leur superficie, leur durée (temporalité), leur condition et leur légitimité²²⁸.

Les **abris de transition** sont des abris mis sur pieds rapidement post-catastrophe, fournis aux ménages et construits avec du matériel qui pourrait être amélioré ou réutilisé dans des structures plus permanentes, ou transféré d'un emplacement temporaire à un autre permanent. Le but est de faciliter la transition des populations affectées vers des formes d'abri plus durables²²⁹.

Les **abris d'urgence** sont le fruit d'un appui immédiat de base en matière d'abris qui est nécessaire pour assurer la survie des personnes affectées par les crises. Ils se basent sur des solutions de réponse rapides, telles que la distribution d'articles associés à l'abri (bâches, cordes, kits, trousse à outils, tentes, matériau d'isolation), ainsi que la construction d'abris temporaires et la distribution d'articles ménagers.

Les **familles d'accueil** pourraient être des amis ou des parents, ou même des familles locales qui offrent un abri temporaire dans leurs propres foyers aux personnes déplacées à la suite de risques naturels ou de conflits. Il s'agit en général d'un arrangement à court terme, mais qui pourrait durer si le déplacement se prolonge²³⁰.

Les **articles non alimentaires** sont des articles autres que la nourriture, utilisés dans un contexte humanitaire dans le cadre de l'aide fournie à ceux affectés par des risques naturels ou des crises. Il peut s'agir de matelas, de draps, de couvertures en plastique, de kits d'hygiène, de ventilateurs ou d'appareils de chauffage, etc.²³¹.



(Voir également la définition de la **conception universelle** et de l'**accessibilité** dans la section intitulée **concepts et définitions clés**).

²²⁷ Selon les documents de l'ONU, du DFID et le Shelter Center sur l'abri ; voir [Abris, Hébergement et Relèvement – Directives \(VBG\)](#).

²²⁸ Feuillet d'information USAID/DFDA Shelter and Settlement Presentation présenté à l'université de Harvard le 19 avril 2018.

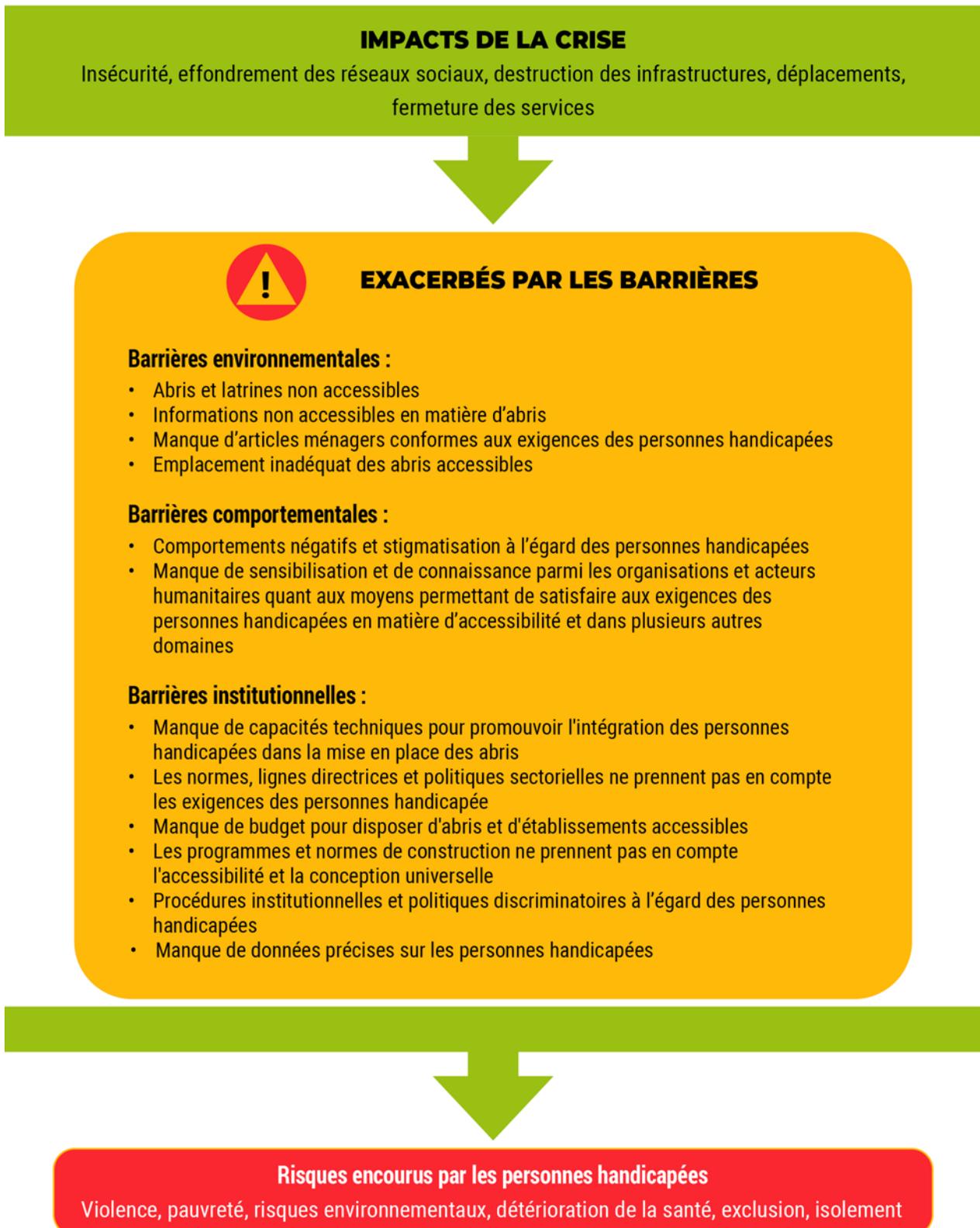
²²⁹ IFRC, [Transitional shelters : Eight designs](#) (2011).

²³⁰ OIM, Conseil norvégien pour les réfugiés et HCR, [Le toolkit de gestion de camp](#) (2015) p.18.

²³¹ Notion adaptée du HCR Syrie, [Non-food items](#).

Diagramme 12. | Barrières à l'accès et à l'intégration dans le cadre des abris et établissements

COMMENT LES IMPACTS DE LA CRISE SONT EXACERBÉS POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES AU NIVEAU DES ABRIS



Barrières

L'abri et l'établissement humain jouent un rôle important dans le soutien de l'intégration et de la participation. Les urgences humanitaires affectent souvent les environnements bâtis et créent de nouvelles barrières qui pourraient être démantelées grâce à la conception et à la construction d'abris et d'établissements humains. Les programmes d'abris et d'établissements inclusifs renforcent la contribution des personnes handicapées à leurs communautés, élargissent leur participation aux consultations et aux processus de prise de décisions et facilitent leur propre protection.

Normes et directives

- [Le manuel Sphère](#) (2018).
- HelpAge, CBM, Handicap International, [Normes d'inclusion humanitaire pour les personnes âgées et les personnes handicapées](#) (2018).
- IFRC, [All Under One Roof: Disability-inclusive shelter and settlements in emergencies](#) (2015).
- AusAid, [Accessibility Design Guide: Universal design principles for Australia's aid programme](#) (2009).
- Handicap International, Népal, [Guidelines for Creating Barrier-free Emergency Shelters](#) (2009).

Éléments clés – mesures incontournables

Les mesures incontournables doivent être prises durant toutes les phases de l'action humanitaire, lors de la mise en œuvre de la programmation relative aux abris et aux établissements humains ciblant les personnes handicapées.

Participation

- Faire en sorte que les personnes handicapées, leur famille et les OPH soient activement engagées, d'une part, dans l'identification des

barrières entravant l'accès des personnes handicapées et, d'autre part, dans la planification, la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et programmes relatifs aux abris et aux établissements.

- S'assurer que les personnes handicapées sont justement représentées, en tenant compte des différentes situations de handicap, ainsi que du genre, de l'âge et de la diversité. Déployer des efforts concertés afin de promouvoir l'engagement des groupes sous-représentés, y compris les personnes présentant des handicaps intellectuels et psychosociaux, les personnes autochtones, les femmes et les filles, dans le cadre des activités formelles et informelles et au sein des processus de prise de décisions et de gouvernance.
- Impliquer les personnes handicapées dans l'élaboration de mécanismes de participation communautaire et de mécanismes de retour d'information et de recours afin de leur assurer un accès sans barrières.

Levée des barrières

- Identifier et surveiller les barrières entravant l'accès des personnes handicapées à l'aide d'urgence et aux mesures qui améliorent leur accessibilité. Mettre en place des aménagements raisonnables et mener des activités de sensibilisation afin de faciliter la pleine intégration des personnes handicapées.
- Adopter les principes de la conception universelle en vue d'installer des abris et de planifier la construction d'établissements humains. Mettre en place des espaces communautaires ombragés ou couverts permettant de se protéger correctement des aléas climatiques.
- Fournir tous les outils d'évaluation et de communication de l'information, ainsi que toutes les informations et communications concernant les abris et établissements dans plusieurs formats accessibles, tout en tenant compte des besoins des personnes présen-

tant des incapacités auditives, visuelles, intellectuelles et psychosociales.

- Mettre en œuvre des stratégies visant à atténuer la stigmatisation liée au handicap. Prendre des mesures afin de sensibiliser la communauté aux droits des personnes handicapées. Mettre sur pied des groupes de soutien par les pairs incluant des personnes qui ont des incapacités psychosociales et intellectuelles et qui militent déjà en faveur de leurs droits.
- Réviser les politiques sectorielles, les directives et les outils pertinents afin de s'assurer que le droit des personnes handicapées à l'accessibilité et à l'intégration y est clairement mentionné.

Autonomisation et renforcement des capacités

- Renforcer les capacités du personnel chargé des abris et établissements. Organiser des séances de formation portant sur les droits des personnes handicapées et les liens entre le handicap, le genre, l'âge, le statut migratoire, la religion et la sexualité.
- Renforcer les capacités des OPH pour leur permettre de coopérer avec des agences chargées des abris et des établissements, d'identifier les outils et ressources, de cerner les défis, les capacités et les priorités, de développer les connaissances en matière d'aide humanitaire et de renforcer la coordination.
- Nouer des partenariats avec des OPH et des personnes handicapées afin d'élaborer des modules et de dispenser des formations.

Collecte des données et suivi

- Recueillir et analyser les données relatives aux abris et établissements portant sur les personnes handicapées, ventilées par genre, âge et handicap. Avoir systématiquement recours à cette méthode tout au long du cycle du programme humanitaire. Lorsque des données fiables ne sont pas disponibles ou ne peuvent pas être recueillies, s'appuyer sur l'estimation de la prévalence mondiale du handicap (15 %) ²³².
- S'assurer que les personnes handicapées et les OPH font partie des principaux informateurs s'agissant des barrières et des facteurs facilitateurs (les informateurs doivent également tenir compte d'autres questions d'ordre plus général, comme l'âge et le genre).

²³² OMS et Banque mondiale, [Rapport mondial sur le handicap](#) (2011).

Les recommandations suivantes suivent une approche à deux voies. Elles permettent de s'assurer que les personnes handicapées, d'une part, jouissent d'une égalité des droits et des chances en matière d'accès aux abris et aux établissements, et,

d'autre part, peuvent contribuer aux efforts visant à éliminer les barrières auxquels elles font face et à promouvoir leur intégration complète, ainsi que leur participation effective et véritable.



PRATIQUES DOMINANTES

Les interventions et programmes relatifs aux abris et établissements sont conçus et adaptés de façon à être inclusifs et accessibles à tous, y compris aux personnes handicapées.



PRATIQUES CIBLES

Les programmes relatifs aux abris, aux établissements et à la distribution d'articles non alimentaires tiennent compte des exigences individuelles des personnes handicapées, notamment dans les interventions d'urgence et de relèvement.

Mesures recommandées

	Préparation	Intervention	Relèvement
1. Évaluation, analyse et planification			
Cartographier les parties prenantes. Inclure les organisations d'intérêt national et les organismes publics relevant du portefeuille des questions relatives au handicap et aux abris (services sociaux, logement, travaux publics, etc.).	X		
Analyser les lacunes en matière d'expertise technique s'agissant de la conception universelle et de l'accessibilité. Faire intervenir des parties prenantes qui pourraient corriger ces lacunes. S'assurer que le recrutement desdites parties prenantes inclut les personnes handicapées et les OPH.	X	X	
Évaluer les efforts récemment déployés en matière d'abris et d'établissements, et mettre en place des interventions qui répondent aux exigences des personnes en situation de handicap. Mettre en place un répertoire de bonnes pratiques contenant, entre autres, des documents et des outils techniques afin de promouvoir l'acquisition de connaissances et l'apprentissage dans ce domaine.	X		

	Préparation	Intervention	Relèvement
Impliquer les OPH dans les évaluations de la vulnérabilité et des capacités (EVC) et les visites de terrain conjointes dans les abris d'urgence désignés.	X		
Avec l'aide des OPH, effectuer des audits de l'accessibilité pour les abris d'urgence. Planifier des adaptations en faveur de l'accessibilité au niveau de la conception pour éliminer les barrières.	X	X	
Tenir compte, dès le début, des besoins des personnes handicapées et intégrer les principes d'intégration du handicap dans toutes les composantes de l'intervention relative aux abris et aux établissements.	X	X	X
Examiner les outils d'évaluation des abris et des établissements et adapter les questionnaires pour qu'ils prennent en compte les personnes handicapées et reflètent les perspectives relatives à l'âge et au genre. (Voir la section portant sur l'identification des Barrières .)	X		
Travailler (le cas échéant) avec des comités de préparation aux situations d'urgence locaux, en conjuguant expérience en matière de handicap et expertise technique.	X		
2. Mobilisation des ressources			
Identifier des membres de votre équipe ou recruter du personnel ayant des connaissances et de l'expérience dans les domaines du handicap et de l'intégration des personnes handicapées.	X	X	X
Établir des budgets inclusifs qui allouent des ressources en vue de promouvoir l'accessibilité et l'intégration ainsi que pour couvrir les coûts d'adaptation des abris et des troussees d'articles non alimentaires, afin de répondre aux exigences des personnes handicapées.	X	X	
3. Mise en œuvre			
Impliquer les OPH et les personnes handicapées dans les consultations portant sur la recherche de solutions d'abris d'urgence adaptées aux personnes en situation de handicap.	X	X	
Identifier et aménager des espaces sûrs pour installer les abris afin d'atténuer les risques en matière de protection auxquels sont exposées les personnes handicapées. Tenir compte tout particulièrement des femmes, des jeunes et des personnes présentant des incapacités psychosociales.		X	X

	Préparation	Intervention	Relèvement
Avec l'aide des OPH, déterminer les meilleures modalités de distribution des trousse d'abris et des trousse d'articles non alimentaires. Options proposées : sites de distribution accessibles, livraisons à domicile, binôme avec d'autres bénéficiaires, transport subventionné, files prioritaires, etc.	X	X	X
Utiliser des rampes mobiles temporaires pour améliorer l'accessibilité. Porter une attention particulière aux grands bâtiments publics et aux points de service, y compris les sites de distribution.		X	X
Placer les ménages comptant des personnes handicapées dans des endroits plus proches des réseaux de soutien, des points d'eau, des installations sanitaires et d'autres points de services.		X	
Consulter les personnes handicapées pour comprendre leurs exigences individuelles s'agissant de l'accessibilité des tentes.		X	
Lors de la mise en œuvre de solutions d'abris durables, donner la priorité aux ménages comptant des personnes handicapées. Ne pas tenir compte de la phase de transition.		X	
Consulter les personnes handicapées pour évaluer l'accessibilité des abris. Réaliser cette analyse à partir des exigences des personnes handicapées vivant dans ces abris. Adapter les abris temporaires en conséquence.	X	X	
Faire en sorte que les stratégies et plans visant à « reconstruire en mieux » tiennent compte de l'accessibilité, adoptent les principes de la conception universelle et accordent une attention particulière à la sécurité des personnes handicapées.			X
4. Coordination			
Coordonner, si possible, les opérations de distribution conjointes avec d'autres secteurs afin d'alléger la charge qui pèse sur les personnes handicapées et leurs réseaux d'appui (préférer, par exemple, les petites distributions séparées).		X	X
En coopération avec d'autres secteurs, identifier les emplacements les mieux adaptés aux ménages comptant des personnes handicapées, ou rapprocher de ces ménages les services essentiels (eau, assainissement, nourriture).		X	
Recourir à des mécanismes de coordination pour identifier les familles d'accueil qui pourraient loger des personnes handicapées.		X	

	Préparation	Intervention	Relèvement
Avec l'aide des OPH, concevoir et construire des abris de transition en ayant recours aux principes de la conception universelle.		X	X
Établir les abris de transition destinés aux personnes handicapées dans des endroits proches des installations sanitaires accessibles, points d'eau et autres points de service. Les rendre accessibles de multiples façons.			X
Lorsque des travaux de réparation et de réaménagement sont requis, effectuer un audit d'accessibilité ainsi qu'une évaluation des dégâts.			X
Identifier des unités pouvant être mises en location, qui sont accessibles et qui ne nécessitent que peu ou pas d'adaptation.			X
Recruter des personnes handicapées dans le secteur du bâtiment et de la construction (voir la section sur les intervention en espèces).		X	X
5. Suivi et évaluation			
Impliquer les personnes handicapées et les OPH dans les processus de suivi. Accorder la priorité aux personnes handicapées vivant dans des abris.		X	X
Rendre les mécanismes de plaintes et de retour d'information accessibles aux personnes handicapées.	X	X	
Contrôler l'accessibilité des abris et des établissements (par le biais d'audits ou de consultations avec les OPH ou les personnes handicapées).		X	
Désigner des personnes handicapées (femmes, hommes, filles et garçons) pour assurer le suivi du travail des groupes. Faire en sorte que le spectre du handicap représenté soit assez large.		X	
Suivre de près les risques en matière de protection auxquels sont exposées les personnes handicapées dans différents emplacements et types d'abris. Assurer un suivi régulier.		X	

Outils et ressources

- CBM, [Practical Ways of Building Inclusive Project Cycle Management: Project planning and design](#).
- GPDD, « [Toolkit for inclusive reconstruction in Haiti](#) » (2010).
- Handicap International, « [Haïti : Abri Transitionnel](#) » (2011).
- Handicap International, [The Disability and Vulnerability Focal Points \(DVFP\)](#) (2014).
- HelpAge International et Handicap International, [A study of humanitarian financing for older people and people with disabilities](#) (2011).
- HelpAge International et IFRC, [Recommandations pour la prise en compte des personnes âgées dans les programmes d'abris d'urgence](#) (2012).
- IFRC, [Transitional shelters: Eight designs](#) (2011).
- IFRC, [Shelter Safety Handbook: Some important information on how to build safer](#) (2011).
- IFRC, [Post-disaster shelter: Ten designs](#) (2013).
- HelpAge International, [Ensuring inclusion of older people in initial emergency needs assessments](#) (2012).
- IFRC, [Lignes directrices pour l'évaluation dans les situations d'urgence](#) (2018).
- HCR et Handicap International, [Need to know guidance 1: Working with persons with disabilities in forced displacement](#) (2011).
- Handicap International Népal, [Guidelines for Creating Barrier-free Emergency Shelters](#) (2009).
- IASC Emergency [Shelter Cluster, Selecting NFIs for Shelter](#) (2008).
- CICR et IFRC, « [Catalogue des articles d'urgence](#) » (2009, 3e édition).
- IFRC, [Le kit « Abris » de la Fédération](#) (2009).
- IFRC, [Shelter Safety Handbook: Some important information on how to build safer](#) (2011).
- IFRC et Oxfam International, [la bâche plastique : Guide des caractéristiques de la bâche plastique et de son utilisation pour les secours humanitaires](#) (2007).
- Handicap International, [Accessibility Assessment of Za'atari Refugee Camp](#) (2012).
- OIM et HCR, [Lignes directrices sur les centres collectifs](#) (2010).
- Jones, H. et Wilbur, J., [Compendium de technologies AEPHA accessibles](#) (2014).
- OIM, Conseil norvégien pour les réfugiés et HCR, [Le toolkit de gestion de camp](#) (2015).
- HCR, [Handbook for Emergencies](#) (2007, 3e édition). Voir chapitre 13 (« Commodities distribution »).
- IFRC, [Évaluation de la vulnérabilité et des capacités](#).
- Ministère de la Justice des États-Unis, [ADA Checklist for emergency shelters](#) (2007).
- AusAid, [Accessibility Design Guide: Universal design principles for Australia's aid programme](#) (2007).
- IDDC, [Make Development Inclusive: Mainsstreaming disability in development coordination](#) (2008).

- Global Shelter Cluster, « *Inclusion of Persons with Disabilities in Shelter Programming Working Group* ».
- Global Shelter Cluster, *Distributions: Shelter Materials, NFI and Cash – Guidance to reduce the risk of Gender-Based Violence*.
- Ministère de la Justice des États-Unis, *Americans with Disabilities Act – Checklist for Polling Places*.



18

Eau, hygiène et assainissement

Introduction

L'accès à l'eau et à l'assainissement fait partie des droits fondamentaux. Ainsi, une eau potable convenable, des services d'assainissement adéquats et des conditions d'hygiène satisfaisantes sont trois facteurs qui contribuent à la bonne santé de l'être humain. C'est pourquoi l'objectif du secteur EHA (« eau, hygiène et assainissement ») est de garantir ce droit pour tous, même en situation de crise. Il est à noter que le secteur EHA ne s'intéresse pas « seulement » à l'eau ; sont également abordées les questions d'hygiène, d'approvisionnement en eau, d'assainissement (gestion des excréments et gestion des déchets solides) et de lutte antivectorielle. Ces efforts s'appuient également sur une expertise dans un large éventail de domaines, tels que l'ingénierie, la santé publique, les communications et la modification des comportements. Nous précisons que la lutte antivectorielle ne sera pas abordée dans cette section, peu d'informations relatives à la pertinence de ce sous-secteur pour les personnes handicapées étant disponibles.

Le besoin en eau varie selon le cadre de vie. S'agissant des personnes handicapées, il convient de prendre en considération divers facteurs et de déterminer notamment si ces personnes vivent dans un environnement urbain ou rural, si la crise est due à un conflit ou à un risque naturel et si les pratiques sociales et religieuses ont une influence sur l'utilisation de l'eau.

En outre, l'utilisation de l'eau influe sur les conditions de protection. Les conflits armés et les inégalités ont des répercussions sur la sécurité de l'approvisionnement en eau, tant au niveau individuel que collectif. La demande croissante en eau, aux fins de consommation et d'usage domestique, ainsi que pour assurer les moyens de subsistance pourrait susciter des inquiétudes en matière de protection. La protection individuelle et la sécurité jouent un rôle important dans le cadre des interventions EHA, révélant les risques associés à la collecte de l'eau, à la pollution hydrique, à la défécation et à la gestion de l'hygiène menstruelle²³³.

Le secteur EHA joue un rôle crucial pour garantir le bien-être des personnes, y compris des personnes handicapées et de leur famille, qui pourraient avoir besoin d'eau en quantités plus importantes, en plus d'articles supplémentaires ou spécifiques d'hygiène, et d'un accès fiable aux infrastructures d'eau et d'assainissement.



Voir la section relative à la **protection**. Les secteurs de la **santé** et de l'**éducation** doivent s'assurer que les parties prenantes du secteur EHA se réfèrent à cette section lorsqu'elles examinent des questions touchant à ce domaine dans les écoles et les centres de santé.

²³³ Sphère, *Le manuel Sphère* (2018). Voir le chapitre « Eau, assainissement et promotion de l'hygiène (WASH) ».

Les personnes handicapées qui vivent isolées ou dans des établissements, ou qui n'ont pas accès aux services essentiels tels que l'éducation, pourraient ne pas avoir connaissance des informations liées au secteur EHA, et par conséquent, être exposées à des risques plus élevés en matière de santé et d'eau, une situation qui pourrait mettre leur vie et celle de leur famille en danger.

Principaux instruments juridiques et autres cadres de travail

- Le [droit à l'eau](#) consiste en « un approvisionnement suffisant, physiquement accessible et à un coût abordable, d'une eau salubre et de qualité acceptable pour les usages personnels et domestiques de chacun »²³⁴.
- [Convention relative aux droits des personnes handicapées](#)
- [Objectif de développement durable 6](#)

Termes clés

L'**hygiène** est la pratique qui consiste, pour les personnes, à rester propres et à assurer la salubrité des installations publiques et, par extension, celle de leurs environnements, en particulier pour prévenir l'apparition de maladies et leur propagation.

La **promotion de l'hygiène** permet de soutenir les engagements et les actions (tant au niveau comportemental que communautaire) visant à réduire le risque d'apparition de maladies. Une composante bien intégrée de promotion de l'hygiène, et adaptée à la culture locale et aux besoins contextuels est essentielle à la réussite de n'importe quel module EHA.

L'**approvisionnement en eau** fait référence à la fourniture d'eau destinée à satisfaire les besoins individuels et ménagers des personnes, à distinguer de l'irrigation et de l'usage industriel de l'eau. Dans certaines situations spécifiques et pour des périodes limitées, cette notion peut aussi inclure l'abreuvement des animaux d'élevage. La quantité minimale

d'eau salubre à fournir en situation d'urgence varie selon le contexte ; entre 5 et 50 litres (ou plus) par habitant et par jour peuvent être nécessaires. L'eau peut être fournie par le biais de compagnies des eaux publiques, d'organisations commerciales formelles ou informelles, d'organisations communautaires ou de particuliers. Par ailleurs, les modalités de gestion de cette ressource dépendent largement du contexte.

L'**assainissement** peut être défini de plusieurs manières. Au sens strict, ce terme fait référence à la mise en place d'installations et de services pour assurer une évacuation sans danger de l'urine et des excréments humains et permettre leur traitement. Au sens large, le terme englobe également le maintien de bonnes conditions d'hygiène, par le biais de services tels que la collecte des déchets et l'évacuation et le drainage des eaux usées.

La **gestion des excréments** fait référence à l'évacuation sans risque des déchets humains, de façon à ne pas contaminer l'environnement, l'eau, la nourriture ou les mains. Les pratiques de défécation étant étroitement liées aux cultures, l'évacuation sans risque des matières fécales humaines est l'une des principales méthodes permettant de briser le cycle de transmission des maladies par voie fécale-orale.

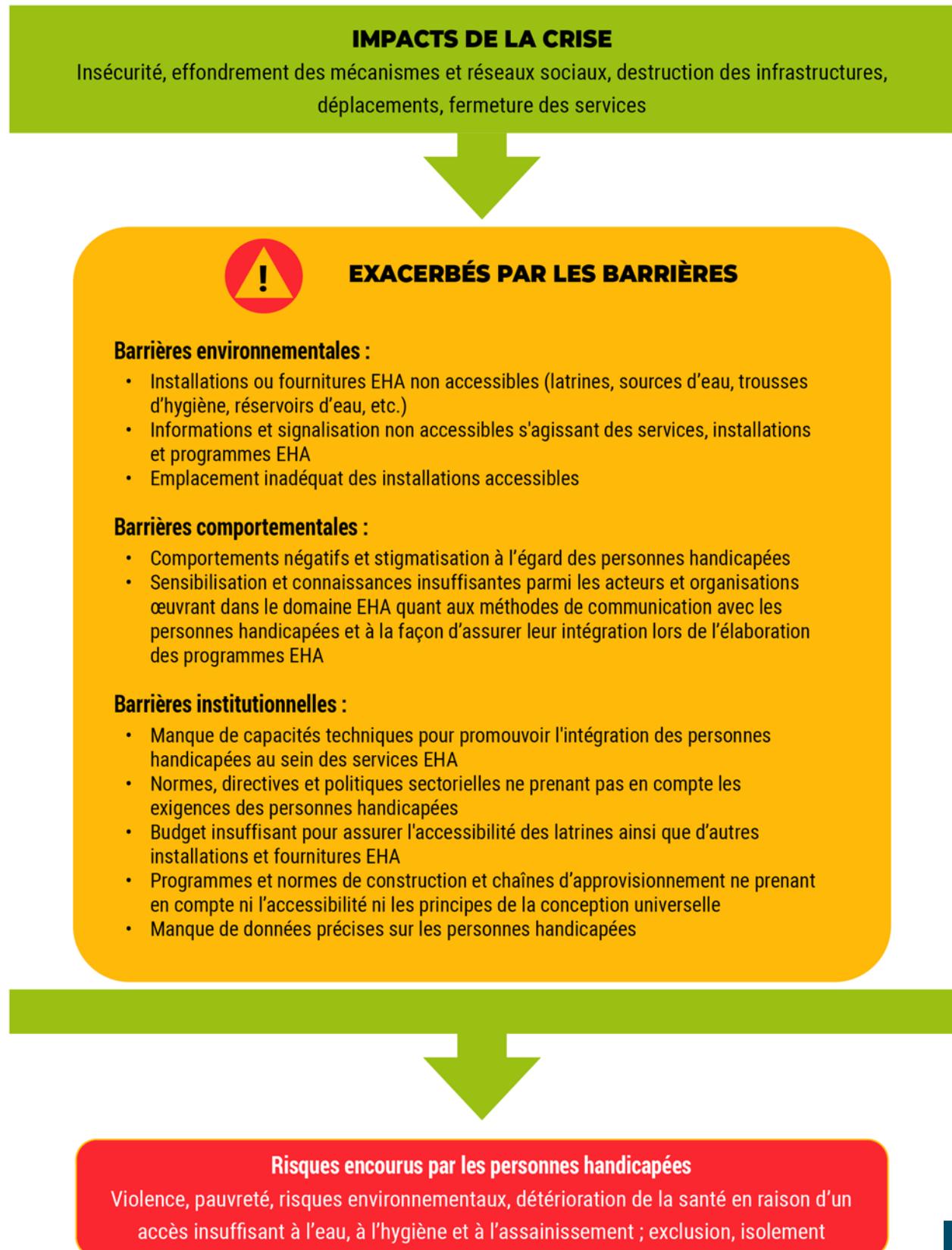
La **gestion des déchets solides** est le processus de collecte et de traitement des déchets solides, généralement assuré par les autorités publiques. La collecte des déchets solides et les systèmes de traitement peuvent toutefois être touchés en situation de crise, requérant alors l'intervention d'acteurs humanitaires.

La **lutte antivectorielle** fait référence à toute action entreprise pour éradiquer les « vecteurs » – ou limiter leur présence –, c'est-à-dire les animaux, y compris les insectes, pouvant transmettre des agents pathogènes infectieux. Lorsqu'aucun traitement efficace n'a encore été trouvé pour soigner une maladie donnée (c'est le cas, par exemple, de la dengue ou des maladies entraînées par le virus Zika et le virus du Nil occidental), la lutte antivectorielle est le seul rempart de protection pour les populations humaines. Plusieurs interventions

²³⁴ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, [Observation générale n°15 \(2002\) – Le droit à l'eau \(art. 11 et 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels\)](#), E/C.12/2002/11, 20 janvier 2003.

Diagramme 13. | Barrières entravant l'accès et à l'intégration dans le cadre des services EHA

LES IMPACTS DE LA CRISE SONT EXACERBÉS POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES AU NIVEAU DES SERVICES EHA



sont mises en place pour lutter contre les vecteurs. Les contrôles environnementaux permettent d'éliminer ou de réduire les espaces physiques où les vecteurs peuvent facilement se reproduire (comme les eaux stagnantes, les déchets solides, les résidus de cuisine et les décombres), ou de limiter le contact des populations avec ces vecteurs (notamment grâce à la distribution de moustiquaires). Les contrôles chimiques s'appuient sur l'action d'agents chimiques (via la pulvérisation ou la fumigation) permettant de repousser ou d'éliminer les vecteurs, voire de perturber leur cycle de reproduction. Dans un contexte humanitaire, le contrôle environnemental est le fruit d'efforts conjoints entre le secteur chargé des abris et le secteur EHA. Le contrôle chimique (et parfois la distribution de moustiquaires) est généralement coordonné par le secteur de la santé.

L'**incontinence** fait référence aux pertes incontrôlables d'urine ou de matières fécales. Source complexe de préoccupations d'ordre sanitaire et social, ce trouble peut entraîner de la stigmatisation, un isolement social et du stress, et priver les personnes touchées d'un accès aux services, notamment à l'éducation, et aux perspectives professionnelles. De nombreuses personnes de différents horizons souffrent d'incontinence à des degrés divers, un problème souvent gardé sous silence.

Le secteur EHA interagit avec la plupart des autres secteurs humanitaires. Les activités menées dans ce domaine peuvent directement améliorer la santé et la protection des personnes handicapées et des populations touchées. À l'inverse, des lacunes en matière d'hygiène et d'assainissement peuvent impliquer des risques importants à la fois pour leur santé et pour leur protection.

Normes et directives

- Sphère, [Le manuel Sphère](#) (2018).
- HelpAge, CBM, Handicap International, [Normes d'inclusion humanitaire pour les personnes âgées et les personnes handicapées](#) (2018).
- Handicap International, [Accessibility for All in an Emergency Context: A guideline to ensure accessibility for temporary infrastructure, WASH](#)

[facilities, distribution and communication activities for persons with disabilities and other vulnerable persons](#) (2009).

Éléments clés – mesures incontournables

Les mesures incontournables doivent être prises durant toutes les phases de l'action humanitaire lors de la mise en œuvre de la programmation EHA ciblant les personnes handicapées.

Participation

- Faire en sorte que les personnes handicapées, leur famille et les OPH soient activement engagées, d'une part, dans l'identification des barrières entravant l'accès des personnes handicapées et, d'autre part, dans la planification, la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et programmes relatifs à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement. Les impliquer dans les processus de prise de décisions.
- S'assurer que les personnes handicapées sont justement représentées, en tenant compte des différentes situations de handicap, ainsi que du genre, de l'âge et de la diversité. Déployer des efforts concertés afin de promouvoir l'engagement des groupes sous-représentés, y compris les personnes présentant des incapacités intellectuelles et psychosociales, les personnes autochtones, les femmes et les filles, dans le cadre des activités formelles et informelles et au sein des processus de prise de décisions et de gouvernance.
- Développer des **partenariats** avec les OPH et d'autres organisations œuvrant dans le secteur EHA. Travailler de concert avec elles pour soutenir les personnes handicapées et promouvoir des services EHA inclusifs.

Levée des barrières

- Identifier et surveiller les barrières entravant l'accès aux installations EHA ainsi que les facteurs favorisant leur accessibilité. S'attacher à garantir qu'au moins 15 % des installations sont entièrement accessibles. Inclure les sources d'eau, les toilettes et les sites de distribution. Réaliser des aménagements raisonnables, à travers, par exemple, la fourniture d'aides techniques, et mener des activités de sensibilisation afin de faciliter la pleine intégration des personnes handicapées dans tous les services et installations EHA.
- Encourager ou obliger tous les prestataires de services EHA à appliquer les principes de la conception universelle lorsqu'ils planifient ou construisent des installations EHA.
- Fournir tous les outils d'évaluation et de communication de l'information, ainsi que toutes les informations et communications concernant les programmes et activités de suivi du secteur EHA (promotion de l'hygiène, lieux et heures de distribution, gestion des sources d'eau) dans plusieurs formats accessibles, tout en tenant compte des besoins des personnes présentant des incapacités auditives, visuelles, intellectuelles et psychosociales²³⁵.
- Mettre en œuvre des stratégies visant à atténuer la stigmatisation liée au handicap. Prendre des mesures afin de sensibiliser la communauté aux droits des personnes handicapées. Mettre sur pied des groupes de soutien par les pairs incluant des personnes qui ont des handicaps psychosociaux et intellectuels et qui militent déjà en faveur de leurs droits.
- Réviser les politiques sectorielles, les directives et les outils pertinents afin de s'assurer que le droit des personnes handicapées à l'accessibilité et à l'intégration y est clairement mentionné.

Autonomisation et renforcement des capacités

- Intégrer des mesures de protection et de sauvegarde dans toutes les interventions EHA. Porter ces mesures à la connaissance des personnes handicapées et leur expliquer comment en bénéficier. Reconnaître les dimensions spécifiques au genre s'agissant de certains risques liés à la protection et à la sauvegarde.
- Renforcer les capacités du personnel travaillant dans le secteur EHA. Organiser des séances de formation portant sur les droits des personnes handicapées et les liens entre le handicap, le genre, l'âge, le statut migratoire, la religion et la sexualité.
- Rendre les acteurs du secteur EHA plus conscients des risques et barrières auxquels les personnes handicapées sont exposées et des moyens de les éliminer conformément aux principes humanitaires.
- Renforcer les capacités des OPH pour leur permettre de mettre sur pied des programmes EHA. Faciliter leur participation significative à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des services.
- Faire participer les personnes handicapées et les OPH à toutes les activités de mobilisation et de sensibilisation communautaires.

Collecte des données et suivi

- Réviser les normes et outils EHA afin de s'assurer qu'ils exigent la collecte de données sur les personnes handicapées, y compris des informations quantitatives et d'autres informations concernant les barrières et facteurs facilitateurs.

²³⁵ HelpAge, CBM, Handicap International, [Normes d'inclusion humanitaire pour les personnes âgées et les personnes handicapées](#). Voir la section relative à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène.

Les recommandations suivantes suivent une approche à deux voies. Elles permettent de s'assurer que les personnes handicapées jouissent d'une égalité des droits et des chances en matière d'accès aux programmes et services EHA, de contribution aux efforts visant à éliminer les barrières auxquelles elles font face et de promotion de leur pleine intégration, ainsi que de leur participation effective.

	
PRATIQUES DOMINANTES	PRATIQUES CIBLES
<p>Les interventions et programmes EHA sont conçus et adaptés de façon à être inclusifs et accessibles à tous, y compris aux personnes handicapées.</p>	<p>Les programmes EHA tiennent compte des exigences individuelles des personnes handicapées (avoir accès à de l'eau en plus grande quantité, à des trousseaux leur permettant de mieux gérer les problèmes d'incontinence, à des sièges pour les toilettes, à des lotions de soin pour la peau, etc.).</p>

Mesures recommandées

Secteur EHA dans sa globalité et approvisionnement en eau

	Préparation	Intervention	Relèvement
1. Assessment, analysis and planning			
Cartographier les OPH et les prestataires de service ; recueillir des données relatives au secteur EHA concernant les personnes handicapées.	X		
Déterminer et analyser les risques et barrières auxquels les personnes handicapées font face lorsqu'elles accèdent aux services, installations et informations EHA. Planifier la prise de mesures pour les atténuer et les éliminer.	X		
Rassembler les normes, pratiques et données sur l'accessibilité relatives au secteur EHA aux niveaux national et international, et les rendre disponibles.	X		
Concevoir ou adapter des structures EHA conformément aux principes de la conception universelle afin d'assurer leur accessibilité.	X		X

	Préparation	Intervention	Relèvement
Réviser les outils d'évaluation rapide concernant le secteur EHA ; s'assurer qu'ils incluent des questions et indicateurs relatifs au handicap.	X		
S'assurer que le matériel pédagogique (à propos de la promotion de l'hygiène par exemple) est diffusé dans plusieurs formats accessibles et peut être fourni de différentes façons.	X		
Former le personnel chargé des initiatives EHA en matière d'intégration du handicap. Prendre en considération les pratiques, normes, outils et conceptions des programmes.	X		
Cartographier l'emplacement des personnes handicapées, avant la construction des installations EHA surtout si certains endroits sont inaccessibles.	X	X	X
S'assurer que les évaluations intersectorielles prennent en compte les données relatives au secteur EHA, ventilées par genre, âge et handicap.		X	
S'assurer que les évaluations techniques relatives au secteur EHA évaluent l'accessibilité des infrastructures.		X	
Consulter les personnes handicapées avant la construction d'installations d'approvisionnement en eau afin de prendre en compte leurs exigences spécifiques. Effectuer ces consultations en même temps que les enquêtes sur les ménages.	X	X	
2. Mobilisation des ressources			
Inclure les personnes handicapées lors de la préparation et de la budgétisation des plans d'intervention humanitaire ou des projets découlant d'appels éclair liés au secteur EHA.		X	
Prévoir les coûts nécessaires pour rendre les services et programmes accessibles.		X	
3. Mise en œuvre			
Prendre en considération les exigences spécifiques des personnes handicapées dans le cadre de la normalisation des trousseaux d'hygiène et de dignité.	X		
Fournir des recommandations et des outils relatifs au secteur EHA. Organiser, si nécessaire, des formations spécifiques à l'intention du personnel chargé de la mise en œuvre.	X	X	

	Préparation	Intervention	Relèvement
En consultation avec les personnes handicapées, définir des notes d'orientation relatives au secteur EHA à l'attention des groupes sectoriels/organisations.		X	
Établir des partenariats avec les OPH et les ONG travaillant sur les questions liées au handicap et au secteur EHA.	X		X
Travailler avec les autorités locales et les OPH pour élaborer des normes EHA dans les écoles, les hôpitaux et les bâtiments publics. Prendre en considération les exigences spécifiques des personnes handicapées lors de l'élaboration de ces normes.			X
Bâtir des installations EHA accessibles aux personnes handicapées en prenant en considération leurs exigences spécifiques.		X	X
Consulter et impliquer les personnes handicapées lorsque les installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement sont mises en place, conçues, construites et maintenues. Effectuer des consultations similaires pour la promotion de l'hygiène.	X	X	X
Adapter la forme et le poids des réservoirs d'eau aux capacités des personnes handicapées ; assurer la disponibilité des réservoirs.	X	X	
4. Coordination			
Inciter les OPH à participer aux groupes de coordination et de travail technique chargés des questions sur le secteur EHA.	X	X	X
Planifier la mise en place d'installations EHA accessibles en consultation avec les acteurs chargés de la coordination et de la gestion de camps ainsi qu'avec les groupes sectoriels chargés des abris. Adopter une procédure similaire pour placer les familles ayant des exigences particulières en matière d'accessibilité dans des endroits proches des installations communautaires.		X	
5. Suivi et évaluation			
S'assurer que les outils de suivi standard préconisés par le secteur rendent compte de l'accessibilité des infrastructures EHA.		X	
Inclure des indicateurs relatifs au handicap dans les suivis quantitatifs et qualitatifs de routine ; les concevoir de façon à pouvoir ventiler les données par forme de handicap.		X	

	Préparation	Intervention	Relèvement
Inclure les personnes handicapées à participer aux réunions portant sur l'examen des « enseignements tirés », aux efforts visant à identifier les bonnes pratiques et à l'adoption de recommandations concernant les programmes EHA.			X
Inclure les personnes handicapées dans les comités EHA. Les encourager à mettre en évidence leurs besoins. S'assurer qu'elles ont accès à suffisamment d'eau et de points d'eau.		X	
Inclure les OPH dans les équipes de suivi.	X	X	

Hygiène

	Préparation	Intervention	Relèvement
1. Évaluation, analyse et planification			
Lors de l'élaboration de supports de communication, inclure des initiatives visant à atténuer la stigmatisation. Adopter des mesures pour éliminer les barrières sociales et physiques ainsi que les obstacles liés à la communication qui empêchent les personnes handicapées d'accéder aux installations et services EHA.	X	X	
Les messages véhiculés doivent être accessibles. Inclure des conseils pratiques sur le maintien de l'hygiène personnelle.	X	X	
Ajouter les articles dont les personnes handicapées ont besoin dans leurs troussees d'hygiène. Inclure des produits de gestion de l'incontinence (couches pour adultes, tissus absorbants en coton, serviettes jetables ou réutilisables, alèses imperméables et lavables, deuxième seau, dose de savon supplémentaire, etc.).	X	X	X
2. Mobilisation des ressources			
Inclure dans le budget les coûts de publication et de diffusion de messages à propos de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement dans plusieurs formats accessibles.	X	X	X

	Préparation	Intervention	Relèvement
3. Mise en œuvre			
Élaborer des messages de promotion de l'hygiène sous plusieurs formats accessibles (à l'oral, sur des supports imprimés, en langue des signes, faciles à lire/en langue simplifiée, etc.).	X	X	
Charger les agents de terrain faisant la promotion de l'hygiène de fournir des informations sur l'eau, l'hygiène et l'assainissement au niveau des ménages. S'assurer que tous les membres des ménages ont accès aux informations communiquées.		X	
Sensibiliser les agents de terrain à l'utilisation et à l'élimination des troussees d'hygiène supplémentaires.	X	X	
Les femmes handicapées pouvant avoir besoin de matériel adaptable et diversifié pour la gestion de l'hygiène menstruelle, ajuster ce matériel pour qu'il puisse répondre à leurs exigences. Envisager de leur fournir des serviettes absorbantes en coton, des serviettes hygiéniques jetables ou réutilisables, des sous-vêtements, du savon, des contenants spéciaux avec couvercle, ainsi que des cordes avec des pinces à linge pour le séchage.	X	X	
S'assurer que les personnes ayant des difficultés de mobilité ont un accès suffisant aux articles et installations liés à l'hygiène, tels que le savon, l'eau et les robinets.		X	
S'assurer que les articles d'hygiène sont distribués en toute sécurité et sont accessibles aux personnes handicapées. Choisir un point de distribution à proximité des populations touchées ; s'assurer qu'il est accessible aux personnes âgées et aux personnes handicapées (en installant par exemple des rampes, des rails et des cordes de guidage vers les points d'eau). Livrer des articles aux personnes handicapées qui ne sont pas en mesure de se rendre aux sites de distribution.		X	
Accorder, si possible, la priorité aux personnes âgées et aux personnes handicapées dans les files d'attente sur les sites de distribution. Mettre en place des files d'attente et des horaires de livraison qui leur sont spécifiques, si elles le préfèrent.		X	X
Installer des sièges et des toilettes, et fournir de l'eau potable et de la nourriture aux sites de distribution. S'assurer que ceux-ci disposent de zones ombragées. Distribuer les fournitures en tenant compte des perspectives de genre et en respectant la dignité des personnes.		X	X

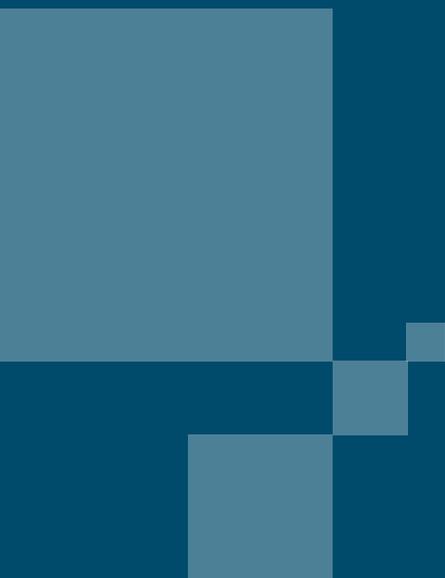
	Préparation	Intervention	Relèvement
4. Coordination			
Diffuser les messages concernant l'hygiène dans plusieurs formats accessibles.	X	X	
S'assurer que les messages portant sur l'hygiène tiennent compte des exigences spécifiques des personnes handicapées.	X	X	
5. Suivi et évaluation			
S'assurer que les personnes handicapées sont impliquées dans les processus de suivi et d'évaluation et que leurs avis sont pris en compte.		X	X

Assainissement (gestion des excréments et gestion des déchets solides)

	Préparation	Intervention	Relèvement
1. Évaluation, analyse et planification			
Déterminer et analyser les risques et barrières auxquels les personnes handicapées font face lorsqu'elles accèdent aux installations EHA. Prendre des mesures pour les atténuer ou les éliminer.	X		
Prévoir l'emplacement d'installations EHA à une distance appropriée les unes des autres et des habitations. Faire en sorte que les installations pour le lavage des mains soient proches des latrines et que les zones communales d'évacuation des déchets soient situées à une certaine distance des habitations.	X	X	
Concevoir des chemins d'accès libres d'obstacles vers les installations d'assainissement.	X		
Prendre des mesures pour rendre les habitations individuelles et les infrastructures communautaires (marchés, centres de santé, écoles, etc.) accessibles. Mettre en place des installations spécifiques pour les personnes handicapées dans les latrines communales.	X	X	X
En l'absence d'évaluations détaillées, supposer que 15 % des installations nouvelles ou réhabilitées doivent être accessibles à tous, y compris aux personnes handicapées.	X		

	Préparation	Intervention	Relèvement
Garantir la consultation des personnes handicapées et de leur famille en ce qui concerne l'évacuation des déchets. Envisager l'utilisation de matériel pour le traitement des excréments, la gestion de l'hygiène menstruelle et la gestion de l'incontinence. Veiller à ce que les dispositifs d'évacuation des déchets soient sûrs, respectent la dignité des personnes et aident à lutter contre la stigmatisation.	X	X	
2. Mobilisation des ressources			
Impliquer les personnes handicapées dans l'établissement du budget des plans d'intervention humanitaire ou des projets découlant d'appels éclair liés au secteur EHA.		X	
S'assurer que les projets et budgets incluent les coûts nécessaires pour rendre les installations et services accessibles.		X	
3. Mise en œuvre			
Organiser des séances de sensibilisation auprès des familles quant à l'importance des toilettes accessibles pour l'indépendance et la dignité des personnes handicapées.		X	
Rendre les cabines de latrines accessibles en installant des rampes et des barres d'appui. S'assurer que les portes sont suffisamment larges pour permettre le passage de fauteuils roulants.		X	X
Veiller à ce que les cabines soient assez larges pour que les personnes en fauteuil roulant puissent aisément disposer d'un espace de manœuvre lorsque les portes sont fermées.		X	X
Installer des robinets positionnés à un bas niveau et faciles à utiliser pour le lavage des mains.		X	X
Installer des réseaux d'évacuation des eaux pour éviter que le sol ne devienne glissant.		X	X
Tenir régulièrement des consultations communautaires sur l'élimination sans risque des déchets et les bonnes pratiques d'hygiène. Consulter la communauté pour définir l'emplacement, la conception et l'adéquation des installations d'assainissement. Prendre en considération les exigences spécifiques des personnes handicapées en matière d'accès : pouvoir se déplacer pour aller aux toilettes, avoir accès aux toilettes et pouvoir s'accroupir ou s'asseoir sur les toilettes.	X	X	X

	Préparation	Intervention	Relèvement
Formuler des recommandations et apporter un soutien aux aidants sur la gestion des matières fécales à domicile. Leur expliquer comment évacuer les excréments de manière hygiénique et sans risque.		X	
Installer des poubelles adaptées aux exigences d'accessibilité spécifiques des personnes en situation de handicap. S'assurer qu'elles sont placées dans un endroit qui leur soit facilement accessible.		X	X
Former les agents humanitaires et les gestionnaires de projets humanitaires à répondre aux besoins des personnes handicapées en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement. S'assurer que la question de l'accessibilité est prise en compte lors de la conception des installations. Les infrastructures doivent être adéquates et faciles à entretenir, et ne doivent pas porter atteinte à la dignité des personnes.	X		
Élaborer des instructions et concevoir des affichages dans plusieurs formats accessibles expliquant comment éliminer les déchets de manière hygiénique et sans risque.	X		
4. Coordination			
S'assurer que les installations des bâtiments publics (comme les écoles et les hôpitaux) comptent un nombre suffisant de latrines accessibles.	X	X	
Consulter des personnes handicapées lors de la conception et de l'établissement des points d'élimination des déchets solides communaux.	X		
5. Suivi et évaluation			
Suivre l'évolution de l'utilisation des latrines par les personnes handicapées. Prendre note du taux (en pourcentage) de personnes affirmant que les toilettes répondent à leurs exigences et du taux de personnes qui n'en sont pas satisfaites. S'appuyer sur ces informations pour améliorer l'hygiène et la qualité des installations et services.		X	X

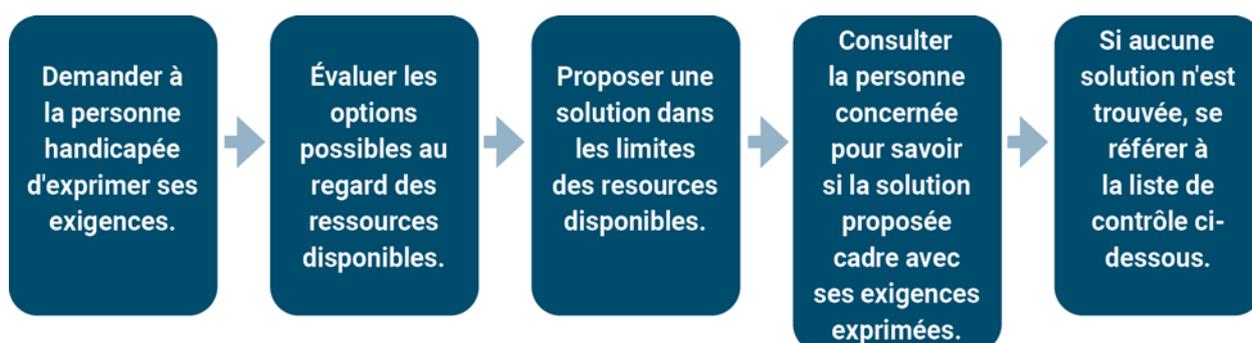


19 Annexes

Annexe 1 | Fournir des aménagements raisonnables

Deux actions sont requises pour fournir des aménagements raisonnables.

1. Identifier ce dont la personne handicapée a besoin pour pouvoir participer (par le biais d'un dialogue interactif)



2. Justifier objectivement le refus concernant un aménagement raisonnable (sans faire preuve d'aucune discrimination).

Examiner toutes les ressources à portée de main. Envisager un achat express auprès de fournisseurs externes. Vérifier que la solution proposée ne satisfait pas aux exigences de la personne concernée.

Si aucune des options disponibles ne satisfait aux exigences de la personne concernée, la non-satisfaction aux exigences de la personne concernée n'est alors pas considérée, dans ce cas précis, comme discriminatoire.

Poser les questions suivantes :	Oui	Non
Est-il impossible de fournir cet ajustement parce qu'il n'est pas disponible ?		
Est-il impossible d'obtenir cet ajustement à temps pour qu'il remplisse son objectif ?		
Est-il illégal de fournir cet ajustement ?		

Questions directrices pour justifier objectivement un refus concernant un aménagement raisonnable

Tout refus concernant un aménagement raisonnable doit reposer sur des critères objectifs et être communiqué dans des délais raisonnables à la personne concernée²³⁶.

Les questions suivantes permettent d'orienter le raisonnement lors de l'évaluation d'une demande d'aménagement raisonnable et de justifier un refus sans faire preuve d'aucune discrimination fondée sur le handicap. Il est à noter que l'évaluation prend fin dès lors qu'une réponse à l'une des questions est négative. En revanche, si une réponse est positive, il convient alors de passer à la question suivante.

1. La fourniture de l'ajustement requis est-elle légale ?

Dans ce contexte précis, on entend par « légalité » le fait qu'aucune barrière légale n'entrave la mise en place de cet ajustement. L'absence d'une réglementation explicite établissant l'obligation de garantir un aménagement raisonnable ne justifie en aucun cas l'inaction, qui peut supposer une discrimination fondée sur le handicap. Le terme « illégalité » doit faire l'objet d'une interprétation stricte et signifie alors qu'une loi ou réglementation interdit la mise en place de l'aménagement proposé (auquel cas les parties concernées doivent tout de même chercher à obtenir des dérogations, lorsque cela est approprié et réalisable).

- **Si l'ajustement est illégal, le refus concernant l'aménagement raisonnable n'est alors pas considéré comme discriminatoire.** (« Cet ajustement ne peut pas être apporté parce que la loi l'interdit ».)
- **Si l'ajustement est légal, passer à la question suivante.**

2. Est-il possible ou envisageable de fournir l'ajustement ? (Est-il possible de répondre à l'exigence formulée ?)

(Cette question cherche à établir s'il est objectivement possible de répondre à l'exigence chaque fois

que cela est nécessaire et en tous lieux. Elle ne vise pas à déterminer si cet ajustement pourrait atteindre le but dans lequel il est apporté ou si les ressources disponibles, y compris les ressources externes pouvant être facilement obtenues, sont disponibles pour couvrir le coût d'un tel ajustement.)

- **S'il s'avère impossible de fournir cet ajustement, le refus concernant l'aménagement raisonnable n'est alors pas considéré comme discriminatoire.** (« Cet ajustement ne peut pas être apporté parce qu'il n'est pas possible ou envisageable d'obtenir le produit ou service requis sur le marché local ou sur n'importe quel autre marché accessible »)

- **Si l'ajustement peut être apporté, passer à la question suivante.**

3. L'ajustement requis est-il nécessaire et approprié ? Est-il à même d'éliminer l'obstacle en question et de permettre à la personne handicapée de réellement exercer ses droits au même titre que les autres personnes ?

(Cette question vise à déterminer si l'ajustement requis pourrait atteindre le but dans lequel il est apporté. Contribue-t-il à l'élimination d'un obstacle particulier permettant, par conséquent, à la personne handicapée concernée d'exercer ses droits au même titre que les autres personnes ?)

- **Si l'ajustement ne peut pas atteindre le but dans lequel il est apporté ou ne permet pas l'exercice des droits de la personne handicapée concernée, le refus concernant l'aménagement raisonnable n'est alors pas considéré comme discriminatoire.** (« Cet ajustement ne peut pas être apporté parce qu'il ne répondra pas à l'objectif auquel il est destiné et ne contribuera pas à l'élimination d'une barrière ».)
- **Si l'ajustement peut répondre à l'objectif auquel il est destiné, passer à la question suivante.**

²³⁶ Comité des droits des personnes handicapées, [Observation générale no 6 \(2018\) sur l'égalité et la non-discrimination](#), CRDPH/C/GC/6, para. 27

4. Est-ce que l'ajustement requis représente une contrainte disproportionnée ou injustifiée ?

(Cette question vise à déterminer si la fourniture de l'ajustement requis pourrait être excessivement contraignante. Il est indispensable d'évaluer la proportionnalité avec discernement pour bien répondre à cette question. Est-il raisonnable d'engager les ressources requises pour apporter l'ajustement (temps, coût, impact, etc.) en vue d'atteindre l'objectif fixé (assurer à la personne handicapée concernée l'exercice de ses droits) ?

- **S'il est estimé que l'ajustement requis représente une contrainte excessive, le refus concernant l'aménagement raisonnable n'est alors pas considéré comme discriminatoire.**

L'ajustement demandé pourrait être considéré comme une contrainte excessive pour l'une ou plusieurs des raisons suivantes :

- L'ajustement est coûteux et aucun moyen financier ou aucune option financière n'est

disponible pour couvrir les coûts engendrés à ce titre ;

- L'ajustement est coûteux et la prise en charge des coûts engendrés à ce titre pourrait nuire au bon fonctionnement du programme ;
 - La mise en place de l'ajustement requis pourrait mettre à mal les fonctions essentielles que doit remplir le programme ;
 - D'autres éléments à prendre en compte relatifs aux moyens ou objectifs de l'exigence en question pourraient manifestement mettre à mal les fonctions essentielles que doit remplir le programme.
- **S'il est estimé que l'aménagement requis ne représente pas une contrainte excessive, la décision de refuser d'apporter un aménagement raisonnable constituerait alors une discrimination fondée sur le handicap.**

Annexe 2 | Outils pour la ventilation des données

Outil	Utilisation	Application dans les contextes humanitaires
Ensemble abrégé de questions sur le handicap du Groupe de Washington (WG-SS) ²³⁷	Cet outil comporte six questions qui peuvent être intégrées aux recensements et enquêtes. Les questions permettent de générer des données sur la prévalence du handicap comparables à l'échelle internationale.	Cet outil est de plus en plus utilisé par les organisations humanitaires et a été récemment mis à l'essai dans plusieurs contextes humanitaires ²³⁸ . Remarque : l'ensemble abrégé de questions sur le handicap du Groupe de Washington n'aborde pas directement la santé mentale et n'identifie pas les barrières auxquelles les personnes handicapées font face.
Ensemble abrégé amélioré de questions sur le handicap du Groupe de Washington	Cet outil comporte des questions supplémentaires sur le fonctionnement de la partie supérieure du corps, l'anxiété et la dépression.	
Ensemble élargi de questions sur le fonctionnement du Groupe de Washington	Cet outil comporte des questions supplémentaires (37 au total) servant à recueillir des données sur l'anxiété, la douleur, la fatigue, l'utilisation d'aides techniques, l'âge où le handicap est apparu et les facteurs environnementaux.	Dans le cadre de certaines interventions humanitaires, des questions sur l'anxiété et la dépression ont été ajoutées à la version initiale de l'ensemble abrégé de questions sur le handicap du Groupe de Washington.
Module sur le fonctionnement de l'enfant de l'UNICEF et du Groupe de Washington	Un peu plus long que l'ensemble abrégé de questions sur le handicap du Groupe de Washington, cet outil permet de recueillir des données sur les enfants et les jeunes âgés de 2 à 17 ans en interrogeant les personnes s'occupant habituellement d'eux.	Ce questionnaire a été utilisé dans des contextes marqués par l'insuffisance des ressources (il a été intégré, par exemple, à la sixième série d'enquêtes en grappe à indicateurs multiples couvrant de nombreux contextes humanitaires à haut risque).

²³⁷ D'autres versions de l'Ensemble abrégé de questions sur le handicap du Groupe de Washington sont disponibles. Leonard Cheshire et Humanité & Inclusion ont élaboré une version intitulée « Ensemble abrégé amélioré de questions sur le handicap ». Cette version comporte 12 questions : les six questions figurant dans la version initiale de l'ensemble abrégé ainsi que d'autres questions supplémentaires portant sur l'anxiété, la dépression et la mobilité de la partie supérieure du corps.

²³⁸ Leonard Cheshire et Humanité & Inclusion, *Disability Data Collection: A summary review of the use of the Washington Group Questions by development and humanitarian actors* (2018).

Annexe 2 (cont.)

Outil	Utilisation	Application dans les contextes humanitaires
<u>Enquête modèle de l'OMS sur le handicap</u>	Cette enquête générale menée auprès de la population identifie les barrières environnementales qui entravent la pleine participation des personnes handicapées. La version abrégée comporte 40 questions ; la version complète en comprend plus.	Cet outil n'a été mis à l'essai dans aucun contexte humanitaire pour le moment.
<u>Échelle d'évaluation des incapacités de l'OMS - version 2.0</u>	Cet outil constitue un indicateur global et normalisé du fonctionnement s'agissant de six aspects différents : la cognition, la mobilité, l'auto-prise en charge, les interactions, les activités de la vie courante et la participation. Différentes versions de cet outil ont été élaborées pour répondre aux divers besoins. Ces versions comprennent 12 à 36 points, chacun accompagné de questions à choix multiple.	Cet outil a été mis à l'essai dans un contexte humanitaire (Pakistan) et dans plus de cent autres contextes.

Annexe 3 | Sources potentielles de données secondaires

Information requise	Sources de données	Éléments à prendre en compte
Quel est le nombre de personnes handicapées ?	Services statistiques ministériels, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • Éducation • Santé • Données sur la scolarisation 	<p>Les statistiques nationales sur le handicap doivent être analysées avec précaution de par leurs importantes variations et l'utilisation de diverses méthodologies.</p> <p>Il convient de noter qu'un grand nombre de systèmes de données administratives excluent les personnes handicapées en raison d'un accès insuffisant. Les données sur l'exclusion, notamment, peuvent avoir un fort impact (enfants non scolarisés, par exemple), mais il peut être difficile de les extraire de ces bases de données.</p> <p>Les données sur la santé portent souvent essentiellement sur les incapacités, mais peuvent permettre d'établir certaines hypothèses (par exemple, sur le fonctionnement).</p>
	Enregistrement ou profilage des personnes réfugiées, déplacées et migrantes.	Les données portant sur l'enregistrement ou le profilage peuvent permettre de sous-identifier les personnes handicapées en raison des méthodologies adoptées (par exemple, indices visuels ou rapports médicaux).
	Division de la statistique des Nations Unies ²³⁹	Base de données comportant des statistiques sur le handicap au niveau national.
	Plateforme d'échange de données humanitaires	Plateforme permettant aux organisations de rendre leurs données accessibles aux autres utilisateurs. En novembre 2018, moins de 1 % des données rassemblées dans cette plateforme portaient spécifiquement sur le handicap, mais des enquêtes plus vastes pourraient inclure le handicap en tant qu'indicateur.

²³⁹ En plus de procéder au traitement des estimations des enquêtes et recensements nationaux sur la prévalence du handicap pour plusieurs pays, la base de données de la Division de statistique de l'ONU comprend aussi des métadonnées sur les formes de handicap inclus dans les enquêtes nationales, et, dans de nombreux cas, un exemple du support d'enquête.

Annexe 3 (cont.)

Information requise	Sources de données	Éléments à prendre en compte
	<p>Des enquêtes et évaluations, telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enquêtes sur les ménages (par exemple, les enquêtes en grappes à indicateurs multiples et les enquêtes démographiques et de santé (EDS)) menées par des acteurs des secteurs de l'humanitaire ou du développement. • Les évaluations des emplacements menées par les acteurs du secteur humanitaire. • Les données conservées par les OPH et les ONG spécialisées. 	<p>La sixième série des récentes enquêtes en grappes à indicateurs multiples (depuis 2017)²⁴⁰ et les EDS ont eu recours à l'Ensemble abrégé de questions sur le handicap du Groupe de Washington²⁴¹ pour les adultes. Les enquêtes en grappes à indicateurs multiples ont eu recours au Module sur le fonctionnement de l'enfant de l'UNICEF et du Groupe de Washington pour les enfants afin d'évaluer la prévalence du handicap.</p> <p>Prendre en considération la taille de l'échantillon et la méthodologie adoptée dans les exercices de collecte de données examinés, ainsi que leurs objectifs ; ces éléments ont une incidence sur le type d'informations figurant dans les rapports.</p>
	Données sur la lutte antimines	Ces informations visent à assurer le suivi des incidents liés aux mines terrestres et restes explosifs de guerre. Elles ne prennent pas en compte les handicaps sans lien avec ce type d'incidents.
Quelles sont les barrières entravant l'accès à l'assistance humanitaire ?	Audits d'accessibilité	Ces audits s'appuient sur un modèle de type liste de contrôle ²⁴² afin d'évaluer le niveau d'accessibilité et de sécurité des installations, locaux et prestations de services. Ils peuvent être réalisés par des OPH et ONG locales.

²⁴⁰ Compte tenu de la méthodologie employée, les données des enquêtes en grappes à indicateurs multiples doivent être interprétées avec précaution lorsque l'on souhaite calculer la prévalence du handicap. Parmi les adultes, seules les personnes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) sont concernées par l'enquête ; celle-ci exclut ainsi les personnes âgées, un groupe au sein duquel la prévalence du handicap est beaucoup plus élevée. S'agissant des adultes, les enquêtes en grappes à indicateurs multiples ciblent les personnes interrogées qui en sont exemptées si elles se trouvent « en incapacité », ce qui pourrait être interprété par les enquêteurs comme l'intégration d'un grand nombre de personnes handicapées. En revanche, les EDS dérogent, dans une certaine mesure, à ces restrictions en menant des entretiens au niveau des ménages, où les chefs de famille peuvent répondre au nom des autres membres du foyer. Par ailleurs, les EDS s'intéressent à un groupe d'âge plus élargi et peuvent, par conséquent, recueillir de manière plus complète des données sur les personnes handicapées plus âgées.

²⁴¹ Les ensembles de questions du [Groupe de Washington](#) ont été élaborés pour être utilisés dans le cadre d'enquêtes et de recensements. Les questions reflètent les avancées dans la conceptualisation du handicap et l'utilisation de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) publiée par l'OMS en tant que modèle conceptuel. Les questions permettent de savoir si les personnes ont des difficultés à accomplir des activités relevant de domaines élémentaires (marche, vue, audition, cognition, auto-prise en charge et communication) et ont été initialement conçues pour être posées au grand public. Cependant, la priorité accordée au fonctionnement et la concision de l'outil signifient que celui-ci peut être déployé rapidement et facilement dans différents contextes, y compris dans le cadre d'évaluations des besoins humanitaires.

²⁴² Pour obtenir davantage d'informations sur les directives régissant la conduite des audits d'accessibilité, voir Handicap International, [Conduct an accessibility audit in low- and middle-income countries](#) (2014)

Annexe 3 (cont.)

Information requise	Sources de données	Éléments à prendre en compte
	Systèmes de suivi post-distribution	Si les données figurant dans ces systèmes sont ventilées par handicap, il peut alors être possible d'analyser les barrières auxquelles les personnes handicapées font face, ainsi que les risques liés aux cas d'exploitation et autres risques en matière de protection.
	Mécanismes de traitement des plaintes ou de retour d'information	Ces instruments peuvent fournir d'importantes informations sur les barrières auxquelles les personnes handicapées font face et leur degré du soutien qui leur est apporté. Néanmoins, les mécanismes de retour d'information sont souvent inaccessibles pour les personnes handicapées, en particulier si ces retours d'information abordent des questions sensibles; dans de nombreux cas, l'anonymat ou la confidentialité sont préservés. Par conséquent, une ventilation par handicap n'est pas possible.
	Échange de données humanitaires	En plus des données portant sur le nombre de personnes handicapées, la plateforme d'échange de données humanitaires inclut également des rapports sur les barrières et les facteurs facilitateurs.
	Procédures spéciales du Conseil des droits de l'homme et Examens périodiques universels	Les mécanismes nationaux et internationaux de protection des droits de l'homme peuvent fournir des informations précieuses sur les barrières et risques, les violations des droits et les exigences des personnes handicapées. Parmi les entités pertinentes, on relève les institutions nationales des droits de l'homme, le Comité des droits des personnes handicapées et le Rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées.

Annexe 3 (cont.)

Information requise	Sources de données	Éléments à prendre en compte
<p>Quels sont les exigences des personnes handicapées et les risques spécifiques auxquels ces personnes font face ?</p>	<p>Les systèmes de gestion de l'information, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le système de gestion des informations sur la violence basée sur le genre • Le système de gestion des informations sur la protection de l'enfance • Les systèmes de gestion des cas de protection 	<p>Le suivi des incidents peut permettre d'identifier les lacunes dans l'accès aux rapports, par exemple si les personnes handicapées sont particulièrement sous-représentées. Les barrières physiques, institutionnelles et liées à la communication, ainsi que les perceptions publiques et les stigmatisations peuvent empêcher les personnes handicapées d'avoir recours aux services de gestion des cas.</p>
	<p>Les évaluations, telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les évaluations des besoins. • Les évaluations participatives. 	<p>Les personnes handicapées peuvent ne pas avoir été systématiquement incluses dans les évaluations, ce qui peut alors générer des données limitées ou peu fiables. D'une part, il est possible que les personnes handicapées n'aient pas été prises en considération ou qu'elles n'aient pas été en mesure d'accéder au processus en question. D'autre part, il est possible que les évaluations n'aient pas cherché à recueillir des informations sur les facteurs de risques qui leur sont spécifiques (par exemple, les barrières entravant l'accès à l'assistance humanitaire).</p>

Annexe 4 | Éléments à prendre en compte lors de l'évaluation des données secondaires

<p>Comment est entendue la notion de handicap ?</p>	<p>Les enquêtes et les bases de données définissent le handicap de différentes façons. Certaines portent essentiellement sur l'incapacité, alors que d'autres s'intéressent également aux questions touchant à la participation, à l'accès et aux besoins en matière de soutien.</p> <p>Les éléments du spectre du handicap qu'un outil de collecte de données prend en considération (la mobilité, la vue, l'audition, le fonctionnement mental, etc.) ont également une incidence sur l'attribution du statut de personne handicapée.</p> <p>Dans différents contextes culturels, la notion de handicap varie et influe sur la perception (extérieure ou personnelle) des personnes handicapées. Par exemple, les incapacités liées à l'âge ou à des conflits ne sont pas identifiées partout comme étant des handicaps.</p>
<p>La stigmatisation est-elle considérée comme un facteur à prendre en considération ?</p>	<p>Dans bien des cas, les handicaps sont cachés ou mal compris en raison de la stigmatisation y étant associée, une situation pouvant nuire à l'efficacité des collectes de données. D'une part, les personnes peuvent se montrer réticentes à s'identifier comme personnes handicapées, leur famille peut ne pas les avoir reconnues en tant que telles, ou elles peuvent être dissimulées. D'autre part, les enquêteurs et le personnel humanitaire peuvent avoir des préjugés l'égard du handicap.</p> <p>Les questions directes (comme « présentez-vous un handicap ? ») impliquant la formulation de réponses binaires (« oui » ou « non ») donnent souvent lieu à des sous-déclarations en raison de la stigmatisation ou parce que les personnes interrogées ont des conceptions différentes de ce qu'est en réalité le handicap. De plus, les données sur le handicap peuvent s'avérer sensibles pour des raisons politiques.</p>
<p>Quels sont les « marqueurs » du handicap ?</p>	<p>Le handicap s'inscrit dans un spectre ; le niveau d'incapacité varie selon les personnes. Dans le cadre des collectes de données, il est possible d'établir différents seuils pour définir l'incapacité et identifier les personnes en conséquence.</p>
<p>À quelles fins les données ont-elles été recueillies ?</p>	<p>La raison pour laquelle les données sont recueillies influe sur le choix des personnes interrogées et l'identification des personnes handicapées. Par exemple, dans le cadre d'une enquête de santé, d'un recensement général de la population ou d'une enquête sur les moyens de subsistance des ménages, différents critères peuvent être adoptés pour identifier les personnes handicapées.</p>

Annexe 4 (cont.)

La portée de l'échantillon est-elle limitée ?	Certaines personnes, notamment celles qui vivent isolées ou dans des établissements, peuvent ne pas être prises en compte dans les processus de collecte de données (les enfants handicapés sont particulièrement concernés).
Les données sont-elles mises à jour ?	Il est possible que les données recueillies avant une crise ne reflètent plus la démographie d'une zone donnée une fois la crise terminée. En effet, les déplacements de population de large envergure (vers la zone et hors de celle-ci) changent le profil démographique, alors que les conflits et les catastrophes augmentent le nombre et la proportion de personnes handicapées.

Annexe 5 | Exemples d'indicateurs au niveau des extrants (produits)

Consulter également : [Indicateurs des droits de l'homme pour la CRDPH en faveur de la prise en compte du handicap dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030](#)

Domaine thématique	Exemples d'indicateurs au niveau des activités et des résultats
Santé	Nombre d'établissements de santé construits ou adaptés conformément aux normes de la conception universelle
Santé	Nombre de personnes handicapées ayant accès à des services de réadaptation liés à la santé, y compris aux technologies d'aide à la personne
Éducation	Nombre de salles de classe réaménagées ou construites conformément aux normes de la conception universelle
EHA	Nombre d'installations sanitaires modernisées ou construites conformément aux normes de la conception universelle
EHA	Nombre de messages d'hygiène diffusés dans deux formats minimum (écrit et oral)
Sécurité alimentaire et nutrition	Nombre de sites de distribution ou de marchés réaménagés ou construits conformément aux normes de la conception universelle
Protection	Nombre d'employés, de partenaires et de communautés formés pour travailler de manière inclusive avec les personnes handicapées
Protection	Nombre de plaintes faisant état d'actes de violence à l'égard de personnes handicapées, de discriminations fondées sur le handicap et d'autres violations de droits
Prévention et lutte contre la violence basée sur le genre	Pourcentage ou nombre d'agents de lutte contre la violence basée sur le genre formés à l'intégration du handicap
Prévention et lutte contre la violence basée sur le genre	Nombre de femmes handicapées impliquées dans les mécanismes communautaires de prévention et de lutte contre la violence basée sur le genre
Protection de l'enfance	Nombre d'enfants et de jeunes handicapés impliqués au sein de comités des droits de l'enfant et d'autres structures communautaires de protection de l'enfance
Protection de l'enfance	Nombre de membres du personnel de protection de l'enfance formés pour fournir un soutien psychosocial et des services de santé mentale inclusifs, et pour organiser des activités récréatives à l'intention des enfants, y compris des enfants handicapés
Logements, terres et propriétés	Nombre d'OPH formées pour intervenir s'agissant des questions liées aux logements, aux terres et aux propriétés
Lutte antimines	Nombre d'OPH et de personnes handicapées formées pour participer à des activités de réduction des risques liés aux mines et à des activités de sensibilisation à ces risques
Lutte antimines	Nombre de personnes handicapées participant à des activités de liaison avec la communauté pour identifier et évaluer les risques
Abris	Nombre de maisons et d'abris adaptés pour améliorer l'accessibilité
Coordination et gestion des camps	Nombre de personnes handicapées représentées dans les structures de direction de la communauté
Coordination et gestion des camps	Nombre d'évaluations participatives réalisées incluant des personnes handicapées

Annexe 6 | Critères d'évaluation dans une optique d'intégration du handicap

Critères d'évaluation ²⁴³	Définition	Exemple d'éléments liés au handicap à prendre en considération
Adéquation, pertinence	La mesure dans laquelle les activités humanitaires sont adaptées aux besoins locaux, permettant ainsi d'accroître l'appropriation, la responsabilité et le rapport coût-efficacité.	Des adaptations ont été effectuées pour améliorer l'accessibilité ; les personnes handicapées participent à la conception et à la mise en œuvre.
Efficacité, rapidité	La mesure dans laquelle une activité atteint son objectif, dans un délai approprié.	Un accès est assuré aux personnes handicapées ; elles en perçoivent des avantages.
Efficacité, rapport coût-efficacité	Les extrants qualitatifs et quantitatifs escomptés sont obtenus à partir des intrants ; d'autres extrants ne permettraient pas d'obtenir le même résultat à moindre coût.	L'accessibilité est prise en compte dès le départ, ce qui permet d'améliorer le rapport coût-efficacité.
Impact	Mesure les effets sociaux, économiques, techniques et environnementaux plus larges d'une intervention. Comprend les résultats intentionnels, non intentionnels, positifs, négatifs, macro (secteur) et micro (ménage).	Si les personnes handicapées en bénéficient de manière égale ; si les personnes handicapées ont subi des impacts non intentionnels.
Connectivité	La mesure dans laquelle les activités de nature urgente à court terme tiennent compte du contexte local et des préoccupations à plus long terme.	Impacts sur l'intégration des services nationaux/locaux. Si les systèmes locaux/nationaux fournissant une technologie d'aide à la personne, une éducation inclusive, etc. sont renforcés ; si les capacités sont renforcées par les OPD.
Couverture	La mesure dans laquelle les principaux groupes de population confrontés à des événements mettant leur vie en danger ont été atteints.	Niveaux d'accès pour les personnes handicapées.
Cohérence	La mesure dans laquelle les politiques sont cohérentes et tiennent compte des droits humanitaires et des droits de l'homme.	La mesure dans laquelle l'action humanitaire est conforme à la CRDPH.
Coordination	La mesure dans laquelle les interventions des différents acteurs sont harmonisées pour promouvoir la synergie et prévenir les lacunes, les doublons et les conflits de ressources.	Niveau de mobilisation des OPH et des autres acteurs œuvrant en faveur du handicap dans l'intervention humanitaire ; qualité de la coordination.
Protection	La mesure dans laquelle les populations affectées sont protégées contre la violence, les abus, l'exploitation et d'autres préjudices, en tenant compte de leurs droits et de leurs capacités.	La mesure dans laquelle les risques auxquels sont confrontées les personnes handicapées sont identifiés, supprimés ou atténués.

²⁴³ OCDE-CAD, *Lignes directrices pour l'évaluation de l'aide humanitaire dans les situations d'urgence complexes* (1998).

Annexe 7 | Responsabilité à l'égard des populations touchées et protection contre l'exploitation et les abus sexuels

Le tableau ci-dessous montre comment les acteurs humanitaires, y compris les groupes sectoriels, peuvent répondre aux engagements et aux critères de qualité de la Norme humanitaire fondamentale en incluant les personnes handicapées.

Engagements et critères de qualité de la Norme humanitaire fondamentale	Comment les acteurs humanitaires peuvent-ils soutenir cette démarche ?
<p>1. Les communautés et les personnes touchées par des crises reçoivent une assistance appropriée et adaptée à leurs besoins.</p> <p>Critère de qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'intervention humanitaire est pertinente et adaptée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Définir une approche commune de l'évaluation des besoins. Consulter et faire participer utilement les personnes handicapées dans la définition et la hiérarchisation des activités entreprises dans le cadre de l'intervention. • Consulter régulièrement les personnes handicapées, en tant que membres des communautés touchées, pour déterminer si les plans et les activités relatifs à l'intervention sont pertinents et adaptés.
<p>2. Les communautés et les personnes touchées par les crises ont accès à temps à l'assistance humanitaire dont elles ont besoin.</p> <p>Critère de qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'intervention humanitaire est efficace et mise en œuvre à temps. 	<ul style="list-style-type: none"> • Définir des repères et des objectifs pour la fourniture de l'assistance en temps voulu et en fonction des priorités et des préférences des personnes touchées. Les personnes handicapées constituent un sous-groupe particulièrement important qui doit avoir accès à tous les types d'informations diffusées à propos de l'assistance. • Consulter régulièrement les personnes handicapées lors du suivi de la satisfaction des communautés quant à la qualité, la rapidité et l'efficacité de l'intervention.
<p>3. Les répercussions de l'action humanitaire sur les communautés et les personnes touchées par les crises ne sont pas négatives ; celles-ci sont mieux préparées, plus résilientes et moins vulnérables grâce à ces efforts.</p> <p>Critère de qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'intervention humanitaire renforce les capacités locales et prévient les répercussions négatives. 	<ul style="list-style-type: none"> • Définir des stratégies communes pour renforcer les capacités locales. Adopter des mesures pour impliquer les acteurs locaux et les communautés locales dans la gestion des activités mises en œuvre dans le cadre de l'intervention. Renforcer les capacités des personnes handicapées pour qu'elles deviennent résilientes, soient en mesure d'obtenir les informations dont elles ont besoin et sachent où et comment elles peuvent avoir accès aux services. • Consulter et faire participer régulièrement les personnes handicapées lors du suivi des répercussions négatives que l'intervention pourrait avoir sur les communautés concernées ou du suivi des risques qu'elle pourrait présenter.

Annexe 7 (cont.)

Engagements et critères de qualité de la Norme humanitaire fondamentale	Comment les acteurs humanitaires peuvent-ils soutenir cette démarche ?
<p>4. Les communautés et les personnes touchées par des crises connaissent leurs droits, ont accès à l'information et prennent part aux prises de décisions qui les concernent.</p> <p>Critère de qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'intervention humanitaire est fondée sur la communication, la participation et les retours d'information. 	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer une stratégie de communication à l'intention des personnes handicapées. S'appuyer sur des canaux de communication bidirectionnels en fonction de leurs besoins en information et de leurs préférences en matière de communication. Intégrer la stratégie aux efforts plus larges visant à mobiliser les communautés touchées et à communiquer avec elles. • Préparer une stratégie en faveur de la mobilisation et de la participation des communautés dans les processus de gestion et de prise de décision. Veiller à ce que ces stratégies décrivent la manière dont les personnes handicapées seront mobilisées. Faire en sorte que leur participation et leur intégration soient un élément fondamental de la stratégie d'engagement communautaire. • Consulter et faire participer régulièrement les personnes touchées pour obtenir un retour d'information sur la qualité de l'intervention et leurs relations avec les entités leur fournissant une assistance. Les personnes handicapées doivent toujours fournir un retour d'information sur la conception des projets. • Partager les informations sur la situation des personnes handicapées (barrières, risques, capacités, etc.) au cours des réunions avec les partenaires et les groupes sectoriels et dans les mécanismes de coordination interinstitutions et intersectoriels. Utiliser les informations pour améliorer les projets. • Inclure les OPH dans les projets, dans la conception de mécanismes de retour d'information et de plaintes, et dans la cartographie de mécanismes nouveaux et existants. • Diffuser des informations sur la CRDPH, la Charte pour l'Inclusion Humanitaire et d'autres mécanismes de protection juridique, et sensibiliser davantage la population touchée à ces instruments.

Annexe 7 (cont.)

Engagements et critères de qualité de la Norme humanitaire fondamentale	Comment les acteurs humanitaires peuvent-ils soutenir cette démarche ?
<p>5. Les communautés et les personnes touchées par des crises ont accès à des mécanismes sûrs et réactifs pour traiter leurs plaintes.</p> <p>Critère de qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les plaintes sont bien reçues et traitées. 	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les approches et les canaux les mieux adaptés pour mettre en place des mécanismes de retour d'information et de plaintes. Envisager d'avoir recours à des plateformes communes. Définir des protocoles clairs ainsi que les responsabilités de l'ensemble des partenaires et des parties prenantes de l'action humanitaire lors du traitement de plaintes portant sur des questions sensibles telles que la protection contre l'exploitation et les abus sexuels, la violence basée sur le genre, la discrimination fondée sur le handicap, ou d'autres risques liés à la protection. Consulter et faire participer régulièrement les personnes touchées pour obtenir un retour d'information sur l'accessibilité et l'adéquation des mécanismes de plaintes. Utiliser plusieurs canaux de communication qui soient accessibles à toutes les personnes handicapées (langue des signes, braille, technologies de l'information et de la communication accessibles à tous, supports faciles à lire/en langue simplifiée, etc.). Veiller à ce que les mécanismes de retour d'information et de plaintes soient adaptés au contexte et à toutes les exigences en matière de communication des personnes. Veiller à ce que les mécanismes de retour d'information rendant compte de la qualité de l'assistance et de la protection soient confidentiels et accessibles à tous.
<p>6. Les communautés et les personnes touchées par des crises reçoivent une assistance humanitaire coordonnée et complémentaire.</p> <p>Critère de qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'intervention humanitaire est coordonnée et complémentaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que la coordination humanitaire (y compris des groupes sectoriels) soit accessible et prenne en compte les acteurs locaux. S'assurer que ce modèle de coordination est axé sur les besoins des communautés de manière globale, et notamment sur les exigences des personnes qui travaillent avec et pour les personnes handicapées. Partager régulièrement des informations avec d'autres partenaires et groupes sectoriels (ainsi qu'au niveau intersectoriel) afin d'identifier et de mettre en œuvre conjointement des mesures visant à combler les lacunes au niveau des besoins. Consulter et faire participer régulièrement les personnes handicapées et d'autres sous-groupes de la population touchée, tous âges et genres confondus, pour déterminer si l'assistance est coordonnée et complémentaire.

Annexe 7 (cont.)

Engagements et critères de qualité de la Norme humanitaire fondamentale	Comment les acteurs humanitaires peuvent-ils soutenir cette démarche ?
<p>7. Les communautés et les personnes touchées par des crises sont en droit d'attendre une assistance humanitaire constamment améliorée grâce aux démarches de réflexion des organisations et aux enseignements tirés de leurs expériences.</p> <p>Critère de qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les acteurs humanitaires apprennent et s'améliorent de façon continue. 	<ul style="list-style-type: none"> Définir une approche commune pour assurer le suivi de la qualité et de l'efficacité des interventions. Encourager le suivi conjoint ainsi que l'apprentissage et le partage réguliers des connaissances parmi les partenaires humanitaires. Consulter et faire participer régulièrement les personnes handicapées et les autres sous-groupes de la population touchées, tous âges et genres confondus, pour obtenir des informations sur la manière dont les entités leur fournissant une assistance ont traité les retours d'information, les plaintes et autres questions.
<p>8. Les communautés et les personnes touchées par des crises reçoivent l'assistance humanitaire dont elles ont besoin, fournie par un personnel et des volontaires compétents et à l'action bien coordonnée.</p> <p>Critère de qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le personnel reçoit un soutien pour effectuer son travail de manière efficace ; il est traité de façon juste et équitable. 	<ul style="list-style-type: none"> Identifier toute lacune dans les capacités des acteurs humanitaires et élaborer une stratégie commune de renforcement des capacités, si nécessaire. Plaider en faveur d'un soutien adéquat, de ressources humaines appropriées et d'un financement convenable pour soutenir la capacité des partenaires locaux à fournir une assistance de qualité. Consulter et faire participer régulièrement les personnes handicapées et d'autres sous-groupes de la population touchée, tous âges et genres confondus, pour obtenir un retour d'information sur les relations entre les entités fournissant une assistance et les personnes handicapées.

Annexe 7 (cont.)

Engagements et critères de qualité de la Norme humanitaire fondamentale	Comment les acteurs humanitaires peuvent-ils soutenir cette démarche ?
<p>9. Les communautés et les personnes touchées par des crises sont en droit d'attendre des organisations leur fournissant un soutien qu'elles gèrent leurs ressources de manière efficace, efficiente et éthique.</p> <p>Critère de qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les ressources sont gérées et utilisées de façon responsable et pour l'usage prévu. 	<ul style="list-style-type: none"> Définir des critères techniques et de qualité communs pour les projets et les affectations de fonds, y compris des critères pour l'engagement et la participation communautaires. Établir des procédures claires pour le suivi et l'établissement de rapports concernant l'utilisation des ressources, et prenant notamment en compte les questions de corruption ou de népotisme. Consulter et faire participer régulièrement les personnes handicapées, en tant que partie intégrante des sous-groupes de la population touchée, pour obtenir des informations sur l'efficacité de l'utilisation des ressources de l'assistance humanitaire. Former le personnel aux questions relatives au handicap et à l'intégration du handicap avant l'intervention. Mentionner explicitement le handicap, le genre et les perspectives des cycles de vie dans les descriptions de poste, les évaluations, les mandats et les cadres de suivi. Nouer des partenariats avec les OPH. Leur affecter des fonds et leur apporter un soutien. Veiller à ce que tous les accords de partenariats soient conformes à la CRDPH et garantissent que les personnes handicapées bénéficient d'une protection et d'un accès à l'assistance humanitaire et ont le droit de participer pleinement aux prises de décision et aux activités les concernant.

Le tableau ci-dessous explique comment s'assurer que l'intégration des personnes handicapées est prise en compte dans les quatre engagements pris par les acteurs humanitaires.

Engagements des responsables du CPI en matière de responsabilité à l'égard des populations touchées et de protection contre l'exploitation et les abus sexuels	
Les principes du CPI affirment que les acteurs humanitaires ont souscrit aux engagements suivants:	Qu'est-ce que cela signifie ?
<p>1. Leadership</p> <p>Faire preuve d'engagement en matière de responsabilité à l'égard des populations touchées et de protection contre l'exploitation et les abus sexuels en appliquant, en institutionnalisant et en intégrant les approches de la responsabilité à l'égard des populations touchées dans le cycle des programmes humanitaires et les processus de planification stratégique au niveau des pays, et en mettant en place des systèmes de gestion appropriés pour solliciter et entendre les avis et priorités des personnes touchées, et agir en conséquence et ce, d'une manière coordonnée, y compris en ce qui concerne l'exploitation et les abus sexuels, avant, pendant et après une situation d'urgence.</p>	<p>Les acteurs humanitaires sont redevables envers les populations touchées. Leurs efforts seront ainsi axés sur l'intégration du handicap dans toutes les phases du cycle du programme humanitaire, y compris dans tous ses processus et ses résultats. Ils intégreront en outre les avis des personnes handicapées dans les processus de prise de décision.</p> <p>La mise en œuvre de ces efforts requiert un leadership et un soutien de la part des responsables des organismes humanitaires, y compris des responsables des groupes sectoriels et des organismes sectoriels chefs de file.</p>
<p>2. Participation</p> <p>Adopter au sein des organismes des mécanismes orientant et soutenant les approches coordonnées centrées sur la personne qui permettent aux femmes, aux hommes, aux filles et aux garçons, y compris aux personnes les plus marginalisées et aux personnes à risque parmi les communautés touchées, de participer et de jouer un rôle actif dans les prises de décisions qui auront une incidence sur leurs vies, leur bien-être, leur dignité et leur protection. Nouer et développer des partenariats équitables avec les acteurs locaux pour s'appuyer sur la confiance et les relations de longue date qu'ils ont établies avec les communautés.</p>	<p>Les acteurs humanitaires définiront, mettront en œuvre et coordonneront les mesures les mieux adaptées et les plus pertinentes afin de permettre aux personnes handicapées et aux autres sous-groupes des populations touchées, tous âges et genres confondus, de participer aux processus de prise de décision portant sur les projets, y compris le travail des groupes sectoriels.</p> <p>Ils encourageront les partenaires à mettre en œuvre des approches participatives et centrées sur la personne dans le travail qu'ils mènent et les soutiendront dans cette démarche.</p> <p>Ils renforceront et privilégieront les capacités locales et œuvreront à promouvoir des relations équitables et respectueuses avec les acteurs locaux, en accord avec la Norme humanitaire fondamentale et les Principes en matière de partenariat.</p>

Engagements des responsables du CPI en matière de responsabilité à l'égard des populations touchées et de protection contre l'exploitation et les abus sexuels

Les principes du CPI affirment que les acteurs humanitaires ont souscrit aux engagements suivants:

Qu'est-ce que cela signifie ?

3. Information, retour d'information et action

Adopter au sein des organismes des mécanismes orientant et soutenant les approches collectives et participatives qui informent les communautés et prennent leur avis en compte, traitent les retours d'information et aboutissent à des mesures correctives. Établir et appuyer la mise en œuvre de mécanismes appropriés pour l'établissement de rapports et le traitement de plaintes concernant l'exploitation et les abus sexuels. Planifier, concevoir et gérer des programmes de protection et d'assistance humanitaires adaptés à la diversité et reflétant les points de vue des communautés touchées.

Les acteurs humanitaires définiront et appliqueront les méthodes les mieux adaptées et les plus pertinentes pour communiquer des informations aux personnes handicapées et à d'autres sous-groupes, tous âges et genres confondus, parmi les personnes touchées. Ils recueilleront et analyseront les retours d'information et s'appuieront sur ces renseignements lors des processus décisionnels. Enfin, ils informeront les personnes touchées des mesures correctives qui ont été prises.

Les acteurs humanitaires et les coordonnateurs des groupes sectoriels, avec le soutien de l'organisme chef de file du groupe sectoriel, s'assureront que les partenaires comprennent les responsabilités qui leur incombent en matière de protection contre l'exploitation et les abus sexuels et bénéficient d'un appui pour remplir leurs obligations. Ils définiront des protocoles clairs sur la manière dont ils traiteront les retours d'information et les plaintes de nature sensible et dont ils en rendront compte.

4. Résultats

Mesurer les résultats liés à la responsabilité à l'égard des populations touchées et à la protection contre l'exploitation et les abus sexuels aux niveaux des organismes et des communautés, en ayant notamment recours à des normes telles que la Norme humanitaire fondamentale et les normes minimales opérationnelles relatives à la protection contre l'exploitation et les abus sexuels, au Guide des pratiques exemplaires pour la mise en place de mécanismes communautaires de plaintes interinstitutions et aux procédures opérationnelles connexes.

Les acteurs humanitaires définiront des indicateurs permettant de mesurer les extrants et les résultats pour les personnes handicapées et les autres groupes touchés, y compris des mesures de satisfaction quant aux résultats.

Ils veilleront à ce que les partenaires aient la capacité et le soutien requis pour appliquer et mesurer les normes pertinentes techniques, de qualité, de protection et de responsabilité.

