

ADCAP – Age and Disability Capacity

ADCAP
Age & Disability Capacity

NORMES MINIMALES D'INCLUSION DE L'AGE ET DU HANDICAP DANS L'ACTION HUMANITAIRE

VERSION PILOTE



Photo de couverture : personnes devant l'asile communal de Haïti, Leah Gordon/HelpAge International

redr uk
people and skills for disaster relief

IFRC International Federation
of Red Cross and Red Crescent Societies

OXFORD
BROOKES
UNIVERSITY

UK aid
Foreign & Commonwealth
Office



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

**HelpAge
International**
age helps

**HANDICAP
INTERNATIONAL**

cbm
together we can do more

disasterready.org
a Cornerstone OnDemand Foundation initiative

**START
NETWORK**

RedR UK, people and skills for disaster relief
International Federation of Red Cross and Red Crescent Society
Oxford Brookes University
HelpAge International
Handicap International
CBM
DisasterReady.org
UKAID
USAID
Start Network

REMERCIEMENTS

Cette version pilote des Normes minimales d'inclusion de l'âge et du handicap dans l'action humanitaire a été rédigée par Sarah Collinson, dans le cadre de l'ADCAP (Programme de renforcement des capacités relatives à l'âge et au handicap), au nom de l'Age and Disability Consortium, un groupe de sept organisations œuvrant à promouvoir une assistance humanitaire qui intègre l'âge et le handicap : CBM, DisasterReady.org, Handicap International, HelpAge International, IFRC, Oxford Brookes University et RedR UK.

Ces normes ont pu être élaborées grâce à l'appui et aux conseils de nombreuses personnes et organisations. Cette publication a été coordonnée par HelpAge International. L'équipe de révision comprenait les membres de l'Age and Disability Consortium suivants : Valerie Scherrer et Tushar Wali (CBM), Ricardo Pla Cordero (Handicap International), Diana Hiscock, Irene van Horssen, Ivan Kent et Marcus Skinner (HelpAge International), Siobhán Foran (IFRC), Supriya Akerkar (Oxford Brookes University) et Kate Denman (RedR). Charlotte Axelsson a fourni une aide supplémentaire pour les premières ébauches du rapport.

L'Age and Disability Consortium souhaite également remercier tous ceux qui ont contribué à définir la portée initiale des normes, notamment, Afeworki Abrahams, Amandine Allaire, Jean-Christophe Barbiche, Patricia Colbert, Andrew Collodel, Susan Erb, Alex Jacobs, Maria Kett, Pauline Kleinitz, Salima Mohammed, Aninia Nadig, Bari Nazmuel, Emma Pearce, Bev Stringer, Leora Ward et Barb Wigley.

Nous tenons également à remercier de nombreuses personnes qui ont apporté de précieuses contributions dans le cadre du processus de révision, notamment, Jean-Christophe Barbiche, Rhea Bhardwaj, Lucy Blown, Claire Burniat, Samantha Chattaraj, Affan Cheema, Catherine Dennis, Pascale Fritsch, Neill Garvie, Maguy Ghanem, Laura Gore, Claire Grant, Rachel Hastie, Gill Johnson, Kirstin Lange, Imran Madden, Jola Miziniak, Michael Mosselmans, Marion O'Reilly, Harriette Purchas, Emanuela Rizzo, Peta Sandison, Graham Saunders, Christina Schmalenbach, Kirsty Smith, Brian Standley, Airlie Taylor, Corinne Treherne, Pieter Ventevogel, Giovanna Vio et Talal Waheed.

Le programme ADCAP est dirigé par HelpAge International dans le cadre d'un portefeuille de projets sur le renforcement des capacités, sous l'égide du Start Network. Il est financé par le Département britannique pour le développement international (DFID) et par l'Agence américaine pour le développement international (USAID).

L'élaboration de ces Normes minimales d'inclusion de l'âge et du handicap dans l'action humanitaire a été possible grâce au généreux soutien du peuple américain, par le biais de l'Agence américaine pour le développement international (USAID). L'Age and Disability Consortium est entièrement responsable du contenu de ce rapport qui ne reflète pas nécessairement les opinions d'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

Photo de couverture : personnes devant l'asile communal de Haïti, Leah Gordon/HelpAge International

Responsable éditoriale: Alice Ferns

Traduction française et révision: Euronet www.transeuronet.co.uk

Composition: TRUE www.truedesign.co.uk

Impression: PureprintGroup www.pureprint.com

Ce document a été imprimé sur Cocoon, un papier certifié FSC et 100 % recyclé

Normes minimales d'inclusion de l'âge et du handicap dans l'action humanitaire : version pilote

Publié par l'Age and Disability Consortium dans le cadre du programme ADCAP
Publié pour la première fois en 2015 sous le titre 'Minimum Standards for Age and Disability Inclusion in Humanitarian Action'.

ISBN 978-1-910743-01-0

Copyright © HelpAge International 2016 au nom de l'Age and Disability Consortium
Cette œuvre est protégée par une licence de type Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License, <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>

Toute partie de cette publication peut être reproduite à des fins non lucratives sauf indications contraires. Veuillez attribuer toute citation ou extrait à l'Age and Disability Consortium et nous envoyer une copie de l'article réimprimé ou un lien Web à :

HelpAge International
PO Box 70156, London WC1A 9GB, Royaume-Uni
Tél : +44 (0)20 7278 7778 Fax : +44 (0)20 7387 6992
www.helpage.org adcap@helpage.org
Association caritative enregistrée sous le no. 288180

Cette version pilote des Normes minimales d'inclusion de l'âge et du handicap dans l'action humanitaire a été élaborée dans le cadre du Programme de renforcement des capacités relatives à l'âge et au handicap (ADCAP). Veuillez envoyer commentaires et suggestions à ADCAP@helpage.org

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| REMERCIEMENTS | 2 |
| AVANT-PROPOS | 6 |
| 1. INTRODUCTION | 7 |
| 1.1 Contexte | 7 |
| 1.2 Structure des normes minimales | 8 |
| 1.3 Utilisation des normes minimales | 9 |
| 1.4 Définitions clés : « personnes handicapées », « personnes âgées » et « aidants » | 9 |
| 1.5 Principes sous-jacents | 10 |
| 2. NORMES D'INCLUSION CLES | 12 |
| 3. NORMES SECTORIELLES | 21 |
| PROTECTION | 21 |
| EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE (WASH) | 33 |
| SECURITE ALIMENTAIRE ET MOYENS DE SUBSISTANCE | 42 |
| NUTRITION | 49 |
| ABRIS, HABITAT ET ARTICLES NON ALIMENTAIRES | 56 |
| SANTE | 64 |
| EDUCATION EN SITUATIONS D'URGENCE | 74 |
| Annexe I: Désagrégation des données par sexe, par âge et par handicap | 81 |
| Annexe II: Lacunes dans les normes et les recommandations existantes nécessitant l'attention des acteurs humanitaires | 83 |
| Annexe III: Acronymes | 85 |
| Annexe IV: Sources | 86 |

Les Normes minimales d'inclusion de l'âge et du handicap dans l'action humanitaire sont publiées sous forme de version pilote, destinées à être diffusées et à servir de base pour générer un retour d'informations pour les futures versions.

Au cours de cette phase pilote, le Consortium Age et Handicap organise une série de consultations visant à recueillir les commentaires des principales parties prenantes des interventions humanitaires, notamment les organisations de personnes handicapées, les associations de personnes âgées, les organisations humanitaires conventionnelles ou généralistes (ONU, ONG internationales et nationales, IFRC et Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, organismes gouvernementaux) et les organisations spécialisées dans les questions d'âge et de handicap. Les méthodes employées incluent des ateliers dans différents pays, des discussions avec les principaux acteurs et une revue des études existantes. Ces consultations examinent entre autres dans quelle mesure les Normes minimales comblent une lacune dans les recommandations destinées au secteur humanitaire, leur cohérence avec d'autres normes et instruments juridiques et les domaines dans lesquels d'éventuels progrès sont possibles.

La version pilote des Normes minimales est également testée dans quelques projets humanitaires par des organisations qui mettent en œuvre le programme ADCAP. Ces tests ont pour but de fournir un retour d'informations qui servira à réviser les Normes minimales et évaluer en particulier la pertinence, l'utilité et l'applicabilité de la version pilote actuelle. Ce processus servira également à vérifier si les normes visant à aider les travailleurs humanitaires à élaborer des programmes qui répondent aux besoins des personnes âgées ou handicapées, sont appliquées efficacement. Parmi les méthodes employées, on peut citer les enquêtes, les entretiens avec des acteurs clés, les groupes de discussion avec les travailleurs humanitaires et les autorités locales, ainsi qu'avec des femmes et des hommes âgés, des hommes, femmes, garçons et filles handicapés et d'autres parties prenantes.

Les résultats de cette série de consultations et de tests permettront de réviser le document et de définir une stratégie ultérieure pour validation et mise en œuvre.

Nous souhaitons vivement recevoir des commentaires supplémentaires des utilisateurs pour compléter ce processus. Nous aimerions savoir comment vous avez utilisé les normes, quels éléments vous avez trouvé particulièrement utiles ou moins utiles, et toute lacune que vous avez identifiée et suggestions d'amélioration. Veuillez nous faire parvenir vos commentaires ou nous faire part de votre désir de participer au processus de consultation et de retour officiel à adcap@helpage.org Vous pouvez également utiliser cette adresse e-mail pour vous abonner à notre bulletin d'information et recevoir des mises à jour générales sur le programme ADCAP, ainsi que sur les tests et la consultation sur les Normes minimales.

AVANT-PROPOS

Le principe humanitaire d'impartialité – qui demande d'agir en fonction du besoin et sans discrimination – nécessite de la part des acteurs humanitaires l'établissement de priorités qui tiennent compte des besoins de toutes les personnes affectées par une crise. Pourtant, il est largement admis que le système humanitaire a encore tendance à oublier les questions du handicap et de l'âge.

Aujourd'hui, environ 15 % de la population mondiale souffre d'un handicap et plus d'une personne sur huit a déjà plus de 60 ans ; et leur nombre continue à augmenter. L'exclusion des personnes âgées et des personnes handicapées de l'assistance humanitaire – ou le fait de les empêcher involontairement d'accéder à cette aide – est bien plus qu'une simple lacune ; elle compromet le principe même de l'impartialité et contribue à la discrimination, plutôt que d'aider au relèvement.

Pour améliorer la qualité et la redevabilité de l'aide humanitaire, la non-discrimination à l'égard de tous les groupes vulnérables et leur inclusion sont essentielles. Le Projet Sphère a été fondé sur deux convictions fondamentales : l'ensemble des personnes en situation de crise ont le droit de vivre dans la dignité et toutes les mesures possibles doivent être mises en œuvre pour soulager la souffrance dans de telles situations. Ce rapport sur les Normes minimales pour l'âge et le handicap, offre un appui accru et des illustrations claires aux professionnels et organisations sur ce que ces normes signifient dans la pratique et les mesures qui peuvent être prises.

Les besoins spécifiques des hommes et femmes âgés, des personnes handicapées et des aidants sont très divers et varient selon les contextes. Ces Normes minimales d'inclusion de l'âge et du handicap dans l'action humanitaire constituent une étape importante et particulièrement opportune pour promouvoir et améliorer les mesures visant à répondre aux besoins de tous, à chaque étape d'une intervention, avec une impartialité fondée sur des principes.

Christine Knudsen, Directrice du Projet Sphère

1. INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE

Les crises humanitaires affectent chaque individu différemment selon son sexe, son âge, son handicap et d'autres caractéristiques personnelles. Les personnes âgées ou handicapées sont souvent oubliées dans les secours et les interventions humanitaires et il leur sera souvent plus difficile d'avoir accès à l'aide et à la protection dont elles ont besoin. Le principe humanitaire d'impartialité – qui demande d'agir en fonction du besoin et sans discrimination – exige que les organisations qui travaillent dans des situations d'urgence réduisent les obstacles afin d'éviter que les personnes âgées ou handicapées ne soient, délibérément ou par inadvertance, exclues de la réponse humanitaire.

Les Normes minimales d'inclusion de l'âge et du handicap dans l'action humanitaire ont été élaborées à l'intention de tous les professionnels de l'action humanitaire, notamment le personnel et les bénévoles d'organisations humanitaires locales, nationales et internationales, étant entendu que l'inclusion des personnes handicapées ou âgées est possible à chaque étape de l'intervention et dans chaque secteur et contexte. Les Normes ont pour but de guider la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes humanitaires ; de renforcer la responsabilité de rendre des comptes vis-à-vis des personnes handicapées ou âgées et de soutenir les mesures de plaidoyer, de renforcement des capacités et de préparation sur l'âge et le handicap, dans tout le système humanitaire.

Ces Normes sont tirées d'une vaste étude des recommandations et normes existantes élaborées par les acteurs humanitaires ces dernières années. Elles incluent des documents d'organisations spécialisées dans le handicap ou la vieillesse, ainsi que des documents clés comme le Manuel Sphère¹, les Normes accompagnatrices de Sphère² et la Norme humanitaire fondamentale sur la qualité et la redevabilité (CHS).³ Les Normes Minimales d'inclusion de l'âge et du handicap ne constituent pas des exigences entièrement nouvelles pour les acteurs humanitaires ; elles tendent plutôt à clarifier et à renforcer ce qui est déjà exigé pour respecter les normes plus vastes d'une programmation humanitaire impartiale et les principes de la Charte humanitaire.

Bien que les normes génériques sur la qualité et la redevabilité aient contribué à améliorer la couverture globale de la réponse humanitaire, des approches plus pertinentes et plus systématiques sont requises pour garantir l'inclusion des personnes âgées et des personnes handicapées. Ces deux groupes (qui se recoupent) sont confrontés à de nombreux obstacles très similaires voire identiques en matière d'accès et de participation, et les organisations humanitaires pourraient prendre des mesures simples pour supprimer ces obstacles en adaptant les programmes existants.

Cette version pilote des Normes minimales d'inclusion de l'âge et du handicap se veut un document évolutif qui sera adapté en fonction de la consultation en cours et des essais sur le terrain (voir **l'encadré à la page 1**). Tout commentaire sur la version actuelle doit être soumis via

¹ Disponible sur: www.spherehandbook.org/fr/

² Il s'agit actuellement des Normes et directives pour l'aide d'urgence à l'élevage (LEGS), des Normes minimales pour le relèvement après une crise (MERS) du Réseau éducation et promotion des petites entreprises, des Standards minimums de protection de l'enfance dans l'intervention humanitaire du Groupe de travail protection de l'enfant (GTPE) (www.sphereproject.org/sphere/en/about/companionships/child-protection-working-group/) et des Normes minimales pour l'éducation: préparation, interventions, relèvement du Réseau inter-agences pour l'éducation en situations d'urgence (INEE) (www.sphereproject.org/sphere/en/about/companionships/inter-agency-network-for-education-in-emergencies/). Les Normes présentées dans ce rapport s'appuient en particulier sur ces deux derniers documents.

³ Disponible sur: www.corehumanitarianstandard.org/the-standard

ADCAP@helpage.org

1.2 STRUCTURE DES NORMES MINIMALES

Les Normes minimales se composent de huit Normes d'inclusion clés, accompagnées de Normes sectorielles.

Les Normes d'inclusion clés sont tirées des huit premiers des neuf engagements de la Norme Humanitaire Fondamentale de qualité et de redevabilité. La sensibilité au genre et la protection sont des thèmes transversaux que l'on retrouve dans toutes les Normes, et la protection est également l'une des séries de Normes sectorielles. Le rôle des aidants est également l'un des thèmes transversaux ; il représente un aspect fondamental de la programmation humanitaire inclusive qui, jusqu'ici, n'a pas reçu toute l'attention qu'elle méritait.

Chaque ensemble de Normes sectorielles se rapporte à un thème particulier (p. ex. l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH), la nutrition et la santé). Elles sont destinées à être utilisées par les équipes techniques humanitaires et par les mécanismes de coordination, dont les clusters, en rapport avec les Normes d'inclusion clés. Elles ne sont pas conçues pour être utilisées de manière isolée.

NORMES MINIMALES D'INCLUSION DE L'AGE ET DU HANDICAP DANS L'ACTION HUMANITAIRE

NORMES D'INCLUSION CLÉS

La mise en oeuvre de ces Normes doit prendre en compte la façon dont le handicap et l'âge peuvent affecter différemment les femmes, les hommes, les filles et les garçons et veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées bénéficient d'une aide humanitaire adaptée à leurs vulnérabilités, à leurs besoins et à leurs capacités, et en fonction de leur genre.

Sur l'ensemble des secteurs, les personnes handicapées ou âgées affectées par une crise :

1. Sont identifiées afin de veiller à ce qu'elles reçoivent une aide appropriée et adaptée à leurs besoins.
2. Ont accès à l'aide humanitaire dont elles ont besoin.
3. Ne sont pas affectées négativement et sont davantage préparées, plus résilientes et moins vulnérables grâce à l'action humanitaire.
4. Connaissent leurs droits et prérogatives, ont accès à l'information et participent aux décisions qui les touchent, sur un pied d'égalité avec les autres.
5. Ont accès à des mécanismes sûrs et réactifs pour gérer les plaintes, sur un pied d'égalité avec les autres.
6. Reçoivent une assistance coordonnée et complémentaire et y participent, sur un pied d'égalité avec les autres.
7. Peuvent s'attendre à des progrès en matière d'aide et d'inclusion au fur et à mesure que les organisations tirent des leçons de leur expérience et de leurs réflexions.
8. Bénéficient de l'aide de personnels et de bénévoles compétents et bien encadrés, qualifiés et équipés pour les intégrer dans les interventions humanitaires, et bénéficient des mêmes opportunités d'emploi et de bénévolat dans les organisations humanitaires.

NORMES SECTORIELLES DANS LES DOMAINES SUIVANTS :

PROTECTION

EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE

SECURITE ALIMENTAIRE ET MOYENS DE SUBSISTANCE

NUTRITION

ABRIS, HABITAT ET ARTICLES NON ALIMENTAIRES

SANTE

EDUCATION EN SITUATIONS D'URGENCE

Chacune des normes d'inclusion clés et chaque ensemble de normes sectorielles s'appuient sur une série d'actions associées. Les acteurs humanitaires doivent appliquer les Normes et mettre en œuvre les actions de soutien qui correspondent directement à leur secteur de programmation. L'objectif est de faire en sorte que collectivement, les organisations humanitaires, y compris les mécanismes de coordination comme les clusters, utilisent le plus possible les Normes pour garantir une réponse globale inclusive. Chaque ensemble de Normes sectorielles comprend des études de cas et une liste de documents recommandés qui fournissent des recommandations plus détaillées.

1.3 UTILISATION DES NORMES MINIMALES

L'objectif principal de ce document est de soutenir l'inclusion des personnes âgées et des personnes handicapées dans les programmes de toutes les organisations humanitaires. Ces Normes, qui reconnaissent que certaines personnes ont des besoins spécifiques qui requièrent une expertise particulière, encouragent également le partenariat et la coordination avec les organisations et les associations spécialisées qui représentent les personnes handicapées ou âgées.

Les Normes minimales fournissent des recommandations afin que les interventions humanitaires incluent indifféremment les femmes, les hommes, les filles et les garçons quel que soit leur âge ou leur niveau de capacité. Le sexe, l'âge et le handicap se conjuguent pour influencer le niveau d'accès d'un individu à la protection et à l'assistance en temps de crise, par exemple, face à différentes formes de discrimination ou aux obstacles juridiques, sociaux ou culturels. L'analyse de l'âge et du handicap constitue un élément majeur d'une analyse de genre solide. Les programmes humanitaires qui se basent sur cette notion contribueront directement à l'égalité de l'accès et des opportunités.

Les Normes d'inclusion clés doivent être réalisables dès les premières étapes d'une crise. Cependant, toutes les normes sectorielles ne seront pas applicables de la même façon au cours de cette phase préliminaire. Dans les situations de crise nécessitant un engagement à plus long terme, il devrait être possible de mettre en œuvre plus efficacement ces normes. Les acteurs humanitaires devraient utiliser les mesures suggérées pour chaque Norme, afin d'identifier ce qui est immédiatement possible et pertinent dans leur contexte et ce qui nécessitera une action à plus long terme. Prévoir les mesures d'inclusion et s'y préparer avant une crise, permettra de satisfaire plus efficacement les besoins des personnes âgées ou handicapées pendant la phase aiguë et au-delà, au fur et à mesure de l'évolution de l'intervention. Les Normes sont conçues pour convenir dans tous les cadres, notamment les communautés rurales/urbaines, les camps et d'autres sites.

1.4 DEFINITIONS CLES: « PERSONNES HANDICAPEES », « PERSONNES AGEES » ET « AIDANTS »

Dans le cadre de ces Normes:

Les personnes handicapées incluent les femmes, les hommes, les filles et les garçons qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la

société sur la base de l'égalité avec les autres (voir l'Article 1 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies).

Les personnes âgées: le concept de la vieillesse doit s'entendre au sens large. Dans de nombreux pays et cultures, être considéré comme âgé n'est pas nécessairement une question d'âge, mais est plutôt lié à certaines circonstances telles que le fait de devenir grand-père ou grand-mère ou de manifester des signes physiques, comme l'apparition de cheveux blancs. Lorsque les gens vivent dans des situations précaires, certaines difficultés que l'on associe à la vieillesse comme les problèmes de mobilité ou les maladies chroniques, sont présentes à un plus jeune âge. Bien que de nombreuses sources considèrent qu'une personne est âgée à partir de 60 ans, dans de nombreux contextes de crises humanitaires, il convient mieux de fixer le seuil de la vieillesse à 50 ans.

Les aidants sont des femmes, des hommes, des filles et des garçons qui prennent en charge ou soignent un parent, un ami ou une compagne/un compagnon qui a besoin de cette aide parce que cette personne souffre d'une maladie physique ou mentale, d'un handicap, ou parce qu'elle est âgée, frêle, abuse de substances ou pour toute autre raison⁴.

L'inclusion systématique des personnes handicapées ou âgées dans les données collectées est essentielle pour élaborer des programmes inclusifs et est signalée comme action clé dans les Normes minimales. L'Annexe 1 fournit de plus amples informations sur la collecte de données désagrégées en fonction du sexe, de l'âge et du handicap.

1.5 PRINCIPES SOUS-JACENTS

Les Normes minimales sont basées sur les grands principes suivants :

Action humanitaire fondée sur des principes: veiller à ce que les organisations humanitaires offrent leurs services sur la base du principe d'humanité et de l'impératif humanitaire, en reconnaissant les droits fondamentaux de toute personne touchée par les catastrophes et les conflits, notamment le droit de vivre dans la dignité, le droit à l'aide humanitaire et le droit à la protection et à la sécurité. Ces principes fondamentaux s'appliquent à toute personne affectée par une catastrophe et un conflit, notamment les personnes handicapées ou âgées.

Non-discrimination : veiller à ce que toutes les populations touchées y compris les hommes et les femmes âgés ainsi que les femmes, les hommes, les filles et les garçons handicapés puissent accéder à une aide et bénéficier d'une intervention humanitaire sur un pied d'égalité avec les autres.

Accès digne de ce nom : veiller à ce que toutes les barrières qui affectent l'accès et la participation des personnes handicapées ou âgées à l'aide et à la protection humanitaires soient levées.

Respect pour la dignité inhérente des personnes handicapées ou âgées : veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées soient respectées en raison du rôle actif qu'elles jouent au sein de leurs familles et communautés et dans leurs propres vies. Une réponse humanitaire inclusive exige que le personnel ait conscience du handicap et de l'âge, fasse preuve de respect et sache communiquer avec ces groupes.

Participation active et efficace et égalité des opportunités : veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées participent à tous les aspects de la réponse humanitaire sur un pied d'égalité avec les autres.

⁴ Adapté de Carers Worldwide, Unpaid family carers – the scale of the issue in low and middle income countries (Aidants familiaux non rémunérés– l'ampleur du problème dans les pays à revenu faible et intermédiaire):

Respect de la diversité, notamment de l'égalité entre les femmes, les hommes, les filles et les garçons de tous les âges : veiller à ce que toutes les personnes handicapées ou âgées reçoivent l'aide et la protection dont elles ont besoin lors d'une réponse humanitaire.

Reconnaissance du rôle essentiel des aidants : veiller à ce que la contribution des aidants soit reconnue et que leurs besoins soient pris en charge et reconnaître que de nombreuses personnes handicapées, enfants et personnes âgées sont eux-mêmes des aidants.

2. NORMES D'INCLUSION CLES⁵

La mise en œuvre de ces Normes doit prendre en compte la façon dont le handicap et l'âge peuvent affecter différemment les femmes, les hommes, les filles et les garçons et veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées bénéficient d'une aide humanitaire adaptée à leurs vulnérabilités, à leurs besoins et à leurs capacités, et en fonction de leur genre.

NORME D'INCLUSION CLE 1:

Les personnes handicapées ou âgées en situation de crise sont identifiées pour veiller à ce qu'elles reçoivent une aide appropriée et adaptée à leurs besoins.

NORME D'INCLUSION CLE 2:

Les personnes handicapées ou âgées en situation de crise ont accès à l'aide humanitaire dont elles ont besoin.

NORME D'INCLUSION CLE 3:

Les personnes handicapées ou âgées en situation de crise ne sont pas affectées négativement et sont mieux préparées, sont plus résilientes et sont moins vulnérables grâce à l'action humanitaire.

NORME D'INCLUSION CLE 4:

Les personnes handicapées ou âgées en situation de crise connaissent leurs droits et prérogatives, ont accès à l'information et participent aux décisions qui les touchent, sur un pied d'égalité avec les autres.

NORME D'INCLUSION CLE 5:

Les personnes handicapées ou âgées en situation de crise ont accès à des mécanismes de gestion des plaintes, sécurisés et réactifs, sur un pied d'égalité avec les autres.

NORME D'INCLUSION CLE 6:

Les personnes handicapées ou âgées en situation de crise bénéficient d'une aide coordonnée et complémentaire et y participent, sur un pied d'égalité avec les autres.

NORME D'INCLUSION CLE 7:

Les personnes handicapées ou âgées en situation de crise peuvent s'attendre à des progrès en matière d'aide et d'inclusion au fur et à mesure que les organisations tirent des leçons de leur expérience et de leurs réflexions.

NORME D'INCLUSION CLE 8:

Les personnes handicapées ou âgées en situation de crise bénéficient de l'aide de personnels et de bénévoles compétents et bien encadrés, qualifiés et équipés pour les intégrer dans les interventions humanitaires et bénéficient des mêmes opportunités d'emploi et de bénévolat dans les organisations humanitaires.

⁵ Tirées des huit premiers des neuf engagements de la Norme Humanitaire Fondamentale de qualité et de redevabilité (CHS)

NORME D'INCLUSION CLE 1:

Les personnes handicapées ou âgées en situation de crise sont identifiées pour veiller à ce qu'elles reçoivent une aide appropriée et adaptée à leurs besoins.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

1.1 Inclure systématiquement les personnes handicapées ou âgées dans la collecte de données, l'enregistrement et toutes les évaluations. Utiliser ces données dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de réponses humanitaires inclusives. Par exemple:

Collecter systématiquement des données désagrégées par sexe, âge et handicap pendant toute la durée des programmes.

Collecter et utiliser les données disponibles ou les évaluations les plus fiables sur le handicap et la vieillesse dans la population touchée.

Lorsque les données nationales ne sont pas fiables, planifier en partant de l'hypothèse que 15 % de la population souffre d'une forme de handicap⁶ et que plus de 12,5 % de la population est âgée de plus de 60 ans⁷.

Utiliser des questions choisies pour procéder à une désagrégation de base des données sur le handicap, l'activité et la participation ainsi que le besoin de services. Former le personnel à leur utilisation (voir **annexe I**).

1.2 Veiller à ce que les évaluations sur les besoins de participation, la vulnérabilité, les capacités et tout autre aspect incluent une consultation directe et digne de ce nom avec les personnes handicapées et les personnes âgées et leurs aidants, pour identifier et surmonter les risques et obstacles spécifiques auxquels ils sont confrontés et leur capacité à participer à la réponse. Par exemple :

Utiliser des évaluations initiales pour identifier et inclure les personnes handicapées ou âgées particulièrement vulnérables et exclues.

Mettre en œuvre, dès que possible, des actions sur le terrain pour identifier les groupes qui ne sont pas visibles dans les évaluations habituelles et maintenir ce processus au fil du temps.

Créer des protocoles pour le partage des données et les processus de référence entre organisations, programmes et services pour éviter les interventions humanitaires qui font double emploi et assurer la protection des données.

⁶ Organisation mondiale de la santé (OMS) (2014). Handicap et santé. Aide-mémoire no. 352. Genève : OMS. Tiré de : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/

⁷ HCR (2013) Working with Older Persons in Forced Displacement (Travailler avec les personnes âgées déplacées de force) Recommandation à connaître 5. Genève : HCR. Tiré de : www.refworld.org/pdfid/4ee72aaf2.pdf

NORME D'INCLUSION CLE 2:

Les personnes handicapées ou âgées en situation de crise ont accès à l'aide humanitaire dont elles ont besoin⁸.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

2.1 Concevoir toutes les interventions humanitaires sectorielles de façon à maximiser l'accessibilité aux services et l'inclusion des personnes handicapées ou âgées. Par exemple :

Développer et fournir des services, infrastructures, communication et information à l'aide des principes de conception universelle⁹.

Veiller à ce que l'aide et les services humanitaires respectent les normes minimales sectorielles sur l'âge et le handicap décrites à la suite.

2.2 Adapter les budgets pour inclure les coûts nécessaires à la mise en place de services accessibles, conformément aux besoins de la communauté¹⁰. Pour l'accessibilité physique (bâtiments et latrines), prévoir 0,5 à 1 % de plus. Pour inclure également des articles non alimentaires spécialisés et des équipements de mobilité, prévoir 3-4 %. Inclure un budget transport pour les personnes à mobilité réduite et leurs aidants afin de leur permettre d'accéder aux services.

2.3 Identifier, contrôler et surmonter systématiquement les obstacles qui affectent la participation et l'accès aux services pour les personnes handicapées ou âgées. Prendre en considération :

Les facteurs liés au genre (p. ex. les risques accrus de violence fondée sur le genre).

Les obstacles rencontrés lors de l'accès à des services spécifiques (p. ex. barrières physiques qui affectent les personnes à mobilité réduite ou souffrant de déficiences visuelles, les barrières de communication qui affectent les personnes qui ont des déficiences auditives ou intellectuelles ou des responsabilités de prise en charge).

La discrimination et autres barrières comportementales (y compris l'attitude des prestataires de service humanitaire et des membres de la communauté) et la discrimination sociale qui affecte certains groupes.

2.4 Encourager et soutenir les services de proximité, les membres, groupes et organisations communautaires représentant les personnes handicapées ou âgées, afin d'identifier celles qui n'ont pas accès au service. Identifier les obstacles et les solutions potentielles à la discrimination ou à l'exclusion, en utilisant une analyse de genre.

2.5 Orienter les personnes handicapées ou âgées qui ont des besoins spécifiques vers des organisations qui ont l'expertise technique et le mandat appropriés et réclamer que ces besoins soient satisfaits.

⁸ Voir également le Principe de protection 2 de Sphère.

⁹ Concevoir des produits, environnements, programmes et services utilisables par tous. La conception universelle a pour but de simplifier la vie de chacun et peut être bénéfique aux personnes de tout âge et capacités. Pour plus d'informations, voir : universaldesign.ie/Built-Environment/Building-for-Everyone

¹⁰ DFID 2013. Le document « DFID Policy on Standards of Accessibility for Disabled People » (Politique du DFID sur les normes d'accessibilité pour les personnes handicapées) mentionne que le fait d'intégrer l'accessibilité par le biais de la conception universelle est rentable et représente moins de 1 % des frais de construction totaux. Il coûte beaucoup plus cher d'adapter un bâtiment déjà construit. Disponible sur :

www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/273923/DFID-Policy-standards-accessibility-disabled-people____.pdf

NORME D'INCLUSION CLE 3:

Les personnes handicapées ou âgées en situation de crise ne sont pas affectées négativement et sont mieux préparées, sont plus résilientes et sont moins vulnérables grâce à l'action humanitaire.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

3.1 Créer et maintenir un environnement inclusif pour les personnes handicapées ou âgées. Veiller à ce que toutes les activités encouragent et protègent l'inclusion et la sécurité de ces groupes¹¹. Par exemple :

Encourager les porteurs de responsabilités nationaux et locaux à respecter les droits, les besoins et les capacités des personnes handicapées ou âgées (notamment des réfugiés ou des personnes déplacées dans leur propre pays).

Soutenir les initiatives de sensibilisation communautaire qui tiennent compte des particularités culturelles et liées au genre, afin de lutter contre les attitudes et actions négatives au niveau local.

3.2 Inclure les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants dans des mécanismes afin d'évaluer et de réduire les risques pour les groupes vulnérables. Ces mécanismes devraient inclure des politiques visant à éviter l'exploitation sexuelle, les abus ou la discrimination, sachant que les personnes qui appartiennent à ces groupes y sont plus vulnérables. Contrôler systématiquement les programmes humanitaires pour veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées ne soient pas exposées à des risques ou à des préjudices supplémentaires suite à l'action humanitaire¹².

3.3 Veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants soient informées de leurs droits aux aides, des critères de ciblage utilisés et des mécanismes qui leur permettront d'obtenir une aide, afin de minimiser les risques d'abus par les acteurs humanitaires ou les membres de la communauté¹³. Mettre en place des codes de bonne conduite, des politiques de protection, des mécanismes de prise de décision et de communication de l'information transparents pour la fourniture de l'aide. Mettre en place des mesures pour protéger la dignité et la sécurité des personnes âgées ou handicapées sur les sites de distribution et lorsqu'elles utilisent d'autres services essentiels. Examiner les risques spécifiques pour les femmes, les filles, les garçons et les hommes¹⁴.

3.4 Être sensible aux risques de protection qui pourraient découler des mesures visant à faciliter l'accès à l'aide pour les personnes handicapées ou âgées et d'autres groupes vulnérables (p. ex. leur accorder une aide prioritaire pourrait entraîner une stigmatisation accrue et des risques de vol, voire même de violence). Envisager l'impact de telles mesures et veiller à ce qu'elles n'augmentent pas les risques encourus par des individus ou des groupes particuliers (prendre en compte le rôle des hommes et des femmes et les contextes sociaux et culturels)¹⁵.

¹¹ Voir également le Principe de protection 3 de Sphère.

¹² Voir également le Principe de protection 1 de Sphère.

¹³ Voir également le Principe de protection 4 de Sphère.

¹⁴ Voir également le Principe de protection 4 de Sphère.

¹⁵ Voir également le Principe de protection 2 de Sphère.

NORME D'INCLUSION CLE 4:

Les personnes handicapées ou âgées en situation de crise connaissent leurs droits et prérogatives, ont accès à l'information et participent aux décisions qui les touchent, sur un pied d'égalité avec les autres.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

4.1 Veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées puissent accéder à toutes les informations importantes et prévoir des solutions adaptées aux personnes qui ont des problèmes de vision, d'audition, de communication, de mobilité et d'alphabétisation ou des difficultés à traiter l'information. Par exemple:

Utiliser des méthodes de communication, des supports et des canaux d'information variés pour maximiser la portée et la couverture des messages clés. Former et soutenir le personnel, les partenaires et les bénévoles à cette fin.

Informers le personnel que de nombreuses personnes handicapées ou âgées ne peuvent utiliser les modes de communication habituels (comme les messages écrits ou les téléphones portables) ni y accéder.

Contrôler et évaluer si les différentes méthodes de communication et les différents canaux d'information sont adaptés aux différents types de handicaps et groupes d'âge.

Veiller à ce que les politiques et protocoles sur le consentement éclairé tiennent compte des personnes handicapées ou âgées, notamment celles qui ont des déficiences intellectuelles ou mentales.

4.2 Veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants participent directement aux évaluations des besoins, à la consultation et aux mécanismes de retour d'information pour guider la programmation. Par exemple :

Utiliser un éventail de méthodes de communication accessibles lors des activités de consultation/d'engagement et former le personnel à leur utilisation (p. ex. utiliser des images ou des photos, des supports audio, des gros caractères, des démonstrations visuelles, des explications face à face, un débit plus clair/plus lent et un langage simple).

Consulter les personnes handicapées ou âgées sur leurs besoins ou préférences en matière de communication. Nouer un partenariat avec des organisations pour personnes handicapées ou âgées si une communication spécialisée est requise¹⁶.

Veiller à ce que les lieux de réunion soient physiquement accessibles et sûrs pour les personnes à mobilité réduite ou souffrant de déficiences visuelles et à ce que la communication soit aussi accessible que possible à tous et que les dispositions prises aident les aidants.

4.3 Prendre des mesures pour inclure et consulter les personnes handicapées ou âgées difficiles à atteindre et leurs aidants, notamment celles qui ne peuvent pas quitter leur domicile ou les abris. Utiliser l'action communautaire sur le terrain ou nouer un partenariat avec des organisations

¹⁶ p. ex. le langage des signes. Notez qu'il ne faut pas supposer que certaines méthodes de communication sont accessibles à des groupes particuliers de personnes handicapées ou âgées. Par exemple: toutes les personnes sourdes ou malentendantes ne connaissent pas nécessairement le langage des signes ou ne savent pas forcément lire et écrire ; la majorité des personnes qui ont une déficience visuelle n'utilisent pas le Braille et les taux d'alphabétisation varient considérablement entre les populations touchées par une crise et au sein même de ces populations, les taux d'alphabétisation des groupes plus âgés étant souvent inférieurs à ceux de la population générale.

représentatives ou spécialisées dans l'âge et le handicap.

NORME D'INCLUSION CLE 5:

Les personnes handicapées ou âgées en situation de crise ont accès à des mécanismes de gestion des plaintes, sécurisés et réactifs, sur un pied d'égalité avec les autres.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

5.1 Consulter les personnes handicapées ou âgées sur la conception, la mise en œuvre et le suivi du traitement des plaintes.

5.2 Veiller à ce que les processus de formulation des plaintes et de demandes de réparation soient accessibles aux personnes handicapées ou âgées.

5.3 Veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées aient le même niveau d'accès que les autres aux informations concernant ce qu'elles peuvent attendre des organisations, la façon de formuler des plaintes et ce que le processus de plaintes peut et ne peut pas traiter (voir **Norme d'inclusion clé 4**).

5.4 Veiller à ce que les réclamations soient traitées dans le cadre d'une culture organisationnelle qui écoute les plaintes et y donne suite et qui respecte la dignité, les droits et les capacités des personnes handicapées ou âgées. Par exemple :

Faire participer les personnes handicapées ou âgées aux politiques de l'organisation en matière d'obligation de diligence, de codes de bonne conduite et de protection des personnes vulnérables.

Sensibiliser le personnel aux risques encourus par de nombreuses personnes handicapées, notamment en matière d'exploitation sexuelle, d'abus et de discrimination.

Apprendre au personnel comment communiquer respectueusement avec les personnes handicapées ou âgées.

5.5 Veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées qui ont été victimes d'abus soient soutenues de manière sensible et appropriée ou soient orientées pour bénéficier d'une aide ou d'une protection (voir **Norme de protection 1**).

NORME D'INCLUSION CLE 6:

Les personnes handicapées ou âgées en situation de crise bénéficient d'une aide coordonnée et complémentaire et y participent, sur un pied d'égalité avec les autres.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

6.1 Inclure systématiquement les besoins des personnes handicapées ou âgées à l'ordre du jour des réunions de secteur/cluster et d'autres mécanismes de coordination. Veiller à ce que les programmes qui intègrent les critères d'âge et de handicap soient systématiquement envisagés par tous les secteurs et intégrés aux mécanismes de coordination afin d'aborder l'inclusion de manière holistique (p. ex. répondre aux besoins interdépendants en matière d'abris, d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH), ainsi qu'aux besoins psychosociaux et de protection).

6.2 Recenser les services et organisations dans votre région, afin d'identifier les acteurs qui fournissent une assistance ciblée à ces personnes et à d'autres groupes vulnérables, comme le traitement des maladies chroniques ou la fourniture d'aides à la mobilité/matériels d'assistance et les services de rééducation. Inclure ces informations dans les annuaires de services et les systèmes de référence et tenir tous les acteurs concernés au courant.

6.3 Mettre en place des partenariats entre les acteurs humanitaires traditionnels et les organisations spécialisées dans le handicap et la vieillesse, notamment les organisations de personnes handicapées ou âgées. Veiller à ce que les organisations de personnes handicapées ou âgées participent efficacement à la réponse humanitaire en utilisant adéquatement leur expertise, leurs capacités et leurs ressources.

6.4 Faire en sorte que les actions axées sur les besoins des personnes handicapées ou âgées ne soient pas mises en œuvre de façon isolée et s'accompagnent d'un suivi approprié. Veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées bénéficient des synergies entre les interventions générales et ciblées, afin d'accroître leur impact et leur efficacité.

NORME D'INCLUSION CLE 7:

Les personnes handicapées ou âgées en situation de crise peuvent s'attendre à des progrès en matière d'aide et d'inclusion au fur et à mesure que les organisations tirent des leçons de leur expérience et de leurs réflexions.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

7.1 Viser à améliorer en permanence l'accessibilité et la qualité de l'aide et de la protection offertes aux personnes handicapées ou âgées. Nous pouvons y parvenir via :

Les retours d'expérience avec suivi systématique.

La consultation des organisations spécialisées qui représentent les personnes handicapées ou âgées.

La consultation directe auprès des individus et des familles.

7.2 Définir et utiliser des indicateurs appropriés liés à l'âge et au handicap dans les données de référence, les formulaires de suivi et les évaluations (p. ex. pourcentages de personnes handicapées ou âgées qui ont accès aux services).

7.3 Inclure les personnes handicapées ou âgées dans le suivi et l'évaluation. Inclure des groupes qui pourraient être oubliés lors des suivis de routine comme les enfants et les adolescents qui souffrent de handicaps multiples (et leurs aidants) et les personnes qui ont des déficiences mentales ou intellectuelles. Dans les évaluations, prévoir des fonds pour l'accessibilité.

7.4 Inclure les personnes handicapées ou âgées dans le suivi et l'évaluation en même temps que d'autres personnes touchées par la crise. Inclure leur expérience dans les enseignements tirés et les actions pour améliorer la redevabilité, l'accessibilité et la sécurité des réponses humanitaires.

7.5 Partager les enseignements, les bonnes pratiques et les innovations en matière d'inclusion des personnes handicapées ou âgées au sein de votre organisation et avec d'autres parties prenantes comme les partenaires, les organisations nationales et les autorités.

NORME D'INCLUSION CLE 8:

Les personnes handicapées ou âgées en situation de crise bénéficient de l'aide de personnels et de bénévoles compétents et bien encadrés, qualifiés et équipés pour les intégrer dans les interventions humanitaires et bénéficient des mêmes opportunités d'emploi et de bénévolat dans les organisations humanitaires.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

8.1 Former du personnel à tous les niveaux pour fournir une aide impartiale qui tienne compte du genre, de l'âge et du handicap et aider à identifier ces facteurs en tant que source de vulnérabilité potentielle ou de capacité réduite. Faire en sorte qu'aucun groupe ou individu ne soit intentionnellement ou involontairement oublié ou exclu (c'est-à-dire victime de discrimination) en raison de son genre, âge ou handicap. Veiller à ce que le personnel humanitaire ait conscience du fait que les personnes handicapées ou âgées ne sont pas un groupe homogène et comprenne les besoins, capacités et vulnérabilités individuelles spécifiques de ces personnes.

8.2 Sensibiliser tous les partenaires et le personnel aux droits des personnes handicapées ou âgées et à l'importance de les inclure dans la réponse humanitaire. Inclure le handicap et l'âge dans les programmes d'insertion et la formation afin de faire prendre conscience de :

La discrimination basée sur le handicap, l'âge et le genre.

Des risques auxquels peuvent être particulièrement confrontées les personnes handicapées ou âgées (p. ex. difficulté à accéder aux services et risques de violence fondée sur le genre, et exploitation sexuelle et abus, en particulier dans le cas des femmes et des filles), et l'importance des normes et politiques de protection pour ces groupes.

L'importance de collecter et d'utiliser des données désagrégées selon le sexe, l'âge et le handicap.

8.3 Nommer du personnel ayant un niveau approprié (notamment un niveau supérieur) au sein de l'organisation pour soutenir et contrôler la prise de conscience interorganisationnelle et des partenaires sur la nécessité d'intégrer l'âge et le handicap dans les interventions ou établir à cette fin des points de contact interorganisations sur le handicap, l'âge et le genre.

8.4 Faire en sorte que le personnel et les partenaires connaissent les organisations internationales, nationales et locales spécialisées dans le handicap et l'âge, ainsi que les organisations qui représentent les personnes handicapées et les personnes âgées.

8.5 Prendre les dispositions nécessaires au sein des organisations pour veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées aient les mêmes opportunités d'emploi et de bénévolat que les autres et prévoir les coûts en conséquence.

3. NORMES SECTORIELLES

PROTECTION¹⁷

NORME DE PROTECTION 1:

Les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants participent pleinement à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des activités et services de protection ainsi qu'aux évaluations et suivis de la protection appropriés. Les organisations humanitaires identifient les problèmes de protection spécifiques qui affectent les personnes handicapées ou âgées, notamment l'exclusion des services et de l'aide, et s'emploient à les résoudre.

NORME DE PROTECTION 2:

Les acteurs humanitaires mettent tout en œuvre pour garantir un environnement sûr, inclusif et protecteur pour les personnes âgées ou handicapées en situation de crise et ces groupes jouent un rôle à part entière dans l'action de protection communautaire.

NORME DE PROTECTION 3:

Les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants ont un accès complet aux services de protection et à toutes les informations relatives à leur protection.

NORME DE PROTECTION 4:

Les personnes handicapées ou âgées ont pleinement accès aux systèmes d'enregistrement et d'identification et à d'autres documents essentiels pour leur protection juridique et sociale.

NORME DE PROTECTION 5:

Les personnes handicapées ou âgées sont protégées contre les préjudices physiques et psychologiques causés par la violence et les abus, notamment la violence fondée sur le genre.

NORME DE PROTECTION 6:

Les personnes handicapées et les personnes âgées qui vivent dans des institutions et des hôpitaux sont protégées.

NORME DE PROTECTION 7:

Les personnes handicapées et les personnes âgées sont protégées dans les situations de déplacement et de retour.

¹⁷ Ces Normes de protection doivent être utilisées en parallèle avec les Principes de protection de Sphère.

NORME DE PROTECTION 1 :

Les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants participent pleinement à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des activités et services de protection ainsi qu'aux évaluations et suivis de la protection appropriés. Les organisations humanitaires identifient les problèmes de protection spécifiques qui affectent les personnes handicapées ou âgées, notamment l'exclusion des services et de l'aide, et s'emploient à les résoudre.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

P1.1 Veiller à ce que toutes les activités encouragent l'inclusion, la sécurité et la dignité des personnes handicapées ou âgées conformément à leurs besoins et sans discrimination défavorable (p. ex. fournir des services de protection sûrs et accessibles, des abris, de l'eau, une assistance alimentaire et des articles ménagers essentiels, des soins de santé, une éducation et des activités de subsistance¹⁸.)

P1.2 Faire participer les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants aux évaluations sur la protection et aux contrôles systématiques de la protection, notamment aux évaluations rapides. Penser aux personnes handicapées ou âgées difficiles à atteindre (p. ex. celles qui ne peuvent pas quitter leur domicile ou abri ou que d'autres membres du ménage cachent délibérément ; les personnes qui ont de graves handicaps mentaux, intellectuels et de communication ou les enfants qui prennent soin de parents ou de frères et sœurs et qui n'auront donc peut-être pas la possibilité de fréquenter l'école ou d'accéder à des programmes pour les enfants). Veiller à ce qu'il y ait des personnes handicapées ou âgées parmi les points de contact communautaires pour les équipes d'évaluation. Si possible, inclure des hommes et femmes handicapés ou âgés dans les équipes d'évaluation.

P1.3 Consulter directement les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants sur leurs inquiétudes en matière de protection, en utilisant des techniques qui tiennent compte du genre, de l'âge et du handicap. Inviter les organisations de personnes handicapées ou âgées à participer aux évaluations, contrôles et réponses en matière de protection, en utilisant de manière appropriée leur expertise et leurs ressources (voir **Norme d'inclusion clé 6**).

P1.4 Veiller à ce que les données collectées pour guider la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de tous les programmes de protection soient désagrégées par sexe, âge et handicap (voir **Norme d'inclusion clé 1**).

P1.5 Mettre en place des systèmes visant à identifier, contrôler et atténuer les risques spécifiques en matière de protection qui touchent les personnes handicapées ou âgées (négligence, exploitation, abandon, dissimulation, intimidation, absence de documents d'identité, notamment d'actes de naissance, séparation des aidants, etc.) et à contrôler leur accès aux services et aux lieux de protection¹⁹.

P1.6 Veiller à ce que les actes de violence ou d'abus, notamment la violence liée au sexe, dont sont victimes les personnes handicapées ou âgées (surtout les femmes et les filles) soient constatés et signalés et que les survivants soient correctement orientés pour bénéficier d'un soutien.

P1.7 Veiller à ce que les hommes et femmes handicapés ou âgés participent aux comités de protection.

¹⁸ Voir le Principe de protection 2 de Sphère.

¹⁹ Voir le Principe de protection 3 de Sphère.

P1.8 Inclure les personnes handicapées ou âgées dans les évaluations des programmes de protection.

NORME DE PROTECTION 2:

Les acteurs humanitaires mettent tout en œuvre pour garantir un environnement sûr, inclusif et protecteur pour les personnes âgées ou handicapées en situation de crise et ces groupes jouent un rôle à part entière dans l'action de protection communautaire.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

P2.1 Encourager l'inclusion des personnes handicapées ou âgées dans les activités de protection au niveau communautaire, en partenariat avec les organisations de personnes handicapées et de personnes âgées. Mettre les activités communautaires à la disposition des hommes et des femmes âgés et des personnes présentant différents handicaps ou besoins en matière de communication (voir **Norme d'inclusion clé 4**), et aider les personnes handicapées ou âgées à mettre en place leurs propres stratégies pour réduire les risques²⁰. Par exemple :

Prévoir des refuges, notamment des lieux adaptés aux enfants, des lieux adaptés aux personnes âgées, des lieux sûrs pour les femmes et des activités éducatives informelles (voir **Normes d'éducation**), afin que les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants puissent se réunir et échanger des informations. Sensibiliser le personnel qui travaille dans des centres aux handicaps et à l'inclusion. Des coûts spécifiques doivent être prévus dans le budget.

Renforcer ou mettre en place des mécanismes de protection communautaires, p. ex. des comités de protection communautaire pour les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées, capables d'identifier, de signaler et d'orienter les personnes exposées aux risques.

Garantir l'inclusion d'individus isolés handicapés ou âgés comme les enfants chefs de famille, les veuves, les personnes souffrant d'une maladie mentale grave, les personnes âgées souffrant de démence ou les personnes qui ont des difficultés à communiquer, dans les activités communautaires.

P2.2 Fournir un soutien psychosocial au niveau communautaire comme des premiers secours psychologiques aux personnes souffrant de détresse psychologique. Faire en sorte que les personnes handicapées (y compris les enfants) et les personnes âgées et leurs aidants (voir **Norme de santé 9**) puissent y accéder. Encourager l'accès à l'éducation des enfants handicapés en tant que mesure de protection (voir **Normes d'éducation**).

²⁰ Voir le Principe de protection 3 de Sphère.

NORME DE PROTECTION 3 :

Les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants ont un accès complet aux services de protection et à toutes les informations relatives à leur protection.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

P3.1 Inclure activement les personnes handicapées ou âgées dans tous les programmes et services de protection ciblés (p. ex. inclure les enfants qui s'occupent de parents handicapés dans les programmes de protection de l'enfance et reconnaître le rôle des aidants âgés et les risques auxquels ils sont confrontés.)

P3.2 Utiliser un éventail de canaux et de méthodes de communication (voir **Norme d'inclusion clé 4**), pour veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées aient pleinement accès à toutes les informations de protection²¹, notamment celles concernant :

Les menaces de violence ou d'abus, notamment la violence liée au sexe, les dangers dans l'environnement immédiat et les risques de violence liée au sexe ou d'autres types de violence ou d'abus associés à des activités ou lieux particuliers et comment les éviter ou les atténuer.

Les services de protection dans la communauté (p. ex. la diffusion d'informations sur les services de protection de l'enfance parmi les aidants âgés et les aidants handicapés).

Comment signaler des préoccupations en matière de protection et suite à un incident de protection, comment obtenir de l'aide et quels services sont disponibles.

Les droits et prérogatives et les critères et mécanismes de ciblage

Comment formuler une plainte et comment ces plaintes seront traitées (voir **Norme d'inclusion clé 5**).

Systemes d'enregistrement, systemes d'accès aux documents d'État civil et services d'aide juridique et autres services d'aide spécialisés (voir **Norme de protection 4**).

²¹ Voir le Principe de protection 4 de Sphère.

NORME DE PROTECTION 4:

Les personnes handicapées ou âgées ont pleinement accès aux systèmes d'enregistrement et d'identification et à d'autres documents essentiels pour leur protection juridique et sociale²².

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

P4.1 Veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées et leurs familles/aidants, aient conscience de l'importance de l'enregistrement, soit directement, soit par le biais de membres de la communauté, de services de proximité, etc.

P4.2 Veiller à ce que les sites et systèmes d'enregistrement soient accessibles à tous et prévoient des dispositions spéciales pour les personnes qui ont des problèmes de communication, qui ont du mal à lire ou à écrire ou qui ont des déficiences intellectuelles et celles qui ne peuvent pas se déplacer jusqu'aux bureaux d'enregistrement (p. ex. par le biais de systèmes d'enregistrement itinérants ou en prévoyant un transport). Les bureaux d'enregistrement doivent prévoir un accès prioritaire ou des files d'attente/des heures de distribution séparées pour les personnes handicapées ou âgées afin qu'elles puissent s'asseoir, se mettre à l'ombre et aient accès à de l'eau potable et à des toilettes.

P4.3 Faire en sorte que les équipes d'enregistrement respectent l'équilibre entre les sexes, que les intervieweurs et éventuellement les interprètes soient de même sexe que la personne interrogée et comptent parmi eux des personnes handicapées ou âgées. Sensibiliser le personnel aux questions de handicap et d'âge et les informer du fait que des personnes handicapées ou âgées risquent d'être cachées ou séquestrées au sein des ménages.

S'assurer que les équipes d'enregistrement :

Notent les différents types de handicap et de vulnérabilité (voir **Annexe I**).

Aient conscience des droits spéciaux/des critères et mécanismes de ciblage des personnes handicapées ou âgées (p. ex. le droit à une carte d'invalidité ou à une carte senior).

Orientent les personnes qui en ont besoin vers des services de base ou spécialisés.

Fassent comprendre à tous les membres de la famille l'importance de l'enregistrement.

P4.4 Contrôler les taux d'enregistrement par rapport aux données démographiques connues ou estimées relatives au genre, aux personnes handicapées ou âgées, afin de détecter un sous-enregistrement parmi certains groupes et de guider toute mesure corrective nécessaire.

P4.5 Veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées aient connaissance des services d'assistance disponibles pour les aider à obtenir ou à remplacer des documents (actes de naissance ou de décès, passeports, titres fonciers ou autres titres de propriété) et mettre ces services à leur disposition. Informer le personnel concerné du fait que les enfants handicapés sont plus susceptibles que les autres de ne pas avoir été enregistrés à la naissance avec tous les risques de protection que cela implique, notamment l'apatridie.

²² Voir le Principe de protection 4 de Sphère.

NORME DE PROTECTION 5:

Les personnes handicapées ou âgées sont protégées contre les préjudices physiques et psychologiques causés par la violence et les abus, notamment la violence fondée sur le genre²³.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

P5.1 Contrôler et prévenir les risques et les cas de préjudices physiques ou psychologiques, de violence liée au sexe et d'autres formes de violence ou d'abus à l'égard des personnes handicapées ou âgées, et réagir en conséquence. Sensibiliser le personnel concerné aux risques accrus d'abus auxquels les personnes handicapées ou âgées peuvent être confrontées, notamment certains groupes (p. ex. celles qui ne sont pas mobiles, qui ont des difficultés à communiquer ou sont isolées et les enfants et adolescents handicapés).

P5.2 Inclure les personnes handicapées (notamment les enfants) et les femmes et les hommes âgés dans les programmes de prévention et de lutte contre la violence liée au sexe. Surmonter les obstacles à l'identification et au signalement des incidents, par exemple par le biais d'activités de suivi et d'actions de proximité. Veiller à ce que les services d'assistance aux survivants soient accessibles, sûrs, confidentiels et répondent aux souhaits et besoins individuels des survivants. Mettre en place des protocoles dans les cas où les procédures standards d'obtention d'un consentement éclairé pour transmettre ou partager les informations ne peuvent être satisfaites en raison de l'âge de la personne, de sa capacité intellectuelle ou de son état mental²⁴.

P5.3 Identifier et résoudre les problèmes en matière de protection qui affectent tout particulièrement les personnes handicapées ou âgées, notamment la violence à l'égard des personnes handicapées ou âgées (p. ex. la contrainte physique, les jets de pierre, les accusations de sorcellerie, les abus à l'encontre des personnes âgées).²⁵ Informer le personnel du fait que le genre, l'âge et le handicap se recoupent et dans quelle mesure cela peut augmenter les risques ; p. ex. les femmes et les filles handicapées risquent davantage d'être victimes de violences liées au sexe.

²³ Voir le Principe de protection 3 de Sphère.

²⁴ Voir le Principe de protection 1 de Sphère.

²⁵ Les actions motivées par la haine ou les préjudices à l'égard des personnes handicapées incluent : la discrimination, la violence verbale/émotionnelle et le harcèlement jusqu'aux actes d'agression physique ou de violence extrême (que l'on peut appeler « crimes haineux contre les personnes handicapées ») ; dans certaines cultures, l'utilisation de la violence physique contre les enfants handicapés et d'autres formes de traitements dégradants (comme la contrainte physique) peuvent être considérées comme une façon acceptable de gérer des comportements perçus comme négatifs (voir la Commission des femmes pour les réfugiés, 2014).

NORME DE PROTECTION 6:

Les personnes handicapées et les personnes âgées qui vivent dans des institutions et des hôpitaux sont protégées.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

P6.1 Avoir conscience du risque d'abus élevé encouru par les personnes séjournant dans des institutions. Communiquer avec les autorités locales ou nationales et les établissements concernés et coordonner les actions des acteurs de la protection pour vérifier que les institutions sont identifiées et régulièrement contrôlées²⁶.

P6.2 Veiller à ce que les besoins physiques et psychosociaux fondamentaux des personnes qui séjournent dans ces établissements soient satisfaits et que les mauvais traitements soient évités et que des mesures soient prises. Le cas échéant, organiser des interventions dirigées par des professionnels locaux, axées sur la protection et le rétablissement des soins fondamentaux.

P6.3 Lorsque les soins prodigués sont inférieurs aux normes médicales et relatives aux droits de la personne, axer l'intervention d'urgence sur le respect des normes et pratiques minimales générales pour les soins psychiatriques et les soins d'autre nature. Si le personnel a déserté les établissements psychiatriques, mobiliser des ressources humaines de la communauté et du système de santé pour prendre en charge les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Veiller à ce que des plans et procédures d'évacuation des patients soient en place.

²⁶ Cela inclut les établissements pour personnes âgées, les établissements psychiatriques, les orphelinats, les écoles spécialisées pour enfants handicapés, les centres de détention et les prisons.

NORME DE PROTECTION 7:

Les personnes handicapées et les personnes âgées sont protégées dans les situations de déplacement et de retour.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

P7.1 Lorsque les populations fuient les conflits et les catastrophes naturelles, coopérer avec les autres acteurs humanitaires appropriés pour aider les personnes les plus vulnérables qui sont restées sur place, notamment les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants.

P7.2 Fournir un transport sûr, adapté et accessible le cas échéant. Éviter que les personnes soient séparées des membres de leur famille et de leurs aidants, de leurs accessoires et matériels d'assistance et de leurs médicaments.

P7.3 Faire en sorte que les centres d'accueil soient accessibles aux personnes handicapées ou âgées déplacées. Veiller à ce que le personnel s'occupe des personnes handicapées ou âgées qui arrivent seules ou avec des enfants et de celles qui ont d'importantes difficultés fonctionnelles au quotidien.

P7.4 Fournir un hébergement temporaire et des infrastructures WASH aux centres d'accueil et de transit, le cas échéant, et faire en sorte que ces centres soient accessibles à tous. Prévoir un éclairage et si possible des partitions/cloisons dans les zones de repos pour renforcer le respect de la vie privée et minimiser les risques de violence liée au sexe, surtout pour les femmes et les filles.

P7.5 Donner la priorité aux personnes déplacées handicapées ou âgées dans la recherche et la réunification des familles et inclure les aidants dans les activités de réunification. Lorsque la réunification avec les aidants ou la famille n'est pas possible, mettre des systèmes en place pour étudier la possibilité d'une vie indépendante ou aider les gens à vivre seuls, ou identifier d'autres types de placements adaptés, p. ex. dans des familles étendues ou d'accueil.

P7.6 Consulter les personnes handicapées ou âgées sur les solutions durables qu'elles préfèrent. Veiller à ce que le retour, la réinstallation ou l'intégration locale aient lieu de façon volontaire et sûre et dans le respect de la dignité. Après le retour, veiller à ce que l'aide en matière de réinstallation ou d'intégration locale (construction d'abri/de maison, soutien des moyens de subsistance etc.) soit inclusive. Par exemple, garantir l'accès au soutien social disponible, aux aides au retour offertes par le gouvernement local et aux soins de santé pour les personnes handicapées ou âgées.

Exemple de bonne pratique :

LE HCR AU NEPAL

Au Népal, le HCR a adopté une double approche pour encourager l'accès et l'inclusion des personnes handicapées aux activités de prévention et de lutte contre la violence liée au sexe. Après avoir consulté ces personnes sur leurs besoins et capacités en matière de violence liée au sexe, le HCR a adapté des activités existantes de prévention et de lutte contre la violence liée au sexe de la façon suivante :

Des actions de sensibilisation ont été menées avec les parties prenantes en matière de violence liée au sexe sur les obstacles à l'accès des personnes handicapées, qu'ils soient de nature environnementale, comportementale, politique ou qu'il s'agisse de problèmes de communication.

Des exemples de personnes handicapées ont été inclus dans les outils de sensibilisation communautaire sur la violence liée au sexe.

Une annexe aux procédures opérationnelles standard inter-organisations a été rédigée sur le consentement, la confidentialité et la non-discrimination à l'égard des personnes handicapées.

Des interprètes en langue des signes ont été identifiés et formés sur les processus de confidentialité et de consentement pour les survivants de la violence liée au sexe.

Dans un même temps, le HCR a commencé à soutenir des actions spécifiquement liées aux handicaps, pour accroître la participation des personnes handicapées et promouvoir l'autonomisation, dans les programmes contre la violence liée au sexe. Dans le cadre de ces actions, il a notamment noué des partenariats avec une organisation locale de personnes sourdes pour prodiguer une formation dans le langage des signes, dans les camps, aux personnes sourdes et à leur famille, ainsi qu'au personnel d'organisations communautaires et d'ONG. Le HCR a également apporté son soutien à une organisation locale de femmes handicapées pour faciliter la formation de groupes de solidarité de femmes handicapées afin de promouvoir un système d'aide social supplémentaire et un forum pour la prévention et la lutte contre la violence liée au sexe.

Source : Commission des femmes pour les réfugiés, 2014, p. 16.

Exemple de bonne pratique :

LA COMMISSION DES FEMMES POUR LES REFUGIES ET LE HCR AU LIBAN

Au Liban, les personnes handicapées couraient de nombreux risques en matière de protection. Le personnel responsable de la gestion des cas de protection orientait la grande majorité des personnes handicapées vers des prestataires de services de santé, de réadaptation et de fourniture d'appareils et d'équipements. Cependant, il n'identifiait pas les autres facteurs qui augmentent la vulnérabilité et les risques et n'offrait pas de solutions à cet égard. Par exemple, de nombreux enfants handicapés n'allaient pas à l'école, les personnes handicapées vivaient dans des abris de piètre qualité et certaines d'entre elles étaient des parents isolés, des aidants ou des femmes seules. Leur situation nécessitait une évaluation plus complète, une référence vers d'autres services non liés à la santé et un suivi régulier.

En réponse, la Commission des femmes pour les réfugiés et le HCR ont élaboré et testé un programme de formation sur la Gestion des dossiers individuels - Identifier et répondre aux besoins des personnes handicapées, pour les gestionnaires de cas qui participent à la réponse en faveur des réfugiés syriens au Liban. Ce programme enseignait au personnel chargé de l'enregistrement, aux travailleurs sociaux et aux responsables de cas chargés de la protection, comment identifier les personnes handicapées les plus vulnérables. Il les aidait également à réaliser des évaluations plus

détaillées, en se penchant non seulement sur les besoins des individus mais aussi sur les compétences et capacités qui pourraient être utilisées dans la gestion de chaque cas.

Source : Commission des femmes pour les réfugiés, 2014, pp.20-21.

LECTURES RECOMMANDÉES :

CBM International (2012) *Inclusion made easy: a quick program guide to disability in development. Part B: Disability Inclusion: Disaster Management.* (L'inclusion, c'est facile : petit guide du développement pour le handicap. Partie B : Inclusion du handicap : gestion des catastrophes.) Tiré de : www.cbm.org/article/downloads/78851/CBM_Disability_Inclusion_-_Disaster_Management.pdf

Groupe de travail sur la protection de l'enfance, *Normes minimums pour la protection des enfants dans l'action humanitaire.* Groupe mondial de la protection (Groupe de travail sur la protection de l'enfance) Tiré de: cpwg.net/?get=006914%7C2014/03/CP-Minimum-Standards-English-2013.pdf

Handicap International (2006) *Disability Checklist for Emergency Response* (Liste de contrôle pour l'intervention d'urgence.) Paris : Handicap International. Tiré de : reliefweb.int/report/world/disability-checklist-emergency-response

Handicap International (2013) *Interventions psychosociales et de santé mentale en contextes d'urgence et de post-crise.* Lyon : Handicap International. Tiré de : www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/PG10Psychosocial.pdf

Handicap International (2013) *Protection contre les violences liées au genre, à l'âge et au handicap en contextes d'urgence et de développement.* Lyon : Handicap International. Tiré de : www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/ProtectionAgainstViolencesGN03.pdf

HelpAge International (2012d) *Protecting older people in emergencies: good practice guide.* (Protéger les personnes âgées en situations d'urgence : guide de bonnes pratiques.) Londres : HAI. Tiré de : www.helpage.org/resources/practical-guidelines/emergency-guidelines/

Comité permanent interorganisations (CPI) (2007), *Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.* (Directives concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence.) New York : IASC. Tiré de : www.who.int/hac/network/interagency/news/mental_health_guidelines/en/

Comité international de la Croix-Rouge (2013) *Professional Standards for Protection Work Carried out by Humanitarian and Human Rights Actors in Armed Conflict and Other Situations of Violence.* (Normes professionnelles pour le travail de protection réalisé par les acteurs humanitaires et des droits humains dans les conflits armés et dans d'autres situations de violence.) Édition 2013. Genève : CICR. Tiré de : www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_0999.pdf

Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (2015) *Minimum Standard Commitments to Gender and Diversity in Emergency Programming.* (Engagements vis-à-vis de normes minimales en matière de genre et de diversité dans la programmation d'urgence.) Version pilote. Genève : IFRC. Tiré de : www.ifrc.org/Global/Photos/Secretariat/201505/GenderDiversityMSCsEmergencyProgrammingHR3.pdf

Comité permanent interorganisations, (2005) *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire : centrage sur la prévention et la réponse à la violence sexuelle dans les situations d'urgence.* New York : IASC. Tiré de : interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/tfgender_GBVGuidelines2005.pdf

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) (2006) *Guide pratique pour l'usage systématique des standards et indicateurs dans les opérations de l'UNHCR.* 2e édition. Genève : UNHCR. Tiré de : www.refworld.org/pdfid/47062dc82.pdf

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) (2011a) *Working with persons with*

disabilities in forced displacement. (Travailler avec des personnes handicapées dans les déplacements forcés.) Recommandation à connaître 1 : Genève : UNHCR. Tiré de : www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) (2011b) *Action Against Sexual and Gender-Based Violence: An Updated Strategy*. (Action contre la violence sexuelle et liée au sexe : une stratégie mise à jour.) Genève : UNHCR (Division des services sur la Protection internationale). Tiré de : www.refworld.org/docid/4e01ffeb2.html

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) (2013) *Working with Older Persons in Forced Displacement* (Travailler avec les personnes âgées déplacées de force.) Recommandation à connaître 5. Genève : UNHCR. Tiré de : www.refworld.org/pdfid/4ee72aaf2.pdf

Commission des femmes pour les réfugiés (2008) *Disabilities Among Refugees and Conflict-Affected Populations. Resource Kit for Fieldworkers*. (Handicaps parmi les réfugiés et les populations affectées par les conflits. Kit de ressources pour les travailleurs de terrain.) New York : WRC. Tiré de : www.asksource.info/resources/disabilities-among-refugees-and-conflict-affected-populations-resource-kit-field

Organisation mondiale de la Santé (2013) *Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health*. (Note d'orientation sur le handicap et la gestion des risques d'urgence pour la santé.) Genève : OMS. Tiré de : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf

World Vision (2012) *Minimum Inter-Agency Standards for Protection Mainstreaming*. (Normes interorganisations minimales pour l'intégration de la protection.) Tiré de : reliefweb.int/report/world/minimum-inter-agency-standards-protection-mainstreaming-enar

EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE (WASH)

NORME WASH 1 :

Les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants participent pleinement à la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des installations et services WASH ainsi qu'aux évaluations de besoins appropriées.

NORME WASH 2 :

Les informations sur les installations et les services WASH sont entièrement accessibles et disponibles aux personnes handicapées ou âgées et à leurs aidants.

NORME WASH 3 :

Les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants ont un approvisionnement en eau qui leur permet de satisfaire pleinement leurs besoins en boisson, cuisson des aliments et autres usages domestiques.

NORME WASH 4 :

Les personnes handicapées ou âgées ont pleinement accès à des latrines parfaitement adaptées à leurs besoins, qu'elles peuvent utiliser en toute sécurité et avec dignité.

NORME WASH 5 :

Les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants ont pleinement accès aux services d'hygiène, notamment à un nombre adéquat et approprié d'articles d'hygiène et d'installations sanitaires adaptés à leurs besoins, qu'ils peuvent utiliser en toute sécurité et avec dignité.

NORME WASH 1:

Les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants participent pleinement à la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des installations et services WASH ainsi qu'aux évaluations de besoins appropriées.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

W1.1 Veiller à ce que les données collectées pour guider la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes WASH soient désagrégées par sexe, âge et handicap.

W1.2 Prodiguer une formation au personnel et aux partenaires de WASH, y compris aux agents de terrain, pour les sensibiliser aux questions de handicap et d'âge et d'inclusion et pour qu'ils reconnaissent les besoins spécifiques des personnes handicapées ou âgées. Surveiller les programmes de proximité pour vérifier que les personnes handicapées ou âgées soient bien incluses.

W1.3 Consulter les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants à propos de leurs besoins, afin de guider l'emplacement, l'accessibilité, la conception et l'utilisation de tous les installations et services WASH (distributions d'eau, infrastructures d'approvisionnement en eau et d'assainissement neuves ou remises à neuf ; équipements personnels ;

fourniture/distribution d'articles d'hygiène, etc.). Organiser des groupes de réflexion et autres consultations directes impliquant les personnes handicapées ou âgées dans des groupes unisexes, avec des animateurs du même sexe qui ont bénéficié d'une formation pour les sensibiliser au handicap et à l'âge. Faire participer les organisations de personnes handicapées ou âgées aux interventions WASH, y compris aux programmes de proximité.

W1.4 Interroger directement les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants au sujet de leurs besoins WASH spécifiques, pour permettre la mise en place de services supplémentaires/adaptés (p. ex. la fourniture d'articles supplémentaires comme des chaises d'aisance ou des articles d'hygiène.)

W1.5 Veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées (hommes et femmes) soient représentées dans les comités communautaires des eaux et de l'assainissement.

W1.6 Inclure les personnes handicapées ou âgées dans les évaluations des programmes WASH.

NORME WASH 2:

Les informations sur les installations et les services WASH sont entièrement accessibles et disponibles aux personnes handicapées ou âgées et à leurs aidants (voir Norme d'inclusion clé 4).

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

W2.1 Dire à toutes les personnes handicapées, aux personnes âgées et à leurs aidants où, quand et comment l'eau sera distribuée et comment la stocker adéquatement. Ces groupes doivent être pleinement informés de leurs droits et des services disponibles dans le cadre de WASH.

W2.2 Conseiller toutes les personnes handicapées, les personnes âgées et leurs aidants sur les principaux avantages et risques de santé publique de l'utilisation de l'eau et des pratiques d'hygiène et sur la façon d'atténuer ces risques. Sensibiliser les promoteurs de l'hygiène/de la santé au handicap et à l'âge.

W2.3 Informer les personnes qui ont des besoins WASH spécifiques (p. ex. un problème d'incontinence) et leurs aidants, au sujet des articles d'hygiène, des services et installations sanitaires dont ils peuvent bénéficier (notamment tout article ou toute installation supplémentaires ou spécialisés dont ils pourraient avoir besoin). Si nécessaire, établir des partenariats avec d'autres organisations ou des agences spécialisées pour fournir des articles ou équipements spécialisés. Faire en sorte que les filles et les femmes handicapées aient accès à des informations sur la gestion de l'hygiène menstruelle.

W2.4 Fournir des conseils aux personnes handicapées ou âgées (notamment celles qui souffrent de déficiences intellectuelles ou mentales ou de problèmes de communication) et à leurs aidants sur la façon d'utiliser les installations WASH en toute sécurité.

NORME WASH 3:

Les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants ont un approvisionnement en eau qui leur permet de satisfaire pleinement leurs besoins en boisson, cuisson des aliments et autres usages domestiques.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

W3.1 Veiller à ce qu'un minimum de 15 % des robinets/pompes à eau soient accessibles et sûrs pour les personnes qui ont des handicaps physiques, des problèmes de vision ou de mobilité²⁷. Par exemple, fournir des conteneurs d'eau plus petits ; installer des rampes, des barres et des cordes de guidage aux points d'eau/pompes et fournir des pompes basées sur une conception universelle (avec poignées plus longues, etc.) et inclure les coûts dans le budget²⁸. Si nécessaire, consulter les organisations de personnes handicapées/âgées spécialisées pour savoir comment garantir l'accessibilité des installations et de l'approvisionnement en eau. Tenir compte de l'accessibilité lors de la planification de l'emplacement des points d'eau.

W3.2 Prévoir des dispositions spéciales aux points d'eau (p. ex. des files d'attente séparées) pour éviter que les personnes handicapées ou âgées aient à rester debout et à faire la queue pendant longtemps.

W3.3 Garantir et contrôler que les personnes qui ont besoin d'une quantité d'eau plus importante (p. ex. pour gérer un problème médical particulier) et celles qui ne peuvent pas quitter leur domicile ou ne peuvent atteindre les points de distribution d'eau, bénéficient d'un approvisionnement en eau potable fiable, p. ex. par le biais des services de proximité ou de services communautaires bénévoles.

²⁷ Le pourcentage doit se baser sur les évaluations concertées des besoins et la désagrégation des données par sexe, par âge et par handicap. En l'absence de données locales fiables, nous recommandons 15 % sur la base des estimations globales de l'OMS. Voir www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/

²⁸ Voir Norme d'inclusion clé 2.

NORME WASH 4:

Les personnes handicapées ou âgées ont pleinement accès à des latrines parfaitement adaptées à leurs besoins, qu'elles peuvent utiliser en toute sécurité et avec dignité.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

W4.1 Concevoir, construire ou adapter un minimum de 15 % de latrines – y compris des installations séparées pour les hommes et les femmes – auxquelles les personnes qui ont des problèmes de mobilité physique ou de déficiences visuelles puissent accéder et qu'elles puissent utiliser facilement et avec dignité²⁹. Concevoir de nouvelles latrines basées sur les principes de la conception universelle (Voir **Norme d'inclusion clé 2**), entre autres :

Des rampes, des mains courantes et un accès guidé (comme des cordes pour délimiter un chemin pour les personnes souffrant de déficiences visuelles).

Des portes suffisamment larges pour faire passer des fauteuils roulants/les personnes avec des béquilles.

Un espace suffisamment grand pour recevoir un fauteuil roulant et fermer la porte et pour permettre aux aidants d'aider la personne handicapée à entrer ou à s'occuper d'elle.

Adapter les latrines existantes afin qu'elles soient accessibles aux personnes qui ont des problèmes de mobilité physique ou de déficiences visuelles en se basant sur des principes d'espace/d'adaptation raisonnables. Placer des lavabos accessibles (p. ex. bas et avec des robinets faciles à utiliser) à proximité des latrines. Si nécessaire, consulter les organisations de personnes handicapées/âgées spécialisées pour savoir comment assurer l'accessibilité des installations sanitaires.

W4.2 Construire des installations sanitaires et des abris accessibles afin que les personnes qui ont des handicaps physiques/une mobilité réduite puissent habiter à proximité de latrines et d'autres installations WASH accessibles.

W4.3 Prévoir si nécessaire, des toilettes ou des installations/articles sanitaires spéciaux, p. ex. des toilettes avec sièges permanents ou amovibles, des bassins, des pots de chambre ou des chaises d'aisance.

²⁹ Le pourcentage doit se baser sur les évaluations concertées des besoins et la désagrégation des données par sexe, par âge et par handicap. En l'absence de données locales fiables, nous recommandons 15 % sur la base des estimations globales de l'OMS. Voir www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/

NORME WASH 5:

Les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants ont pleinement accès aux services d'hygiène, notamment à un nombre adéquat et approprié d'articles d'hygiène et d'installations sanitaires adaptés à leurs besoins, qu'ils peuvent utiliser en toute sécurité et avec dignité.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

W5.1 Distribuer, si besoin est, des articles d'hygiène supplémentaires aux personnes handicapées ou âgées. Prodiguer une formation aux équipes d'évaluation et au personnel WASH afin qu'ils consultent les personnes handicapées ou âgées (et leurs aidants si nécessaire) au sujet de leurs besoins d'hygiène spécifiques, en respectant les différences entre les sexes. Employer des méthodes de distribution sensibles à la dimension de genre de façon à protéger la dignité des gens (p. ex. distribuer des articles d'hygiène intime directement à la personne qui en a besoin). Veiller à ce que les personnes qui ont des besoins spécifiques (p. ex. les personnes incontinentes) aient facilement accès à des produits d'hygiène et à des articles d'hygiène intime supplémentaires selon leurs besoins.

W5.2 Veiller à ce que les femmes et les filles handicapées aient accès à des articles sanitaires appropriés. Faire en sorte que quel que soit leur âge, les femmes et les filles, y compris les femmes âgées et les personnes handicapées, aient accès à des lieux privés pour faire leur toilette, laver et sécher leurs vêtements souillés et les tissus utilisés pour la gestion de l'hygiène menstruelle et pour jeter les articles d'hygiène intime. Prévoir suffisamment de place pour l'aidant si nécessaire.

W5.3 Veiller à ce que les installations WASH accessibles soient bien éclairées et équipées de verrous pour garantir l'intimité et la sécurité. Prodiguer une formation à tout le personnel WASH pour le sensibiliser aux risques de violence liée au sexe et à d'autres types d'abus auxquels les personnes handicapées ou âgées sont confrontées, en particulier les femmes et les filles, et prendre des mesures pour atténuer ces risques, à l'étape de la conception des installations WASH.

W5.4 Identifier et aller visiter régulièrement les institutions³⁰ (y compris dès le début de la crise) pour vérifier que les besoins en eau, assainissement et hygiène soient identifiés et que les solutions mises en œuvre protègent la sécurité et la dignité des personnes. Coordonner toutes les activités avec les autorités locales ou nationales et les établissements concernés.

³⁰ Cela inclut les établissements pour personnes âgées, les établissements psychiatriques, les orphelinats, les écoles spécialisées pour enfants handicapés, les centres de détention et les prisons.

Exemples de bonne pratique :

AIDE AUX RAPATRIÉS PAR ACTION CONTRE LA FAIM ET CBM EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Suite aux violences d'origine politique en République centrafricaine en 2013, 40 000 personnes ont été déplacées dans les camps de Bossangoa. A leur retour, dix mois plus tard, de nombreuses personnes ont retrouvé leur village pillé ou détruit. Action contre la Faim (ACF) a lancé un projet WASH pour aider les rapatriés à remettre en état les pompes manuelles, à construire des latrines et à promouvoir l'hygiène. Dans le cadre d'un partenariat avec CBM, un spécialiste du handicap s'est rendu trois fois sur place pendant ce projet d'un an, pour former le personnel, lancer des activités inclusives et contrôler la mise en œuvre et l'impact. Cela a permis d'identifier de nombreuses personnes handicapées, de former des agents de terrain et les communautés et d'assurer l'accessibilité de nombreuses latrines construites par les familles elles-mêmes. L'un des résultats majeurs de cette initiative a été une plus grande prise de conscience et solidarité avec les personnes handicapées de la part de l'équipe d'ACF, des agents de terrain et des villageois.

Source : Action contre la Faim (communication écrite)

INTERVENTION MULTISECTORIELLE AU KIRGHIZISTAN

En juin 2010, la violence ethnique dans le sud du Kirghizistan a conduit à un déplacement massif de population en Ouzbékistan et à 300 000 personnes déplacées internes. Une intervention multisectorielle a été lancée par des organisations des Nations Unies et des ONG pour répondre aux besoins de la population touchée. Grâce à la collaboration avec les membres du groupe de travail Age et Handicap, le cluster WASH a modifié la conception de ses latrines pour répondre aux normes internationales d'accessibilité, aussi bien chez les personnes âgées que dans les lieux publics. Les modifications apportées incluaient des portes plus larges pour pouvoir faire passer les fauteuils roulants et pour permettre aux aidants d'assister la personne pendant l'utilisation.

Source : HelpAge International, 2012d

LECTURES RECOMMANDEES :

Handicap International (2006) *Disability Checklist for Emergency Response* (Liste de contrôle pour l'intervention d'urgence.) Paris : Handicap International. Tiré de : reliefweb.int/report/world/disability-checklist-emergency-response

Handicap International (2009) *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* (Accessibilité pour tous en contexte d'urgence : recommandation pour garantir l'accessibilité des infrastructures temporaires, des installations WASH, des activités de distribution et de communication pour les personnes handicapées et autres personnes vulnérables.) Paris : Handicap International. Tiré de : [www.ifrc.org/PageFiles/95749/Handicap Int%27I_Guideline for Accessibility in Emergency %282009%29.pdf](http://www.ifrc.org/PageFiles/95749/Handicap%20Int%27I_Guideline%20for%20Accessibility%20in%20Emergency%20.pdf)

Handicap International : Cellule Technique Inclusion, Mali (2014) *L'inclusion des groupes vulnérables dans les situations d'urgence : Guide Méthodologique & Pratique*. Mali : Handicap International.

Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (2015) *Minimum Standard Commitments to Gender and Diversity in Emergency Programming*. (Engagements vis-à-vis des normes minimales en matière de genre et de diversité dans la programmation d'urgence.) Version pilote. Genève : IFRC. Tiré de : [www.ifrc.org/Global/Photos/Secretariat/201505/Gender Diversity MSCs Emergency Programming HR3.pdf](http://www.ifrc.org/Global/Photos/Secretariat/201505/Gender%20Diversity%20MSCs%20Emergency%20Programming%20HR3.pdf)

Jones H, (2013) *Mainstreaming disability and ageing in water, sanitation and hygiene programmes. A mapping study carried out for WaterAid*. (Intégrer le handicap et l'âge dans les programmes d'approvisionnement d'eau, d'assainissement et d'hygiène. Une étude cartographique effectuée par WaterAid.) Londres : WaterAid. Tiré de : www.wateraid.org/news/news/mainstreaming-disability-and-ageing-in-water-and-sanitation-programmes

Jones H et Wilbur J, (2014) *Compendium of accessible WASH technologies*. (Recueil de technologies WASH accessibles.) WaterAid, WEDC et Share (Sanitation and Hygiene Applied Research for Equity.) Tiré de : www.wateraid.org/accessibleWASHtechnologies

Le Projet Sphère (2010), le Manuel Sphère (Standards minimums sur l'approvisionnement en eau, l'assainissement et la promotion de l'hygiène.) Tiré de : www.spherehandbook.org

WaterAid (2014) *Inclusive WASH: What does it look like?* (A quoi ressemblent des services WASH inclusifs ?) Loughborough : WEDC pour WaterAid. Tiré de : www.asksourc.info/resources/inclusive-wash-what-does-it-look

Water, Engineering and Development Centre, Loughborough University et Water Aid (2012) Fiche d'activité 2: *Identifying barriers to water, sanitation and hygiene*. (Identifier les obstacles à l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène.) Leicestershire : WEDC. Tiré de : wedc.lboro.ac.uk/resources/learning/EI_AS2_Identifying_barriers_final.pdf

Water, Engineering and Development Centre, Loughborough University et Water Aid (2012) Fiche d'activité 3 : *Identifying solutions to reduce barriers to water, sanitation and hygiene*. (Identifier des solutions pour réduire les obstacles à l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène.) Leicestershire : WEDC. Tiré de : wedc.lboro.ac.uk/resources/learning/EI_AS3_Identifying_solutions_v2.pdf

Organisation mondiale de la Santé (2013) *Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health*. (Note d'orientation sur le handicap et la gestion d'urgence des risques pour la santé.) Genève : OMS. Tiré de :

apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf

World Vision (2012) *Minimum Inter-Agency Standards for Protection Mainstreaming*. (Normes interorganisations minimales pour l'intégration de la protection.) Tiré de :

reliefweb.int/report/world/minimum-inter-agency-standards-protection-mainstreaming-enar

SECURITE ALIMENTAIRE ET MOYENS DE SUBSISTANCE

SECURITE ALIMENTAIRE ET MOYENS DE SUBSISTANCE NORME 1:

Les personnes handicapées ou âgées sont incluses dans les évaluations de sécurité alimentaire et de moyens de subsistance et participent à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des programmes de sécurité alimentaire.

SECURITE ALIMENTAIRE ET MOYENS DE SUBSISTANCE NORME 2:

Les informations sur les programmes d'assistance et de sécurité alimentaires sont entièrement accessibles et disponibles aux personnes handicapées ou âgées et à leurs aidants.

SECURITE ALIMENTAIRE ET MOYENS DE SUBSISTANCE NORME 3:

Les distributions alimentaires et les transferts monétaires et de bons utilisent des méthodes qui garantissent l'inclusion et l'accès des personnes handicapées ou âgées à une nourriture appropriée et protègent leur dignité.

SECURITE ALIMENTAIRE ET MOYENS DE SUBSISTANCE NORME 4:

Les programmes vivres contre travail, travail contre rémunération et ceux axés sur les moyens de subsistance, sont conçus et mis en œuvre de façon à prendre en compte les capacités des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs aidants, à tenter de surmonter ou de compenser les obstacles à leur participation et à répondre à leurs besoins en matière de sécurité alimentaire et de moyens de subsistance.

NORME DE SECURITE ALIMENTAIRE 1:

Les personnes handicapées ou âgées sont incluses dans les évaluations de sécurité alimentaire et de moyens de subsistance et participent à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des programmes de sécurité alimentaire.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

SA1.1 Veiller à ce que toutes les données collectées pour les évaluations et les interventions concernant la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance soient désagrégées par sexe, âge et handicap (voir **Norme d'inclusion clé 1**). Utiliser des programmes d'action sur le terrain pour accéder aux groupes difficiles à atteindre et veiller à ce qu'ils soient inscrits sur les listes d'enregistrement.

SA1.2 Former le personnel et les partenaires chargés de la sécurité alimentaire pour les sensibiliser aux questions de handicap et d'âge et pour qu'ils reconnaissent les besoins spécifiques des personnes handicapées ou âgées (voir **Norme d'inclusion clé 8**).

SA1.3 Faire participer les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants à toutes les évaluations de vulnérabilité, de capacités et de besoins, en utilisant des méthodes de consultation accessibles (voir **Norme d'inclusion clé 4**).

Identifier les risques spécifiques auxquels sont confrontées les personnes âgées ou handicapées en matière de sécurité alimentaire et de moyens de subsistance. Tenir compte des obstacles auxquels elles sont confrontées pour accéder à l'assistance alimentaire, aux marchés et aux activités productives. Par exemple, les personnes âgées pourront être particulièrement touchées par l'isolement, la dépendance vis-à-vis des marchés locaux ou la disponibilité d'aliments spécifiques.

SA1.4 Faire participer les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants à la conception des programmes de sécurité alimentaire et de moyens de subsistance. Par exemple :

En adaptant les critères de ciblage.

En veillant à ce que les systèmes de transferts monétaires/de bons soient appropriés (lieu, accessibilité, fréquence des distributions, et acceptabilité des articles alimentaires).

En tenant compte des capacités et des stratégies de subsistance des personnes handicapées ou âgées et de leurs aidants et ménages, à l'étape de la conception des programmes de vivres contre travail/travail contre rémunération.

En utilisant des mesures de protection pour défendre les personnes les plus vulnérables à la violence liée au sexe ou à d'autres types d'agressions verbales ou physiques, p. ex. prévoir des moyens de transport sûrs, des mesures de sécurité pour la collecte des rations et des activités de subsistance sans danger.

SA1.5 Faire participer les personnes handicapées ou âgées aux groupes de réflexion, aux visites à domicile et à d'autres activités de suivi systématique.

SA1.6 Faire participer les personnes handicapées ou âgées (hommes et femmes) aux comités de gestion alimentaire afin de mieux cibler les programmes de sécurité alimentaire et de les rendre plus accessibles.

SA1.7 Dans toutes les activités de suivi et d'évaluation, mettre spécifiquement l'accent sur la sécurité alimentaire des personnes handicapées ou âgées et sur leur accès à l'aide, notamment les personnes les plus vulnérables, comme les veuves, les personnes qui vivent seules, celles qui ont

des handicaps multiples ou souffrent de maladies non transmissibles et celles qui vivent dans des institutions.

NORME DE SECURITE ALIMENTAIRE 2:

Les informations sur les programmes d'assistance et de sécurité alimentaires sont entièrement accessibles et disponibles aux personnes handicapées ou âgées et à leurs aidants.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

SA2.1 Utiliser un éventail de canaux et de méthodes de communication, pour veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants aient accès à toutes les informations importantes concernant les programmes d'assistance et de sécurité alimentaires (voir **Norme d'inclusion clé 4**). Ces informations couvrent les droits, les critères et mécanismes de ciblage, les transferts monétaires/de bons ou alimentaires, le stockage et la préparation des aliments, l'aide aux moyens de subsistance, les droits fonciers et de propriété et les organismes de soutien et comment déposer une plainte ou signaler un abus.

NORME DE SECURITE ALIMENTAIRE 3:

Les distributions alimentaires et les transferts monétaires et de bons utilisent des méthodes qui garantissent l'inclusion et l'accès des personnes handicapées ou âgées à une nourriture appropriée et protègent leur dignité.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

SA3.1 Veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées puissent accéder facilement aux sources de nourriture, notamment aux transferts alimentaires, monétaires et de bons. Les aliments doivent être faciles à préparer et à consommer et satisfaire tous les besoins supplémentaires en protéines et micronutriments, surtout pour les personnes qui souffrent d'incapacité ou de vulnérabilités spécifiques et celles qui sont atteintes de maladies non transmissibles qui exigent un régime alimentaire particulier.

SA3.2 Adapter les mécanismes de transferts monétaires/de bons ou alimentaires pour garantir un accès sûr, digne et équitable aux personnes handicapées ou âgées, surtout à celles qui ont des difficultés à se mouvoir ou qui sont vulnérables à l'exploitation, aux abus ou à la négligence :

Etudier la composition des rations alimentaires, si elles sont faciles à transporter, la fréquence, l'emplacement, l'accessibilité et les méthodes de distribution, la distance à parcourir pour atteindre les points de distribution, l'aide en matière de transport et la disponibilité des services de proximité.

Prévoir un accès prioritaire ou des files d'attente/des heures de distribution séparées pour les personnes handicapées ou âgées. Prévoir un endroit où s'asseoir, des espaces à l'ombre, de l'eau potable et des installations sanitaires accessibles et sûres aux sites de distribution.

Mettre en place des mécanismes de distribution supplémentaires pour les gens qui ne peuvent pas quitter leur domicile ou les abris ou qui ont des difficultés à accéder aux distributions. Demander aux personnes qui ne peuvent accéder aux points de distribution ou les utiliser, comment elles souhaitent recevoir de l'aide et prévoir d'autres méthodes de collecte (p. ex. par un mandataire de confiance) ou

une livraison directe par l'intermédiaire des services de proximité ou de membres de la communauté dignes de confiance. Contrôler les dispositions mises en place pour vérifier qu'elles soient fiables et durables et que les bénéficiaires reçoivent la totalité de leur dû.

Veiller à ce que l'accès aux programmes de transfert monétaire ou de bons soit sûr et équitable³¹. Veiller à ce que les personnes âgées ou handicapées ne soient pas injustement marginalisées par les mécanismes de distribution (p. ex. téléphones portables, comptes bancaires ou DAB), par le manque d'informations sur le programme ou parce qu'elles ne le comprennent pas. Aider les personnes qui ont des difficultés à communiquer, un niveau d'alphabétisation faible ou inexistant, ou qui ne connaissent pas bien les systèmes bancaires, d'aide en espèces et les technologies associées (p. ex. les femmes pourront avoir eu un accès limité à l'éducation). Vérifier que les bénéficiaires reçoivent la totalité de leur dû et que les programmes monétaires ou de bons ne les exposent pas à des risques accrus.

Collaborer avec d'autres acteurs de la sécurité alimentaire pour veiller à ce que les besoins alimentaires et nutritionnels de base des personnes qui vivent dans des institutions soient évalués et pris en compte en permanence (y compris aux premières étapes d'une crise), car ces personnes courent un risque extrêmement élevé de négligence grave ou d'abus³².

SA3.3 Veiller à ce que les ménages dont certains membres ont besoin d'une aide spécifique pour s'alimenter, aient accès à des ustensiles, du combustible supplémentaire, de l'eau potable et des articles d'hygiène appropriés. Prévoir des aidants pour les personnes qui ne peuvent préparer leur propre nourriture ou se nourrir seuls. Fournir des services de proximité ou travailler avec des organisations communautaires pour aider les personnes dont les capacités sont très réduites à nourrir les personnes à leur charge (p. ex. les personnes âgées handicapées qui s'occupent de leurs petits-enfants.)

SA3.4 Vérifier que les besoins alimentaires et nutritionnels fondamentaux des personnes qui vivent dans des institutions soient évalués et pris en compte en permanence, car ces personnes courent un risque extrêmement élevé de négligence grave ou d'abus.

³¹ Notez que l'inclusion des personnes handicapées ou âgées dans les programmes monétaires doit être examinée de façon plus détaillée qu'elle ne l'a été jusqu'ici ; nous manquons actuellement de recommandations fondées sur des preuves en matière de programme monétaire inclusif.

³² Cela inclut les établissements pour personnes âgées, les établissements psychiatriques, les orphelinats, les écoles spécialisées pour enfants handicapés, les centres de détention et les prisons.

NORME DE SECURITE ALIMENTAIRE 4:

Les programmes vivres contre travail, travail contre rémunération et ceux axés sur les moyens de subsistance, sont conçus et mis en œuvre de façon à prendre en compte les capacités des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs aidants, à tenter de surmonter ou de compenser les obstacles à leur participation et à répondre à leurs besoins en matière de sécurité alimentaire et de moyens de subsistance.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

SA4.1 Faire en sorte que les personnes handicapées et les hommes et les femmes âgées puissent participer aux programmes vivres contre travail ou travail contre rémunération. Apporter toutes les modifications nécessaires (p. ex. fourniture de matériels d'assistance, de rampes et d'autres moyens de communication) et donner aux personnes handicapées ou âgées la possibilité de faire un travail moins pénible. Utiliser les critères de ciblage pour établir une correspondance entre les personnes et les activités qui leur conviennent, en fonction de leurs compétences, de leur âge, de leur sexe et de leurs capacités physiques, sensorielles, intellectuelles, etc. Faire en sorte que ces groupes ne soient pas dirigés vers des tâches moins bien rémunérées ou moins intéressantes et qu'ils aient un accès total et équitable à l'éducation informelle et au développement des compétences.

SA4.2 Inclure les personnes handicapées ou âgées (hommes et femmes) dans les programmes d'emploi et de génération de revenus d'urgence et à plus long terme en tenant compte de l'éventail de leurs compétences, capacités et moyens de subsistance antérieurs, ainsi que de leur accès à la production et aux marchés.

SA4.3 Veiller à ce que les personnes qui ont des responsabilités d'aidants puissent accéder aux programmes de sécurité alimentaire et d'aide aux moyens de subsistance et que l'impact sur leurs responsabilités d'aidants soit aussi faible que possible. Pour ce faire, il faut entre autres vérifier la présence de structures d'accueil pour les enfants et d'espaces adaptés aux enfants, accessibles aux enfants handicapés.

SA4.4 Maintenir des mesures de protection inconditionnelles (p. ex. transferts monétaires directs, alimentaires ou de bons) pour les personnes dont la participation à des activités de protection/remplacement d'actifs à des fins professionnelles, dont les activités relatives aux moyens de subsistance ou dont l'accès au marché sont considérablement limités par leur âge, leur handicap ou leurs responsabilités de prise en charge (p. ex. les parents isolés d'enfants souffrant de multiples handicaps). Envisager d'autres mesures de soutien selon les besoins.

Exemples de bonne pratique :

COMMISSION DES FEMMES POUR LES REFUGIES

Une étude réalisée dans plusieurs pays, sur la situation des personnes handicapées parmi les populations déplacées et touchées par les conflits, entreprise par la Commission des femmes pour les réfugiés en 2007, a révélé que les systèmes de distribution de nourriture étaient souvent inaccessibles aux personnes handicapées. Par contre, dans le camp de réfugiés de Dadaab, au Kenya, le Programme alimentaire mondial (PAM) a accordé la priorité aux réfugiés handicapés pendant les distributions de nourriture afin qu'ils ne fassent pas trop longtemps la queue. De plus, des membres de la communauté ont été mobilisés pour collecter les rations alimentaires des personnes qui ne pouvaient pas être présentes à la distribution.

Source : Reilly, 2010

LA CAEPA EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

En République Démocratique du Congo, la CAEPA, partenaire local de HelpAge International, a identifié les personnes âgées dont les petites-filles avaient eu recours à la prostitution pour gagner de l'argent pour nourrir leur famille et leur a prodigué une aide. Les personnes âgées comme leurs petites-filles avaient conscience des risques sanitaires et de protection, mais n'avaient aucun autre moyen de se procurer un revenu. En proposant aux personnes âgées et à leur famille des activités rémunératrices plus sûres comme la vannerie, HelpAge et la CAEPA ont pu réduire les risques encourus par les familles, et tout particulièrement par les petites-filles.

Source : HelpAge International, 2012d

LECTURES RECOMMANDÉES :

Handicap International (2006) *Disability Checklist for Emergency Response*. (Liste de contrôle pour l'intervention d'urgence.) Paris : Handicap International. Tiré de : reliefweb.int/report/world/disability-checklist-emergency-response

HelpAge International (2012c) *Interventions sur la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance des personnes âgées dans les situations d'urgence*. Londres : HelpAge International. Tiré de : www.helpage.org/resources/practical-guidelines/emergency-guidelines/

HelpAge International (2012d) *Protecting older people in emergencies: good practice guide*. (Protéger les personnes âgées en situations d'urgence : guide de bonnes pratiques.) Londres : HelpAge International. Tiré de : www.helpage.org/resources/practical-guidelines/emergency-guidelines/

HelpAge International (2013a) *Interventions en matière de nutrition pour les personnes âgées dans les situations d'urgence*. Londres : HelpAge International. Tiré de : www.helpage.org/resources/practical-guidelines/emergency-guidelines/

Comité permanent interorganisations (2006) *Femmes, filles, garçons et hommes : Des besoins différents, des chances égales*. IASC Guide pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire. New York : IASC. Tiré de : [https://docs.unocha.org/sites/dms/Documents/IASC%20Gender%20Handbook%20\(French\).pdf](https://docs.unocha.org/sites/dms/Documents/IASC%20Gender%20Handbook%20(French).pdf)

Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (2015) *Minimum Standard Commitments to Gender and Diversity in Emergency Programming*. (Engagements vis-à-vis des normes minimales en matière de genre et de diversité dans la programmation d'urgence.) Version pilote. Genève : IFRC. Tiré de : www.ifrc.org/Global/Photos/Secretariat/201505/GenderDiversityMSCsEmergencyProgrammingHR3.pdf

Le Projet Sphère (2010), le Manuel Sphère (*Standards minimums sur la sécurité alimentaire et la nutrition*.) Tiré de : www.spherehandbook.org

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) (2011a) *Working with persons with disabilities in forced displacement*. (Travailler avec des personnes handicapées dans les déplacements forcés.) Recommandation à connaître 1. Genève : UNHCR. Tiré de : www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) (2013) *Working with Older Persons in Forced Displacement* (Travailler avec les personnes âgées déplacées de force.) Recommandation à connaître 5. Genève : UNHCR. Tiré de : www.refworld.org/pdfid/4ee72aaf2.pdf

Organisation mondiale de la Santé (2013) *Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health*. (Note d'orientation sur le handicap et la gestion des risques d'urgence pour la santé.) Genève : OMS. Tiré de : apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf

NUTRITION

NORME DE NUTRITION 1 :

Le statut nutritionnel des personnes handicapées ou âgées est systématiquement évalué et surveillé. Les évaluations nutritionnelles servent à déclencher et à éclairer des interventions nutritionnelles d'urgence qui incluent ou ciblent les personnes handicapées ou âgées.

NORME DE NUTRITION 2 :

Les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants participent à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des services et interventions en matière de nutrition et notamment aux évaluations nutritionnelles.

NORME DE NUTRITION 3 :

Les informations sur les interventions et services alimentaires et nutritionnels sont entièrement accessibles et disponibles aux personnes handicapées ou âgées et à leurs aidants.

NORME DE NUTRITION 4 :

La malnutrition aiguë modérée (MAM) et la malnutrition aiguë sévère (MAS), des personnes handicapées et des personnes âgées, sont prévenues et traitées selon le principe de l'impartialité de l'aide humanitaire.

NORME DE NUTRITION 1:

Le statut nutritionnel des personnes handicapées ou âgées est systématiquement évalué et surveillé. Les évaluations nutritionnelles servent à déclencher et à éclairer des interventions nutritionnelles d'urgence qui incluent ou ciblent les personnes handicapées ou âgées.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

N1.1 Utiliser des données désagrégées par sexe, âge et handicap pour évaluer le statut nutritionnel des adultes et des enfants handicapés et des personnes âgées (voir **Norme d'inclusion clé 1**), afin que les listes d'enregistrement aux programmes nutritionnels identifient les personnes handicapées et les personnes âgées³³. Mettre en œuvre des équipes mobiles ou des activités de proximité pour identifier et inclure les personnes qui ne peuvent pas se rendre aux points d'enregistrement.

N1.2 Intégrer systématiquement l'évaluation, l'analyse et le suivi du statut nutritionnel des adultes et des enfants handicapés et des personnes âgées dans les services de santé. Utiliser les données recueillies pour guider la conception, le ciblage et l'exécution des programmes nutritionnels.

N1.3 Veiller à ce que les évaluations nutritionnelles soient guidées par des évaluations de sécurité alimentaire afin d'identifier les facteurs qui affectent le statut nutritionnel des personnes handicapées ou âgées et de tenter d'y remédier. Inclure ces groupes dans les stratégies de prévention des carences en micronutriments.

N1.4 Effectuer un dépistage nutritionnel systématique des personnes âgées, des adultes et des enfants handicapés dans les centres de santé, y compris dans les points d'entrée des camps ; évaluer leur statut nutritionnel par la mesure du périmètre brachial (PB)³⁴. Former les travailleurs communautaires pour :

Détecter et enregistrer la malnutrition chez les personnes handicapées ou âgées (notamment la présence d'œdèmes nutritionnels).

Orienter les personnes de manière appropriée.

Identifier les personnes handicapées ou âgées qui risquent d'être dénutries.

N1.5 Contrôler l'état nutritionnel de tous les enfants handicapés conformément aux directives internationales sur la gestion de la malnutrition chez les nourrissons et les enfants³⁵, en tenant

³³ Il existe actuellement un manque d'informations ou de données probantes fondées sur la recherche au niveau international ou national, sur les risques nutritionnels que courent les adultes handicapés. Cependant, on signale régulièrement une forte incidence de la malnutrition, des retards de croissance et de l'émaciation, chez les enfants handicapés. Par exemple, les enfants souffrant de paralysie cérébrale sont jusqu'à trois fois plus susceptibles de présenter une insuffisance pondérale que les enfants non handicapés (Tüzün et al, 2013, cité dans Groce, Challenger et Kerac, 2013). Les filles handicapées sont plus susceptibles de présenter une insuffisance pondérale que les garçons, et le risque de décès encouru par les enfants handicapés admis et soignés pour malnutrition est plus de deux fois supérieur à celui des enfants non handicapés ; les systèmes qui existent pour améliorer la nutrition des enfants sont souvent moins accessibles à ceux qui en ont le plus besoin, comme les enfants handicapés, et plus particulièrement ceux qui vivent dans la pauvreté ou dans des régions éloignées (voir Groce, Challenger et Kerac, 2013 ; ainsi que Groce, Kerac, Farkas, Berman Bieler, 2013).

³⁴ HelpAge International recommande la définition de cas suivante pour les personnes âgées souffrant de malnutrition aiguë : malnutrition aiguë modérée (MAM), quand le périmètre brachial est <210mm, et malnutrition aiguë sévère (MAS) quand le périmètre brachial (PB) est <185mm ou en présence d'œdèmes bilatéraux prenant le godet (HelpAge International 2013a). Il n'existe actuellement aucune recommandation pour l'évaluation d'individus souffrant de handicaps physiques. Exceptionnellement, les mesures de PB pour la malnutrition peuvent être trompeuses. Parmi les méthodes de mesure alternatives, citons l'évaluation visuelle, la taille, l'envergure ou la demi-envergure des bras, ou encore la longueur de la jambe. (voir le **Manuel Sphère, annexe 4**).

³⁵ Voir par exemple OMS, 2013, Lignes directrices : Mises à jour de la prise

compte des variations normales observées chez les enfants qui ont des retards de développement. Mettre en place des services de proximité pour veiller à ce que les enfants handicapés confinés chez eux ou dans des abris soient identifiés et traités ; il faut savoir que certains enfants handicapés pourront être cachés par d'autres membres de leur famille. Veiller à ce que les enfants handicapés (notamment ceux de plus de 5 ans) soient orientés, si besoin, vers des services nutritionnels, en se basant sur l'évaluation clinique de leurs besoins de santé et non pas strictement sur leur âge.

N1.6 Vérifier que les besoins alimentaires et nutritionnels fondamentaux des personnes vivant dans des institutions soient évalués et pris en compte en permanence, car ces personnes courent un risque extrêmement élevé de négligence grave ou d'abus³⁶.

N1.7 Contrôler systématiquement la couverture préventive et thérapeutique globale des adultes et des enfants handicapés et des personnes âgées.

NORME DE NUTRITION 2:

Les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants participent à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des services et interventions en matière de nutrition et notamment aux évaluations nutritionnelles.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

N2.1 Faire activement participer les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants aux discussions sur la pertinence et la conception de tous les programmes nutritionnels, notamment les programmes d'alimentation complémentaire et les programmes pour combattre la malnutrition aiguë sévère. Les faire participer à la gestion, au contrôle et à l'évaluation des services nutritionnels et aux distributions d'articles alimentaires complémentaires. Organiser des groupes de discussion et des consultations sur les services et interventions en matière de nutrition en utilisant toute une gamme de canaux et méthodes de communication (voir **Norme d'inclusion clé 4**).

N2.2 Maximiser la couverture des programmes en faisant participer les membres de la communauté, les dirigeants et les organisations communautaires, notamment les associations de personnes âgées ou handicapées.

NORME DE NUTRITION 3:

Les informations sur les interventions et services alimentaires et nutritionnels sont entièrement accessibles et disponibles pour les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

N3.1 Utiliser un éventail de canaux et de méthodes de communication, pour que les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants aient accès à toutes les informations importantes concernant les programmes de nutrition (voir **Norme d'inclusion clé 4**).

en charge de la malnutrition aiguë sévère chez le nourrisson et chez l'enfant.

³⁶ Cela inclut les établissements pour personnes âgées, les établissements psychiatriques, les orphelinats, les écoles spécialisées pour enfants handicapés, les centres de détention et les prisons.

Entre autres :

Les campagnes d'éducation nutritionnelle et d'information sur la nourriture et la nutrition.

Des informations sur la variété du régime alimentaire et la prévention de la malnutrition.

Des informations sur les distributions de nourriture et son utilisation (notamment sur le fait qu'aucune faveur ne doit être accordée en échange de nourriture ou de services).

N3.2 Veiller à ce que les personnes qui sont enrôlées dans les programmes d'alimentation sélective obtiennent et comprennent les informations sur la sécurité et l'hygiène du stockage, de la préparation et de l'utilisation des produits alimentaires spécifiques, ainsi que sur la façon de déposer une plainte ou de signaler un abus.

NORME DE NUTRITION 4:

La malnutrition aiguë modérée (MAM) et la malnutrition aiguë sévère (MAS) des personnes handicapées et des personnes âgées sont prévenues et traitées selon le principe de l'impartialité de l'aide humanitaire.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

N4.1 Veiller à ce que les critères des programmes d'alimentation complémentaire prévoient l'inclusion des personnes handicapées ou âgées. Introduire des programmes d'alimentation complémentaire généralisés ou ciblés en fonction des niveaux de malnutrition, du statut des groupes vulnérables et du risque d'une augmentation de la malnutrition aiguë.

N4.2 Veiller à ce que les rations fournies aux personnes handicapées ou âgées dans le cadre des programmes d'alimentation complémentaire soient adéquates, et à ce que les distributions soient accessibles, et effectuer les adaptations nécessaires pour garantir un accès équitable. Accorder une attention particulière à l'inclusion et à l'accès des personnes qui ont des problèmes de mobilité physique ou de déficiences visuelles, de celles qui souffrent d'un handicap intellectuel ou psychosocial, et de celles qui sont particulièrement vulnérables à l'exploitation, aux abus ou à la négligence. Lors de la conception, de la mise en œuvre et du suivi des distributions :

Étudier l'organisation des programmes d'alimentation complémentaire, si les rations sont faciles à transporter, la fréquence, l'emplacement, l'accessibilité et les méthodes de distribution, la distance à parcourir pour atteindre les points de distribution, les besoins en matière de transport et la disponibilité des services de proximité.

Prévoir un accès prioritaire ou des files d'attente/des heures de distribution séparées pour les personnes handicapées ou âgées. Aux sites de distribution, prévoir un endroit où s'asseoir, des espaces à l'ombre, de l'eau potable et des installations sanitaires accessibles et sûres.

Tenir compte du fait que les rations pourraient être partagées au sein du ménage et du risque de dénutrition associé.

Mettre en place des mécanismes supplémentaires de distribution pour ceux qui ne peuvent pas quitter leur domicile ou leur abri, ou qui ont des difficultés pour accéder aux points de distributions³⁷. Les consulter sur la façon dont ils souhaitent être aidés, et organiser d'autres méthodes de collecte

³⁷ Par exemple, certaines personnes aveugles, les personnes qui ont de graves difficultés d'apprentissage ou les aidants isolés de personnes qui souffrent de handicaps multiples et de MAS.

(p. ex. par un mandataire de confiance), ou une livraison directe par l'intermédiaire de services de proximité ou de membres de la communauté dignes de confiance. Contrôler les dispositions mises en place pour vérifier qu'elles soient fiables et durables et que les bénéficiaires reçoivent la totalité de leur ration.

N4.3 Contrôler systématiquement la couverture des programmes d'alimentation complémentaire, et l'acceptabilité des rations auprès des personnes handicapées ou âgées, pour orienter la conception et la mise en œuvre continues du programme.

N4.4 Adapter les critères de clôture des programmes d'alimentation complémentaire ciblés en fonction du pourcentage de personnes handicapées ou âgées dans la population (pour les personnes âgées par exemple, on peut se baser sur le critère de maximum huit bénéficiaires restants).

N4.5 Mettre en place des sites pour patients ambulatoires pour le traitement de la MAM et de la MAS, dans des lieux sûrs, à proximité de la population ciblée, afin de réduire les risques, les coûts et les difficultés liées au parcours de longues distances.

Les personnes handicapées ou âgées (ou leurs aidants) doivent être situées à moins d'une journée de marche aller-retour, temps de distribution compris.

N4.6 Veiller à ce que la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère prévoie l'identification et le traitement de la MAS parmi les personnes handicapées ou âgées, en formant le personnel et dès la conception du programme. Faire en sorte que les systèmes de référence pour l'évaluation nutritionnelle et les soins de réhabilitation nutritionnelle hospitaliers ou ambulatoires incluent les enfants et les adultes handicapés ainsi que les personnes âgées. Vérifier que toutes les personnes handicapées ou âgées qui satisfont aux critères d'admission, y compris celles qui souffrent de maladies chroniques, aient un accès équitable aux programmes d'alimentation thérapeutique. Veiller à ce que les enfants handicapés souffrant de malnutrition aiguë sévère soient soignés de manière appropriée dans les programmes de nutrition pédiatriques.

Exemple de bonne pratique :

PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE SEVERE CHEZ LES PERSONNES AGEES DANS LES CAMPS DE REFUGIES DU SOUDAN DU SUD

En novembre 2012, des réfugiés fuyant le conflit dans l'Etat du Nil bleu, sont arrivés dans le comté de Maban, au Soudan du Sud, où Médecins Sans Frontières (MSF Belgique) avait un programme de nutrition et de santé dans deux camps. Après avoir longtemps voyagé dans la brousse, sans accès à une nourriture adéquate, un grand nombre d'adultes et d'enfants souffraient de malnutrition.

Il a été décidé d'inclure les adultes dans un programme d'alimentation thérapeutique. Les critères d'admission étaient basés sur le PB et la présence d'œdèmes, et, en fonction de leur état clinique, ils étaient admis en tant que patients ambulatoires ou hospitalisés. Très rapidement, de nombreuses personnes âgées ont bénéficié du programme, surtout en tant que patients hospitalisés. Au début de leur traitement, elles se plaignaient du lait thérapeutique qu'elles avaient du mal à digérer et qui leur donnait la diarrhée.

Cette situation s'est améliorée au bout de quelques jours, avec le passage à la phase de réadaptation et à l'introduction de nourriture solide (Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi, ATPE). Bien que les ATPE aient été généralement bien acceptés, il est apparu que le passage aux soins ambulatoires ait représenté un problème pour de nombreuses personnes âgées qui souffraient d'isolement et ne bénéficiaient d'aucun soutien communautaire. D'autres ont vu leur statut nutritionnel s'améliorer sans pour autant se rétablir, du fait de leurs problèmes médicaux. Après leur sortie de l'hôpital, ces personnes âgées ont continué à être suivies par des visiteurs à domicile qui leur apportaient les ATPE et qui ont organisé un système de charrettes tirées par des ânes pour les conduire à leur visite mensuelle au centre de nutrition ambulatoire. Ce projet a démontré que les personnes âgées pouvaient être traitées avec succès dans le cadre d'un programme thérapeutique et a souligné l'importance du soutien social, des visites à domicile et des soins palliatifs, étant donné que de nombreuses personnes âgées arrivaient en fin de vie.

Source : MSF Belgique, 2012 ; cité dans HelpAge International, 2013, p.32

LECTURES RECOMMANDEES :

Groce NE, Kerac M, Farkas A, Berman Bieler R, (2013) *Inclusive nutrition for children and adults with disabilities* (Nutrition inclusive pour les enfants et les adultes handicapés), *The Lancet Global Health*, Volume 1, numéro 4, e180 - e181. Publié en ligne le 19 août 2013. Tiré de :

[www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(13\)70056-1/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(13)70056-1/abstract)

HelpAge International (2012b) *Interventions dans le domaine de la santé pour les personnes âgées dans les situations d'urgence*. Londres : HelpAge International. Tiré de :

www.helpage.org/resources/practical-guidelines/emergency-guidelines/

HelpAge International (2013a) *Nutrition interventions for older people in emergencies (Interventions en matière de nutrition pour les personnes âgées dans les situations d'urgence)* : HelpAge International. Tiré de :

www.helpage.org/resources/practical-guidelines/emergency-guidelines/

Comité permanent interorganisations (2006) *Femmes, filles, garçons et hommes : Des besoins différents, des chances égales*. IASC Guide pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire. New York : IASC. Tiré de :

[www.humanitarianresponse.info/system/files/documents/files/Gender Handbook.pdf](http://www.humanitarianresponse.info/system/files/documents/files/Gender%20Handbook.pdf)

ICED et al. (2014) *Childhood handicap and malnutrition in Turkana, Kenya*. (Enfants handicapés et malnutrition à Turkana au Kenya.) Centre international pour les données probantes sur le handicap, LSHTM, CBM, et Croix-Rouge kényane. Tiré de :

<http://disabilitycentre.lshtm.ac.uk/files/2014/10/Malnutrition-and-Disability-Report-Full-Report.pdf>

NFSMI (2006) *Handbook for Children with Special Food and Nutrition Needs*. (Manuel pour les enfants qui ont des besoins alimentaires et nutritionnels particuliers.) National Food Service Management Institute. Université du Mississippi.

Le Projet Sphère (2010), le Manuel Sphère (*Standards minimums sur la sécurité alimentaire et la nutrition*.) Tiré de : www.spherehandbook.org

Organisation mondiale de la Santé (2013) *Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health*. (Note d'orientation sur le handicap et la gestion des risques d'urgence pour la santé.) Genève : OMS. Tiré de :

apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf

Organisation mondiale de la santé (2013) *Lignes directrices : Mises à jour de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez le nourrisson et chez l'enfant*. Genève : OMS. Tiré de :

apps.who.int/iris/bitstream/10665/162815/1/9789242506327_fre.pdf

ABRIS, HABITAT ET ARTICLES NON ALIMENTAIRES³⁸

NORME ABRIS, HABITAT ET ARTICLES NON ALIMENTAIRES 1 :

Les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants participent à la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes d'abris/d'habitat ainsi qu'aux évaluations de besoins appropriées.

NORME ABRIS, HABITAT ET ARTICLES NON ALIMENTAIRES 2 :

Les informations sur l'assistance en matière d'abris et d'habitat et les distributions d'articles non alimentaires essentiels sont entièrement accessibles et disponibles aux personnes handicapées ou âgées.

NORME ABRIS, HABITAT ET ARTICLES NON ALIMENTAIRES 3 :

Les personnes handicapées ou âgées bénéficient d'un accès sûr et équitable à des abris et à un habitat appropriés, adéquats et sûrs.

NORME ABRIS, HABITAT ET ARTICLES NON ALIMENTAIRES 4 :

Les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants participent à la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes sur les articles non alimentaires ainsi qu'aux évaluations de besoins appropriées.

NORME ABRIS, HABITAT ET ARTICLES NON ALIMENTAIRES 5 :

Les distributions d'espèces, de bons et d'articles non alimentaires sont conçues, ciblées et mises en œuvre de manière à respecter la dignité et à minimiser l'exclusion ou la marginalisation et d'autres risques pour les personnes handicapées ou âgées.

³⁸ Les articles non alimentaires peuvent être considérés comme des articles ménagers essentiels, car ils doivent inclure les articles essentiels à la vie quotidienne de nombreuses personnes handicapées ou âgées : équipements d'aide à la mobilité et autres matériels d'assistance (p. ex. appareils auditifs et piles, lunettes, etc.) et articles pour les besoins WASH, alimentaires et sanitaires particuliers (p. ex. chaises d'aisance, pailles, etc.)

NORME ABRIS, HABITAT ET ARTICLES NON ALIMENTAIRES 1:

Les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants participent à la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes d'abris/d'habitat ainsi qu'aux évaluations de besoins appropriées.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

A1.1 Veiller à ce que toutes les données collectées pour guider la conception, la mise en œuvre (notamment le ciblage) et l'évaluation des programmes sur les abris/l'habitat soient désagrégées par sexe, âge et handicap. Lors des évaluations multisectorielles, inclure des questions sur les besoins et les capacités des personnes handicapées ou âgées (voir **Norme d'inclusion clé 1**).

A1.2 Former le personnel et les partenaires chargés des abris pour les sensibiliser aux questions de handicap et d'âge et d'inclusion et pour qu'ils reconnaissent les besoins spécifiques en matière d'abris des personnes handicapées ou âgées (voir **Norme d'inclusion clé 8**).

A1.3 Consulter les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants et les faire participer aux décisions concernant tous les aspects des programmes relatifs aux abris et à l'habitat (voir **Norme d'inclusion clé 4**). Par exemple :

Installer les abris ou habitat temporaires et à long terme dans des lieux sûrs et à proximité d'infrastructures essentielles.

Identifier les besoins prioritaires en matière d'abris et l'aide requise pour construire les abris.

Concevoir de nouveaux abris et bâtiments ou adapter/rénover les bâtiments existants.

Organiser la distribution des matériaux de construction pour abris.

Contrôler et évaluer la couverture, l'accessibilité, la pertinence, l'impartialité et les résultats des programmes d'abris et d'habitat pour les personnes handicapées ou âgées.

Veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées (hommes et femmes) soient bien représentées dans les comités responsables des abris/de l'habitat.

Tenir compte des besoins en matière d'abris des personnes âgées qui s'occupent d'enfants (p. ex. les grands-parents) et des personnes handicapées qui ont des enfants.

Tenir compte des vulnérabilités particulières aux températures extrêmes (chaleur ou froid).

A1.4 Identifier les risques et les obstacles pour accéder à des abris sûrs et adaptés pour les personnes handicapées ou âgées (en particulier ceux qui concernent spécifiquement les femmes, les filles, les garçons et les hommes) en appliquant une analyse de genre. Prêter une attention particulière aux personnes qui souffrent de déficiences visuelles ou qui ont des difficultés à se mouvoir, aux personnes isolées ou incapables de participer à des activités de construction et à celles qui ne peuvent sortir de chez elles ou accéder facilement aux services essentiels.

NORME ABRIS, HABITAT ET ARTICLES NON ALIMENTAIRES 2:

Les informations sur l'assistance en matière d'abris et d'habitat et les distributions d'articles non alimentaires essentiels sont entièrement accessibles et disponibles aux personnes handicapées ou âgées (voir Norme d'inclusion clé 4).

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

A2.1 Veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants aient accès à toutes les informations dont ils ont besoin, concernant les programmes sur les abris/habitat et les articles non alimentaires. Cela inclut des informations sur :

Les processus d'enregistrement, d'évaluation et de sélection et les droits à une aide en matière d'abris.

Les distributions et comment accéder aux subventions, matériels ou autre type d'aides.

Les droits et les services juridiques en matière d'occupation, de logement, de biens fonciers, de biens immobiliers et d'héritage.

Comment utiliser les matériaux de construction d'abris et les articles non alimentaires.

A2.2 Utiliser toute une gamme de méthodes et canaux de communication pour veiller à ce que les informations importantes (p. ex. les explications sur les transferts monétaires et de bons) parviennent aux personnes qui en ont besoin et soient comprises par elles. Prendre des mesures spéciales pour les personnes qui ont des difficultés à accéder aux informations dont elles ont besoin, ou à les comprendre.

NORME ABRIS, HABITAT ET ARTICLES NON ALIMENTAIRES 3:

Les personnes handicapées ou âgées bénéficient d'un accès sûr et équitable à des abris et à un habitat appropriés, adéquats et sûrs.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

A3.1 Veiller à ce que l'hébergement dans les abris temporaires protège la dignité et la sécurité des personnes handicapées ou âgées : partitions/cloisons dans les zones de repos, latrines et stations de lavage accessibles et, le cas échéant, un espace suffisant pour prodiguer des soins. Veiller à ce que les femmes et les filles n'aient pas à partager un logement avec des hommes qui ne font pas partie de leur famille immédiate.

A3.2 Veiller à ce que 15 % au moins des abris soient accessibles à tous³⁹. Pour y parvenir :

Installer les logements utilisés par des personnes souffrant d'un handicap physique ou visuel ou de mobilité réduite à proximité des infrastructures et services essentiels et prévoir des voies d'accès sûres et bien éclairées (et si nécessaire des issues de secours accessibles).

Adapter ou construire les logements destinés aux personnes à mobilité réduite, en tenant compte de l'accessibilité (p. ex. accès de plein pied ou avec une rampe, revêtement du sol alternant les couleurs sombres et claires, embrasures des portes suffisamment larges pour permettre le passage d'un fauteuil roulant, mains courantes, barres d'appui, cordes de guidage, sols antidérapants.)

Concevoir et construire des abris neufs, temporaires ou permanents, afin qu'ils soient accessibles à tous, en s'appuyant sur les principes de la conception universelle (voir **Norme d'inclusion clé 2**). Si nécessaire, consulter les organisations de personnes handicapées/de personnes âgées spécialisées pour savoir comment assurer l'accessibilité des abris.

A3.3 Adapter ou construire toutes les infrastructures essentielles (écoles, centres de santé, points d'eau et de distribution et installations sanitaires) afin que tout le monde puisse y accéder et les utiliser. Identifier et supprimer les obstacles physiques majeurs. Les budgets doivent inclure des coûts spécifiques pour l'accessibilité – prévoir 0,5-1 % par bâtiment⁴⁰.

A3.4 Lorsque les travaux de construction sont sous-traités à une entreprise locale, vérifier que les critères d'accessibilité des abris soient respectés, en passant par exemple un contrat avec l'entreprise en question et en contrôlant qu'elle respecte bien toutes les spécifications concernant les personnes à mobilité réduite.

A3.5 Encourager et aider les personnes handicapées ou âgées à participer aux activités de construction (p. ex. en leur donnant des instructions et une formation, en leur offrant une garde d'enfant ou des espaces adaptés aux enfants, aux femmes et aux personnes âgées, en sélectionnant des tâches non physiques) ;

³⁹ Le pourcentage doit se baser sur les évaluations concertées des besoins et la désagrégation des données par sexe, par âge et par handicap. En l'absence de données locales fiables, nous recommandons 15 % sur la base des estimations globales de l'OMS. Voir : www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/273923/DFID-Policy-standards-accessibility-disabled-people____.pdf

⁴⁰ DFID 2013. Le document DFID Policy on Standards of Accessibility for Disabled People (Politique du DFID sur les normes d'accessibilité pour les personnes handicapées) mentionne que le fait d'intégrer l'accessibilité par le biais de la conception universelle est rentable et représente moins de 1 % des frais de construction totaux. Il coûte beaucoup plus cher d'adapter un bâtiment déjà construit.

www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/273923/DFID-Policy-standards-accessibility-disabled-people____.pdf

et faire participer les hommes et les femmes sur un pied d'égalité. Veiller à ce que les personnes qui n'ont pas la possibilité de participer ou les capacités nécessaires pour le faire (soit parce qu'elles ont des responsabilités familiales soit parce qu'elles sont frêles, ont des problèmes physiques ou de vision, ou des troubles d'apprentissage) aient accès à des ressources supplémentaires basées sur leurs besoins. Identifier les prestataires de services qui peuvent offrir une aide sur le terrain aux personnes qui ont besoin d'un soutien supplémentaire.

A3.6 Lorsque les personnes handicapées ou âgées dépendent des autres pour les aider à construire leur abri, minimiser le risque d'exploitation sexuelle par le biais de la consultation et du suivi et faire appel à une personne qui se chargera de la construction, le cas échéant.

NORME ABRIS, HABITAT ET ARTICLES NON ALIMENTAIRES 4:

Les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants participent à la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes sur les articles non alimentaires ainsi qu'aux évaluations de besoins appropriées.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

A4.1 Veiller à ce que les personnes âgées ou handicapées (femmes, filles, garçons et hommes) et leurs aidants, participent aux décisions sur la fourniture et la distribution des articles non alimentaires dont ils ont besoin, et au suivi et à l'évaluation des programmes portant sur ces articles. Former tout le personnel chargé du suivi et de l'évaluation pour le sensibiliser aux questions de handicap et d'âge et utiliser des méthodes de consultation inclusives et sensibles au genre qui protègent la dignité des personnes.

A4.2 Utiliser les services communautaires ou de proximité, identifier les personnes qui ont des besoins spécifiques et les personnes les plus vulnérables (p. ex. les personnes âgées frêles, celles qui ont des handicaps multiples ou souffrent d'incontinence) et leurs aidants. S'assurer que leurs besoins sont satisfaits, p. ex. qu'ils reçoivent des couvertures supplémentaires par temps froid et humide, des matelas, des vêtements ou sous-vêtements supplémentaires, des chaussures adaptées, des articles sanitaires ou d'hygiène supplémentaires (comme des serviettes d'incontinence ou des poches de cathéter) ainsi que des ustensiles spéciaux pour manger et boire.

NORME ABRIS, HABITAT ET ARTICLES NON ALIMENTAIRES 5:

Les distributions d'espèces, de bons et d'articles non alimentaires sont conçues, ciblées et mises en œuvre de manière à respecter la dignité et à minimiser l'exclusion ou la marginalisation et d'autres risques pour les personnes handicapées ou âgées.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

A5.1 Inclure le handicap et l'âge dans les critères de sélection et veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées participent aux processus de sélection au niveau du camp/communautaire. Si possible, prévoir un élément de proximité dans le cadre des procédures d'enregistrement pour maximiser l'inclusion des personnes qui ne peuvent quitter leur domicile.

A5.2 En consultation avec les personnes handicapées ou âgées, adapter les méthodes de distribution d'articles non alimentaires, d'espèces et de bons, pour garantir un accès sûr, digne et équitable, surtout pour les personnes frêles, qui ont des difficultés à se mouvoir ou qui sont vulnérables à l'exploitation, aux abus ou à la négligence.

A5.3 Etudier si les articles non alimentaires sont faciles à transporter, la fréquence, l'emplacement, l'accessibilité et les méthodes de distribution, la distance à parcourir pour atteindre les points de distribution, l'aide en matière de transport et la disponibilité des services de proximité.

A5.4 Prévoir des files d'attente ou des heures de distribution prioritaires ou séparées pour les personnes handicapées ou âgées et faire en sorte qu'elles puissent s'asseoir, se mettre à l'ombre et aient accès à de l'eau potable et à des installations sanitaires aux sites de distribution.

A5.5 Veiller à ce que l'accès aux programmes de transfert monétaire ou de bons soit sûr et équitable pour les personnes âgées ou handicapées⁴¹.

Elles ne doivent pas être injustement marginalisées parce qu'elles n'ont pas accès aux mécanismes de distribution (p. ex. téléphones portables, comptes bancaires ou DAB), ou par le manque d'informations sur le programme ou parce qu'elles ne le comprennent pas. Compenser les difficultés à communiquer et aider les personnes dont le niveau d'alphabétisation est faible ou inexistant, ou qui ne connaissent pas bien les systèmes bancaires, d'aide sous forme d'espèces et de bons et les technologies associées. Tenir les listes de distribution à jour et effectuer un suivi du programme pour vérifier que les bénéficiaires reçoivent la totalité de leur dû et que les programmes monétaires ou de bons ne les exposent pas à des risques accrus.

A5.6 Mettre en place des mécanismes de distribution supplémentaires pour les personnes qui ont des difficultés à accéder aux distributions (avec ou sans aide). S'enquérir de la façon dont elles souhaitent recevoir de l'aide et prévoir d'autres méthodes de collecte (p. ex. par un mandataire de confiance) ou une livraison directe d'articles non alimentaires ou d'espèces/bons, par l'intermédiaire des services de proximité ou de membres de la communauté dignes de confiance. Contrôler en permanence ces personnes ou ménages pour garantir la viabilité de ces dispositions.

A5.7 Si nécessaire, établir des partenariats avec d'autres organisations ou des agences spécialisées pour fournir des articles ou équipements spécialisés.

A5.8 Entreprendre un suivi post-distribution, notamment :

Vérifier le rythme auquel différents groupes de personnes âgées ou handicapés accèdent aux

⁴¹ Notez qu'il n'existe pas actuellement de recommandations fondées sur des preuves en matière de programmes monétaires inclusifs, par conséquent, l'inclusion sûre et équitable des personnes handicapées ou âgées dans les programmes monétaires doit être examinée de façon plus détaillée qu'elle ne l'a été jusqu'ici.

fournitures.

Vérifier en permanence si les points de distribution et les voies d'accès sont sûrs.

Détecter toutes formes d'exploitation, d'extorsion, de violence ou autre type de discrimination ou d'abus qui touchent les personnes handicapées ou âgées.

Se préoccuper des personnes qui risquent tout particulièrement d'être exclues des programmes de distribution d'articles non alimentaires (p. ex. les veuves, les adolescentes handicapées, les enfants et les adultes qui ont des handicaps multiples et leurs aidants, etc.).

Exemple de bonne pratique :

HANDICAP INTERNATIONAL AU BANGLADESH

A Alekdia (un village situé sur la côte du Bangladesh) un abri d'urgence a été construit suite à un cyclone qui fit 120 victimes en 1991. En 2011, Handicap International (HI) a réalisé un diagnostic d'accessibilité qui a révélé que l'abri n'était pas accessible. HI et son partenaire Young Power in Social Action ont réalisé des adaptations pour supprimer les obstacles à l'entrée de l'abri et ont construit une rampe avec mains courantes pour accéder au rez-de-chaussée. Les voies d'accès et les portes pour arriver aux toilettes ont été élargies. Des chaises adaptées pour la toilette, des barres d'appui et des chasses d'eau accessibles ont été installées. Le comité de gestion des abris anticycloniques, qui comptait parmi ses membres des personnes handicapées, a participé aux décisions concernant les adaptations à mettre en œuvre. Auparavant, les personnes handicapées évitaient l'abri ou évacuaient au dernier moment en raison du manque d'accessibilité. Des exercices de simulation et des visites par des personnes handicapées pour observer les modifications apportées ont contribué à les sensibiliser et à les rassurer sur l'utilisation des abris en cas de catastrophe.

Source : Handicap International, CBM et IFRC, 2015

LECTURES RECOMMANDEES:

CBM International (ND) *Inclusive post-disaster reconstruction: Building back safe and accessible for all, 16 minimum requirements for building accessible shelters.* (Reconstruction inclusive après une catastrophe: reconstruire des bâtiments sûrs et accessibles à tous. Seize exigences minimums pour construire des abris accessibles.) Tiré de : www.cbm.org/article/downloads/54741/16-minimum-requirements-for-building-accessible-shelters.pdf

Handicap International (2006) *Disability Checklist for Emergency Response* (Liste de contrôle pour l'intervention d'urgence.) Paris : Handicap International. Tiré de : reliefweb.int/report/world/disability-checklist-emergency-response

Handicap International Népal (2009) *Guidelines for Creating Barrier-Free Emergency Shelters* (Recommandations pour la construction d'abris d'urgence sans obstacles.) Katmandou : Handicap International. Tiré de : www.handicap-international.org.uk/Resources/HandicapInternational/PDF Documents/HI Associations/BarrierFreeEmergencyShelters_2009.pdf

Handicap International (2014) *Établir un diagnostic d'accessibilité dans les pays à revenus faibles et intermédiaires.* Lyon : Handicap International. Tiré de : www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DiagnosticAccessibilite_GM13.pdf

HelpAge International (2011) *Guidance on including older people in emergency shelter programmes.* (Comment inclure les personnes âgées dans les programmes d'abris d'urgence.) Londres : HelpAge International.

www.humanitarianresponse.info/en/system/files/documents/files/guidance_including_older_people_in_emergency_shelter_helpage_ifrc.pdf

HelpAge International (2012c) *Interventions sur la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance des personnes âgées dans les situations d'urgence.* Londres : HelpAge International. Tiré de : www.helpage.org/resources/practical-guidelines/emergency-guidelines/

IFRC, CBM et Handicap International (2015) *All Under One Roof: Disability-inclusive shelter and settlements in emergencies.* (Tous sous le même toit : abris et habitat qui tiennent compte des personnes handicapées dans les situations d'urgence.) Tiré de : www.cbm.org/article/downloads/54741/All_Under_One_Roof_-_Disability-inclusive_shelter_and_settlements_in_emergencies.PDF

Le Projet Sphère (2010), *Le Manuel Sphère (Standards minimums sur les abris, l'habitat et les articles non alimentaires.)* Tiré de : www.spherehandbook.org

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) (2011a) *Working with persons with disabilities in forced displacement.* (Travailler avec les personnes handicapées dans les déplacements forcés.) Recommandation à connaître 1 : Genève : UNHCR. Tiré de : www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf

Commission des femmes pour les réfugiés (2008) *Disabilities Among Refugees and Conflict-Affected Populations. Resource Kit for Fieldworkers.* (Handicaps parmi les réfugiés et les populations affectées par les conflits. Kit de ressources pour les travailleurs de terrain.) New York : WRC. Tiré de : www.asksource.info/resources/disabilities-among-refugees-and-conflict-affected-populations-resource-kit-field

World Vision (2012) *Minimum Inter-Agency Standards for Protection Mainstreaming.* (Normes interorganisations minimales pour l'intégration de la protection.) Tiré de : reliefweb.int/report/world/minimum-inter-agency-standards-protection-mainstreaming-enar

SANTE

NORME DE SANTE 1 :

Les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants en situation de crise, participent pleinement aux évaluations sanitaires spécifiques et multisectorielles, ainsi qu'à la planification, la conception, la mise en œuvre et au suivi des programmes et services de santé.

NORME DE SANTE 2 :

Le personnel de santé est formé et sensibilisé aux besoins de santé des personnes handicapées et des personnes âgées et sait comment communiquer de manière respectueuse avec elles.

NORME DE SANTE 3 :

Les personnes handicapées ou âgées en situation de crise ont accès à des services de santé complets et à des informations détaillées en matière de santé.

NORME DE SANTE 4 :

Les personnes en situation de crise, notamment les personnes handicapées ou âgées, ont accès à des soins pour les traumatismes/blessures pendant les crises humanitaires afin de réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps évitables, et les personnes blessées ou handicapées ont accès à des services de réadaptation et à des accessoires et matériels d'assistance pour contribuer à réduire l'impact invalidant de leurs blessures ou incapacités.

NORME DE SANTE 5 :

Les personnes handicapées ou âgées ont accès aux thérapies essentielles permettant de réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies chroniques.

NORME DE SANTE 6 :

Les enfants handicapés ont pleinement accès aux services de santé infantiles.

NORME DE SANTE 7 :

Les personnes handicapées ou âgées ont pleinement accès aux services de santé sexuelle et de la reproduction.

NORME DE SANTE 8 :

Les personnes handicapées ou âgées ont accès aux services de santé préventifs, diagnostiques et thérapeutiques relatifs aux maladies transmissibles, sur un pied d'égalité avec les autres.

NORME DE SANTE 9 :

Les personnes en situation de crise, notamment les personnes handicapées ou âgées, ont accès à des services de santé mentale qui préviennent ou réduisent les maladies de santé mentale préexistantes ou liées aux urgences, et les incapacités fonctionnelles qui y sont associées.

NORME DE SANTE 1:

Les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants en situation de crise, participent pleinement aux évaluations sanitaires spécifiques et multisectorielles, ainsi qu'à la planification, la conception, la mise en œuvre et au suivi des programmes et services de santé.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

S1.1 Veiller à ce que les données sanitaires – notamment les données sur les maladies transmissibles et non transmissibles (MNT), les blessures et les incapacités – soient systématiquement désagrégées par sexe, âge et handicap, afin de clarifier les besoins de santé des adultes et des enfants et de fournir un continuum de soins pour tous les âges et toutes les personnes handicapées. (Désagrégation minimum recommandée pour l'âge : >5, 5 à 59 ans, 60-79 ans, 80 ans et plus.) Appliquer l'analyse de genre aux données sanitaires clés collectées. Au niveau communautaire, utiliser les registres (p. ex. ceux qui sont tenus par les agents de santé communautaire) pour identifier les personnes handicapées ou âgées et leurs besoins en matière de santé.

S1.2 Entreprendre des évaluations multisectorielles et spécifiques des besoins de santé pour veiller à ce que les besoins de santé prioritaires des adultes et des enfants de tous les âges et des personnes handicapées soient satisfaits.

S1.3 Veiller à ce que les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants participent à l'élaboration des stratégies en matière de santé. Utiliser des méthodes de consultation accessibles et sensibles à la dimension de genre pour concevoir, mettre en œuvre, contrôler et évaluer des programmes et des services de santé inclusifs, afin d'améliorer la qualité, la couverture et l'accessibilité des services de santé (voir **Norme d'inclusion clé 4**).

S1.4 Etablir des partenariats avec des organisations appropriées pour garantir que les plus vulnérables des adultes et enfants handicapés et des personnes âgées soient identifiés, notamment ceux qui vivent dans des institutions. Veiller à ce que l'évaluation des besoins sanitaires liés à la protection (p. ex. l'exposition à la violence ou aux abus) soit uniquement réalisée par un personnel formé en matière de suivi et d'évaluation de la protection (notamment sur les questions de confidentialité, d'enregistrement et de traitement sûrs de l'information, et les procédures de communication, d'information et de référence).

NORME DE SANTE 2:

Le personnel de santé est formé et sensibilisé aux besoins de santé des personnes handicapées et des personnes âgées et sait comment communiquer de manière respectueuse avec elles.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

S2.1 Fournir une formation continue au personnel de santé pour le sensibiliser aux questions de handicap et d'âge, ainsi qu'une formation sur les besoins de santé spécifiques des adultes et des enfants handicapés et des personnes âgées (p. ex. plus grande prévalence de MNT, ou de complications pendant la grossesse ou l'accouchement pour certaines femmes handicapées).

S2.2 Mettre en place des codes de conduite, des principes et des procédures éthiques pour le personnel de santé, pour encourager la prestation de soins de santé sûrs et appropriés aux personnes âgées ou handicapées, et pour soutenir leur droit à des soins de santé impartiaux, basés sur les besoins. Mettre en place des procédures destinées à recueillir un consentement éclairé pour les services.

S2.3 Informer les personnels de santé des risques accrus de violence sexuelle à l'égard des personnes handicapées (des femmes et des filles mais aussi des garçons et des hommes) et les former pour qu'ils sachent correctement identifier et prendre soin des personnes handicapées qui ont été victimes de violence sexuelle, tout en respectant leur confidentialité.

NORME DE SANTE 3:

Les personnes handicapées ou âgées en situation de crise ont accès à des services de santé complets et à des informations détaillées en matière de santé.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

S3.1 Installer et organiser les services de santé de façon à garantir une accessibilité et une couverture optimales pour tous, notamment pour les adultes et les enfants handicapés et les personnes âgées.

S3.2 Identifier et résoudre les obstacles physiques, financiers, sociaux ou de sécurité qui empêchent les personnes âgées ou handicapées d'accéder aux services de santé essentiels, par exemple, de la façon suivante :

Garantir l'accessibilité physique des établissements de santé (p. ex. faciliter le transport, installer des rampes, etc.) et des services essentiels au sein de ces établissements (p. ex. installer des espaces réservés à l'allaitement, des latrines) et prévoir ces dépenses dans le budget.

Utiliser des services de santé de proximité ou des équipes mobiles.

Prévoir des horaires spécifiques pour permettre aux personnes handicapées ou âgées d'accéder aux consultations médicales ou aux soins infirmiers.

Fournir des aides appropriées à la mobilité (chaises roulantes, béquilles, etc.) et d'autres matériels d'assistance (appareils auditifs, lunettes, etc.).

Identifier et résoudre les obstacles sociaux majeurs qui affectent l'accès de ces groupes, notamment la discrimination et la stigmatisation.

S3.3 Veiller à ce que la réponse sanitaire globale inclue l'accès aux services de soins et de réadaptation pour les blessures ; aux aides à la mobilité et autres matériels d'assistance appropriés ; aux services de santé mentale et de soutien psychosocial ; et aux médicaments, équipements et services essentiels pour le traitement des maladies chroniques.

S3.4 Assurer la continuité des soins pour les personnes handicapées ou âgées en établissant des partenariats et des systèmes de référence entre les services de santé (notamment l'accès aux services spécialisés et à la réadaptation).

S3.5 Utiliser un éventail de canaux et de méthodes de communication (voir **Norme d'inclusion clé 4**), pour veiller à ce que toutes les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants aient accès à toutes les informations sur la prévention et la promotion en matière de santé et bénéficient tous des mêmes informations sur les services de santé.

NORME DE SANTE 4:

Les personnes en situation de crise, notamment les personnes handicapées ou âgées, ont accès à des soins pour les traumatismes/blessures pendant les crises humanitaires afin de réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps évitables, et les personnes blessées ou handicapées ont accès à des services de réadaptation et à des accessoires et matériels d'assistance pour contribuer à réduire l'impact invalidant de leurs blessures ou incapacités.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

S4.1 Orienter les personnes qui ont des blessures graves ou invalidantes vers l'établissement médical le plus approprié, capable de fournir des soins chirurgicaux et médicaux spécialisés, notamment une chirurgie d'urgence/corrective si nécessaire, indépendamment de leur âge ou handicap. Mettre en œuvre des procédures permettant d'identifier les personnes blessées, notamment celles qui restent dans leur maison ou abri. Veiller à ce que les personnes blessées ou handicapées bénéficient d'un transport pour les conduire aux établissements de soins.

S4.2 Prendre des dispositions pour orienter les patients vers des services de réadaptation post-opératoires. Au niveau communautaire, encourager les soins infirmiers et de réadaptation à domicile.

S4.3 Fournir des matériels d'assistance appropriés ou des services de réadaptation aux personnes qui souffrent d'incapacités physiques ou sensorielles préexistantes, en partenariat, si possible, avec les programmes de réadaptation à base communautaire et les organisations de personnes handicapées ou âgées.

NORME DE SANTE 5:

Les personnes handicapées ou âgées ont accès aux thérapies essentielles permettant de réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies chroniques.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

S5.1 Veiller à ce que les kits médicaux d'urgence comprennent des médicaments pour soigner les MNT et autres maladies chroniques (comme le diabète, les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et l'épilepsie).

S5.2 Offrir aux personnes handicapées ou âgées un accès continu au diagnostic et au traitement des MNT par le biais de services de santé appropriés. Veiller à ce que le matériel de diagnostic, les tests et les médicaments essentiels pour les maladies chroniques soient gratuits.

S5.3 Faire en sorte que les personnes atteintes de déficiences visuelles puissent accéder aux soins pour les maladies oculaires.

NORME DE SANTE 6:

Les enfants handicapés ont pleinement accès aux services de santé infantiles.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

S6.1 Veiller à ce que les enfants handicapés aient pleinement accès aux soins médicaux dont ils ont besoin, notamment aux traitements de l'épilepsie et du diabète juvénile, aux programmes de prévention et de soins et aux services nutritionnels (voir **Normes de nutrition 1 et 4**).

S6.2 Structurer les programmes de vaccination en tenant compte du fait que certains enfants handicapés plus âgés pourraient avoir échappé aux campagnes de vaccination précédentes et à la rougeole.

S6.3 Sensibiliser les professionnels de santé aux plus grands risques de malnutrition et de mortalité liée à la malnutrition parmi les enfants handicapés par rapport aux autres enfants.

S6.4 Informer les enfants handicapés et leurs parents/tuteurs/aidants au sujet des établissements de santé disponibles et veiller à ce que des services de santé pour enfants soient disponibles pour différentes sortes de handicaps. Veiller à ce que le personnel qui travaille dans ces établissements comprenne bien l'ensemble des handicaps qui touchent les enfants et leurs liens avec les complications secondaires et différentes maladies.

NORME DE SANTE 7:

Les personnes handicapées ou âgées ont pleinement accès aux services de santé sexuelle et de la reproduction.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

S7.1 Utiliser un éventail de canaux et de méthodes de communication, pour maximiser la couverture et l'inclusion des personnes handicapées ou âgées (voir **Normes d'inclusion clés 1 et 4**).

S7.2 Veiller à ce que les personnes handicapées (femmes, filles, garçons et hommes, y compris les adolescents) et les personnes âgées soient bien incluses dans les programmes de santé sexuelle et de la reproduction. Par exemple :

Inclure les personnes handicapées ou âgées dans la distribution de contraceptifs, les activités de sensibilisation sur la contraception et le planning familial, la prévention et la réponse à la violence liée au sexe, les programmes de prévention du VIH/sida et des maladies sexuellement transmissibles.

Inclure les personnes handicapées ou âgées dans les interventions de mobilisation communautaire sur la santé sexuelle et de la reproduction et les droits afférents.

S7.3 Prendre des dispositions pour que les personnes handicapées ou âgées aient pleinement accès aux services de santé sexuelle et de la reproduction. Par exemple, en permettant aux femmes et aux hommes âgés et aux femmes, aux filles, aux garçons et aux hommes handicapés d'avoir pleinement accès aux services qui aident les survivants de violence liée au sexe ou d'autres formes de violence et d'abus, notamment à l'assistance psychosociale.

Faire en sorte que les services d'obstétrique d'urgence, les soins post-avortement et les services de soins néonataux soient accessibles aux filles et aux femmes handicapées, et pourvoir aux besoins supplémentaires des femmes handicapées lors de l'accouchement.

NORME DE SANTE 8:

Les personnes handicapées ou âgées ont accès aux services de santé préventifs, diagnostiques et thérapeutiques relatifs aux maladies transmissibles, sur un pied d'égalité avec les autres.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

S8.1 Veiller à ce que les messages d'éducation en matière de santé publique (notamment les messages sur les maladies transmissibles) atteignent toutes les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants.

S8.2 Rendre les services de santé primaire accessibles et aménager des services de santé mobiles/de proximité, pour faire en sorte que les personnes handicapées ou âgées et leurs aidants qui risquent de contracter ou de transmettre des maladies transmissibles soient identifiés.

S8.3 Rendre les sites de soins physiquement accessibles afin que les personnes qui doivent être isolées et traitées pour des maladies infectieuses comme le choléra ou Ebola, soient correctement prises en charge.

S8.4 Aborder les problèmes liés au handicap ou à l'âge lors de la prestation de soins pour les maladies transmissibles, p. ex. la gestion des escarres ou la prévention des contractures pour les personnes qui ne peuvent pas quitter leur lit.

NORME DE SANTE 9:

Les personnes en situation de crise, notamment les personnes handicapées ou âgées, ont accès à des services de santé mentale qui préviennent ou réduisent les maladies de santé mentale préexistantes et liées aux urgences, et les incapacités fonctionnelles qui y sont associées.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

S9.1 Rendre les soins de santé mentale accessibles et disponibles pour un large éventail de maladies mentales préexistantes et liées aux urgences, sous forme de soins cliniques, de services de santé mentale communautaires et de soutien social communautaire. Par exemple :

Fournir des premiers secours psychologiques et d'autres formes de soutien psychosocial aux personnes souffrant de stress psychologique. Faire en sorte que les adultes et enfants handicapés et les personnes âgées et leurs aidants puissent y accéder (voir **Norme de santé 2**).

Veiller à ce que les personnes atteintes de troubles mentaux graves (y compris de démence) et d'autres troubles mentaux et neurologiques aient accès à des soins cliniques et communautaires, et mettre en place des systèmes de référence entre les services communautaires et tertiaires.

Assurer la continuité des soins aux personnes qui recevaient un traitement psychiatrique avant la crise.

S9.2 En collaboration avec les autorités locales ou nationales et les établissements concernés, veiller à ce que les hôpitaux psychiatriques et autres institutions soient identifiés et contrôlés régulièrement⁴², les risques de négligence grave ou d'abus des personnes qui vivent dans des institutions étant extrêmement élevés. Veiller à ce que les patients/pensionnaires reçoivent des soins psychiatriques/psychologiques de base et d'autres soins de santé fondamentaux.

⁴² Cela inclut les établissements pour personnes âgées, les orphelinats, les écoles spécialisées pour enfants handicapés, les centres de détention et les prisons.

Exemple de bonne pratique :**AMELIORER L'ACCES AUX SERVICES DE SANTE POUR LES PERSONNES AGEES AU DARFOUR (SOUDAN)**

En 2011, l'urgence de 2003/4 au Darfour était devenue une crise humanitaire prolongée, avec deux millions de personnes déplacées dans leur propre pays, et vivant dans des camps répartis dans l'ensemble du Darfour. Globalement, on estimait que les personnes âgées représentaient 8 % de la population des camps. Dès 2005/6, HelpAge International avait effectué une série d'évaluations et d'études pour consulter les personnes âgées sur leurs vulnérabilités et leurs besoins en matière de santé et de nutrition. Les résultats avaient montré que, pour diverses raisons, les personnes âgées au Darfour n'avaient pas accès aux services de santé, malgré la présence de centres de santé. HelpAge a alors créé un répertoire d'agents de santé communautaires chargés de rendre visite aux personnes âgées qui ne pouvaient pas quitter leur maison/abri, et de leur fournir soins et référence selon leurs besoins. Ils ont également organisé des charrettes-ambulance tirées par des ânes, pour emmener les personnes âgées aux centres de santé pour recevoir des soins d'urgence.

Une autre initiative a consisté à distribuer des paniers alimentaires supplémentaires aux personnes âgées qui risquaient d'être victimes de malnutrition ou qui avaient la charge de plusieurs dépendants. Pendant ce temps, le personnel de HelpAge préconisait que les ONG médicales réservent des heures de consultation spécifiques chaque semaine, pour recevoir en priorité les personnes âgées. Lorsque le centre de santé n'était pas en mesure d'acheter ou de délivrer des médicaments, HelpAge s'en chargeait directement, enfin que les personnes âgées aient accès aux médicaments dont elles avaient besoin. Ces interventions ont eu toute une gamme de résultats positifs. Les personnes âgées consultaient plus volontiers seules les services de santé et mentionnaient une amélioration de leur bien-être.

Source : HelpAge International, 2012d

Exemple de bonne pratique :

GESTION DES MALADIES CHRONIQUES PARMIS LES REFUGIES SYRIENS AU LIBAN

Une étude menée en 2013, parmi les réfugiés syriens âgés au Liban a révélé que bon nombre d'entre eux souffraient de maladies non transmissibles (MNT). Par exemple, 60 % d'entre eux souffraient d'hypertension, 47 % de diabète et 30 % de maladies cardio-vasculaires. Avec l'augmentation de la pauvreté et un accès minimal aux services et à l'assistance, 66 % signalaient une détérioration de leur état de santé depuis leur arrivée au Liban⁴³. Parmi les obstacles qui entravaient le traitement de ces maladies, on peut citer les difficultés d'accès aux soins de santé, le manque d'accès régulier aux médicaments, le coût élevé des soins de santé et des médicaments et le manque de tests de laboratoire⁴⁴. Pour remédier à cette situation, HelpAge International et ses partenaires ont lancé, en août 2014, un projet visant à diminuer la morbidité et la mortalité liées aux maladies chroniques parmi les réfugiés syriens et les communautés d'accueil, en améliorant la gestion du diabète et de l'hypertension au niveau des soins de santé primaire. Le projet a été mis en place dans sept centres de santé situés dans des zones pauvres et mal desservies du Liban. Toutes les personnes qui se présentaient dans ces centres, gérés par l'ONG libanaise Amel, subissaient un dépistage du diabète et de l'hypertension.

Les personnes touchées ou vulnérables bénéficiaient d'un ensemble de services complets couvrant un examen clinique, des tests de laboratoire, les médicaments adaptés au diagnostic, et une sensibilisation du patient. Les centres de santé ont été équipés du matériel nécessaire et le personnel d'Amel a été évalué et a suivi une formation sur les lignes directrices de l'OMS pour la gestion de l'hypertension et du diabète, prodiguée par les sociétés libanaises de cardiologie et de diabète. Une formation sur l'utilisation et la gestion des médicaments et un exercice de collecte de données ont également eu lieu. En 6 mois, 2 447 dépistages ont été effectués révélant 63 % de personnes affectées et 14 % de personnes susceptibles de développer ces maladies ou non diagnostiquées. Plus de 90 % des patients participant au dépistage ont subi des tests de laboratoire de base, et environ 40 % ont bénéficié de consultations médicales de suivi. Les patients ont également reçu une éducation sanitaire, notamment des conseils sur une alimentation et un style de vie sains. Ce projet a donc permis à des patients qui n'auraient pas eu les moyens d'y accéder, de bénéficier de soins relatifs aux MNT, de renforcer les capacités du personnel des centres de santé en matière d'identification et de prise en charge de ces maladies, et d'offrir de ce fait des soins médicaux plus inclusifs.

Source : HelpAge International Liban

⁴³ Health status and health needs of older refugees from Syria in Lebanon (État de santé et besoins en matière de santé des réfugiés syriens au Liban), *Conflict and Health* (2015) 9:12, doi: 10.1186/s13031-014-0029-y

⁴⁴ HelpAge International et Handicap International (2014) Hidden victims of the Syrian crises: disabled, injured and older refugees (Les victimes cachées des crises syriennes : les réfugiés handicapés, blessés et âgés), & UNHCR (2014) Health access and utilisation survey among non-camp Syrian refugees (Enquête sur l'accès et l'utilisation des soins de santé parmi les réfugiés syriens non basés dans des camps.) Disponible sur : data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=6029

LECTURES RECOMMANDEES :

Handicap International (2006) *Disability Checklist for Emergency Response* (Liste de contrôle pour l'intervention d'urgence.) Paris : Handicap International. Tiré de : reliefweb.int/report/world/disability-checklist-emergency-response

Handicap International (2013) *Interventions psychosociales et de santé mentale en contextes d'urgence et de post-crise*. Lyon : Handicap International. Tiré de : www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/GM10Psychosocial.pdf

Comité permanent interorganisations (2007) IASC, *Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. (Directives concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence.) New York : IASC. Tiré de : www.who.int/hac/network/interagency/news/mental_health_guidelines/en/

Reinhardt JD et al. (2011) *Disability and health-related rehabilitation in international disaster relief* (Réadaptation en matière de handicap et de santé dans les opérations de secours internationales en cas de catastrophes), Jan D. Reinhardt, Jianan Li, James Gosney, Farooq A. Rathore, Andrew J. Haig, Michael Marx, Joel A. Delisa. *Glob Health Action*. 2011; 4: 10.3402/gha.v4i0.7191. Publié en ligne le 16 août 2011. doi : 10.3402/gha.v4i0.7191 PMID: PMC3160807. Tiré de : www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160807

Le Projet Sphère (2010), le Manuel Sphère (*Standards minimums sur l'action sanitaire*.) Tiré de : www.spherehandbook.org

Organisation mondiale de la santé (2005) *Disasters, disability and rehabilitation* (Catastrophes, handicap et réadaptation.) Genève : OMS (Département de la prévention de la violence et du traumatisme). Tiré de : www.who.int/violence_injury_prevention/

Organisation mondiale de la santé (2009) *Persons with disabilities particularly vulnerable to HIV/AIDS* (Personnes handicapées particulièrement vulnérables au VIH/sida) Transcription du podcast : 10 juin 2009, présenté par Veronica Riemar. Tiré de : www.who.int/mediacentre/multimedia/podcasts/2009/disabilities_hiv_20090610/en

Organisation mondiale de la Santé (2013) *Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health*. (Note d'orientation sur le handicap et la gestion des risques d'urgence pour la santé.) Genève : OMS. Tiré de : apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2014) *Handicap et santé*. Aide-mémoire no. 352 (révisé en décembre 2014). Genève : OMS. Tiré de : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/

EDUCATION EN SITUATIONS D'URGENCE

NORME D'EDUCATION 1:

La participation à l'éducation des filles, des garçons et des jeunes handicapés est systématiquement évaluée et contrôlée et les obstacles à la participation sont identifiés pour guider des interventions inclusives en matière d'éducation.

NORME D'EDUCATION 2:

Les parents et tuteurs des enfants et des jeunes handicapés, ainsi que les filles et les garçons handicapés, participent aux évaluations des besoins et à la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des services et interventions en matière d'éducation. Les acteurs humanitaires encouragent activement un environnement communautaire inclusif favorable à la participation des filles et garçons handicapés à l'éducation.

NORME D'EDUCATION 3:

Les filles et les garçons handicapés ont pleinement accès à des opportunités d'éducation pertinentes et de qualité.

NORME D'EDUCATION 4:

Les personnes handicapées ou âgées ont pleinement accès à la formation professionnelle, au développement des compétences et aux cours d'alphabétisation des adultes.

NORME D'ÉDUCATION 1:

La participation à l'éducation des filles, des garçons et des jeunes handicapés est systématiquement évaluée et contrôlée et les obstacles à la participation sont identifiés pour guider des interventions inclusives en matière d'éducation.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

E1.1 Utiliser des données nationales ou d'autres données démographiques pertinentes pour guider les interventions initiales en matière d'éducation. Tenir compte du fait que les données officielles sur les enfants handicapés ne seront pas nécessairement exactes. Utiliser les processus d'enregistrement pour dépister les enfants handicapés et utiliser des données désagrégées par sexe, âge et handicap pour orienter la planification et la mise en œuvre des programmes d'éducation d'urgence (voir **Norme d'inclusion clé 1**).

E1.2 Utiliser des sources d'informations supplémentaires pour améliorer la collecte des données sur les enfants handicapés (p. ex. programmes de nutrition et de santé) et élaborer et établir des protocoles pour garantir le partage confidentiel de données et les processus de référence. Veiller à ce que la planification des programmes d'éducation soit souple et adaptable en fonction des pourcentages estimés d'enfants handicapés qui fréquentent ou non l'école.

E1.3 Inclure les enfants et les jeunes handicapés dans toutes les évaluations sur la protection et le suivi de l'éducation. Veiller à ce que les enquêtes auprès des ménages et autres enquêtes, collectent des données qui concernent spécifiquement ces groupes. Consulter directement les filles et les garçons handicapés et leurs familles/aidants, en utilisant des méthodes de communication inclusives (voir **Norme d'inclusion clé 4**).

E1.4 Consulter les informateurs clés (p. ex. les enseignants au sein de la communauté et les représentants d'organisations de personnes handicapées) sur la participation des enfants handicapés au système éducatif. Veiller à ce que les données sur la scolarisation soient désagrégées par âge, sexe et handicap et à ce que les données sur les principaux types de handicap soient recueillies et analysées à l'aide de questions/critères standardisés (voir **Norme d'inclusion clé 1**).

E1.5 Utiliser des évaluations rapides sur la protection des enfants pour identifier les enfants handicapés vulnérables ou exclus. Prévoir d'inclure les enfants handicapés, qui ne seront pas toujours visibles dans les évaluations initiales, au fur et à mesure du développement des plans de projet (p. ex. les enfants cachés dans les maisons ou dans des écoles spécialisées).

E1.6 Analyser la participation et les besoins éducatifs des enfants handicapés. Prendre en considération le pourcentage global d'enfants handicapés dans la communauté, s'ils étaient au préalable inclus dans le système éducatif ou au contraire exclus et tout obstacle à l'éducation lié à des aspects sociaux/culturels ou de protection, spécifiquement lié au genre ou au handicap.

E1.7 Évaluer et contrôler continuellement la participation des enfants handicapés, afin de démontrer une augmentation de leur taux de participation dans les activités éducatives. Mettre en place une structure hiérarchique pour les écoles, en accordant une attention particulière à l'inscription, à la rétention et aux résultats des apprenants vulnérables, notamment des enfants et des jeunes handicapés.

NORME D'ÉDUCATION 2:

Les parents et tuteurs des enfants et des jeunes handicapés, ainsi que les filles et les garçons handicapés, participent aux évaluations des besoins et à la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des services et interventions en matière d'éducation. Les acteurs humanitaires encouragent activement un environnement communautaire inclusif favorable à la participation des filles et garçons handicapés à l'éducation.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

E2.1 Éliminer les obstacles à la participation liés au sexe, au handicap ou à l'âge dans le développement des programmes d'éducation. Veiller à ce que les personnes handicapées ou les organisations de personnes handicapées et les parents et tuteurs des enfants handicapés soient représentés dans les comités d'éducation au niveau communautaire et dans toutes les principales instances où sont prises les décisions qui ont trait à l'éducation.

E2.2 Inviter les personnes handicapées à participer à la conception, à l'adaptation et au maintien de l'environnement d'apprentissage. Lors de l'identification des sites et de la (re)construction des établissements scolaires, impliquer et consulter les parents et les tuteurs des enfants et des jeunes handicapés, ainsi que les organisations de personnes handicapées.

E2.3 Mener des campagnes de sensibilisation et d'information communautaires pour sensibiliser les enseignants, les parents et tuteurs, les élèves, les leaders communautaires et l'ensemble de la communauté sur les questions liées au handicap. Utiliser un éventail de canaux de communication approprié pour maximiser la couverture (voir **Norme d'inclusion clé 4**). Mettre l'accent sur l'importance de l'éducation et de l'accès à l'école pour tous les enfants handicapés.

E2.4 Éliminer activement les obstacles à l'information sur la fréquentation scolaire des enfants handicapés. Prendre des mesures pour veiller à ce que les informations essentielles sur l'éducation soient accessibles aux personnes handicapées (voir **Norme d'inclusion clé 4**).

NORME D'ÉDUCATION 3:

Les filles et les garçons handicapés ont pleinement accès à des opportunités d'éducation pertinentes et de qualité.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

E3.1 Veiller à ce que l'intervention en matière d'éducation corresponde à des postes budgétaires spécifiques afin de permettre une évaluation continue et des ajustements raisonnables pour faciliter l'inclusion des enfants et des jeunes handicapés (p. ex. prévoir des tables et des chaises adaptées dans les écoles et les salles de classe, un transport scolaire et des outils, comme des loupes, pour faciliter l'apprentissage.)

E3.2 Assurer une formation pour les enseignants, les bénévoles et les élèves, ainsi que leurs parents et tuteurs, sur la façon de remettre en question les attitudes et les perceptions qui créent des obstacles à l'éducation inclusive.

E3.3 Encourager les enseignants, les groupes communautaires, les organisations de personnes handicapées et les autres acteurs concernés à identifier les filles et les garçons handicapés non scolarisés et à remédier à leur exclusion.

E3.4 Surmonter les obstacles relatifs à la distance, à la sécurité et aux difficultés pratiques rencontrées en particulier par les filles sur le chemin de l'école. Consulter les enfants et les jeunes handicapés et leurs familles, sur la façon de surmonter ces obstacles. Fournir une assistance ou un accompagnement en matière de transport, ou des programmes d'enseignement itinérants pour les personnes qui en ont besoin.

E3.5 Garantir l'accessibilité des bâtiments et des infrastructures scolaires aux enfants et aux jeunes handicapés. Fournir des équipements d'aide à la mobilité (p. ex., fauteuils roulants) et des matériels d'assistance (p. ex. appareils auditifs et piles) selon les besoins (en partenariat avec les organisations de personnes handicapées ou les agences spécialisées si nécessaire). Veiller à ce que les latrines soient accessibles (et séparées pour garçons et filles). Prévoir des budgets spécifiquement destinés à l'accessibilité dans la planification des programmes.

E3.6 Supprimer les obstacles à la scolarisation, tout particulièrement pour les enfants et jeunes handicapés qui n'ont pas été enregistrés à la naissance et n'ont pas de documents d'identité.

E3.7 Assouplir les règles concernant les uniformes et les fournitures scolaires.

E3.8 Veiller à ce que l'enseignement soit accessible aux enfants et aux jeunes handicapés, et prévoir une formation du personnel, des méthodes d'enseignement, un programme scolaire, un accompagnement supplémentaire et des ajustements qui favorisent le plus possible l'inclusion des enfants handicapés⁴⁵. Consulter directement les enfants, les jeunes et leurs familles sur leurs propres besoins en matière d'accès et d'apprentissage. Organiser des classes/sessions spéciales pour préparer les enfants handicapés à accéder à l'enseignement régulier.

E3.9 Garantir la sécurité en milieu scolaire pour les filles et les garçons et les jeunes handicapés. Entre autres :

Tenir compte du fait que les enfants et les jeunes handicapés sont potentiellement plus vulnérables à la violence sexuelle ou à d'autres types de violence, abus ou exploitation.

Mettre en œuvre des politiques de défense pour assurer la protection des enfants et des jeunes handicapés.

Veiller à ce que les enfants et les jeunes handicapés puissent avoir accès à des informations essentielles pour leur propre sécurité et protection (p. ex. éducation en matière de santé sexuelle et de la reproduction, et comment signaler tout abus ou exploitation).

E3.10 Envisager d'autres modèles d'enseignement au niveau communautaire, par exemple la scolarisation à domicile et la mise en place d'unités spécialisées pour les enfants qui ont des besoins particuliers, par exemple en matière de communication, de développement et d'apprentissage.

E3.11 Former le personnel éducatif pour qu'il repère les signes de troubles psychosociaux et mentaux, tels que les troubles du comportement et les maladies liées à l'anxiété. Mettre en place des protocoles de référence vers des services psychosociaux ou d'autres services médicaux pour assurer un traitement et un suivi efficaces.

E3.12 Promouvoir et soutenir activement les politiques inclusives de dotation en personnel et de bénévolat dans les écoles et au sein d'autres activités éducatives, et tout particulièrement l'embauche proactive de femmes et d'hommes handicapés et des personnes âgées.

⁴⁵ voir la Norme 1 de l'INEE Accès et environnement d'apprentissage et La norme 3 Enseignements et processus d'apprentissage (INEE, 2010a)

NORME D'EDUCATION 4:

Les personnes handicapées ou âgées ont pleinement accès à la formation professionnelle, au développement des compétences et aux cours d'alphabétisation des adultes.

ACTIONS A METTRE EN ŒUVRE POUR RESPECTER LA NORME

E4.1 Faire participer les personnes âgées et les personnes handicapées de tout âge aux évaluations des besoins éducatifs et de formation. Veiller à ce qu'elles participent à la conception de programmes éducatifs non officiels, p. ex. cours de lecture et d'écriture, d'arithmétique, formations professionnelles ou développement des compétences (techniques ou nécessaires à la vie courante) pour les personnes analphabètes ou celles qui n'ont pas pu terminer leur scolarité.

E4.2 Faire appel à des travailleurs communautaires et aux organisations de personnes âgées ou handicapées pour identifier les besoins des personnes handicapées et des personnes âgées en matière de compétences et de formation et pour les encourager à participer à des formations professionnelles ou autres.

E4.3 Faire en sorte que tous les programmes éducatifs non officiels soient entièrement accessibles aux femmes, aux hommes, aux filles et aux garçons handicapés ainsi qu'aux personnes âgées. Adapter les méthodes de communication et prendre toutes les dispositions nécessaires en matière d'accessibilité.

E4.4 Concevoir des systèmes de surveillance pour identifier et soutenir les réponses à toute forme de discrimination (intentionnelle ou non), touchant les personnes handicapées et les personnes âgées dans le cadre de l'éducation informelle.

Exemples de bonne pratique :

SAVE THE CHILDREN SUEDE AU PAKISTAN

Au Pakistan en 2005, après un vaste déplacement de population suite au tremblement de terre du Cachemire, Save the Children Suède a mis en place des conseils d'école communautaires liés à des écoles de réadaptation. Chaque conseil d'école comprenait au moins deux enfants qui devaient faire un rapport indiquant qui n'était pas à l'école, et pourquoi ils pensaient que ces enfants étaient absents. Les conseils d'école se sont aperçus que souvent les parents n'envoyaient pas leurs filles et leurs enfants handicapés à l'école parce qu'ils pensaient que cela était dangereux, que l'école ne présentait aucun avantage pour leurs enfants ou parce qu'ils craignaient qu'ils se blessent ou qu'ils se perdent. On aurait pu interpréter cette réticence à envoyer les enfants handicapés à l'école comme une résistance traditionnelle à l'inclusion plutôt que comme la conséquence de considérations pratiques. Une fois ces raisons identifiées, le conseil d'école communautaire a élaboré des plans afin que ces enfants puissent se rendre plus facilement à l'école et en tirent une expérience positive.

Source : INEE, 2009

LA COMMISSION DES FEMMES POUR LES REFUGIES AU NEPAL ET EN THAILANDE

La Commission des femmes pour les réfugiés raconte comment dans les camps de réfugiés du Népal et de Thaïlande, des programmes d'intervention en faveur de la petite enfance ont été mis en place pour identifier les enfants handicapés et les aider à s'intégrer dans les écoles ordinaires. Les enfants réfugiés qui avaient des besoins éducatifs profonds ainsi que le personnel enseignant ont bénéficié d'un soutien. Quant aux enseignants classiques, ils ont suivi une formation continue en faveur de l'éducation inclusive. Des outils pédagogiques et des programmes scolaires appropriés ont été développés et les enfants qui avaient des besoins éducatifs profonds ont reçu des aides à la mobilité et des accessoires pédagogiques comme des livres en Braille pour les aider à étudier. En général, la Commission des femmes pour les réfugiés a constaté que l'éducation inclusive pouvait être un bon point de départ pour permettre aux personnes handicapées d'accéder aux autres services. Par exemple, par le biais des programmes d'intervention pour la petite enfance, les enfants réfugiés handicapés pouvaient être orientés vers les services de santé appropriés, et les groupes de soutien aux parents étaient un bon point de départ pour apporter un soutien psychosocial aux parents d'enfants handicapés.

Sources : R. Reilly, 2010 ; Commission des femmes pour les réfugiés, 2014

LECTURES RECOMMANDEES :

Groupe de travail sur la protection de l'enfance, *Normes minimums pour la protection des enfants dans l'action humanitaire*. Groupe mondial de la protection (Groupe de travail sur la protection de l'enfance) Tiré de : cpwg.net/?get=006914%7C2014/03/CP-Minimum-Standards-English-2013.pdf

Handicap International (2013) *Sport and play for all. A manual on including children and youth with disabilities* (Sport et jeu pour tous. Un manuel pour inclure les enfants et les jeunes handicapés). Sri Lanka : Handicap International. Tiré de : assets.sportanddev.org/downloads/sport_and_play_for_all.pdf

IDDC (2008) *Inclusive education in emergencies. Access to Quality Educational Activities for Children with Disabilities in Conflict and Emergency Situations* (L'éducation inclusive en situation d'urgence. Accès à des activités éducatives de qualité pour les enfants handicapés en situations de conflit et d'urgence.) Tiré de : http://iddcconsortium.net/sites/default/files/resources-tools/files/inclusive_education_in_emergencies_august_18th_2008.pdf

Réseau Inter-Agences pour l'Éducation en Situations d'Urgence (2010a) *Normes minimales pour l'éducation : Préparation, interventions, relèvement*. New York : INEE. Tiré de : toolkit.ineesite.org/resources/ineecms/uploads/1012/INEE_Minimum_Standards_French_2010.pdf

Réseau Inter-Agences pour l'Éducation en Situations d'Urgence (2010b) *Guide de poche de l'INEE sur l'appui aux apprenants handicapés*. Genève : INEE. Tiré de : toolkit.ineesite.org/toolkit/INEEcms/uploads/1138/INEE_PG_Learners_w_Disabilities_FR.pdf

Réseau Inter-Agences pour l'Éducation en Situations d'Urgence (2009) *Éducation en situations d'urgence : Inclure tout le monde*. Guide de poche de l'INEE sur l'éducation inclusive. Genève : INEE. Tiré de : toolkit.ineesite.org/resources/ineecms/uploads/1102/INEE_pocket_guide_to_Inclusive_Education_FR.pdf

Pinnock H et Hodgkin M (2009) Education access for all. (Accès à l'éducation pour tous.) *Forced Migration Review* 35 (juillet 2010). Numéro spécial : *Disability and Displacement* (Handicap et déplacement). Oxford : Centre d'études sur les réfugiés, Université d'Oxford.

Save the Children (2002) *Écoles pour tous. Intégration scolaire des enfants handicapés*. Londres : Save the Children. Tiré de : www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/schools_for_all_french_1.pdf

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) (2011a) *Working with persons with disabilities in forced displacement*. (Travailler avec les personnes handicapées dans les déplacements forcés.) Recommandation à connaître 1. Genève : UNHCR. Tiré de : www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf

Commission des femmes pour les réfugiés (2008) *Disabilities Among Refugees and Conflict-Affected Populations. Resource Kit for Fieldworkers*. (Handicaps parmi les réfugiés et les populations affectées par les conflits. Kit de ressources pour les travailleurs de terrain.) New York : WRC. Tiré de : www.asksource.info/resources/disabilities-among-refugees-and-conflict-affected-populations-resource-kit-field

World Vision (2012) *Minimum Inter-Agency Standards for Protection Mainstreaming*. (Normes interorganisations minimales pour l'intégration de la protection.) Tiré de : reliefweb.int/report/world/minimum-inter-agency-standards-protection-mainstreaming-enar

ANNEXE I : DESAGREGATION DES DONNEES PAR SEXE, PAR AGE ET PAR HANDICAP

Afin de façonner une réponse inclusive pour faire face à une crise humanitaire, il est essentiel de désagréger les données en fonction du sexe, de l'âge et du handicap. Les méthodes de collecte de données désagrégées par sexe et par âge, notamment pour les groupes de personnes âgées, sont maintenant bien établies (voire même systématiquement utilisées) en tant que norme acceptée dans l'ensemble du système humanitaire. Les normes recommandent la désagrégation des données pour les femmes et les hommes selon les tranches d'âge suivantes : 0-5 ans ; 6-12 ans ; 13-17 ans ; 18-49 ans ; 50-59 ans ; 60-69 ans ; 70-79 ans ; et 80 ans et plus⁴⁶.

La désagrégation systématique des données par handicap présente un défi plus important pour les organisations humanitaires, en raison de la nature technique de l'identification et du classement des handicaps. Il existe plusieurs outils actuellement disponibles, dont plusieurs sont mentionnés ci-dessous :

1. Les Questions du groupe de Washington: Les Questions du groupe de Washington ont été adoptées par le groupe de Washington des Nations Unies sur les statistiques des incapacités. Les Questions du groupe de Washington visent à identifier les difficultés universelles rencontrées pour mettre en œuvre des activités de base, qui sont le plus étroitement liées à l'exclusion sociale et que l'on retrouve le plus souvent. Cette courte liste de six questions vise à identifier les personnes qui ont des limitations fonctionnelles susceptibles de limiter leur participation indépendante à la société. Les réponses sont classées en fonction du niveau de gravité de la difficulté éprouvée (c'est-à-dire aucune difficulté, quelques difficultés, beaucoup de difficultés et incapacité totale).

Ces questions sont les suivantes:

1. Avez-vous des difficultés à voir, même avec des lunettes ?
2. Avez-vous des difficultés à entendre, même avec un appareil auditif ?
3. Avez-vous des difficultés à marcher ou à monter les escaliers ?
4. Avez-vous des problèmes de mémoire ou des difficultés à vous concentrer ?
5. Avez-vous des difficultés à (prendre soin de vous-même, par exemple) vous laver ou vous habiller ?
6. Lorsque vous utilisez votre langue (habituelle), avez-vous du mal à communiquer, (par exemple à comprendre ou à vous faire comprendre) ?

Ces catégories permettent de décrire des scénarios de handicaps multiples selon le domaine considéré (p. ex. la vision, l'audition) et le niveau de gravité qui définit le « handicap ». Le groupe de Washington recommande que toute personne classée dans les catégories

« beaucoup de difficultés » ou « incapacité totale » dans au moins un domaine, soit identifiée comme personne handicapée. Un « jeu élargi de questions » est également disponible⁴⁷.

www.cdc.gov/nchs/washington_group/wg_questions.htm

2. La matrice d'Information australienne : Cet outil, utilisé depuis 2006 pour le recensement en Australie, a pour but d'identifier les personnes qui ont des problèmes de santé chroniques réels ou potentiels. Un certain nombre d'éléments de données sont utilisés pour évaluer l'état fonctionnel d'une personne dans plusieurs domaines de la vie. Cela conduit à une classification des « Limitations

⁴⁶ Le Projet Sphère (2010), le Manuel Sphère. Tiré de : www.spherehandbook.org Standard essentiel 3 : Évaluation

⁴⁷ Le groupe de Washington et l'UNICEF ont également un module d'enquête pour évaluer le fonctionnement et le handicap chez l'enfant : www.un.org/disabilities/documents/events/UNICEF_side_event_LOEB.pdf

d'activité » qui prend en compte aussi bien le niveau d'activité/participation, que le besoin d'assistance. meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/505770

3. L'Outil d'identification des situations de risque accru de l'UNHCR: Contient un certain nombre de questions spécifiques sur les personnes âgées et les personnes handicapées entre autres groupes vulnérables. L'outil est disponible sur : www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4e2451c22 et son guide d'utilisation sur: www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4e244eab2

4. WHODAS : Il s'agit d'un instrument d'évaluation générique pour évaluer la santé et le handicap. Il vise à être applicable à la fois dans les cadres de population clinique et générale pour produire des niveaux et profils de handicaps standardisés, applicables aux différentes cultures et dans toutes les populations adultes. Il est directement lié aux concepts utilisés par la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/

ANNEXE II : LACUNES DANS LES NORMES ET LES RECOMMANDATIONS EXISTANTES NECESSITANT L'ATTENTION DES ACTEURS HUMANITAIRES

Lors de la préparation de ces Normes minimales, un certain nombre de lacunes spécifiques dans la littérature existante concernant l'inclusion des personnes handicapées et des personnes âgées dans la réponse humanitaire, ont été identifiées comme nécessitant une attention et un développement supplémentaires :

Dans tous les secteurs, on ignore actuellement systématiquement les besoins et la participation des aidants, tant en ce qui concerne leur rôle pour s'assurer que les besoins des personnes dont ils ont la charge sont satisfaits (p. ex. accès à la nourriture ou autres formes d'assistance pour ces personnes) qu'en ce qui concerne leurs propres besoins et vulnérabilités spécifiques (lorsque leurs responsabilités de prise en charge font qu'il est difficile, voire impossible, d'accéder à l'aide et aux services). Les enfants qui s'occupent de leurs frères et sœurs ou d'adultes handicapés, les aidants âgés de personnes handicapées et les personnes âgées qui ont la charge d'enfants, sont rarement pris en compte dans la plupart des normes humanitaires et des documents d'orientation. Bien que ces Normes mentionnent les aidants, c'est un domaine qui exige néanmoins une attention plus poussée.

Il y a peu de normes et de recommandations dans la littérature spécialisée ou grand public qui cherchent à répondre aux besoins des personnes qui se trouvent dans des institutions (foyers de personnes âgées, écoles spécialisées, orphelinats, établissements psychiatriques, centres de détention et prisons), où la proportion de personnes handicapées ou âgées parmi les pensionnaires risque d'être considérablement plus élevée que dans la population générale.

La plus grande partie des normes et lignes directrices existantes concernant le handicap et l'âge supposent qu'elles seront appliquées dans des situations où les organisations humanitaires ont un contrôle considérable sur l'environnement physique et un bon accès aux populations touchées, comme dans les camps situés dans les zones rurales. Il faut se préoccuper davantage du développement, de l'applicabilité et des indicateurs associés dans les environnements plus difficiles comme les zones rurales éloignées ou dangereuses et les zones urbaines touchées par les conflits.

Étant donné que les programmes monétaires occupent une importance croissante dans l'ensemble du système humanitaire, il est urgent d'étudier comment les personnes handicapées ou âgées peuvent être incluses équitablement et en toute sécurité dans les interventions monétaires de différents types, car ce défi ne semble pas avoir encore reçu l'attention qu'il mérite.

Les besoins en ressources humaines associés à la programmation inclusive doivent être davantage pris en compte et des normes pertinentes doivent être élaborées en conséquence.

Bien que les normes internationales en matière de protection de l'enfance soient maintenant largement reconnues et appliquées dans l'ensemble du système humanitaire, des lacunes subsistent dans la façon dont elles ont été intégrées dans les normes et recommandations concernant l'éducation dans les situations d'urgence, en particulier en ce qui concerne les enfants handicapés.

L'inclusion des personnes handicapées (y compris des enfants handicapés) dans les programmes de nutrition n'a pas fait l'objet de beaucoup d'attention à ce jour, et par conséquent, les normes de nutrition élaborées dans cette version pilote proviennent principalement des lignes directrices sur le soutien nutritionnel des personnes âgées. C'est un domaine auquel on doit prêter attention de toute urgence, compte tenu en particulier des risques potentiellement plus élevés de malnutrition chez les enfants et les adultes handicapés par rapport à l'ensemble de la population⁴⁸. De même, les besoins

⁴⁸ Voir Groce et al, 2013

en matière d'hygiène et d'eau des personnes handicapées dans les contextes de crise ont été peu étudiés par rapport aux programmes WASH inclusifs dans les contextes de développement.

Les personnes atteintes de handicaps multiples (y compris les enfants) et leurs aidants, et les personnes souffrant de graves troubles de l'apprentissage ou de handicaps psychosociaux risquent d'être très vulnérables en situation de crise, mais il existe peu de recommandations spécifiques pour soutenir l'aide humanitaire inclusive et la protection de ces groupes.

ANNEXE III : ACRONYMES

| | |
|------|---|
| ATPE | Aliment thérapeutique prêt à l'emploi |
| PB | Périmètre brachial |
| MAM | Malnutrition aiguë modérée |
| MAS | Malnutrition aiguë sévère |
| MNT | Maladie non transmissible |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| ONU | Nations Unies |
| HCR | Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés |
| WASH | Eau, assainissement et hygiène |

ANNEXE IV : SOURCES

Banque mondiale (2010) *Pakistan. Earthquake Disability Project*. (Pakistan. Projet sur le handicap suite à un tremblement de terre.) Rapport No.:ICR00001584. Rapport de mise en œuvre, d'achèvement et de résultats. Tiré de : www.worldbank.org/projects/P099542/pk-earthquake-disability?lang=en

Beg A, (2012) *Report of assessment of situation of disabled and older people in Dollo Somali refugee camp* (Rapport d'évaluation de la situation des personnes handicapées et des personnes âgées dans le camp de réfugiés de Dollo Somali.) Rapport provisoire de l'IRC. Éthiopie.

Bombi F, (2010) *Perception and protection in Sri Lanka* (Perception et protection au Sri Lanka), *Forced Migration Review* 35 (juillet 2010). Numéro spécial : *Disability and Displacement* (Handicap et déplacement). Oxford : Centre d'études sur les réfugiés, Université d'Oxford.

CBM Australia, CBM Emergency Response Unit et Plan International (2011) *Disability Inclusion in Drought and Food Crisis Emergency Response* (Inclusion du handicap dans les interventions d'urgence en situation de sécheresse et de crise alimentaire.) Tiré de : www.cbm.org/article/downloads/82788/Disability_Inclusion_in_Drought_and_Food_Crisis_Response.pdf

CBM International (2012) *Inclusion made easy: a quick program guide to disability in development. Part B: Disability Inclusion: Disaster Management* (L'inclusion, c'est facile : petit guide du handicap dans le développement. Partie B : Inclusion du handicap : gestion des catastrophes.) Tiré de : www.cbm.org/article/downloads/78851/CBM_Disability_Inclusion_-_Disaster_Management.pdf

CBM International (sans date) *Inclusive post-disaster reconstruction: Building back safe and accessible for all, 16 minimum requirements for building accessible shelters*. (Reconstruction inclusive après une catastrophe: reconstruire des bâtiments sûrs et accessibles à tous. Seize critères minimaux pour construire des abris accessibles.) Tiré de : www.cbm.org/article/downloads/54741/16-minimum-requirements-for-building-accessible-shelters.pdf

Centre for Disability in Development (2011) *Project Experience. Disability Inclusive Disaster Risk Reduction Project* (Expérience de projet. Projet de réduction des risques de catastrophe qui prend en compte le handicap.) Dhaka : Centre for Disability in Development. Tiré de : www.cbm.org/article/downloads/82788/Disability-inclusive_disaster_risk_reduction_Bangladesh_CBM.pdf

Comité international de la Croix-Rouge (2013) *Professional Standards for Protection Work Carried out by Humanitarian and Human Rights Actors in Armed Conflict and Other Situations of Violence*. (Normes professionnelles pour le travail de protection réalisé par les acteurs humanitaires et des droits humains dans les conflits armés et dans d'autres situations de violence.) Édition 2013. Genève : CICR. Tiré de : www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_0999.pdf

Comité permanent interorganisations, (2005) *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire : centrage sur la prévention et la réponse à la violence sexuelle dans les situations d'urgence*. New York : IASC. Tiré de : www.globalprotectioncluster.org/assets/files/tools_and_guidance/IASC_GenderBasedViolence_HumanitarianSettings_2005_FR.pdf

Comité permanent interorganisations (2006) *Femmes, filles, garçons et hommes : des besoins différents, des chances égales*. IASC Guide pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire. New York : IASC. Tiré de :

toolkit.ineesite.org/resources/ineecms/uploads/1099/Women_Girls_Boys_and_Men_Different_Needs_FR.pdf

Comité permanent interorganisations (2007) *IASC, Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. (Directives concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence.) New York : IASC. Tiré de :

www.who.int/hac/network/interagency/news/mental_health_guidelines/en/

Comité permanent interorganisations (2008) *Action humanitaire et personnes âgées : informations indispensables pour les acteurs humanitaires*. New York : IASC. Tiré de :

www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_HumanitarianAction_OlderPersons_FR.pdf

Commission des femmes pour les réfugiés (2008) *Disabilities Among Refugees and Conflict-Affected Populations. Resource Kit for Fieldworkers*. (Handicaps parmi les réfugiés et les populations affectées par les conflits. Kit de ressources pour les travailleurs de terrain.) New York : WRC. Tiré de :

www.asksource.info/resources/disabilities-among-refugees-and-conflict-affected-populations-resource-kit-field

Commission des femmes pour les réfugiés (2010) *Persons with Disabilities and the Humanitarian Response in Haiti*. (Personnes handicapées dans l'intervention humanitaire à Haïti.) New York : WRC.

Commission des femmes pour les réfugiés (2014) *Disability Inclusion: Translating Policy into Practice in Humanitarian Action*. (Inclusion du handicap : traduire la politique en pratique dans l'action humanitaire.) New York : WRC. Tiré de :

womensrefugeecommission.org/programs/disabilities/disability-inclusion

Cone D, (2010) *Shifting community views: reducing stigma in Dadaab* (Changer le point de vue de la communauté : réduire la stigmatisation à Dadaab) *Forced Migration Review* 35 (juillet 2010). Numéro spécial : *Disability and Displacement* (Handicap et déplacement.) Oxford : Centre d'études sur les réfugiés, Université d'Oxford.

CSID (2002) *Unveiling Darkness: the Situation Analysis on Disaster and Disability Issues in the Coastal Belt of Bangladesh* (Lever le voile sur l'obscurité : analyse situationnelle sur les questions de catastrophe et de handicap de la région côtière du Bangladesh.) Dhaka : Centre de services et renseignements sur les handicaps. Tiré de :

www.disabilityrightsfund.org/files/situation_analysis_on_disaster_and_disability_issues_in_bangladesh_0.pdf

Dawit M, (2010) *Kakuma's first raffle* (La première tombola de Kakuma) *Forced Migration Review* 35 (juillet 2010). Numéro spécial : *Disability and Displacement* (Handicap et déplacement.) Oxford : Centre d'études sur les réfugiés, Université d'Oxford.

Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (2015) *Minimum Standard Commitments to Gender and Diversity in Emergency Programming*. (Engagements vis-à-vis de normes minimales en matière de genre et de diversité dans la programmation d'urgence.) Version pilote. Genève : IFRC. Tiré de :

www.ifrc.org/Global/Photos/Secretariat/201505/Gender_Diversity_MSCs_Emergency_Programming_HR3.pdf

Groce NE, Challenger E et Kerac M (2013) *Stronger Together: Nutrition-Disability Links and Synergies* (Plus forts ensemble : liens et synergies entre la nutrition et le handicap), note d'information pour le Groupe de travail sur la nutrition : Partenariat mondial pour les enfants handicapés. New York : UNICEF.

Groce NE, Kerac M, Farkas A et Berman Bieler R, (2013) *Inclusive nutrition for children and adults with disabilities* (Nutrition inclusive pour les enfants et les adultes handicapés), *The Lancet Global Health*, Volume 1, numéro 4, e180 - e181. Publié en ligne le 19 août 2013. Tiré de : [www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(13\)70056-1/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(13)70056-1/abstract)

Groupe d'étude sur le vieillissement et le handicap (2011) *Ageing and Disability in Humanitarian Response: A Resource Book of Inclusive Practices* (Le vieillissement et le handicap dans l'intervention humanitaire : un guide des ressources de pratiques inclusives.) Tiré de : reliefweb.int/report/pakistan/ageing-and-disability-humanitarian-response-resource-book-inclusive-practices

Groupe de travail sur la protection de l'enfance, *Normes minimums pour la protection des enfants dans l'action humanitaire*. Groupe mondial de la protection (Groupe de travail sur la protection de l'enfance) Tiré de : cpwg.net/?get=006914%7C2014/03/CP-Minimum-Standards-English-2013.pdf

Hall J. (2015) *Typhoon Haiyan: lessons from the response and how to prepare for the future* (Le typhon Haiyan : leçons tirées de la réponse et comment se préparer pour l'avenir) *Humanitarian Exchange* 63 (janvier 2015.) Londres : Institut de développement d'Outre-mer (Réseau des pratiques humanitaires), pp. 11-13.

Handicap International (2006) *Disability Checklist for Emergency Response* (Liste de contrôle pour l'intervention d'urgence.) Paris : Handicap International. Tiré de : reliefweb.int/report/world/disability-checklist-emergency-response

Handicap International (2009) *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* (Accessibilité pour tous en contexte d'urgence : recommandation pour garantir l'accessibilité pour les infrastructures temporaires, les installations WASH, la distribution et la communication d'activités pour les personnes handicapées et autres personnes vulnérables.) Paris : Handicap International.

Handicap International Népal (2009) *Guidelines for Creating Barrier-Free Emergency Shelters* (Recommandations pour la construction d'abris d'urgence sans obstacles.) Katmandou : Handicap International. Tiré de : www.handicap-international.org.uk/Resources/HandicapInternational/PDF Documents/Hi Associations/BarrierFreeEmergencyShelters_2009.pdf

Handicap International (2013) *Interventions psychosociales et de santé mentale en contextes d'urgence et de post-crise*. Lyon : Handicap International. Tiré de : www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/PG10Psychosocial.pdf

Handicap International (2013) *Sport and play for all. A manual on including children and youth with disabilities*. (Sport et jeu pour tous. Un manuel pour inclure les enfants et les jeunes handicapés.) Sri Lanka : Handicap International. Tiré de : assets.sportanddev.org/downloads/sport_and_play_for_all.pdf

Handicap International (2013) *Protection contre les violences liées au genre, à l'âge et au handicap en contextes d'urgence et de développement*. Lyon : Handicap International. Tiré de : www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/ProtectionContreViolencesNO03.pdf

Handicap International (2014) *Établir un diagnostic d'accessibilité dans les pays à revenus faibles et intermédiaires*. Lyon : Handicap International. Tiré de : www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DiagnosticAccessibilite_GM13.pdf

Handicap International : Cellule Technique Inclusion, Mali (2014) *L'inclusion des groupes vulnérables*

dans les situations d'urgence : Guide Méthodologique & Pratique. Mali : Handicap International.

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) (2006) *Guide pratique pour l'usage systématique des standards et indicateurs dans les opérations de l'UNHCR.* 2e édition. Genève : UNHCR. Tiré de : www.unhcr.fr/4ba344089.pdf

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) (2011a) *Working with persons with disabilities in forced displacement.* (Travailler avec des personnes handicapées dans les déplacements forcés.) Recommandation à connaître 1. Genève : UNHCR. Tiré de : www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) (2001b) *Action contre la violence sexuelle et liée au sexe : stratégie actualisée.* Genève : UNHCR (Division des services sur la Protection internationale). Tiré de : www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4f17d66a2

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) (2013) *Working with Older Persons in Forced Displacement* (Travailler avec les personnes âgées dans les déplacements forcés.) Recommandation à connaître 5. Genève : UNHCR. Tiré de : www.refworld.org/pdfid/4ee72aaf2.pdf

HelpAge International (2000) *Older People in Disasters and Humanitarian Crises: Guidelines for Best Practice* (Les personnes âgées dans les catastrophes et les crises humanitaires : recommandations de bonnes pratiques.) Londres : HelpAge International. Tiré de : www.refworld.org/docid/4124b9f44.html

HelpAge International (2011) *Guidance on including older people in emergency shelter programmes.* (Comment inclure les personnes âgées dans les programmes d'abris d'urgence.) Londres : HelpAge International. www.humanitarianresponse.info/en/system/files/documents/files/guidance_including_older_people_in_emergency_shelter_helpage_ifrc.pdf

HelpAge International *Module 6: Inclusive Communication: Poor communication with older people can undermine the delivery of need-based humanitarian aid* (Module 6 : communication inclusive : une mauvaise communication avec les personnes âgées peut compromettre la fourniture de l'aide humanitaire basée sur les besoins.)

HelpAge International (2012a) *Les personnes âgées en situation d'urgence : identification et réduction des risques.* Londres : HelpAge International. Tiré de : www.helpage.org/resources/practical-guidelines/emergency-guidelines/

HelpAge International (2012b) *Interventions dans le domaine de la santé pour les personnes âgées dans les situations d'urgence.* Londres : HelpAge International. Tiré de : www.helpage.org/resources/practical-guidelines/emergency-guidelines/

HelpAge International (2012c) *Interventions sur la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance des personnes âgées dans les situations d'urgence.* Londres : HelpAge International. Tiré de : www.helpage.org/resources/practical-guidelines/emergency-guidelines/

HelpAge International (2012d) *Protecting older people in emergencies: good practice guide* (Protéger les personnes âgées en situations d'urgence : guide de bonnes pratiques.) Londres : HelpAge International. Tiré de : www.helpage.org/resources/practical-guidelines/emergency-guidelines/

HelpAge International (2013a) *Interventions en matière de nutrition pour les personnes âgées dans les situations d'urgence.* Londres : HelpAge International. Tiré de :

www.helpage.org/resources/practical-guidelines/emergency-guidelines/

HelpAge International (2013b) *Interventions en matière de protection pour les personnes âgées dans les situations d'urgence*. Londres : HelpAge International. Tiré de :

www.helpage.org/resources/practical-guidelines/emergency-guidelines/

HelpAge International et Global Action on Ageing (2005) *Checklist for Older Persons in Internally Displaced Persons Camps* (Liste de contrôle pour les personnes âgées dans les camps de personnes déplacées.) Soumis au représentant du Secrétaire général de l'ONU sur les droits de l'homme des personnes déplacées internes, M. Walter Kälin par HAI et Global Action on Ageing, juillet 2005. Publié en tant qu'Annexe 3 dans Jo Wells, *Protecting and assisting older people in emergencies* (Protection et assistance aux personnes âgées en situations d'urgence.) HPN Network Paper 53 (décembre 2005). Londres : Institut de développement d'Outre-mer (Réseau des pratiques humanitaires).

HelpAge International et Handicap International (2014) *Hidden victims of the Syrian crises: disabled, injured and older refugees* (Les victimes cachées des crises syriennes : les réfugiés handicapés, blessés et âgés.) Londres et Lyon : HelpAge International et Handicap International. Tiré de :

www.helpage.org/newsroom/latest-news/hidden-victims-new-research-on-older-disabled-and-injured-syrian-refugees/

ICED et al. (2014) *Childhood disability and malnutrition in Turkana, Kenya*. (Enfants handicapés et malnutrition à Turkana au Kenya.) Centre international pour les données probantes sur le handicap, LSHTM, CBM, et Croix-Rouge kényane. Tiré de :

<http://disabilitycentre.lshtm.ac.uk/files/2014/10/Malnutrition-and-Disability-Report-Full-Report.pdf>

IDDC (2008) *Inclusive education in emergencies. Access to Quality Educational Activities for Children with Disabilities in Conflict and Emergency Situations* (L'éducation inclusive en situation d'urgence. Accès à des activités éducatives de qualité pour les enfants handicapés en situations de conflit et d'urgence.) Tiré de : iddcconsortium.net/sites/default/files/resources-tools/files/inclusive_education_in_emergencies_august_18th_2008.pdf

IFRC, CBM et Handicap International (2015) *All Under One Roof: Disability-inclusive shelter and settlements in emergencies*. (Tous sous le même toit : abris et habitat qui tiennent compte des personnes handicapées dans les situations d'urgence.) Tiré de :

www.cbm.org/article/downloads/54741/All_Under_One_Roof_-_Disability-inclusive_shelter_and_settlements_in_emergencies.PDF

Jones H, (2013) *Mainstreaming disability and ageing in water, sanitation and hygiene programmes. A mapping study carried out for WaterAid*. (Intégrer le handicap et l'âge dans les programmes d'eau, d'assainissement et d'hygiène. Une étude cartographique effectuée par WaterAid.) Londres :

WaterAid. Tiré de : www.wateraid.org/news/news/mainstreaming-disability-and-ageing-in-water-and-sanitation-programmes

Jones H et Wilbur J, (2014) *Compendium of accessible WASH technologies*. (Recueil de technologies WASH accessibles) Lieu : WaterAid, WEDC et Share (Sanitation and Hygiene Applied Research for Equity). Tiré de : www.wateraid.org/accessibleWASHtechnologies

Kett M et Twigg J (2007) *Disability and disasters: towards an inclusive approach* (Handicap et catastrophes : vers une approche inclusive.) Dans IFRC, *World Disasters Report. Focus on Discrimination* (Rapport sur les catastrophes mondiales. Centrage sur la discrimination) (pp. 86-111). Genève : IFRC.

Kett M, Stubbs S et Yeo R avec Deshpande S et Cordeiro V (2005). *Disability in Conflict and Emergency Situations: Focus on Tsunami-affected Areas* (Le handicap dans les situations de conflit et d'urgence : centrage sur les zones affectées par le tsunami.) Rapport de recherche de l'IDDC. Working : International Disability and Development Consortium. Tiré de : www.disabilityrightsfund.org/node/409

Macanawai S (2014) *How can the collection and use of disability data across the Indo-Pacific be strengthened?* (Comment peut-on renforcer la collecte et l'utilisation de données sur le handicap dans toute la région Indopacifique ?) Document préparé avec le soutien du ministère australien des affaires étrangères et du commerce pour CBM et le Nossal Institute Partnership for Disability Inclusive Development. Melbourne : CBM et Nossal Institute for Global Health.

Maxwell D, Sadler K, Sim A, Mutonyi M, Egan R et Webster M (2008) *Emergency food security interventions* (Interventions de sécurité alimentaire d'urgence.) HPN Good Practice Review 10 (décembre 2008). Londres : Institut de développement d'Outre-mer (Réseau des pratiques humanitaires).

Mitra S (2005) *Disability and Social Safety Nets in Developing Countries* (Handicap et filets de sécurité sociale dans les pays en développement.) Article de discussion sur la protection sociale Série No.0509. Washington DC : Banque mondiale. Tiré de : siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/0509.pdf

Munazza G, Chaudhry MB et Khan N (2009) *Social inclusion: a Pakistan case study* (Inclusion sociale: étude de cas pakistanaise) *Forced Migration Review* 35 (juillet 2010). Numéro spécial : Disability and Displacement (Handicap et déplacement). Oxford : Centre d'études sur les réfugiés, Université d'Oxford.

NFSMI (2006) *Handbook for Children with Special Food and Nutrition Needs*. National Food Service Management Institute. (Manuel pour les enfants qui ont des besoins alimentaires et nutritionnels particuliers. Institut national de gestion des services alimentaires.) Université du Mississippi.

Ocon G and Neussner O (2015) *Assessing early warning efforts for Typhoon Haiyan in Leyte* (Évaluation des efforts d'avertissement précoce pour le typhon Haiyan à Leyte) *Humanitarian Exchange* 63 (janvier 2015). Londres : Institut de développement d'Outre-mer (Réseau des pratiques humanitaires), pp. 8-10.

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2001) *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* (CIF). Genève : OMS. Tiré de : www.who.int/classifications/icf/en/

Organisation mondiale de la Santé (2005) *Disasters, disability and rehabilitation* (Catastrophes, handicap et réadaptation.). Genève : OMS (Département de la prévention de la violence et du traumatisme). Tiré de : www.who.int/violence_injury_prevention/fr/

Organisation mondiale de la Santé (2009) *Persons with disabilities particularly vulnerable to HIV/AIDS* (Personnes handicapées particulièrement vulnérables au VIH/sida.) Transcription du podcast : 10 juin 2009, présenté par Veronica Riemar. Tiré de : www.who.int/mediacentre/multimedia/podcasts/2009/disabilities_hiv_20090610/en/

Organisation mondiale de la Santé (2013) *Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health*. (Note d'orientation sur le handicap et la gestion des risques d'urgence pour la santé.) Genève : OMS. Tiré de : apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf

Organisation mondiale de la Santé (2013) *Lignes directrices : mises à jour de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez le nourrisson et chez l'enfant*. Genève : Organisation mondiale de la

santé. Tiré de : apps.who.int/iris/bitstream/10665/162815/1/9789242506327_fre.pdf

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2014) *Handicap et santé*. Aide-mémoire no. 352 (révisé en décembre 2014). Genève : OMS. Tiré de : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/

Perry A et Héry A (2009) *Disability in the UN cluster system* (Le handicap dans le système de cluster des Nations Unies) *Forced Migration Review* 35 (juillet 2010). Numéro spécial : *Disability and Displacement* (Handicap et déplacement). Oxford : Centre d'études sur les réfugiés, Université d'Oxford.

Pfeifer E, Blijkers J, Ottacher F, Lassmann D, Nausner B et Scherrer V (eds) (2013) *Humanitarian Aid: All Inclusive! How to include people with disabilities in humanitarian action* (Aide humanitaire : tous ensemble ! Comment inclure les personnes handicapées dans l'action humanitaire.) Bruxelles : Light for the World et Diakone Katastrophenhilfe. Tiré de : www.asksource.info/resources/humanitarian-aid-all-inclusive-how-include-people-disabilities-humanitarian-action

Phillips C, Estey S et Ennis M (2010) *The Convention: on paper and in practice* (La convention : en théorie et en pratique) *Forced Migration Review* 35 (juillet 2010). Numéro spécial : *Disability and Displacement* (Handicap et déplacement). Oxford : Centre d'études sur les réfugiés, Université d'Oxford.

Pinnock H et Hodgkin M (2009) *Education access for all*. (Accès à l'éducation pour tous.) *Forced Migration Review* 35 (juillet 2010). Numéro spécial : *Disability and Displacement* (Handicap et déplacement). Oxford : Centre d'études sur les réfugiés, Université d'Oxford.

Projet Sphère (Le) (2010), le Manuel Sphère. Tiré de : www.spherehandbook.org

Reilly R (2010) *Disabilities among refugees and conflict-affected populations* (Handicaps parmi les réfugiés et les populations touchées par les conflits) *Forced Migration Review* 35 (juillet 2010). Numéro spécial : *Disability and Displacement* (Handicap et déplacement). Oxford : Centre d'études sur les réfugiés, Université d'Oxford.

Reinhardt JD et al. (2011) *Disability and health-related rehabilitation in international disaster relief* (Réadaptation en matière de handicap et de santé dans les opérations de secours internationales en cas de catastrophes), Jan D. Reinhardt, Jianan Li, James Gosney, Farooq A. Rathore, Andrew J. Haig, Michael Marx, Joel A. Delisa. *Glob Health Action*. 2011; 4: 10.3402/gha.v4i0.7191. Publié en ligne le 16 août 2011. doi : 10.3402/gha.v4i0.7191 PMID: PMC3160807. Tiré de : www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160807

Réseau Inter-Agences pour l'Éducation en Situations d'Urgence (2010a) *Normes minimales pour l'éducation : Préparation, interventions, relèvement*. New York : INEE. Tiré de : http://toolkit.ineesite.org/resources/ineecms/uploads/1012/INEE_Minimum_Standards_French_2010.pdf

Réseau Inter-Agences pour l'Éducation en Situations d'Urgence (2010b) *Guide de poche de l'INEE sur l'appui aux apprenants handicapés*. Genève : INEE. Tiré de : http://toolkit.ineesite.org/toolkit/INEEcms/uploads/1138/INEE_PG_Learners_w_Disabilities_FR.pdf

Réseau Inter-Agences pour l'Éducation en Situations d'Urgence (2009) *Éducation en situations d'urgence : Inclure tout le monde. Guide de poche de l'INEE sur l'éducation inclusive*. Genève : INEE. Tiré de : http://toolkit.ineesite.org/toolkit/INEEcms/uploads/1007/INEE_Pocket_Guide_Inclusive_Education_FR.pdf

Saeed AM (2009) *Services and participation in Yemen (Services et participation au Yémen) Forced Migration Review 35* (juillet 2010). Numéro spécial : *Disability and Displacement* (Handicap et déplacement). Oxford : Centre d'études sur les réfugiés, Université d'Oxford.

Save the Children (2002) *Écoles pour tous. Intégration scolaire des enfants handicapés*. Londres : Save the Children. Tiré de :

www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/schools_for_all_french_1.pdf

Scherrer V and Mendis R (2009) *Negotiating inclusion in Sri Lanka (Négocier l'inclusion au Sri Lanka) Forced Migration Review 35* (juillet 2010). Numéro spécial : *Disability and Displacement* (Handicap et déplacement). Oxford : Centre d'études sur les réfugiés, Université d'Oxford.

Shivji A (2010) *Disability in displacement (Handicap dans le déplacement) Forced Migration Review 35* (juillet 2010). Numéro spécial : *Disability and Displacement* (Handicap et déplacement). Oxford : Centre d'études sur les réfugiés, Université d'Oxford.

Simmons K (2010) *Addressing the data challenge (Résoudre le problème des données) Forced Migration Review 35* (juillet 2010). Numéro spécial : *Disability and Displacement* (Handicap et déplacement). Oxford : Centre d'études sur les réfugiés, Université d'Oxford.

Smith F, Jolley E et Schmidt E (2012) *Disability and disasters: the importance of an inclusive approach to vulnerability and social capital (Handicap et catastrophes : l'importance d'une approche inclusive de la vulnérabilité et du capital social.)* Londres : Sightsavers. Tiré de :

www.preventionweb.net/english/professional/publications/v.php?id=34933

Tataryn M (2010) *Intersection of disability and HIV/AIDS (A l'intersection du handicap et du VIH/sida) Forced Migration Review 35* (juillet 2010). Numéro spécial : *Disability and Displacement* (Handicap et déplacement). Oxford : Centre d'études sur les réfugiés, Université d'Oxford.

Tüzün EH, Güven DK, Eker L, Elbasan B et Bülbül SF (2013) *Nutritional status of children with cerebral palsy in Turkey (Le statut nutritionnel des enfants atteints de paralysie cérébrale en Turquie)*, *Disability and Rehabilitation*, mars 2013, Vol. 35, No. 5, Pages 413-417. Tiré de :

informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09638288.2012.694965

WaterAid (2014) *Inclusive WASH: What does it look like? (A quoi ressemblent des services WASH inclusifs ?)* Loughborough : WEDC pour WaterAid. Tiré de :

www.asksources.info/resources/inclusive-wash-what-does-it-look

Water, Engineering and Development Centre, Loughborough University et Water Aid (2012) *Activity Sheet 2: Identifying barriers to water, sanitation and hygiene. (Fiche d'activité 2 : identifier les obstacles à l'eau, l'assainissement et l'hygiène.)* Leicestershire : WEDC. Tiré de :

http://wedc.lboro.ac.uk/resources/learning/EI_AS2_Identifying_barriers_final.pdf

Water, Engineering and Development Centre, Loughborough University et Water Aid (2012) *Activity Sheet 3: Identifying barriers to water, sanitation and hygiene. (Fiche d'activité 3 : identifier les obstacles à l'eau, l'assainissement et l'hygiène.)* Leicestershire : WEDC. Tiré de :

wedc.lboro.ac.uk/resources/learning/EI_AS3_Identifying_solutions_v2.pdf

Wells J, (2005), *Protecting and assisting older people in emergencies (Protection et assistance aux personnes âgées en situations d'urgence.)* HPN Network Paper 53, décembre 2005. Londres : Institut de développement d'Outre-mer (Réseau des pratiques humanitaires).

Wigley B (2015) *Constructing a culture of accountability: lessons from the Philippines (Construire une culture de la redevabilité : des leçons des Philippines) Humanitarian Exchange 63* (janvier 2015). Londres : Institut de développement d'Outre-mer (Réseau des pratiques humanitaires), pp. 13-16.

World Vision (2012) *Minimum Inter-Agency Standards for Protection Mainstreaming*. (Normes interorganisations minimales pour l'intégration de la protection.) Tiré de : reliefweb.int/report/world/minimum-inter-agency-standards-protection-mainstreaming-enar



Cet homme vient de recevoir des articles de secours d'urgence, Concepción, Panay Island, Philippines après le typhon Haiyan, novembre 2013.

Cette version pilote des Normes minimales d'inclusion de l'âge et du handicap dans l'action humanitaire a été publiée par l'Age and Disability Consortium, un groupe de sept organisations œuvrant à promouvoir une assistance humanitaire qui intègre l'âge et le handicap : CBM, DisasterReady.org, Handicap International, HelpAge International, IFRC, Oxford Brookes University et RedR UK.

HelpAge International
 PO Box 70156, London WC1A 9GB, Royaume-Uni
 Tél : +44 (0)20 7278 7778 Fax : +44 (0)20 7387 6992
www.helpage.org adcap@helpage.org

Association caritative enregistrée sous le no. 288180

Copyright © HelpAge International 2016
 au nom de l'Age and Disability Consortium

ISBN 978-1-910743-01-0

IDLON0148