



Guide

Inclure les enfants handicapés dans
l'action humanitaire

Une série de six livrets d'orientation :



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

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

Nutrition

Remerciements

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

Les collègues des bureaux de pays et des bureaux régionaux, du siège de l'UNICEF ainsi que des experts extérieurs ont également apporté leur contribution indispensable à la rédaction de ce livret. Nous remercions Besan AbdelQader, Victor Aguayo, Dina Al Jamal, Kate Alley, France Begin, Jaya Burathoki, Anna Burlyaeva, Stanley Chitekwe, David Clark, Begna Edo, Anne Filorizzo, Jumana Haj-Ahmed, Diane Holland, Sunita Kayastha, Muhammad Rafiq Khan, Marie Leduc, Jennifer Leger, Asma Maladwala, Aline Mandrilly, Jane Mwangi, Maureen Njoki, Beth Ann Plowman, Cristina Roccella, Tamara Rusinow, Lieve Sabbe, Yukiko Sakurai, Cecilia Sanchez Bodas, Midori Sato, Betsy Sherwood, Frederic Sizaret, Pauline Thivillier, Juliet Young et Nurten Yilmaz pour leur aide précieuse, notamment leurs avis, leurs conseils et leurs contributions en tant qu'experts.

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

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

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

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

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

Rédactrice : Christine Dinsmore

Relecteur : Timothy DeWerff

Vérificatrice des faits : Hirut Gebre-Egziabher

Mise en page et conception graphique : Jason Robinson

Illustrateur : Frank Barbara

Traductrice : Laurie Foucteau

Graphiste pour les versions traduites : Slimane Sorour



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

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

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

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

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

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

Ted Chaiban
Directeur,
Division Programme
UNICEF

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

Manuel Fontaine
Directeur,
Bureau des programmes d'urgence
UNICEF

Remerciements	4
Avant-propos	6
Sommaire	8
Abréviations	9
1 Introduction	10
2 Impact des situations d'urgence sur la nutrition des enfants et des femmes handicapés	13
3 Pourquoi les enfants et les femmes handicapés sont-ils exclus des interventions portant sur la nutrition et la sécurité alimentaire	16
4 Cadre de travail et approche	18
5 Actions menées dans le cadre des programmes	21
6 Dispositif de préparation	23
7 Intervention et redressement rapide	46
8 Rétablissement et reconstruction	80
9 Conseils pratiques	93
10 Conseils pratiques pour une infrastructure accessible	101
11 Glossaire	106
12 Ressources clés	110
13 Bibliographie	111
Annexe : Principaux engagements en faveur des enfants et des adolescents handicapés	116

5W	Qui fait quoi, où, quand et pour qui
CCC	Principaux engagements de l'UNICEF en faveur des enfants dans l'action humanitaire
CFR/ WRC	Commission des femmes pour les réfugiés
CDPH	Convention relative aux droits des personnes handicapées
EAH	Eau, assainissement et hygiène
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
ISO	Organisation internationale de normalisation
MICS	Enquête à indicateurs multiples
MUAC	Circonférence du bras
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
OPH	Organisation des personnes handicapées
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
RECU	Avoir accès, entrer, circuler et utiliser
SitRep	Rapport de situation
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

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

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

Encadré 1 : Public ciblé

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

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

La section « Conseils pratiques » (*voir Section 9*) contient des suggestions pratiques que les agents humanitaires, les travailleurs sociaux, les gestionnaires de cas et les facilitateurs d'espace ami des enfants, peuvent trouver utiles lorsqu'ils sont en contact direct avec les enfants handicapés et leurs familles (par exemple : au cours de la gestion des cas ou de la conception de messages destinés aux populations affectées).

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

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

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

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

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

Encadré 2 : Les enfants et les adolescents handicapés

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

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

Ratifiée par 175 pays depuis novembre 2008, la CDPH souligne que les enfants et les adolescents handicapés ont le droit de recevoir les services essentiels en matière de nutrition et d'atteindre leur niveau de santé le plus élevé possible.¹

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

Impact des situations d'urgence sur la nutrition des enfants et des femmes handicapés

- La malnutrition chez les nourrissons et les enfants, y compris chez les personnes handicapées, peut entraîner de graves problèmes de santé ; manque ou retard à atteindre les phases du développement ; risque accru de maladies secondaires évitables ; retard de croissance et émaciation ; et, dans des circonstances extrêmes, la mort (Groce et al., 2013a).
- Les enfants handicapés sont plus souvent mal nourris car la malnutrition peut entraîner des handicaps et le handicap peut également conduire à la malnutrition, de sorte qu'il se crée un cycle (Groce et al., 2013a):
 - Les enfants qui souffrent de malnutrition peuvent présenter des retards de développement et sont exposés à un risque accru de maladie (Groce et al., 2013a).
 - Dans le même temps, les enfants handicapés peuvent souffrir de malnutrition en raison de difficultés à avaler et à se nourrir,² de maladies chroniques, de difficultés à absorber les nutriments, du manque de connaissances sur l'alimentation de la part des aidants, et de leur négligence (CBM et al., 2014a).
 - La malnutrition peut également résulter de la stigmatisation et de la discrimination. Les mères peuvent être encouragées à ne pas allaiter leurs enfants handicapés et les enfants et adolescents handicapés peuvent être moins nourris, se voir refuser de la nourriture ou recevoir des aliments moins nutritifs que leurs frères et sœurs non handicapés (UNICEF, 2013).
- Ce cycle est souvent exacerbé pendant les crises humanitaires en raison de pénuries alimentaires ou parce que l'aide alimentaire n'est pas accessible (CBM et al., 2014a) ; et à la suite d'une catastrophe, les enfants handicapés peuvent perdre ou être séparés des aidants qui soutiennent leur nutrition (OMS, 2010).³

² Les enfants handicapés peuvent avoir besoin de plus de temps et d'aide pour manger en raison de difficultés pour téter, avaler, s'asseoir ou tenir des cuillères. Ces facteurs conduisent également à un risque accru d'aspiration (*voir glossaire, section 11*) et / ou d'étouffement.

³ Certains enfants et adolescents ayant des handicaps physiques ou intellectuels peuvent avoir des difficultés à se nourrir ou avoir besoin de l'aide des aidants pour manger (UNICEF, 2013).

- Des études suggèrent que les filles handicapées sont plus susceptibles d'avoir un poids insuffisant que les garçons handicapés (Groce et al., 2014).⁴ Bien que peu de recherches existent, il est probable que les pénuries alimentaires dans les contextes d'urgence pourraient aggraver ces inégalités (Leonard Cheshire Disability, UNICEF et Spoon Foundation, 2014).
- Les secteurs du handicap et de la nutrition, négligent systématiquement l'accès aux aliments nutritifs pour les femmes enceintes handicapées, ce qui les expose à un risque accru de malnutrition (Groce et al., 2013a).
- Les aidants handicapés peuvent rencontrer des obstacles supplémentaires dans les contextes humanitaires, en particulier lorsque leur environnement physique change comme lors d'un tremblement de terre ou d'un tsunami.
- Par exemple, une mère aveugle peut avoir des difficultés à accomplir des tâches ménagères, telles que faire la cuisine dans un refuge après une catastrophe naturelle.

⁴ Basé sur une étude des enfants atteints de paralysie cérébrale en Turquie.



Binda donne du riz à son fils de trois ans à l'extérieur d'une tente médicale fournie par l'UNICEF à Dolakha, au Népal. Ses enfants ont été blessés quand ils ont été ensevelis sous les décombres lors du tremblement de terre du 12 mai 2015. Il a fallu une heure à Binda pour sortir ses enfants des décombres et trois heures pour obtenir des soins médicaux.

Pourquoi les enfants et les femmes handicapés sont-ils exclus des interventions portant sur la nutrition et la sécurité alimentaire

- Les sites de distribution alimentaire et les établissements de santé fournissant des interventions liées à la nutrition (suppléments en micronutriments, traitement de la malnutrition aiguë sévère, programmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant) peuvent être situés dans des sites inaccessibles aux enfants et aux soignants handicapés.
- Lors de l'évaluation de la malnutrition, il convient de noter que les mesures du périmètre brachial pour la malnutrition peuvent être trompeuses car le muscle du bras peut se développer chez les enfants qui utilisent la partie supérieure de leur corps pour faciliter leur mobilité (p. Ex. les utilisateurs de fauteuils roulants manuels) et qu'il n'existe pas de directives pour de tels cas (Sphere, 2011).
- Les professionnels de la santé et de la nutrition peuvent ne pas être en mesure de communiquer efficacement avec les personnes handicapées (Shakespeare et al., 2009).
- Les aidants d'enfants handicapés qui ont besoin d'un soutien supplémentaire pour leurs enfants peuvent ne pas être en mesure de participer à des distributions alimentaires, des programmes vivres-contre-travail ou de subsistance, diminuant leur accès à la nourriture (CBM et al., 2014a).⁵ Des obstacles supplémentaires aggravent encore ce problème lorsque l'aidant est également une personne handicapée.
- Les rations alimentaires et les fournitures ne sont pas adaptées aux enfants handicapés pouvant nécessiter une consistance alimentaire modifiée (*voir Glossaire, section 11*) comme les aliments en purée faciles à avaler (Novita Children's Services, 2011d), les nutriments supplémentaires et les ustensiles adaptés (WRC, 2008).
- Les enfants handicapés sont moins susceptibles d'être inclus dans les programmes scolaires de nutrition et de sécurité alimentaire, car ils ne sont souvent pas scolarisés, y compris dans les structures d'éducation d'urgence⁶ (CBM et al., 2014b).

⁵ Basé sur une étude dans la région de Turkana au Kenya.

⁶ Voir le livret éducation à <http://training.unicef.org/disability/emergencies/education.html>.

- La stigmatisation et la discrimination peuvent conduire les travailleurs de l'urgence et de la nutrition à exclure les enfants handicapés (en particulier ceux ayant des handicaps visibles) estimant que la préservation de la vie d'un enfant handicapé est moins prioritaire que celle d'un enfant non handicapé (Groce et al., 2013a).
- Les enfants handicapés représentent de manière disproportionnée les populations des institutions et des orphelinats que les programmes alimentaires négligent souvent (Leonard Cheshire Disability, UNICEF et Spoon Foundation, 2014).

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

Les principaux engagements de l'UNICEF en faveur des enfants dans l'action humanitaire (CCC) offrent un cadre de référence mondial à l'UNICEF et à ses partenaires dans les situations d'urgence, et définissent des engagements et des repères liés aux interventions portant sur la nutrition dans l'action humanitaire. Ils comprennent la mise en place d'évaluations nutritionnelles et de systèmes de surveillance, l'accès à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, la prise en charge de la malnutrition aiguë et l'accès aux micronutriments ainsi que des informations pertinentes sur la nutrition (UNICEF, 2010). Tous les principaux engagements relatifs à la nutrition s'appliquent aux enfants handicapés. *(Voir en Annexe pour les actions inclusives spécifiques à chaque engagement dans le domaine de la nutrition).*⁷

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

4.2. Charte du projet Sphère et normes minimales

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

⁷ Pour plus d'informations sur les Principaux engagements de l'UNICEF, consulter : www.unicef.org/emergencies/index_68710.html.

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

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

4.4. Double approche

La double approche renforce l'inclusion des enfants handicapés lors des interventions portant sur la nutrition (*voir Figure 1*).

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

Figure 1 : Double approche

Interventions *inclusives* générales

Programmes et interventions humanitaires traditionnelles portant sur la nutrition et la sécurité alimentaire conçus et adaptés pour faire en sorte qu'ils soient inclusifs et accessibles à tous les enfants, y compris les enfants handicapés.

Par exemple :

- Construire ou localiser des établissements pour réaliser des interventions de nutrition de sorte qu'elles soient accessibles à tous les enfants, y compris les enfants handicapés, dans le respect des principes de conception universelle (*voir Glossaire, Section 11*).
- Planifier les activités de sensibilisation pour évaluer et inclure les enfants handicapés qui ne sont pas à l'école ou dans d'autres contextes de services essentiels de nutrition.

Interventions *ciblées* sur les questions liées au handicap

Interventions humanitaires qui visent à répondre *directement* aux besoins liés au handicap des enfants et des femmes enceintes et allaitantes handicapés.

Par exemple :

- Fournir des informations sur les pratiques d'alimentation pour les enfants handicapés qui ont des difficultés à manger et / ou à avaler.
- Fournir des aides techniques et autres accessoires qui supportent l'alimentation des enfants handicapés, tels que les couverts adaptés, les robots de cuisine manuels et les chaises de coin (*voir section 6.3.o*).

Inclusion des enfants et des femmes enceintes et allaitantes handicapés dans les interventions de nutrition d'une action humanitaire.

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

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

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

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



Dans l'ex-république yougoslave de Macédoine, Rida, 11 ans, de la république arabe syrienne, se repose après avoir reçu un manteau chaud, de la nourriture et de l'eau dans un espace ami des enfants de l'UNICEF à l'intérieur d'un centre de transit pour réfugiés et migrants.

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

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

6.1. Coordination

- a. Mettre en place un point focal, une antenne ou une équipe de travail pour représenter les questions liées au handicap dans les mécanismes de coordination pour la nutrition (par exemple, au sein de pôles ou de groupes de travail).¹²
- b. Au sein du groupe ou de l'équipe de travail, il s'agit d'engager le dialogue avec les intervenants expérimentés pour répondre aux besoins des enfants handicapés (tels que le Ministère chargé des questions liées au handicap, les ministères et les organisations qui fournissent des services aux enfants handicapés en matière d'aide sociale, d'éducation et de santé, les ONG et les OPH).
- c. Lors du renforcement d'un pôle ou d'un secteur, il s'agit d'identifier, de créer et de forger des partenariats avec les intervenants gouvernementaux et les organisations de la société civile spécialistes des

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

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

questions liées au handicap, y compris les ONG, les services pour personnes handicapées et les OPH (voir Encadré 5).

Exemple : Mécanisme de coordination de la Jordanie – équipe spéciale sur le handicap

En 2015, une équipe spéciale sur le handicap, coprésidée par le HCR et Handicap International, a été créée en Jordanie dans le cadre du pôle protection (HCR, 2015a). Cette équipe spéciale a élaboré des directives techniques pour fournir des services aux réfugiés et aux populations hôtes vulnérables ayant un handicap dans les camps et hors des camps et a renforcé la collecte de données sur le handicap. Les directives produites comprennent des informations sur le soutien nutritionnel aux personnes handicapées (HCR, 2015b et 2016).

- d. Les actions à mener lors de la phase de coordination pour la mise en place d'un point focal, d'une antenne ou d'une équipe de travail sur les questions liées au handicap peuvent consister à :
- Ajouter des éléments sur l'inclusion du handicap dans les termes de référence élaborés par les groupes de travail, les pôles ou d'autres mécanismes de coordination pertinents (les actions définies dans ce livret peuvent servir à définir les termes de référence) ;
 - Favoriser le recueil d'informations existantes sur les enfants et les adolescents handicapés dans le processus de collecte de données humanitaires, tels que les systèmes de suivi sur le terrain, l'évaluation des besoins, les comptes rendus des partenaires et les synthèses de besoins humanitaires ;
 - Etudier et dresser la carte des expertises et des ressources sur les enfants et les adolescents handicapés ;
 - Se coordonner avec les services humanitaires nationaux afin de mettre en place des mécanismes d'aiguillage clairs s'appuyant sur une cartographie et des études récentes ;
 - Travailler avec les services de santé, de sécurité alimentaire, d'EAH, d'éducation, d'hébergement, de gestion et de coordination de camp

(pôles) afin de planifier l'accessibilité des principales interventions humanitaires (par exemple, les établissements de santé, les espaces amis des bébés, les sites de distribution alimentaire, les commerces d'alimentation, l'information sur les coupons et transferts alimentaires).

6.2. Estimation, suivi et évaluation

Grâce au recueil d'informations sur les enfants handicapés, il est possible de les identifier, d'évaluer leurs besoins et de suivre les résultats des interventions dans le domaine de la nutrition et de la sécurité alimentaire.

- a. Lors des étapes préliminaires, il s'agit de trouver et de rassembler les meilleures informations disponibles sur les enfants handicapés parmi les populations exposées à des risques de pénurie alimentaire et de malnutrition.¹³
- b. Les informations sur les enfants handicapés peuvent être recueillies à tous les niveaux (y compris au niveau de la communauté, du pays et du quartier).

Identification des enfants handicapés et regroupement des données

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

- Les informations sur les enfants handicapés peuvent provenir de sources diverses : les ministères ou les services chargés des questions liées au handicap ; les systèmes d'information pour la gestion de la santé ; les départements de l'éducation ; les registres de bénéficiaires des programmes de protection sociale pour les enfants handicapés. Des enquêtes précédentes, telles que les enquêtes à indicateurs multiples (MICS) de l'UNICEF, peuvent avoir appliqué le module sur le « Fonctionnement de l'enfant » (voir Encadré 4).¹⁴

¹³ Pour plus d'informations sur les risques et les causes de la malnutrition, voir UNICEF La Nutrition en situation d'urgence, Leçon 2.5 Causes et populations les plus vulnérables à la sous-nutrition : <https://www.unicef.org/nutrition/training>.

¹⁴ Les enquêtes à multiples indicateurs (MICS) de l'UNICEF représentent le plus vaste programme d'enquêtes menées auprès des ménages sur le bien-être des enfants dans le monde, qui a été réalisé dans 107 pays. Pour plus d'informations, consulter : <http://mics.unicef.org>.

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

- Les écoles spécialisées pour enfants handicapés, les OPH et les ONG qui travaillent avec les enfants handicapés ou qui réalisent des programmes de rééducation à base communautaire (*voir Glossaire, Section 11*) disposent souvent de données relatives aux enfants handicapés, en particulier au niveau communautaire.
- S'il n'y a que des informations restreintes sur les enfants handicapés, une estimation peut être dressée à des fins de planification. Il faut savoir que les enquêtes ou les recensements nationaux sous-estiment souvent le nombre d'enfants et d'adultes handicapés (OMS et UNESCAP, 2008).
- L'estimation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) selon laquelle 15 pour cent de la population mondiale vit avec un handicap (OMS, 2011) peut être utile pour calculer le nombre approximatif d'adultes handicapés sur une population donnée.
- Une estimation du nombre d'enfants handicapés peut être calculée sur la base de 10 pour cent de la population de moins de 14 ans d'une population donnée (UNICEF, 2007b).
- Les estimations devraient tenir compte du fait que la proportion de personnes handicapées peut être plus élevée dans les zones affectées par un conflit.¹⁵

¹⁵ Par exemple, une enquête menée auprès de réfugiés syriens vivant dans des camps en Jordanie et au Liban a révélé que 22% d'entre eux étaient handicapés (Handicap International et HelpAge, 2014). Ce chiffre est supérieur à la prévalence mondiale estimée à 15%.

Encadré 4 : Collecte de données regroupées par handicap

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

¹⁶ Le Groupe de Washington a été créé par la Commission de statistique des Nations Unies pour améliorer les données comparables sur le handicap. Pour l'ensemble des questions, voir www.washingtongroup-disability.com/washington-group-question-sets/short-set-of-disability-questions.

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

Evaluation des besoins

- c. Penser à regrouper les données par handicap lors de la mise en place d'un mécanisme d'évaluation rapide en incorporant la série de questions du Washington Group ou du module d'enquête sur le fonctionnement de l'enfant (*voir Encadré 4*).
- d. Identifier les besoins spécifiques de nutrition des enfants, des femmes enceintes et allaitantes handicapés lors d'évaluations relatives à la nutrition telles que la collecte d'information sur les pratiques nutritionnelles (*voir Glossaire, Section 11*).
- e. Dresser la carte des programmes, des interventions et des services existants relatifs à la nutrition auxquels les enfants et les femmes enceintes et allaitantes handicapés ont accès, tels que les écoles inclusives et spécialisées, les espaces amis des enfants et amis des bébés accessibles.
- f. Les OPH et les ONG qui travaillent avec les enfants handicapés et réalisent des programmes de rééducation à base communautaire (RBC) disposent souvent de données relatives aux enfants handicapés, en particulier au niveau communautaire.¹⁸
 - Ces données peuvent fournir une richesse d'informations sur la situation, les vulnérabilités et les besoins des enfants présentant différents types de handicap ainsi que les capacités locales pour y répondre.
 - Les travailleurs des OPH et des centres de RBC peuvent également être des ressources utiles lors de la collecte de données relatives aux personnes handicapées.

¹⁸ Les données au niveau de la communauté peuvent fournir des informations sur les besoins et les vulnérabilités des enfants et des adolescents handicapés qui peuvent éclairer la planification et la programmation.

Suivi et évaluation de programme

- g. Lors de la mise en place de systèmes et de procédures destinés à déterminer quelles interventions dans le domaine de la nutrition seront mises en œuvre, qui bénéficiera des services et quels résultats seront atteints, il faut regrouper les données par handicap en plus du sexe et de l'âge.
- h. Examiner et adapter les mécanismes existants comme les systèmes de cartographie 5W (« qui fait quoi, où, quand et pour qui? ») afin de recueillir des informations pertinentes sur les services liés au handicap (voir Section 6.2.e).¹⁹ Ces données seront également utiles lors de la phase d'évaluation.
- i. Penser à renforcer le regroupement par handicap lors de l'élaboration des systèmes de gestion de l'information qui incluent des données regroupées par sexe et par âge, et des informations adaptées suivant le genre et le handicap. L'inclusion des données regroupées par handicap dans des systèmes tels que les Systèmes d'information pour la gestion de la santé constitue un investissement à plus long terme dans la capacité nationale à effectuer le suivi de l'intervention humanitaire.

6.3. Planification

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

Prestation de services

- a. Etudier la législation, les politiques et les programmes relatifs à la nutrition et à la sécurité alimentaire afin d'évaluer s'ils prennent en compte les enfants handicapés.
- b. Mettre en évidence cette information lors de formations destinées aux collègues de la nutrition et dans les supports de communication pour le changement de comportement et de communication pour le développement (voir Glossaire, Section 11).

¹⁹ Le but des 5W est de décrire la présence opérationnelle par secteur et par lieu en cas d'urgence. Pour plus d'informations, voir <https://www.humanitarianresponse.info/en/applications/tools/category/3w-who-does-what-where>.

- c. Examiner les systèmes d'enregistrement pour la santé, les cartes d'identification et autres documents essentiels à l'accès aux services liés à la santé et à la nutrition, et déterminer s'ils sont inclusifs et répondent aux besoins des enfants handicapés.
- d. Déterminer s'il existe un système de carte d'invalidité.²⁰ Envisager les moyens de simplifier les procédures d'émission des cartes d'invalidité et de remplacement des cartes perdues.
- e. Rassembler des informations sur les programmes de protection sociale (*voir Glossaire, Section 11*) et les allocations d'aide aux familles ayant des femmes et des enfants handicapés (par exemple, des transferts monétaires et alimentaires).²¹
- f. Développer des recettes riches en nutriments et culturellement appropriées qui peuvent être adaptées aux enfants handicapés (par exemple, en modifiant la consistance des aliments).²²
- g. Utiliser des mécanismes de sensibilisation et collaborer avec les OPH pour avoir accès aux enfants handicapés qui ne fréquentent peut-être pas l'école ou sont isolés chez eux.
- h. Permettre aux enfants handicapés et à leurs aidants de participer aux activités de préparation et aux activités de réduction des risques liés aux catastrophes ; cela peut inclure l'aide au transport ou des allocations pour les aidants en vue d'accompagner ou d'aider les enfants handicapés pendant les activités.

²⁰ Les cartes d'identité pour personnes handicapées sont souvent utilisées comme critères d'admissibilité pour accéder aux services.

²¹ Nutrition and Social Protection, voir FAO (2015) Nutrition and Social Protection, www.fao.org/3/a-i4819e.pdf.

²² Par exemple, voir *Lutte contre la malnutrition chez les enfants handicapés dans douze pays : Développement d'aliments à texture modifiée culturellement appropriés* (SPOON, sans date), www.ohsu.edu/xd/education/schools/school-of-medicine/academic-programs/graduate-programs-human-nutrition/about/community-outreach/upload/SPOON_Poster.pdf.

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

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

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

- Afin de garantir leur pleine participation, il convient de demander aux personnes handicapées quels supports d'information elles préfèrent (*voir Section 9.3*) et de tenir compte de l'accessibilité des lieux de réunions (*voir Section 10*).
- Si possible, il convient de prendre en charge les dépenses supplémentaires des personnes handicapées, telles que les frais de transport ou d'accompagnement.
- Mettre en place des partenariats avec les OPH et d'autres organisations spécialisées dans les questions liées à l'inclusion des enfants handicapés. Mobiliser les partenariats existants lors des activités humanitaires afin d'utiliser les capacités et l'expérience des personnes handicapées.
- Dans certaines régions, les OPH de femmes sont actives et bien informées sur les besoins et les droits spécifiques des filles handicapées.
- Pour trouver une OPH, il faut passer en revue la liste des membres de l'Alliance internationale du handicap.²³
- Contacter une OPH régionale s'il n'existe pas d'OPH au niveau national.

²³ Pour la liste des membres, voir : www.internationaldisabilityalliance.org/content/ida-members.

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

Au Bangladesh, une jeune femme en fauteuil roulant, appelée Kazol, est la présidente du Comité de quartier sur les catastrophes et elle dirige un sous-comité sur la propreté lors des inondations. «Je dois aider les personnes à comprendre comment garder les aliments propres afin qu'ils ne soient pas contaminés par des microbes. Nous disposons d'un système d'alerte précoce et nous veillons à ce que toute personne ayant une déficience auditive ou vocale sache comment le système d'alerte fonctionne pour elle. Nous créons une liste de médecins avec leurs numéros de téléphone ; nous utilisons cette liste pendant l'inondation en cas de besoin. Nous planifions également la manière de secourir les personnes handicapées lors d'une inondation.»²⁴ (Plan International, 2013)

Ressources humaines

- i. Identifier et dresser la liste du personnel existant ayant travaillé avec les enfants handicapés, tels que les médecins de la réadaptation, les nutritionnistes, les sages-femmes, les spécialistes du développement de la petite enfance, les interprètes en langue des signes, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les travailleurs sociaux et les éducateurs spécialisés travaillant avec des enfants ayant des déficiences intellectuelles et psychosociales ou des enfants sourds ou aveugles.
- j. Elaborer des modèles de fiches de poste pour le personnel ayant travaillé avec les personnes handicapées, afin qu'il puisse être rapidement mobilisé lors de la phase d'intervention.
- k. Consulter et recruter des personnes handicapées lors de toutes les phases du processus de préparation de la nutrition, car elles apportent leur expérience pratique sur les problèmes rencontrés par les enfants et les femmes handicapés (voir Encadré 5).

²⁴ Pour une vidéo sur Kazol, voir www.cbm.org/video/My-story-Kazol-Rekha-386717.php.

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

Achat et approvisionnement

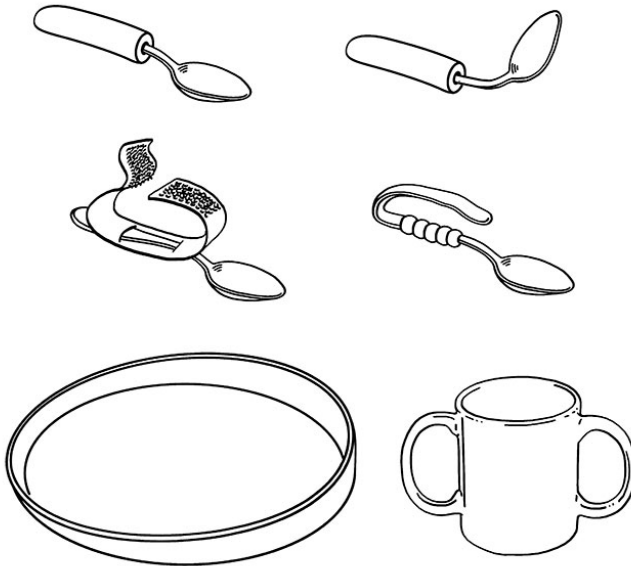
- n. Identifier le matériel habituel utile à tous les enfants, y compris les enfants handicapés et améliorer l'accès et l'utilisation des services et des installations de nutrition pour les enfants et les femmes handicapées. Ce matériel comprend des matelas, des oreillers compensés, des rampes, des chaises de toilette et barres d'appui pour toilettes dans les installations liées à la nutrition.
- o. Identifier les fournitures ciblées qui répondent aux besoins liés aux handicaps des enfants. Cela comprend les aides techniques et accessoires pour assister les enfants handicapés, tels que les robots de cuisine manuels, les chaises en coin (voir la figure 2) et les couverts adaptés (voir la figure 3).

Figure 2 : Les chaises en coin soutiennent les enfants handicapés pendant les heures de repas



Source : Adapté de Handicap International, 2010

Figure 3 : Les couverts adaptés peuvent soutenir une alimentation indépendante



Source : Adapté de Handicap International, 2010

- p. En l'absence de données préexistantes sur les enfants et les adultes handicapés, on estime que 3 pour cent de la population a besoin d'aides techniques (OMS et UNICEF, 2015). Il faut planifier en conséquence les budgets et l'approvisionnement en appareils et collaborer avec les organisations qui travaillent à la mise à disposition d'aides techniques.
- q. La liste des produits d'assistance prioritaires de l'OMS peut orienter la planification des aides techniques.²⁵
- r. Certains dispositifs peuvent être développés et fabriqués localement avec des matériaux de base. Les OPH, les familles d'enfants handicapés et les agents sanitaires peuvent aider à localiser, concevoir et adapter les articles.
- s. Lors de l'établissement des exigences de base de la chaîne d'approvisionnement, telles que l'emplacement des stocks de secours, les

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

fournisseurs et la logistique, identifier les fournisseurs locaux d'appareils et accessoires fonctionnels et partager cette information avec les partenaires humanitaires.

Financement et budgétisation

- t. Attribuer un budget (proportionnel au financement disponible) pour les actions énumérées dans ce livret,²⁶ telles que mener des campagnes de sensibilisation sur le handicap ; la construction ou la modification d'établissements de nutrition pour les rendre accessibles ; produire des matériaux accessibles pour les espaces amis des bébés et produire des documents de communication accessibles et mobiliser des équipes de sensibilisation.
- u. Allouer un budget aux fournisseurs de services pour répondre aux besoins de nutrition des enfants handicapés, tels que les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux ayant une expérience de travail avec des enfants handicapés ou les interprètes en langue des signes.

6.4. Renforcement des capacités

- a. Identifier les opportunités de formation sur l'inclusion des enfants et des adultes handicapés et sélectionner le personnel qui y participera.²⁷
- b. Inviter les OPH aux formations organisées sur les questions humanitaires pour les familiariser au système humanitaire, (par exemple, des formations de sensibilisation à l'approche de responsabilité sectorielle) aux processus et aux outils de la nutrition et de la programmation (par exemple, harmoniser les programmes de formation)²⁸ et aux structures de coordination gouvernementales pour les interventions d'urgence. Cela encouragera les OPH à contribuer à la coordination des dispositifs de coordination de la nutrition, à l'analyse des risques,

²⁶ Les *Normes minimales pour l'âge et le handicap dans l'action humanitaire* recommandent de budgétiser 0,5 à 1% de plus pour l'accessibilité physique (bâtiments et latrines) et 3 à 4% pour les articles non alimentaires spécialisés et l'équipement de mobilité (Consortium d'âge et de handicap, 2015).

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

²⁸ Pour plus d'information sur les modules de formation de la nutrition, voir <http://nutritioncluster.net/trainings>.

au suivi, à la préparation et aux actions d'intervention.

- c. Élaborer un atelier de sensibilisation et un module de formation sur les questions liées au handicap à utiliser dans le cadre de la nutrition en situation d'urgence,²⁹ qui aborderaient :
- La collecte de données relatives aux enfants handicapés et l'identification de leurs besoins nutritionnels ;
 - Les besoins nutritionnels des enfants handicapés par un ensemble complet de soins³⁰ (*voir la section 7.4*) ;
 - Les soins infantiles et pratiques alimentaires pour les femmes handicapées allaitantes (*voir les sections 7.4.i et r*) ;
 - Les risques pour la nutrition et les obstacles auxquels se heurtent les enfants et les adolescents handicapés et les moyens de les atténuer grâce à des approches inclusives générales ;
 - La communication avec les enfants handicapés (*voir Section 9.2*) et l'adaptation des informations (*voir Section 9.3*).
- d. Inclure des formateurs spécialisés dans les questions liées au handicap lors de la création d'un groupe de formateurs (par exemple, le personnel des OPH et des ONG et du gouvernement travaillant sur les questions liées aux enfants handicapés).
- e. Animer une formation systématique et pertinente qui incorpore des éléments sur les enfants handicapés dans des ateliers courants sur la nutrition. Utiliser le module (*voir Section 6.4.c*) pour proposer une formation spécifique sur les questions liées au handicap et à la nutrition dans l'action humanitaire.

²⁹ Les ateliers de sensibilisation ont pour objectif de créer un intérêt et de changer les attitudes à l'égard du handicap, tandis que la formation vise à améliorer les compétences pratiques et professionnelles en faveur de l'inclusion des enfants handicapés. La vidéo d'orientation de l'UNICEF sur le handicap offre une introduction sur les questions liées au handicap, explique pourquoi il est important d'inclure les enfants handicapés et présente l'approche de l'UNICEF en faveur de l'inclusion du handicap. Disponible en anglais, en français et en espagnol, voir : www.unicef.org/disabilities/66434.html.

³⁰ Un ensemble complet de soins comprend la satisfaction des besoins nutritionnels spécifiques des enfants handicapés et l'alimentation inclusive du nourrisson et du jeune enfant, la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et la supplémentation en micronutriments.

Exemple : Former les femmes handicapées à l'action humanitaire

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

6.5. Accessibilité des infrastructures

- a. Lors de l'évaluation et de la présélection des bâtiments et des installations qui pourraient être utilisées pour la nutrition et la sécurité alimentaire lors des interventions d'urgence (par exemple, les points de distribution de nourriture, les établissements de soins de santé, les espaces amis des bébés, les centres d'alimentation thérapeutique, les programmes thérapeutiques ambulatoires), il convient de chercher l'infrastructure qui est déjà accessible ou qui nécessite des changements mineurs.
- b. Inclure l'accessibilité dans les critères d'évaluation ou dans les normes utilisées pour sélectionner les bâtiments et les installations pour la nutrition.
- c. Planifier et budgétiser les modifications nécessaires pour rendre les installations dédiées à la nutrition accessibles, le cas échéant. Envisager l'accessibilité lors de la création d'établissements de nutrition temporaires. (par exemple, les espaces amis des bébés, les centres d'alimentation thérapeutique, les programmes thérapeutiques ambulatoires),

- d. Une planification de l'accessibilité au commencement – à partir de la phase de planification et de conception – s'avère beaucoup moins coûteuse que de modifier l'infrastructure existante.³¹
- e. Pour obtenir des conseils sur la construction, la reconstruction ou la modification des bâtiments et des installations pour l'accessibilité, se reporter à la section « Conseils relatifs à l'infrastructure accessible » (*Section 10*).³²

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

- a. Impliquer les collègues de la Section Communication dans l'élaboration des informations inclusives et accessibles (*voir Sections 9.2 et 9.3*) et dans les campagnes de sensibilisation aux besoins des enfants handicapés, notamment :
 - Des informations faciles à comprendre sur les services de nutrition existants tels que les espaces amis des bébés, les programmes d'alimentation des nourrissons et des jeunes et les programmes de sensibilisation ;
 - Des informations sur les besoins nutritionnels des enfants handicapés tels que la modification de la consistance des aliments (*voir Glossaire, section 11*) et l'utilisation de dispositifs d'aide à l'alimentation tels que des cuillères et des chaises en coin adaptées (*voir section 6.3.o*) ;
 - Des informations sur l'allaitement des nourrissons handicapés (*voir section 7.4.p-r*) et des aliments complémentaires pour les enfants ayant des difficultés à avaler, à mâcher ou à manger de façon autonome (*voir la section 7.4.s-y*) ;
 - Des informations dans au moins deux formats différents (par exemple, écrits et audio) sur l'allaitement maternel et la nutrition des enfants pour les femmes enceintes et celles qui allaitent (*voir les sections 7.4.i et r*) ;

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

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

- Des messages sur le droit aux services d'alimentation et de nutrition pour toutes les filles et les garçons handicapés.
- b. Inclure des images positives d'enfants et de femmes handicapés dans les supports de communication (par exemple, des femmes handicapées dans leurs rôles de mères ou de femmes enceintes), pour contribuer à transformer les attitudes envers les personnes handicapées et réduire la stigmatisation et la discrimination.
- c. Lors de l'emploi de mécanismes de rétroaction et de plainte dans le cadre des processus de responsabilisation et d'engagement communautaire, il convient de tenir compte de l'accessibilité pour les personnes présentant différents types de handicap, par exemple, en utilisant au moins deux manières de recueillir les réactions, telles que les réactions écrites et verbales (*voir Section 9.2*).

Exemple : Campagne de communication sur la nutrition ciblée sur le handicap

En République démocratique populaire lao, des messages spécifiques sur le handicap en langue lao ont été inclus dans les campagnes de sensibilisation à la nutrition du Programme Alimentaire Mondial. En plus des messages sur l'importance de la nutrition pour les mères et les bébés afin de prévenir les handicaps les messages suivants ont été inclus :

- Une mère handicapée peut également allaiter et a assez de lait pour son bébé ;
- Les volontaires de santé du village doivent veiller à ce que toutes les mères handicapées et les mères d'enfants handicapés reçoivent une aide (Programme Alimentaire Mondial).

6.7. Liste de vérification pour le dispositif de préparation

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

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

Coordination

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

- Planifié
- En cours
- Terminé

Notes

Estimation, suivi et évaluation

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

- Planifié
- En cours
- Terminé

Notes	
Les évaluations de besoins sur la nutrition, les formulaires d'admission et d'orientation, les dossiers cliniques et outils de surveillance et de production de rapports identifient-ils les besoins médicaux des enfants handicapés et regroupent-ils les données par handicap (<i>voir Encadré 4</i>)?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	
Les services et programmes destinés aux enfants et aux femmes handicapés ont-ils été recensés (tels que les espaces amis des bébés et les espaces adaptés aux enfants accessibles, la fourniture d'aides techniques et les centres de rééducation)?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	

Planification	
Les questions liées aux enfants handicapés ont-elles été incluses dans les plans de préparation relatifs à la nutrition, notamment les plans élaborés par les mécanismes de coordination ou les groupes de travail interministériels/interdépartementaux?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	
Les enfants handicapés, leurs familles et les OPH ont-ils été consultés et impliqués dans les activités de nutrition relatives au dispositif de préparation?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	
Un budget a-t-il été attribué pour les services et les fournitures qui répondent aux besoins relatifs à la nutrition des enfants handicapés?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	

<p>Des collaborations/des partenariats ont-ils été établis avec des agences/des organisations spécialisées dans les questions liées au handicap (par exemple, les ministères fournissant des services aux enfants handicapés, les ONG travaillant aux questions liées au handicap, les OPH, les centres de rééducation, les centres de rééducation)?</p>	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
<p>Notes</p>	
<p>La planification de l'approvisionnement en matière de nutrition a-t-elle pris en compte les produits pertinents pour les enfants handicapés (tels que les aides techniques, les couverts adaptés)?</p>	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
<p>Notes</p>	
<p>L'accessibilité aux handicapés est-elle un critère d'identification et de sélection des établissements pour les services liés à la nutrition dans les situations d'urgence (par exemple, les cliniques de santé, les espaces amis des bébés, les centres d'alimentation thérapeutique et les programmes thérapeutiques ambulatoires)?</p>	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé

Notes	
Renforcement des capacités	
Le personnel humanitaire de la nutrition a-t-il suivi une formation sur l'inclusion des enfants handicapés (par exemple, comment rendre les interventions de nutrition inclusives, comment communiquer avec les enfants handicapés, comment adapter l'information)?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	
Communication pour le changement de comportement/Communication pour le développement	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Les supports de communication sont-ils présentés dans le cadre des programmes de préparation sous au moins deux versions (par exemple, papier et audio)?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	



Halima, 9 ans, est atteinte de paralysie cérébrale. Halima vit en Somalie et dispose d'un fauteuil roulant et de l'accès à la rééducation de Handicap International.

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

7.1. Coordination

- a. Mettre en place un point focal,³³ une antenne ou une équipe de travail pour représenter les questions liées au handicap dans les mécanismes de coordination humanitaire relatifs à la nutrition (par exemple, les pôles, les groupes de travail).
- b. Etablir des liens entre les autorités gouvernementales et les pôles sur les questions fondamentales afin de favoriser des services relatifs à la nutrition inclusifs et coordonnés.
- c. Créer des voies d'aiguillage par le biais de connexions intersectorielles afin d'identifier et de répondre efficacement aux besoins des enfants handicapés :
 - Avec les pôles éducation, santé et protection :
 - Cartographier et mettre en œuvre des programmes de nutrition inclusifs à travers les installations existantes (par exemple, les cliniques de santé, les écoles, les espaces d'apprentissage temporaires, les espaces amis des enfants) ;
 - Mettre en place des activités de sensibilisation communautaire pour identifier et dépister les enfants et les femmes handicapées ayant besoin d'un soutien nutritionnel par l'intermédiaire d'agents de santé communautaires formés, d'éducateurs à domicile ou de travailleurs sociaux ;
 - Créer et mettre en place des mécanismes d'orientation pour la prévention et le traitement de la sous-nutrition due à la négligence au sein de la famille / du ménage ou des institutions.³⁴

³³ Le point focal Handicap a tout à gagner à participer à une formation sur les questions liées au handicap prévue dans son pays ou sa région.

³⁴ Les enfants handicapés sont souvent surreprésentés dans les institutions (UNICEF, 2017a) et peuvent être exposés à un risque accru de dénutrition en raison du temps et des compétences limitées des aidants dans ces établissements (Groce et al, 2013b).

- Avec le pôle santé :
 - Assurer la prise en charge de la malnutrition chez les enfants et les femmes handicapées (y compris la prise en charge des nouveau-nés ayant des difficultés à allaiter) ;
 - Permettre l'accès aux soins prénatals pour les femmes enceintes handicapées ;
 - Faciliter la fourniture d'aides techniques et autres accessoires pour soutenir l'alimentation des enfants et des adolescents handicapés (voir la section 7.4.s-y).
- Avec le pôle sécurité alimentaire :
 - Faciliter l'accès aux interventions de sécurité alimentaire (par exemple, en tenant compte de l'accessibilité des sites de distribution de nourriture, des marchés, des magasins, des informations sur les transferts d'espèces et de coupons) ;
 - Conception et distribution de rations alimentaires qui peuvent être transportées et utilisées par des personnes handicapées (par exemple, des paquets plus légers avec des poignées / couvercles faciles à utiliser pour les personnes à mobilité réduite).
 - Faciliter l'accès aux programmes de subsistance pour les ménages avec des enfants et des femmes handicapés (y compris les activités génératrices de revenus et l'emploi pour les femmes handicapées).
- d. Lors de la cartographie des services humanitaires dans une base de données 5W (voir Section 6.2.h), recueillir des informations auprès du Ministère ou du Département responsable des questions liées aux handicaps, et des organisations qui fournissent des services ciblés (par exemple, la fourniture d'aides techniques et les centres de rééducation).
- e. Identifier les lacunes et plaider en faveur de l'adaptation des services qui n'incluent pas au moment présent les enfants handicapés, conformément aux indications de ce livret. Parmi les services non inclusifs, citons les établissements de nutrition qui ne disposent pas de rampes d'accès ou les espaces amis des bébés sans personnel formé à inclure les enfants et les femmes enceintes ou allaitantes handicapés dans les interventions.

7.2. Estimation, suivi et évaluation

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

Identification des enfants handicapés et regroupement des données

- d. L'identification des enfants handicapés (*voir Encadré 3*) et le regroupement des données par handicap (*voir Encadré 4*) permettent de concevoir des programmes de nutrition inclusifs et de déterminer dans quelle mesure les enfants et les femmes handicapés ont accès aux services, tels que les services d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, le traitement de la malnutrition sévère et aiguë et des carences en micronutriments.

Exemple : Collecte de données sur les personnes handicapées frappées par les inondations au Pakistan

Pendant les phases d'intervention et de relèvement après les inondations de 2010 au Pakistan, le programme spécial d'échange de talents et Sightsavers ont créé le Centre de ressources d'information sur le handicap, base de données nationale sur les personnes handicapées affectées par les inondations dans les districts de Nowshera et Charsaddah. Cette ressource en ligne, qui contenait des données sur environ 650 personnes handicapées en 2011, est en lien avec le centre de crise de la Société du Croissant-Rouge du Pakistan. La base de données est utilisée pour atteindre les personnes handicapées et leurs familles pour la fourniture coordonnée de services et la diffusion d'informations sur les systèmes de distribution alimentaire, les services médicaux, la distribution de subventions en espèces et nourriture et les programmes de travail contre rémunération. (Groupe de travail sur le vieillissement et le handicap, 2011).

Evaluation des besoins humanitaires

- e. Intégrer les questions liées aux enfants handicapés aux évaluations traditionnelles de besoins humanitaires, telles que les évaluations rapides initiales multi-pôle ou multi-secteur³⁵ et l'évaluation des besoins après une catastrophe.
- f. Pour les instruments de collecte de données des individus (par exemple, le statut anthropométrique, le statut en micronutriments, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les pratiques de soins maternels) il convient d'adapter les outils pour collecter des données regroupées par handicap, par âge et par sexe (*voir Encadré 4*).
- g. Identifier les besoins nutritionnels liés à l'âge et au handicap de l'enfant :
 - Les pratiques alimentaires pour les nourrissons et les enfants handicapés ; par exemple, les enfants ayant des difficultés à allaiter ou ayant besoin d'un soutien pour les repas ou d'une consistance alimentaire modifiée (*voir Glossaire, section 11*) tels que les aliments en purée et les boissons épaissies (*voir section 7.4.s-y*).
- h. Lors de l'évaluation de la malnutrition, il convient de noter que les mesures du périmètre brachial pour la malnutrition peuvent être trompeuses car le muscle du bras peut se développer chez les enfants qui utilisent la partie supérieure de leur corps pour faciliter leur mobilité (p. Ex. les utilisateurs de fauteuils roulants manuels).
 - Les mesures alternatives au MUAC pourraient inclure l'évaluation visuelle, le pli cutané, la longueur, la largeur du bras, la demi-envergure ou la longueur des jambes (Sphere Project, 2011).
- i. Observer l'accessibilité des services et des installations de nutrition tels que les établissements de santé et les espaces amis des bébés pour voir si les enfants, les femmes enceintes et celles qui allaitent sont présentes et participent aux activités humanitaires (*voir Section 10*).

³⁵ Pour en savoir plus, voir Cycle du programme humanitaire/évaluations des besoins ; <https://www.humanitarianresponse.info/en/programme-cycle/space>.

- j. Dans les évaluations participatives, organiser des groupes de discussion et des entretiens avec des informateurs clés pour recueillir des informations sur les risques nutritionnels et l'accès aux services de nutrition pour les femmes, les filles et les garçons handicapés.
- Interviewer les adultes et les jeunes handicapés comme informateurs clés. Inviter les OPH, les groupes locaux de personnes handicapées, ainsi que les parents et les aidants handicapés à organiser des discussions de groupe (*voir encadré 5*).
 - Recueillir des informations sur les barrières qui empêchent les enfants handicapés et leurs aidants d'avoir accès aux services et aux informations humanitaires, et en tenir compte lors de la mise en place de voies d'aiguillage. Il peut s'agir :
 - de pratiques discriminatoires qui empêchent les filles handicapées de bénéficier des aliments (*voir le glossaire, section 11*), comme le deni de nourriture, d'information ou de services ;
 - de difficultés à accéder aux services (tels que les distributions d'aliments) en raison de la distance ou du manque de transport ;
 - d'un manque d'informations sur la nutrition dans des formats compréhensibles pour les femmes enceintes et allaitantes handicapées (par exemple, des informations sur l'allaitement maternel ou les rations en aliments enrichis) ;
 - d'installations inaccessibles (par exemple, les espaces amis des bébés avec des escaliers et pas de rampe, les toilettes qui ne sont pas accessibles aux fauteuils roulants dans les centres de santé) ;
 - du manque de connaissance et de soutien en matière de nutrition de la part des travailleurs humanitaires et aides soignants ;
 - du manque d'aliments appropriés pour les enfants et les femmes handicapés (par exemple, des couverts adaptés, des sièges en coin).
- k. Lorsque les données sont recueillies directement auprès des enfants handicapés, il peut être nécessaire de leur apporter l'aide appropriée pour leur permettre de communiquer, de donner leur accord et pour préserver la confidentialité. Cette aide comprend la communication alternative ou l'interprétariat en langue des signes (*voir Section 9.2*).

- l. Encourager la participation des enfants.³⁶ Les enfants savent souvent qui est exclu de l'école et des espaces amis des enfants et en connaissent la raison (UNESCO, 2010). Il s'agit, par le biais d'activités artistiques et ludiques, de permettre aux enfants handicapés d'exprimer leurs opinions et leurs préférences au cours des entretiens avec les intervenants clés et des groupes de discussion thématiques.³⁷
- Fixer un objectif pour veiller à ce qu'au moins 10 pour cent de l'ensemble des enfants consultés soient des enfants handicapés.
 - Penser à organiser des groupes de discussion thématique distincts avec des femmes et des filles handicapées afin d'identifier les pratiques et les barrières discriminatoires spécifiques, et présenter les conclusions dans un rapport supplémentaire.
- m. Utiliser les données existantes ou les données recueillies lors des évaluations pour compléter la synthèse des besoins et les plans d'interventions humanitaires. Partager ces données avec les organisations concernées.

Suivi et évaluation du programme

- n. Développer des indicateurs spécifiques aux handicaps prioritaires pour suivre les progrès accomplis afin de répondre aux besoins des enfants handicapés. Les indicateurs peuvent inclure :
- Le nombre d'enfants handicapés souffrant de malnutrition aiguë sévère recevant un traitement.
 - Le nombre de femmes handicapées recevant des conseils sur l'allaitement maternel.
- o. Regrouper les données de suivi liées aux bénéficiaires par handicap, par âge et par sexe.
- p. Documenter et présenter les progrès réalisés dans le cadre du suivi et de la publication de rapports humanitaires pour accéder aux enfants handicapés et pour répondre à leurs besoins en terme de nutrition

³⁶ Lors de l'implication des enfants dans la collecte de données, il convient de s'assurer que les normes éthiques soient appliquées. Voir : https://www.unicef.org/supply/files/ATTACHMENT_IV-UNICEF_Procedure_for_Ethical_Standards.PDF et <https://www.unicef-irc.org/publications/849>

³⁷ Pour plus d'informations sur la participation des enfants handicapés, se référer à la publication de l'UNICEF *Prenez-nous au sérieux! L'implication des enfants handicapés aux décisions qui affectent leurs vies*, www.unicef.org/disabilities/files/Take_Us_Seriously.pdf.

(par exemple, dans les SitReps, les tableaux de bord humanitaires, les rapports semestriels ou annuels).

- q. Inclure des questions pour déterminer dans quelle mesure les enfants et les femmes handicapés ont accès aux services de nutrition, et aux défis auxquels ils font face, dans le cadre d'un suivi en temps réel grâce aux téléphones portables et aux SMS, d'un suivi effectué conjointement avec les partenaires, et le suivi et l'évaluation post-distribution. Il s'agit de poser des questions telles que, « Les enfants et les femmes enceintes et allaitantes handicapés ont-ils accès à des espaces adaptés aux bébés ? »

Encadré 6 : Évaluer l'inclusion des enfants handicapés

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

- Dans quelle mesure les interventions relatives à la nutrition étaient-elles adaptées aux besoins spécifiques des enfants handicapés?
- Les interventions et les services ont-ils été efficacement offerts aux enfants et aux femmes enceintes ou allaitantes handicapés dans une situation d'urgence?
- Dans quelle mesure les interventions relatives à la nutrition quelles soient générales ou ciblées, ont-elles atteint les résultats escomptés?
- Dans quelle mesure les interventions ont-elles eu des effets inattendus ?
- Dans quelle mesure l'évaluation des besoins en matière de nutrition a-t-elle identifié les besoins spécifiques aux enfants, aux femmes enceintes ou allaitant handicapés ?
- Dans quelle mesure les informations sur les enfants handicapés issues de l'évaluation des besoins ont-elles été utilisées pour orienter la programmation?
- Dans quelle mesure les programmes en cours sur les questions liées au handicap étaient-ils liés à l'intervention humanitaire?
- La création d'un lien entre la programmation en cours sur les questions liées au handicap et l'intervention humanitaire a-t-elle eu des bénéfices permanents ou durables?

- r. Analyser les lacunes d'informations dans l'évaluation et les blocages dans la mise en œuvre de programmes de nutrition humanitaires inclusifs (par exemple, en organisant des ateliers avec les partenaires ou en publiant un article).
- s. Documenter et partager les leçons tirées de l'inclusion des enfants handicapés aux interventions humanitaires relatives à la nutrition ; par exemple, par des études de cas (*voir Section 8.2*).
- t. Voir Section 6.6.c pour les mécanismes de plainte et de rétroaction.

7.3. Planification

- a. En dépit de l'urgence d'une intervention humanitaire, il y a plusieurs manières de tirer parti des capacités et du vécu unique des enfants, des femmes enceintes ou allaitant handicapés et de les inclure dans l'intervention (*voir Section 9.2*).
- b. Lors du développement ou de la publication de commentaires sur les plans d'intervention d'urgence (tels que les plans d'intervention humanitaires inter-organisation, les plans de travail humanitaire de l'UNICEF), il convient d'inclure les besoins liés à la nutrition des filles et des garçons handicapés, d'identifier les barrières qui les empêchent d'accéder aux interventions liées à la nutrition et d'ajouter des activités qui incluent les enfants handicapés.
- c. Inclure les enfants et les femmes enceintes ou allaitant handicapés en tant que catégorie de personnes à laquelle il faut accéder dans les plans d'intervention, en élaborant :
 - Une stratégie qui énonce les actions par ordre de priorité pour accéder aux enfants et aux femmes handicapés ;
 - Des objectifs et des indicateurs classés par ordre de priorité pour déterminer la mesure dans laquelle les enfants et les femmes handicapés ont été inclus.
- d. Il faut tenir compte des enfants handicapés au moment de définir les critères de sélection des bénéficiaires à partir d'une analyse de situation, en prenant en considération les barrières et les risques auxquels ils font face.

- e. S'il n'existe pas de données relatives au sexe, à l'âge, au handicap et aux besoins alimentaires des enfants handicapés, il convient d'identifier cela comme un manque d'informations et de mettre en place des actions pour y remédier.

Exemple : Le handicap en tant que critère de ciblage et de vulnérabilité en Afghanistan

En Afghanistan, le handicap dans le ménage est spécifiquement inclus parmi les critères de vulnérabilité pour l'assistance du Programme Alimentaire Mondial. Les critères, approuvés par le groupe sur la sécurité alimentaire, ont été élaborés en 2016 à la suite de l'afflux de rapatriés afghans venant du Pakistan. Le critère reconnaît que les ménages qui sont dirigés par ou hébergent des personnes handicapées et des personnes qui souffrent de maladies chroniques et des personnes âgées sont confrontés à des obstacles extrêmes pour accéder aux moyens de subsistance et aux activités génératrices de revenus (Programme alimentaire mondial).

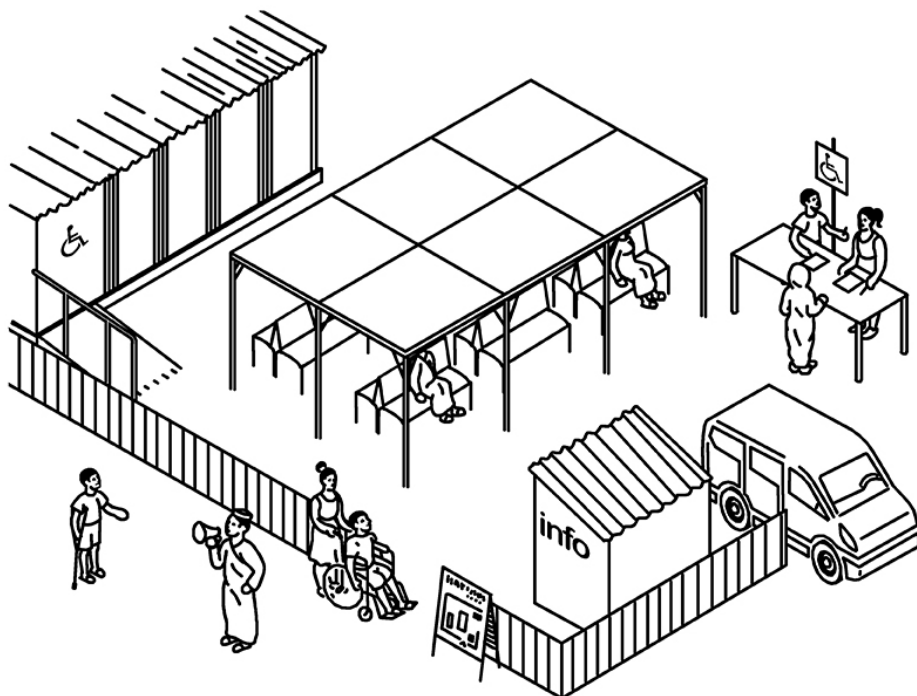
7.4. Rendre les interventions dans le domaine de la nutrition inclusives et accessibles

Distribution alimentaire et services d'apport en micronutriments

- a. Mettre en place des voies rapides (*voir Glossaire, Section 11*), des files d'attente prioritaires ou des processus de priorisation³⁸ pour la distribution de nourriture, l'enregistrement et les services de nutrition dans les établissements de santé, les centres d'alimentation thérapeutique et les programmes thérapeutiques ambulatoires.
- b. Fournir des sièges abrités pour permettre aux personnes de se reposer tout en faisant la queue pour s'enregistrer (*voir Figure 4*). Cela aide non seulement les personnes handicapées, mais également les personnes âgées et les femmes enceintes.

³⁸ Un processus de priorisation pourrait inclure des agents de santé qualifiés identifiant les enfants handicapés dans les salles d'attente d'enregistrement sanitaire, leur donnant ainsi qu'à leurs aidants un soutien pour remplir les formulaires médicaux et la priorité pour l'inscription.

Figure 4 : Zones d'attente inclusives et accessibles



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

- c. Organiser des procédures d'enregistrement simplifiées et fournir des cartes spécifiques aux ménages ayant des enfants, des femmes enceintes et allaitant handicapés pour faciliter leur identification et leur inclusion dans les services de nutrition tels que l'allaitement, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, l'alimentation thérapeutique et la fourniture de suppléments en micronutriments.
- d. Fournir une formation au personnel de la nutrition et de la santé (y compris les agents de santé communautaires) sur la façon d'identifier³⁹ et de communiquer avec les enfants handicapés ayant besoin d'un soutien en matière de nutrition (voir Section 9.2).

³⁹ Les ménages avec enfants handicapés peuvent être identifiés grâce à des processus de collecte de données tels que les enquêtes auprès des ménages, l'enregistrement des réfugiés et les registres des services (voir encadré 3).

- e. Former le personnel de la nutrition à identifier la capacité de la famille à prendre soin d'un enfant handicapé, par exemple en le stimulant et le soutenant pendant les repas ou en modifiant la consistance de ses aliments (*voir Glossaire, Section 11*). Consulter les services de rééducation au besoin.
 - Le processus d'évaluation devrait renforcer la relation entre l'enfant et la famille.
- f. Planifier et superviser la conformité en matière d'accessibilité dans la construction, la reconstruction et la réparation de l'infrastructure de la nutrition, y compris les sites pour les services liés à la sécurité alimentaire et à la nutrition et pour les distributions alimentaires. Assurer l'accessibilité pour les enfants et les adultes ayant différents types de handicaps, en tenant compte du choix de l'emplacement, de l'accès et de l'utilisation des installations temporaires et permanentes (*voir Section 10*).
- g. Fournir une aide pour le transport ou des allocations pour les enfants ou les soignants handicapés, selon les besoins, pour leur permettre d'accéder aux services de santé.

Exemple : Le Programme alimentaire mondial donne la priorité aux personnes handicapées dans les distributions de vivres au Bangladesh et en Afghanistan

Le Programme alimentaire mondial au Bangladesh accorde la priorité aux personnes handicapées, aux femmes enceintes et aux personnes âgées pendant les distributions de vivres afin de leur éviter de longues périodes dans les files d'attente. Le Programme alimentaire mondial prend également en charge les porteurs ou autres moyens de transport pour fournir des rations alimentaires à ceux qui ne peuvent pas se déplacer.

Lorsqu'ils travaillent en Afghanistan, les partenaires du Programme alimentaire mondial identifient les personnes très vulnérables, y compris les personnes handicapées, et les soutiennent dans le processus de distribution de vivres en les accompagnant jusqu'à la tête de la file d'attente et en les aidant au cours de la vérification et de la distribution (Programme alimentaire mondial).

Les espaces amis des bébés

- h. Prévoir des volontaires (par exemple, des parents, des membres de la communauté, des OPH) et des professionnels (par exemple, des interprètes en langue des signes, des ergothérapeutes) pour soutenir les mères handicapées dans les espaces amis des bébés.
- i. Inviter les mères handicapées et les aidants de nourrissons qui ont des difficultés à s'alimenter à fréquenter les groupes maternels et infantiles.
- j. Pendant le counseling sur l'allaitement maternel et l'alimentation du nourrisson, fournir des informations et un soutien aux aidants de nourrissons et d'enfants ayant des retards de développement et des handicaps (*voir la section 7.4.p-y*).
- k. Équiper les espaces adaptés aux bébés avec des tapis propres et lavables et des oreillers en coin et des chaises en coin pour les enfants ayant des difficultés à s'asseoir (*voir Figure 2*).
- l. Soutenir les aidants à établir un environnement sans distraction pendant les repas dans les espaces amis des bébés, les programmes thérapeutiques ambulatoires ou dans les ménages.
 - Il sera plus difficile pour les enfants handicapés qui doivent se concentrer sur ce processus de manger et de boire si des gens se déplacent ou effectuent d'autres tâches à proximité.
- m. Planifier et superviser la conformité de l'accessibilité dans la construction, la reconstruction et la réparation des espaces amis des bébés. Choisir des emplacements accessibles pour les installations temporaires et permanentes liées à la nutrition pour les enfants et les adultes ayant différents types de handicaps (*voir la section 10*).
- n. La signalétique, comme les panneaux qui fournissent des informations, y compris l'emplacement des espaces amis des bébés, peut être rendue accessibles (*voir la section 10*).

Mécanismes de sensibilisation

- o. Développer des mécanismes de sensibilisation (par exemple, des centres d'alimentation thérapeutique ambulatoires) pour fournir des services de nutrition aux enfants, femmes enceintes et allaitantes handicapés qui sont isolés dans leurs maisons et en institutions, en particulier pour les enfants ayant des déficiences intellectuelles et psychosociales.
 - Les filles et les jeunes femmes handicapées peuvent être plus isolées et moins susceptibles d'avoir accès aux services que leurs homologues masculins.⁴⁰

L'allaitement maternel

- p. Encourager les mères de nourrissons ayant des retards de développement et des handicaps et les mères handicapées à allaiter.
 - L'allaitement maternel peut être la meilleure technique d'alimentation pour certains enfants handicapés, comme ceux qui ont certaines fentes labiales et palatines (Dalben et al., 2003). C'est également un bon moyen de renforcer le lien mère-enfant.
- q. Former le personnel de la nutrition à identifier les signes indiquant des difficultés d'allaitement, tels que la fatigue pendant l'allaitement, la faiblesse ou la raideur musculaire, la fente labiale ou palatine et l'ankyloglossie.
 - Différentes positions du bébé au cours de l'allaitement peuvent faciliter la tétée. Des positions verticales et semi-verticales sont recommandées chez les bébés présentant une fente labio-palatine, une fente palatine et pour les bébés ayant un faible tonus musculaire (voir Figure 5).
 - Des méthodes alternatives telles que le lait maternel par tasse ou cuillère sont préférables à tout autre substitut du lait maternel (ABM, 2013).

⁴⁰ Les filles et les femmes handicapées peuvent avoir moins de pouvoir et de statut dans la société en raison des normes sociales liées à l'âge, au sexe et au handicap.

Figure 5 : Positions alternatives pour soutenir la tétée



Source : Adapté de Handicap International, 2010.

- r. Former le personnel de santé et de nutrition à aider les femmes handicapées à allaiter en suggérant différentes positions et techniques (par exemple, s'asseoir sur une chaise, un fauteuil roulant ou un lit pour soutenir son dos et ses bras, utiliser des oreillers ou un tissu enroulé placé sous le bébé ; s'allonger sur le côté avec son bébé à côté d'elle soutenu par des oreillers ou un tissu enroulé).

- Les femmes qui ne peuvent pas utiliser leurs bras ou le haut du corps peuvent allaiter avec l'aide de membres de la famille ou d'amis.⁴¹

Encadré 7 : Nourrir les nourrissons affectés par la maladie à virus Zika

- Les enfants nés avec le syndrome de Zika congénital⁴² éprouvent souvent des difficultés à allaiter en raison de la diminution de la tonicité musculaire, des convulsions et des difficultés à avaler, ce qui peut conduire à des renvois et à l'aspiration (*voir Glossaire, Section 11*).
- Fournir un soutien à l'allaitement maternel pour initier et maintenir l'allaitement maternel chez les mères ayant une infection présumée, probable ou confirmée par le virus Zika pendant la grossesse et après la naissance, selon les recommandations de l'OMS.⁴³
- Au besoin, orienter les mères de nourrissons atteintes du syndrome de Zika congénital vers des services de soutien psychosocial (*voir le livret sur la protection de l'enfance*).⁴⁴

Aliments complémentaires⁴⁵

- s. Former le personnel de la nutrition à identifier :
 - Les signes de difficultés à manger et à boire (comme un mauvais contrôle musculaire du visage, de la bouche et de la langue, une bave ou un mauvais contrôle de la salive, des poches de nourriture dans les côtés de la bouche).

⁴¹ Pour plus d'informations sur l'allaitement maternel pour les femmes handicapées, voir Hesperian Foundation (2007), *Manuel de santé pour les femmes handicapées*, chapitre 12, «Allaiter le bébé», http://en.hesperian.org/hhg/A_Health_Handbook_for_Women_with_Disabilities:Breastfeeding_the_baby .

⁴² Pour plus d'informations sur le syndrome Zika congénital, voir https://www.cdc.gov/zika/healtheffects/birth_defects.html.

⁴³ OMS (2016) «Alimentation des nourrissons dans les zones de transmission du virus Zika», http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204473/1/WHO_ZIKV_MOC_16.5_eng.pdf.

⁴⁴ Voir <http://training.unicef.org/disability/emergencies/protection.html>.

⁴⁵ Voir le glossaire, section 11.

- D'autres facteurs pouvant contribuer aux risques d'aspiration (*voir le glossaire, section 11*) et d'étouffement, tels que le niveau de conscience, les difficultés à s'asseoir correctement ou des aliments et des liquides inappropriés (Novita Children's Services, 2011a).
 - Pour réduire le risque d'aspiration et d'étouffement, orienter les enfants ayant des difficultés à manger ou à boire aux services de réadaptation.⁴⁶
- t. Former le personnel de la nutrition à modifier la consistance des aliments et des liquides (*voir le glossaire, section 11*) pour prévenir le risque d'aspiration et d'étouffement ; les aliments en purée sans grumeaux sont plus faciles à manger et les liquides épaissis sont plus faciles à contrôler (Novita Children's Services, 2011c).
- u. Si l'enfant mange une quantité réduite de nourriture en raison de difficultés à avaler, augmenter la valeur énergétique des aliments en ajoutant de l'huile ou de la crème (Novita Children's Services, 2011d) et des aliments supplémentaires ou enrichis.
- v. Former le personnel de la nutrition à utiliser des appareils et aides techniques pour aider les enfants handicapés à s'alimenter. Les exemples comprennent :
- Les mortiers, les moulins à aliments, les mélangeurs et autres robots de traitement manuels peuvent produire des aliments en purée.
 - Une position stable et droite avec soutien pour manger et boire est l'un des facteurs les plus importants pour une déglutition sans danger (Novita Children's Services, 2011b). Des oreillers en coin ou des chaises en coin (*voir la figure 2*) - fabriqués par des charpentiers locaux - peuvent soutenir un enfant dans une position stable et droite pendant les repas.
 - Des cuillères ou fourchettes avec angle et / ou une poignée plus épaisse (p. Ex., En plastique ou en caoutchouc) sont plus faciles à tenir et peuvent aider les enfants à amener la nourriture vers leur bouche (*voir la figure 3*).

⁴⁶ la brochure sur la santé à <http://training.unicef.org/disability/emergencies/health-and-hiv-aids.html>.

- Une assiette avec des rebords escarpés facilite l'alimentation des enfants aveugles ou ayant des limitations de mobilité car les bords aident à pousser les aliments sur la cuillère ou la fourchette (voir la figure 3).
 - Les tableaux de communication peuvent être utilisés pour parler de nourriture (voir Figure 8).
- w. Fournir une formation en secourisme au personnel de la nutrition, aux bénévoles et aux parents / aidants, en leur enseignant quoi faire en cas d'obstruction de l'air et d'étouffement.
- x. Former le personnel de santé et de nutrition pour aider les femmes handicapées à nourrir les jeunes enfants avec des aliments complémentaires, le cas échéant (par exemple, en s'asseyant à côté du bébé pour le nourrir sans avoir à se pencher).
- Si la mère ne peut pas nourrir son bébé toute seule, elle peut parler à son bébé pendant que quelqu'un d'autre le nourrit. Cela renforcera le lien mère-enfant.⁴⁷
- y. Le jeu peut stimuler et renforcer les habiletés motrices liées à l'alimentation et aider l'enfant à établir un rapport positif à l'alimentation et la nutrition (voir figure 6).

Figure 6 : Le jeu pour renforcer les compétences motrices



Source : Adapté de Handicap International, 2010.

⁴⁷ Pour plus d'informations sur les femmes handicapées, voir Hesperian Foundation (2007), *Manuel de santé pour les femmes handicapées*, chapitre 12, «Nourrir un bébé plus âgé», http://en.hesperian.org/hhg/A_Health_Handbook_for_Women_with_Disabilities:Feeding_an_older_baby.

Exemple : Soutenir les enfants souffrant de malnutrition ayant des retards de développement au Soudan du Sud

En 2014, lors d'une évaluation coordonnée menée par Handicap International dans les dispensaires de Médecins Sans Frontières et les centres de nutrition thérapeutique ambulatoire dans un camp de réfugiés à Maban au Sud Soudan, 177 enfants déplacés présentant des retards de développement ont été identifiés. Les enfants identifiés ont été inclus dans des séances de groupe de stimulation basées sur le jeu avec leurs aidants. Les séances comprenaient la sensibilisation de la communauté au développement de l'enfant et l'impact de la malnutrition et des liens parent-enfant. Des séances de counseling familial ont également été fournies.

En outre, Handicap International a organisé des séances de renforcement des capacités à l'intention de 14 représentants de quatre partenaires humanitaires axés sur la nutrition dans la région (Médecins Sans Frontières, Goal, International Medical Corps et Samaritan Purse). La formation a mis l'accent sur la stimulation basée sur le jeu et les activités de soutien psychosocial pour les enfants souffrant de malnutrition ayant des retards de développement (Handicap International).

Protection sociale⁴⁸

- z. En concevant des programmes de protection sociale, il faut prendre en considération que les ménages composés de personnes handicapées peuvent être confrontés à des difficultés financières en raison de la perturbation des services et des prestations de protection sociale, des coûts supplémentaires des accessoires et des aides techniques et de la perte de revenus due au fait de s'occuper d'un membre de la famille avec un handicap.

⁴⁸ Voir le glossaire, section 11.

- aa. Identifier les programmes de protection sociale existants pour les personnes handicapées (p. Ex. Allocations d'invalidité, retraites, laissez-passer gratuits, subventions pour l'éducation spéciale, coupons de subsides alimentaires, transferts alimentaires) et envisager de les utiliser ou de les modifier pour atteindre les enfants handicapés.
- ab. Ajouter le handicap comme critère de sélection des bénéficiaires dans les programmes de transferts monétaires pour atteindre les ménages handicapés.

Exemple : L'UNICEF soutient des transferts monétaires donnant accès à de la nourriture au Népal

Dans le cadre de son intervention suite au tremblement de terre de 2015 au Népal, l'UNICEF a aidé le gouvernement à mettre en place une initiative de transfert d'argent qui incluait le handicap parmi les cinq critères de sélection. Quelque 13 000 personnes handicapées ont reçu une petite allocation complémentaire en plus de leurs allocations mensuelles de sécurité sociale. «L'argent supplémentaire que nos parents ont reçu de l'UNICEF a été très utile car notre maison a été complètement détruite pendant le tremblement de terre. Au moins, ils n'avaient pas à s'inquiéter de ne pas avoir assez à manger », raconte Rajendra, 18 ans, qui est aveugle et vit dans le district de Nuwakot (UNICEF Népal).

Partenariats

- ac. L'expertise en matière de handicap peut être mobilisée par des partenariats existants ou en établissant de nouveaux partenariats avec des agences gouvernementales (ministères de l'éducation ou de la protection sociale), des OPH, des ONG spécialisées dans le handicap et en recrutant des consultants sur du court terme (*voir encadré 8*).
- ad. Les organisations de la société civile, telles que les associations de défense des droits des femmes et des droits de l'homme, peuvent avoir des compétences transversales en matière de handicap, sexe, âge et autres facteurs qui rendent les enfants handicapés plus vulnérables dans les situations d'urgence.

7.5. Ressources humaines

- a. Consulter et recruter des personnes handicapées dans les processus de réponse et de relèvement rapide, ajoutant une expertise de première main sur les problèmes rencontrés par les enfants et les adultes handicapés (*voir encadré 5*).

Encadré 8 : Expertise en matière de handicap

- Lors de l'élaboration des registres des effectifs d'aide humanitaire, identifier le personnel ayant une expertise avec les enfants handicapés en incluant cette compétence dans la colonne 'expérience'.
- Identifier les membres de l'équipe ayant déjà travaillé directement avec des enfants handicapés ou sur les questions liées au handicap.
- Dans les descriptions d'emploi pour les postes concernant la nutrition (par exemple : nutritionnistes, sages-femmes, infirmières, spécialistes du développement de la petite enfance), considérer l'expérience de travail avec des enfants handicapés ou sur les questions liées au handicap comme un atout souhaitable.
- Encourager les hommes et les femmes handicapés à postuler à des postes de personnel, consultants et bénévoles.⁴⁹
- Contacter les réseaux de personnes handicapées et les OPH pour partager les informations de recrutement et identifier les personnes handicapées qui ont une expertise technique pertinente.
- Élaborer des termes de référence en matière de handicap pour les consultants ou les partenariats afin de recruter des experts en matière de handicap (par exemple, des orthophonistes, physiothérapeutes et ergothérapeutes, interprètes en langue des signes), le cas échéant.

⁴⁹ L'UNICEF a une Directive exécutive sur l'emploi des personnes handicapées. Il existe également un fonds d'adaptation pour les personnes handicapées, qui fournit un soutien aux membres du personnel handicapés avec différents types de logements individuels. En 2016, l'UNICEF a également créé un Fonds d'écologisation et d'accessibilité pour aider les bureaux de l'UNICEF à rendre les lieux accessibles aux personnes handicapées.

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

Le fait d'avoir des professionnels handicapés dans le cadre d'une équipe d'intervention humanitaire peut aider à faire en sorte que les enfants handicapés soient inclus dans les programmes humanitaires. L'UNICEF a déployé Cara Elizabeth Yar Khan en tant que première femme souffrant d'un handicap sévère dans un contexte de crise active. À la suite du tremblement de terre de 2010 en Haïti, Mme Yar Khan a été membre de l'équipe de l'UNICEF en 2011. Dans son rôle de spécialiste de la mobilisation des ressources, elle a apporté son expérience vécue en tant que femme handicapée, prenant en charge le rôle additionnel du Point Focal pour les personnes handicapées pour le bureau national de l'UNICEF en Haïti. Elle a été capable de plaider en faveur d'actions favorisant l'inclusion des enfants handicapés dans divers secteurs. Le travail de Mme Yar Khan a illustré la façon dont les femmes handicapées apportent à la fois une expertise et un esprit critique sur les questions clés qui affectent les filles et les garçons handicapés dans les situations humanitaires (WRC, 2016).

7.6. Achat et approvisionnement

- a. Distribuer les fournitures prévues et achetées dans un plan d'urgence alimentaire (*voir section 6.3.o-v*). Mettre à jour les éléments et les quantités en fonction des résultats des évaluations des besoins et des enquêtes.
- b. Pour la fourniture et la distribution d'aides techniques, collaborer avec les acteurs de la santé, en veillant à fournir également des informations sur l'utilisation et la maintenance continue des appareils.⁵⁰

⁵⁰ Pour plus d'informations sur l'approvisionnement des appareils et accessoires fonctionnels, voir le livret Santé et VIH / SIDA : <http://training.unicef.org/disability/emergencies/health-and-hiv-aids.html>.

7.7. Financement et budgétisation

- a. Dans les documents de collecte de fonds (par exemple, les appels éclairs, le manifeste de l'Action humanitaire pour les enfants,⁵¹ les brochures et l'infographie de collecte de fonds) :
 - Introduire des informations sur les besoins relatifs à la nutrition et aux actions prioritaires en faveur des enfants handicapés. Par exemple, un appel éclair pourrait annoncer : « Les enfants handicapés sont plus exposés aux risques de malnutrition, et font face à de plus grands risques d'insécurité alimentaire lors de crises humanitaires. Il sera accordé une attention particulière aux besoins nutritionnels des enfants les plus à risque, notamment les enfants handicapés ».
 - Utiliser un langage positif pour faire référence aux enfants handicapés (*voir Section 9.1*).
- b. Lors de l'élaboration de propositions, attribuer des budgets dédiés aux ressources humaines, à la construction, à la réparation et la reconstruction d'installations familiales accessibles, le renforcement des capacités, les aides techniques, la sensibilisation, la formation et autres coûts associés.
- c. Lors de l'évaluation des propositions faites par les acteurs humanitaires, il convient d'examiner et de faire des commentaires sur l'ampleur de l'inclusion des enfants et des adolescents handicapés, en encourageant les organisations à démontrer dans quelles mesures leurs activités, le suivi qu'elles effectuent et les résultats obtenus sont inclusifs pour les personnes handicapées.
- d. Identifier et financer les projets qui incluent les enfants handicapés et leurs familles. Il faut tenir compte des critères suivants lors de la sélection des projets :
 - Le handicap est inclus dans l'évaluation des besoins ;
 - Les données sont regroupées par sexe, par âge et par handicap ;

⁵¹ L'Action humanitaire pour les enfants de l'UNICEF établit le manifeste de l'organisation et ses objectifs visant à fournir aux enfants l'accès à l'eau potable, la nutrition, l'éducation, la santé et la protection autour du monde.

- Les activités planifiées et budgétisées, ainsi que les indicateurs et les résultats associés tiennent compte des besoins nutritionnels des enfants handicapés ou leur sont spécialement destinés (*voir Section 7.4*).
- Surveiller le financement et les projets visant à répondre aux besoins nutritionnels des enfants handicapés (par exemple, les systèmes de surveillance financière ou les fonds communs nationaux).⁵²

7.8. Renforcement des capacités

- a. Identifier les opportunités de formation planifiées ou demander aux partenaires d'animer une formation sur l'inclusion des enfants et des adultes handicapés⁵³ et désigner le personnel qui y participera ;
- b. Animer une formation sur l'inclusion des enfants et des femmes enceintes ou allaitantes handicapés pour le personnel de la nutrition, en utilisant les ressources de formation identifiées et les modules développés durant la phase de préparation (*voir Section 6.4.c*).
- c. Dans la mesure du possible, réaliser une formation à des niveaux différents pour le personnel de coordination de la nutrition, les équipes de collecte de données, les experts de la nutrition, les spécialistes du développement de la petite enfance et les agents de santé communautaires.
- d. Inviter les adultes et les jeunes handicapés à devenir membres des équipes de sensibilisation et des bénévoles communautaires. Attribuer des ressources de formation au renforcement de leurs capacités à identifier les enfants handicapés et à fournir des services d'informations et d'orientation.

⁵² Pour plus d'informations, voir Cycle du programme humanitaire / mobilisation des ressources : <https://www.humanitarianresponse.info/programme-cycle/space/page/resource-mobilization>.

⁵³ Les ONG travaillant avec des personnes handicapées, des OPH ou des ministères ou départements gouvernementaux organisent des formations sur les besoins des enfants handicapés dans leur pays ou dans leur région.

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

- a. Partager des informations sur les services de nutrition qui existent pour les enfants handicapés dans les espaces amis des bébés, par le biais de groupes de parents et lors des files d'attente pour recevoir des suppléments alimentaires et de la nourriture.
- b. Diffuser des informations relatives à la nutrition sous au moins deux formats différents, tels que des affiches, des bannières ou des panneaux indiquant les services, des campagnes de SMS et des annonces à la radio ou en utilisant les hauts parleurs de la communauté (voir Section 9.3).
- c. Inclure des images positives d'enfants, d'adolescents et de femmes handicapés dans la documentation pour faire en sorte que les campagnes de communication contribuent à transformer les attitudes et à réduire la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes handicapées.
- d. Atténuer la stigmatisation, les préjugés et la jalousie qui peuvent être suscités par les interventions ciblées (par exemple, la distribution d'aides techniques ou de subventions en espèces) grâce à la communication sur les interventions de développement. Par exemple, il s'agit de tenir des réunions de discussion ouverte avec la communauté locale et les populations d'accueil afin de leur expliquer les activités humanitaires et les interventions destinées aux personnes handicapées (voir Section 4.1).
- e. Elaborer des mécanismes accessibles de rétroaction et de plainte dans le cadre des processus de responsabilisation et d'engagement communautaire (voir Section 6.6.c).

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

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

Considérations pour l'inclusion des enfants handicapés dans l'intervention et le redressement rapide

Coordination

Les mécanismes de coordination (comme les groupes ou pôles de travail) sur la nutrition ont-ils un point focal, ou une antenne Handicap ?

- Planifié
- En cours
- Terminé

Notes

Les questions relatives aux enfants handicapés ont-elles été incluses dans les plans des pôles ou groupe de travail sur la nutrition ?

- Planifié
- En cours
- Terminé

Notes

Estimation, suivi et évaluation	
Les données existantes sur les enfants handicapés (par exemple, issues des ministères chargés des questions liées au handicap, des écoles spécialisées, des structures d'hébergement, des ONG, des OPH) ont-elles été compilées?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	
Les données relatives aux programmes de nutrition ont-elles été regroupées par handicap (par exemple, les données sur la situation anthropométrique, le statut en micronutriments, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les pratiques de soins maternels)?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	
L'évaluation des besoins relatifs à la nutrition tient-elle compte des besoins des enfants handicapés (par exemple, l'évaluation initiale rapide multi-groupe, l'évaluation des besoins après une catastrophe)?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé

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

Planification	
Une cartographie des services et des programmes en faveur des enfants handicapés a-t-elle été dressée (par exemple, les espaces amis des bébés inclusifs aux handicapés, la fourniture d'aides techniques, les centres de rééducation) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	
Interventions inclusives et accessibles	
Est-ce que les mesures de l'état nutritionnel et les conseils sur l'allaitement maternel fournissent un soutien et des aménagements nécessaires aux enfants handicapés, et aux femmes enceintes et allaitantes handicapées (par exemple, des interprètes en langue des signes) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	
Les activités de nutrition tiennent-elles compte des exigences d'inclusion et d'accessibilité des enfants, des femmes enceintes ou allaitantes handicapés (par exemple, dans les espaces adaptés aux bébés, les pratiques d'alimentation) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé

Notes	
Est-ce que la fourniture d'un soutien qualifié en matière d'allaitement maternel prend en compte les besoins des enfants et des femmes allaitantes handicapés ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	
Les suppléments et compléments alimentaires ont-ils été adaptés aux filles et aux garçons handicapés de différents âges, capacités alimentaires et demandes énergétiques ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	

Des programmes de nutrition inclusifs ont-ils été planifiés à la fois dans les centres (par exemple, les établissements de santé, les espaces amis des bébés) et à travers la sensibilisation communautaire (par exemple, l'alimentation thérapeutique ambulatoire) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	
Les aidants d'enfants handicapés ont-ils eu accès à des programmes de soutien parental (par exemple : les compétences en développement de la petite enfance, l'alimentation des bébés et des enfants handicapés) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	
Des collaborations ou partenariats ont-ils été établis avec des agences ou organisations ayant une expertise sur le handicap (par exemple, les ONG travaillant sur le handicap, les OPH, les centres de réadaptation, les écoles spéciales) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé

Notes	
Ressources humaines	
Les employés et le personnel actuels de santé et de la nutrition ayant une expertise sur les questions liées aux handicaps ont-ils été identifiés?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	
Financement et budgétisation	
Les enfants handicapés sont-ils visibles et leurs questions et leurs besoins mis en évidence dans les documents de collecte de fonds (par exemple, les appels éclairs, les brochures, les propositions)?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	

Renforcement de capacités	
Le personnel de la nutrition a-t-il suivi une formation sur l'inclusion des enfants handicapés (par exemple, comment adapter les services pour les rendre inclusifs, comment communiquer avec les enfants handicapés, fournir des conseils sur la quantité, la qualité et la texture des aliments)?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	
Approvisionnement et fournitures	
Des collaborations ont-elles été établies avec les départements gouvernementaux, les OPH et les ONG sur les produits et les fournitures pour les enfants handicapés (par exemple, les aides techniques et autres accessoires) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	
Communication pour le changement de comportement/communication pour le développement	
Les supports de communication sont-ils produits dans le cadre des programmes de la nutrition en au moins deux versions (par exemple, papier et audio)?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé

Notes

Les enfants handicapés sont-ils visibles dans les messages et les campagnes de communication relatifs à la nutrition (par exemple, des photos d'enfants et de femmes handicapés sont incluses dans la documentation)?

- Planifié
- En cours
- Terminé

Notes



Sadaf, 4 ans, un garçon handicapé, est aidé par sa mère lors d'une enquête nutritionnelle soutenue par l'UNICEF menée par l'équipe d'évaluation nutritionnelle rapide à Netrokona, au Bangladesh.

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

8.1. Coordination et planification

- a. Identifier les ministères concernés ayant des services en faveur des enfants et des femmes handicapés lancés durant la phase d'intervention que l'on pourrait encore consolider lors de la planification du rétablissement.
- b. Travailler avec les homologues gouvernementaux en vue d'intégrer les pratiques inclusives mises en place durant la phase d'intervention aux programmes de nutrition et aux plans de formation courants pertinents (*voir Section 8.8*), aux partenariats et à l'aide continue, et en tant que partie intégrante du renforcement des systèmes de santé et de nutrition.
- c. Incorporer les données et les informations sur les services et les ressources liées au handicap générées durant la phase d'intervention et de redressement rapide au sein des mécanismes gouvernementaux et internationaux existants, afin de ne pas les perdre et de pouvoir les réutiliser à l'avenir.
- d. Travailler avec les partenaires (les ministères concernés, les ONG spécialisées dans les questions liées au handicap, les OPH et le secteur privé) pour faciliter l'accès des familles les plus vulnérables aux aides techniques (par exemple, grâce aux subventions, à la sécurité sociale ou aux allocations de protection sociale et en rationalisant l'approvisionnement).
- e. Etablir des partenariats avec les organisations spécialisées dans les questions liées au handicap, y compris les OPH et les ONG qui travaillent sur les problèmes liés au handicap (*voir Encadré 5*).

Exemple : Un groupe d'entraide inclusif se remet de la crise alimentaire au Kenya

En 2011, CBM et ses partenaires sont intervenus pour lutter contre la crise alimentaire résultant de la sécheresse dans la Corne de l'Afrique. CBM a lancé des projets d'urgence et de redressement inclusifs au handicap, intégrant la sécurité alimentaire, les moyens de subsistance et l'EAH en Éthiopie et au Kenya (CBM, 2013).

Au Kenya, CBM et les Services aux Pauvres dans la Réhabilitation Adaptive ont établi des groupes de distribution alimentaire pour fournir des rations alimentaires. Ces groupes se sont transformés en groupes d'entraide engagés dans des activités de micro-entreprises et de subsistance pour renforcer la sécurité alimentaire (CBM et DiDRRN, 2013).

Ils ont encouragé les mères d'enfants handicapés et les adultes handicapés à se joindre aux groupes d'entraide et à participer à des activités dans les domaines de l'agriculture, de l'élevage, de l'aviculture et du plaidoyer. Dans le comté de Meru, 391 ménages de personnes handicapées en ont bénéficié (CBM, 2013).

8.2. Estimation, suivi et évaluation

Identification des enfants handicapés et regroupement des données

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

Evaluation des besoins

- c. Procéder à des évaluations liées aux processus de rétablissement et de planification, tels que l'évaluation des besoins après une catastrophe, afin d'influencer la collecte de données et les principaux débats sur les politiques et la planification qui offriront l'opportunité de renforcer les systèmes de nutrition en vue d'inclure les enfants handicapés.⁵⁴
- d. Collecter et présenter les données relatives aux enfants et aux adolescents handicapés lors de l'évaluation des besoins après une catastrophe et des rapports associés, en comblant les lacunes d'information identifiées (*voir Encadré 4*).
- e. Dans les enquêtes ciblées et autres évaluations participatives, il convient d'accorder du temps et de l'espace aux enfants handicapés pour leur permettre d'exprimer leurs priorités pour leur rétablissement et celui de leur environnement (*voir Section 7.2.f*).

Suivi et évaluation de programme

- f. Enregistrer les bonnes pratiques (ce qui a fonctionné et pourquoi) qui favorisent l'inclusion des enfants handicapés (par exemple, par un exercice consistant à tirer les enseignements d'une expérience) et utiliser les conclusions pour énoncer des recommandations pour les programmes de nutrition en cours.
- g. Mener des enquêtes ciblées (telles que les évaluations relatives à la connaissance, l'attitude, les pratiques ou les évaluations participatives) portant sur les ménages ayant des enfants handicapés pour évaluer leur accès aux services de nutrition
- h. Inclure des activités qualitatives de collecte de données (par exemple, les groupes de discussions thématiques) qui peuvent enregistrer l'impact et le changement dans les vies des enfants et des femmes handicapés et décrire les enseignements tirés et les difficultés rencontrées lors des évaluations et de la communication de l'information.
- i. Examiner d'autres facteurs, tels que le sexe, l'âge et le type de handicap, pour identifier quels groupes d'enfants ont été sous représentés dans la programmation.

⁵⁴ Les évaluations des besoins post-catastrophe sont souvent menées par l'Union européenne, la Banque mondiale et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD).

- j. Inclure dans toutes les évaluations l'accès des enfants et des femmes handicapés aux services relatifs à la nutrition et à la sécurité alimentaire (voir Encadré 6).

Exemple : Documenter les enseignements

Le Groupe de travail sur le vieillissement et le handicap, établi au Pakistan après les inondations de 2010, a publié un recueil de pratiques inclusives basé sur les interventions inclusives au handicap, les enseignements et les études de cas des 10 organisations internationales et locales qui font partie du groupe. L'étude de cas de *Lumière pour le monde* met en lumière la création d'une unité de soins oculaires d'urgence en 2009 pour répondre à l'afflux de personnes déplacées dans le district de Mardan en raison du conflit. L'unité a effectué 730 chirurgies de la cataracte et examiné 12 931 patients. De plus, le groupe de travail a fourni des aides techniques et établi des cliniques de santé mobiles après les inondations de 2010 (Groupe de travail sur le vieillissement et le handicap, 2011).⁵⁵

8.3. Protection sociale⁵⁶

- a. La protection sociale peut jouer un rôle important pour transformer les interventions d'urgence en programmes de rétablissement à long terme. Par exemple, la liquidité d'urgence peut devenir un mécanisme de protection prévisible à moyen ou long terme.

8.4. Infrastructure accessible

La reconstruction et la réhabilitation des installations liées aux services de la nutrition offrent l'opportunité de les améliorer, et de les rendre plus sûres et plus accessibles.

- a. Préconiser l'accessibilité en tant qu'élément clé d'un plan de reconstruction. (voir Section 10).
- b. Favoriser l'accessibilité des codes et des normes nationaux de

⁵⁵ Pour le rapport complet, voir https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/ADTF_Report.pdf.

⁵⁶ Pour en savoir plus sur la protection sociale et l'action humanitaire, voir: https://www.unicef.org/socialprotection/framework/index_61912.html.

construction, et d'autres politiques pertinentes.

8.5. Ressources humaines

- a. Travailler avec les ministères et les services concernés et les organisations de la société civile pour développer des bases de données et des tableaux de service identifiant les personnes qui ont suivi une formation et qui ont travaillé sur les questions liées au handicap (*voir Encadré 8*).
- b. Aider les collectivités locales à examiner les ressources humaines (par exemple, les nutritionnistes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les sages-femmes, les spécialistes du développement de la petite enfance, le personnel de santé), en préconisant un nombre suffisant de membres du personnel aptes à répondre aux besoins des enfants handicapés.

8.6. Achat et approvisionnement

- a. Encourager les départements et les ministères de la santé et de la nutrition à développer des catalogues d'aides techniques pour une gamme de handicaps.⁵⁷
- b. Établir des accords à long terme avec les fournisseurs de fournitures inclusives et accessibles, comme les aides techniques (*voir Section 6.3.n et o*).
- c. Cartographier d'autres agences qui se procurent et fournissent des aides techniques. L'approvisionnement en grandes quantités peut réduire les coûts.
- d. Soutenir les gouvernements locaux et nationaux dans l'intégration des fournitures inclusives (par exemple, rampes portables pour les établissements de santé, dispositifs d'assistance, etc.) dans leurs processus d'approvisionnement, y compris des modules de formation de base et des informations sur l'utilisation et la maintenance sécuritaires.

8.7. Financement et budgétisation

- a. Définir le financement nécessaire pour tous les besoins non satisfaits de nutrition des enfants handicapés dans le rapport d'évaluation des besoins post-urgence et dans les rapports finaux par pôle et par pays.

⁵⁷ Pour la liste complète des produits d'assistance prioritaires de l'OMS et plus d'informations, voir www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/EMP_PHI_2016.01/en.

- b. Aider les gouvernements locaux et nationaux à élaborer une planification inclusive et participative et un processus budgétaire, en organisant des groupes de discussions thématiques avec les OPH, les autres groupes de personnes handicapées, les associations de parents, les experts et les enfants et les adolescents handicapés, en vue de leur permettre de classer les services de nutrition par ordre de priorité et de mieux utiliser les ressources financières (*voir Encadré 5 et Section 7.2.1*).

8.8. Renforcement des capacités

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

8.9. Politiques

- a. Examiner les politiques et cadres nationaux en matière de nutrition pour déterminer s'ils considèrent le handicap.
- b. Sur la base de l'examen, fournir des recommandations et des messages de plaidoyer pour la modification des politiques existantes ou l'élaboration de nouvelles politiques incluant les enfants handicapés. Les recommandations politiques peuvent inclure :
 - Développer des programmes communautaires de nutrition et des prestations de protection sociale pour les ménages ayant des enfants handicapés.
 - Fourniture de cartes d'identité d'invalidité donnant accès aux avantages pour la santé, aux accessoires et aides techniques et à la rééducation, aux médicaments et au suivi de la santé et de la nutrition.

8.10. Liste de vérification pour le rétablissement et la reconstruction

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

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

Coordination et planification

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

- Planifié
- En cours
- Terminé

Notes

Les questions liées aux enfants handicapés ont-elles été incluses dans les plans de rétablissement relatifs à la nutrition ?

- Planifié
- En cours
- Terminé

Notes

Les plans visant à renforcer les systèmes de santé et de nutrition incluent-ils des dispositions en faveur des enfants handicapés?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	
Estimation, suivi et évaluation	
Les évaluations des besoins en terme de nutrition liés au rétablissement et à la reconstruction reflètent-t-elles les besoins des enfants handicapés et incluent-t-elles les données regroupées par handicap?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	
Le suivi, les rapports et les évaluations relatifs à la nutrition enregistrent-ils des informations sur l'accès des enfants handicapés aux services et les défis auxquels ils font face ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	

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

Notes	
Ressources humaines	
Des collaborations ou partenariats ont-ils été établis avec des agences / organisations ayant une expertise sur le handicap (par exemple, les ONG travaillant sur le handicap, les OPH, les centres de réadaptation, les écoles spéciales) ?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	
Les bases de données et les tableaux de bord enregistrent-ils des informations sur les employés et le personnel spécialisés dans les questions liées au handicap?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	

Financement et budgétisation	
Les budgets de reconstruction de la nutrition incluent-ils un financement pour des installations et des services accessibles aux enfants handicapés?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	
Renforcement des capacités	
La formation relative à la nutrition inclut-elle des éléments sur les moyens de satisfaire les droits et les besoins des enfants handicapés (par exemple, la formation des nutritionnistes, des sage-femmes, des spécialistes du développement de la petite enfance, du personnel de santé)?	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé
Notes	

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



Une fille de la Société pour les enfants sourds Atfaluna («Nos enfants»), une ONG locale à Gaza, dans l'État de Palestine. L'organisation offre une éducation et une formation professionnelle, ainsi que des soins de santé gratuits et des services psychosociaux.

Cette section sert de référence aux nutritionnistes humanitaires, aux infirmières, aux médecins, aux sages-femmes, aux spécialistes du développement de la petite enfance et aux facilitateurs des espaces amis des bébés lorsqu'ils s'adressent directement aux enfants et adolescents handicapés et à leurs familles, y compris les soignants handicapés (par exemple, durant la prestation de services de nutrition, ou la conception des messages pour les populations concernées).

9.1. Terminologie⁵⁸

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

- a. Utiliser une terminologie qui met en avant la personne (par exemple « l'enfant en situation de handicap », et non « l'enfant handicapé » ; « la fille qui est aveugle » ou « la fille ayant une déficience visuelle » et non « la fille aveugle »).
- b. Ne pas utiliser de termes ayant une connotation négative, tels que souffrir, souffrant, victime ou handicapé. Il faut dire « personne qui utilise un fauteuil roulant » plutôt que « personne confinée dans un fauteuil roulant ».
- c. Utiliser « personnes non handicapées » plutôt que « personnes normales » ou « ordinaires ».
- d. Ne pas utiliser d'acronymes pour faire référence aux enfants handicapés (par exemple (EH) et aux personnes handicapées (PH)).⁵⁹
- e. Utiliser une terminologie appropriée pour les différents types de handicap : déficiences physiques, visuelles, auditives, intellectuelles et psychosociales (*voir Glossaire, Section 11*).

⁵⁸ Pour plus d'informations sur la terminologie relative aux handicaps, voir le module sur les communications inclusives de l'UNICEF à l'adresse www.unicef.org/disabilities/index_90418.html.

⁵⁹ La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) emploie les termes 'enfants handicapés' et 'personnes handicapées'. En réaction aux stigmatisations et aux discriminations de longue date auxquelles les enfants et les adultes handicapés sont confrontés, ils préfèrent que l'on parle d'eux en tant qu'enfants et en tant que personnes, ce qui exclut l'utilisation d'une abréviation.

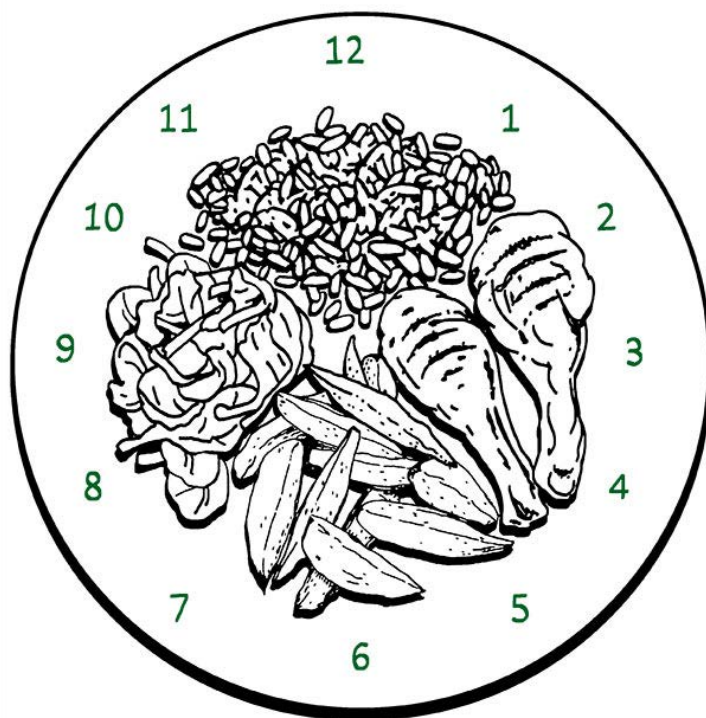
9.2. Communication avec les enfants et les adolescents handicapés⁶⁰

- a. Dans la mesure du possible, il convient de parler à l'enfant ou à l'adolescent handicapé et d'essayer d'obtenir des informations directement de sa part, et pas seulement à travers son aidant.
- b. Il faut être patient, ne pas faire de suppositions et confirmer que l'on comprend ce que l'enfant a exprimé.
- c. Quand cela est nécessaire, il s'agit d'identifier les membres de la communauté qui peuvent faciliter la communication avec les enfants handicapés (par exemple, les interprètes en langue des signes, les OPH, les enseignants d'établissements inclusifs ou spécialisés, les aidants d'enfants handicapés, les orthophonistes).
- d. Le personnel formé ou spécialisé travaillant avec les enfants handicapés, tels que les orthophonistes et les spécialistes de la petite enfance, peuvent aider les aidants à communiquer et à échanger avec l'enfant ou l'adolescent handicapé.
- e. Permettre à l'enfant ou à l'adolescent de voir ou d'entendre que c'est l'heure du repas, montrer où est la nourriture et les couverts et introduire les tâches progressivement (par exemple, tenir la cuillère, cuillère à la bouche). Fournir des indices et des rappels pour manger sainement.
- f. Les enfants et les adolescents ayant une déficience auditive (sourds ou malentendants) utilisent souvent le langage des signes. Si l'enfant ou le soignant ne connaît pas la langue des signes, utiliser le langage gestuel, les aides visuelles ou les mots clés, et parler lentement et clairement.
 - Lorsque l'on parle avec un enfant qui lit sur les lèvres, il convient de maintenir le contact visuel et de ne pas couvrir sa bouche.
- g. Pour les enfants et les adolescents ayant une déficience visuelle (aveugles ou malvoyants) :
 - Décrire l'environnement (par exemple, la nourriture, les ustensiles) et introduire les personnes présentes.

⁶⁰ Pour plus d'informations sur la communication avec les enfants handicapés, voir le module sur les communications inclusives de l'UNICEF à www.unicef.org/disabilities/index_90418.html.

- Utiliser la méthode de l'horloge' (voir Figure 7) pour aider les enfants plus âgés et les adolescents à localiser les gens et les éléments (par exemple, sur l'assiette, le riz se trouve entre 11 heure et 1 heure et les pommes de terre se trouvent à 6 heures).

Figure 7 : La méthode de l'horloge



Source : UNICEF Section Handicap, 2017

- Le fait de toucher et de sentir des objets différents permet d'apprendre et d'identifier les objets, tels que des jouets, de la nourriture ou des couverts.
- Il convient de demander la permission si l'on propose à l'enfant de le guider ou de le toucher ou de toucher à ses aides techniques, telles qu'un fauteuil roulant ou une canne blanche.

- h. Si l'enfant ou l'adolescent a des difficultés à communiquer ou à comprendre les messages, il convient d'utiliser une communication verbale claire et d'envisager ce qui suit :⁶¹
- Utiliser des objets qui représentent des activités différentes (par exemple manger) pour aider l'enfant ou l'adolescent à comprendre et à pouvoir anticiper ce qui suit et à permettre d'instaurer une routine.
 - Les enfants et les adolescents handicapés peuvent également utiliser des objets pour demander des choses (par exemple, une cuillère ou un bol pour annoncer un repas ou demander de la nourriture)
 - Encourager les enfants et les adolescents à utiliser un livre, un tableau ou des cartes avec des images ou des dessins liés aux habitudes de repas, au lavage des mains, aux émotions et pour répondre aux questions (*voir Figure 8*). Ils peuvent les utiliser pour communiquer au sujet de problèmes, de la nourriture ou des repas (Novita Children's Services, 2007).⁶²

⁶¹ Adapté de Novita Children's Services, *des routines de repas et des fiches d'information sur la communication alternative et augmentée*.

⁶² Si l'enfant est capable, des livres plus complexes peuvent être développés avec des symboles d'image disposés en différentes catégories par page (par exemple, de la nourriture, des articles de cuisine, des vêtements, des articles scolaires). La même phrase initiale peut être utilisée (par exemple, je veux, je ne veux pas, je vois, j'entends, je sens, c'est). Cela permet à l'apprenant d'utiliser des phrases complètes même s'il ne peut pas parler.

Figure 8 : Tableaux et livres de communication



Source : Adapté de Novita, 2017

- Voir, sentir, entendre et toucher des aliments peut aider à stimuler l'appétit et préparer le corps à manger.
- Former les parents et les aidants à observer et à apprendre les expressions subtiles du visage ou les mouvements corporels que l'enfant ou l'adolescent utilise pour montrer comment il ou elle se sent (par exemple, mal à l'aise, satisfait de ses aliments, n'a plus faim, a encore faim, a soif).
- On peut utiliser sur les téléphones intelligents et les tablettes des applications qui produisent une voix lorsqu'on appuie sur un symbole. Il existe également des dispositifs d'aide à la communication utilisant la synthèse vocale.⁶³

⁶³ Pour des exemples d'aides à la communication à prothèse vocale, voir <https://www.nationalautismresources.com/speech-communication/aac-devices/>.

9.3. Adaptation de l'information pour les personnes handicapées⁶⁴

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

- a. Parmi les versions accessibles pour les personnes ayant des déficiences visuelles (aveugles et malvoyantes) figurent les gros caractères, les SMS sur les téléphones (la plupart des téléphones intelligents ont des applications gratuites de reconnaissance vocale), le braille, les annonces radio ou audio.
- b. Les personnes disposant de logiciels de lecture d'écran sur leur ordinateur peuvent également avoir accès aux informations électroniques (par exemple, les courriels, le traitement de texte).
- c. Parmi les versions accessibles pour les personnes ayant des déficiences auditives (sourdes ou malentendantes) figurent les informations imprimées, les SMS, les légendes et la traduction simultanée en langue des signes pour des réunions ou des annonces télévisées.
- d. Parmi les versions accessibles pour les personnes ayant des déficiences intellectuelles, figurent le langage simplifié et les signes visuels, tels que les pictogrammes, les dessins, les images et les photographies imprimées.⁶⁵
- e. Organiser des ateliers pour impliquer les OPH, les autres groupes de personnes handicapées et les enfants et les adolescents présentant différents types de handicap dans la conception, l'étude et la diffusion de supports de communication, tels que des émissions de radio gérées par des adolescents handicapés (*voir Encadré 5 et Section 7.2.1*).⁶⁶

⁶⁴ Pour plus d'informations sur l'adaptation de l'information pour les personnes handicapées, voir le module de communications inclusives de l'UNICEF : www.unicef.org/disabilities/index_90418.html.

⁶⁵ Pour un exemple d'une version facile à lire de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, voir https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/345108/easy-read-un-convention.pdf.

⁶⁶ Pour un exemple de communication accessible aux personnes souffrant de différents types de handicap, voir la communication inclusive du PNUD sur Ebola en Sierra Leone : <https://www.youtube.com/watch?v=M015IGIF1MA>.

9.4. Elaboration de messages incluant des enfants handicapés⁶⁷

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

- a. Représenter la diversité de la communauté en incluant des photos d'enfants et de femmes handicapés dans les informations relatives à la santé, qu'elle soit ou pas liées au handicap.
- b. Représenter les enfants et les femmes présentant différents types de handicap au milieu d'un groupe d'enfants et d'adultes, plutôt que seuls ou isolés du groupe.
- c. Illustrer les enfants handicapés et leurs aidants en train de participer activement à des activités (par exemple, des parents donnent à manger à leur enfant, des enfants qui jouent ou qui fréquentent des espaces amis des bébés).
- d. Adapter les outils de communication existants pour sensibiliser aux questions liées au handicap.
 - Outils de communication pour l'action humanitaire de l'UNICEF.⁶⁸
 - Communication pour le développement de l'UNICEF : Il s'agit de donner la parole aux enfants et aux adolescents handicapés par la mobilisation sociale, de les impliquer en tant que principaux acteurs des campagnes de communication et de se concentrer sur des images positives du handicap en vue de transformer les normes sociales et de réduire la stigmatisation et la discrimination.

⁶⁷ Pour plus d'informations sur l'élaboration de messages inclusifs, voir le module de communication inclusif de l'UNICEF : www.unicef.org/disabilities/index_90418.html.

⁶⁸ Voir https://www.adelaide.edu.au/acru/projects/effectivecomms/6-C4D-CHAT_Proof-2.pdf.



Liban, 8 ans, attend une distribution de nourriture dans un centre d'alimentation pour personnes handicapées, à Mogadisho, en Somalie. Il a perdu sa jambe quand une bombe a explosé dans le centre-ville.

Les personnes handicapées sont confrontées à diverses barrières qui les empêchent d'avoir accès aux services et aux informations sur la nutrition. Ces conseils pour l'accessibilité portent sur les moyens d'identifier et de surmonter les barrières physiques dans l'environnement et l'infrastructure. Les actions constituent des normes minimales visant à rendre accessible l'infrastructure relative à la nutrition et peuvent s'appliquer à toute installation qui fournit des services de nutrition (par exemple, les distributions alimentaires, les espaces amis des bébés, les établissements de santé, les magasins d'alimentation et marchés).

Les collègues du secteur de l'éducation, de la sécurité alimentaire et de la santé peuvent avoir besoin d'encouragements pour veiller à ce que toutes les installations fournissant des services de nutrition soient accessibles à tous. Les toilettes, les lavabos, les douches et les points d'eau au sein d'une installation de nutrition devraient être accessibles et utilisables par les personnes présentant différents types de handicap.⁷⁰

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

- a. Examiner les normes nationales d'accessibilité. S'il n'y a pas de normes nationales, les normes internationales peuvent s'appliquer.⁷¹
- b. L'accessibilité est conçue autour du principe RECU : les personnes présentant tous les différents types de handicap peuvent avoir accès, entrer, circuler et utiliser toutes les installations liées à la nutrition en se déplaçant constamment (par exemple : sans se heurter à des obstacles).

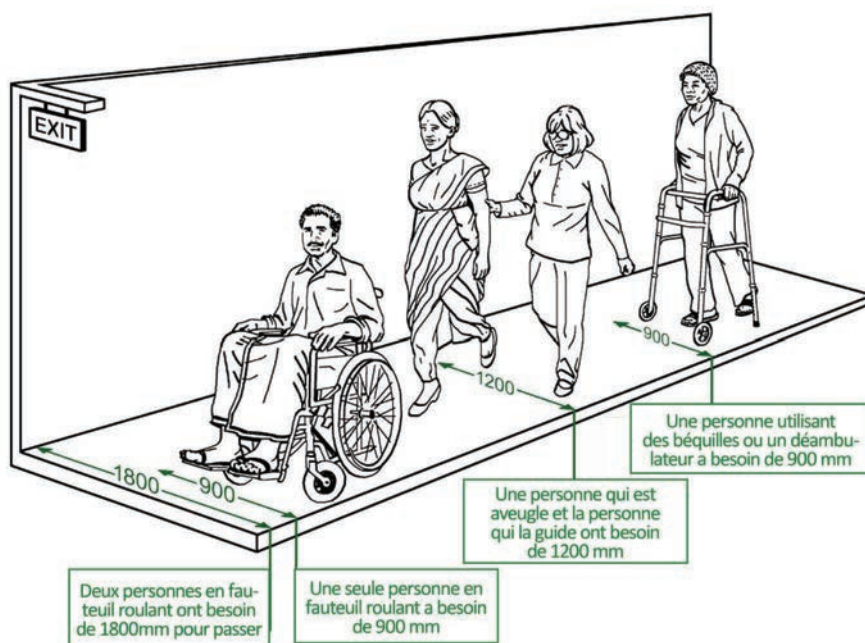
⁶⁹ Toutes les spécifications fournies proviennent de la ressource de l'UNICEF : *Composants accessibles pour l'environnement bâti : Directives techniques sur la conception universelle* à trouver sur www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/Disability/annex12_fiches_techniques_pour_la_construction_accessible.pdf (document non publié de l'UNICEF 2016).

⁷⁰ Voir le livret WASH à <http://training.unicef.org/disability/emergencies/wash.html>.

⁷¹ Reportez-vous à : *Construction de bâtiments - Accessibilité et utilisabilité de l'environnement bâti* (2011) par l'Organisation internationale de normalisation (ISO). Les collègues de l'UNICEF peuvent y avoir accès depuis la Division des approvisionnements.

- c. Il s'agit de penser à l'emplacement de toutes les installations pour la nutrition : sont-elles faciles d'accès? Les bâtiments sont-ils accessibles aux personnes présentant différents types de handicap?
- d. Dans la mesure du possible, sélectionner les emplacements et les installations qui sont déjà accessibles ou qui seront faciles à modifier (par exemple, la largeur des portes est de 800 mm,⁷² une rampe peut être installée à l'entrée principale).
- e. Les allées devraient être d'une largeur minimum de 900 mm, l'idéal étant de 1800 mm pour permettre aux personnes en fauteuil roulant de passer à deux (voir Figure 9). Le sol devrait être stable et plat.

Figure 9 : Les allées devraient mesurer au moins 900 mm pour permettre à différents utilisateurs de circuler

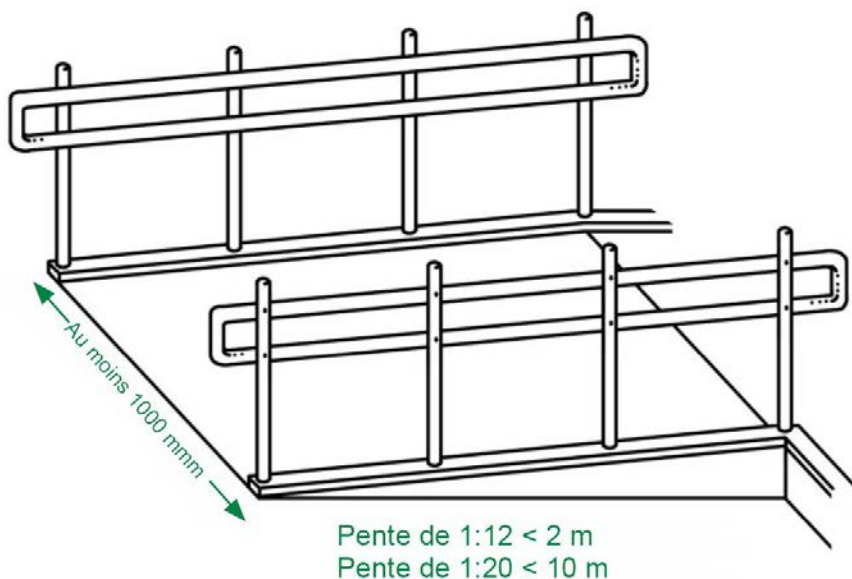


Source : Adapté d'Oxley, 2002, par le DFID (Département du développement international) et TRL, 2004 (UNICEF, 2016c)

⁷² Après la construction, il est difficile de rééquiper les portes et de les élargir pour laisser entrer les fauteuils roulants dans le bâtiment ou les chambres.

- f. Les rampes constituent la seule solution pratique pour les personnes qui ne peuvent pas franchir des marches ou prendre des escaliers. Elles devraient être d'une largeur minimum de 1000 mm avec des barres de maintien recommandées pour les pentes de plus de 1 : 20, pour les escaliers ou les passages d'évacuation (voir Figure 10).

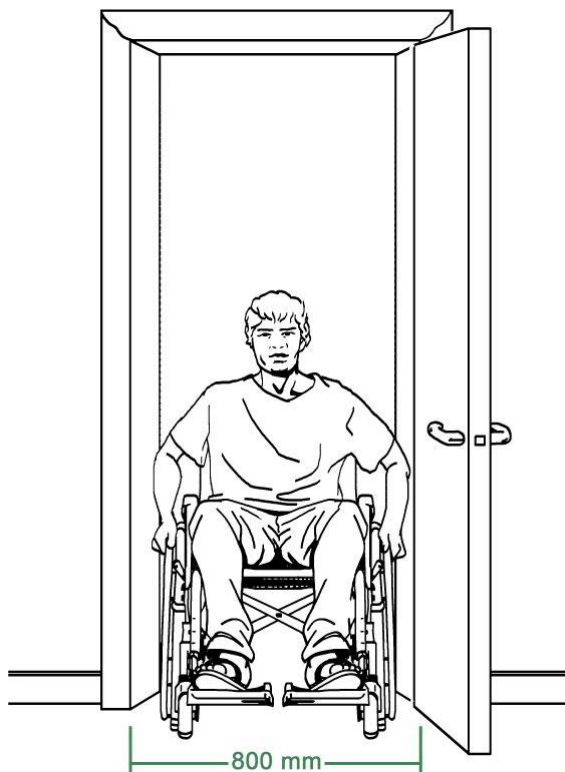
Figure 10 : Rampes



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

- g. Les entrées et les cadres des portes devraient être d'une largeur minimum de 800 mm (voir Figure 11) sans seuil ou obstacle au sol.

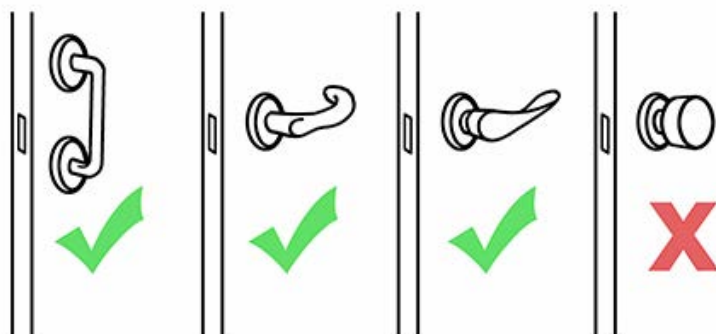
Figure 11 : Les portes devraient être d'une largeur minimum de 800 mm



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

- h. Les poignées de porte devraient être montées à hauteur de 800–900 mm du sol, et les poignées béquille sont recommandées (voir Figure 12).
- i. Réduire les obstacles au sein des établissements de santé en nivelant les sols et les seuils.

Figure 12 : Poignées faciles d'utilisation



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

- j. Prévoir un espace adéquat pour circuler dans les installations.
- k. Rendre accessible la signalétique liée aux installations des établissements de la nutrition :
 - Installer des cartes correctement éclairées qui indiquent les services disponibles et des flèches pour une meilleure orientation (par exemple, l'entrée dans un espace adapté aux bébés, dans les cliniques).
 - Installer toute la signalétique destinée aux enfants à leur hauteur et faire en sorte que les parents et les aidants soient au courant des informations pour en faire part à leurs enfants.
 - Utiliser un langage simple, des images, des couleurs contrastées, des pictogrammes et des caractères tactiles.

Audits d'accessibilité

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

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

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

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

Aliments complémentaires : Les aliments consommés entre les âges de 6 mois et 2 ans, qui viennent, de préférence, compléter un régime à base de lait maternel. La période de 18 mois comprise entre les âges de 6 mois et 2 ans est appelée *période d'alimentation complémentaire* (UNICEF, 2017b).

Aspiration : Inhalation de corps étrangers telles que les aliments et les liquides. Elle peut entraîner de graves complications médicales, telles que des infections pulmonaires ou l'étouffement (Novita Children's Services, 2011a).

Communication pour le changement de comportement : Processus consultatif fondé sur la recherche, destiné à s'attaquer aux connaissances, aux attitudes et aux pratiques. Il apporte des informations et des motivations pertinentes grâce à des stratégies bien définies, qui utilisent un mélange de réseaux médiatiques et de méthodes participatives. Les stratégies de

changement de comportement s'adressent à l'individu en tant que noyau du changement pour encourager et soutenir des comportements positifs et appropriés.⁷³

Communication pour le développement : Processus à double sens de partage d'idées et de connaissances utilisant une gamme d'outils et de méthodes de communication qui permettent aux individus et aux communautés de prendre des décisions pour améliorer leurs vies. Cela exige l'implication des communautés et l'écoute des adultes et des enfants qui exposent leurs problèmes, proposent des solutions et les appliquent.⁷⁴

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

Consistance des aliments : Le degré de densité, de fermeté ou de viscosité de la nourriture fournie aux enfants ayant des difficultés à manger pour aider au processus de mastication ou d'avalé. Les principales catégories de consistance alimentaire sont : les aliments ordinaires non modifiés ; les aliments mous (par exemple, les bananes) ; la nourriture hachée et humide (par exemple, les viandes grossièrement hachées et la sauce) ; et les aliments en purée lisse obtenue dans un robot de cuisine (Novita Children's Services, 2011c).

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

- Déficiences auditives (sensorielles) – surdité et perte de l'ouïe
- Déficiences visuelles (sensorielles) – cécité et basse vision
- Déficiences psychosociales – problèmes de santé mentale qui peuvent entraîner des difficultés à communiquer, des déficits de

⁷³ Pour plus d'informations, voir : <https://www.unicef.org/cbsc>.

⁷⁴ Ibid.

l'attention et des comportements incontrôlés (entre autres : le trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité, la dépression, les troubles liés au stress post-traumatique).

- Déficiences intellectuelles et du développement – divers degrés de limitations des fonctions intellectuelles qui peuvent affecter la capacité à apprendre, à mémoriser, à concentrer son attention, à communiquer et à développer l'autonomie sociale et la stabilité émotionnelle (le syndrome de Down en est un exemple).
- Déficiences physiques – limitations partielles ou totales de la mobilité, y compris du haut et/ou du bas du corps.

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

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

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

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

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

Protection sociale : Série de publications qui abordent non seulement la pauvreté et les chocs économiques mais également la vulnérabilité sociale, prenant ainsi en compte l'interconnexion entre l'exclusion et la pauvreté.

Par le biais d'un soutien financier ou en nature et de programmes destinés à améliorer l'accès aux services (par exemple, la santé, l'éducation et la nutrition), la protection sociale permet de satisfaire les droits de l'homme pour les enfants et les familles (UNICEF, 2017).

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

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

Utilisation des aliments : Les aliments sont correctement utilisés grâce à des pratiques appropriées de transformation et de stockage des aliments et à des services de santé et d'assainissement adéquats. Certaines agences considèrent également comment les aliments sont partagés au sein du ménage par rapport aux besoins nutritionnels de chaque personne. L'utilisation fait également référence à l'utilisation biologique des aliments au niveau individuel liée à la santé d'une personne (Nutrition Cluster, 2014).

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

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

ICED et al. (2014). *Childhood Disability and Malnutrition in Turkana, Kenya*. International Centre for Evidence in Disability, LSHTM, CBM, and Kenya Red Cross, <http://www.cbm.org/Childhood-Disability-and-Malnutrition-in-Kenya-472604.php>.

Leonard Cheshire Disability, UNICEF and Spoon Foundation (2014) 'Malnutrition and Disability : Unexplored opportunities for collaboration', *Paediatrics and International Child Health*, vol. 34, no. 4, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4232244>.

NFSMI (2006) *Handbook for Children with Special Food and Nutrition Needs*. National Food Service Management Institute. The University of Mississippi, <http://web.alsde.edu/docs/documents/53/Handbook%20for%20Children%20with%20Special%20Food%20and%20Nutrition%20Needs%20-%20NFSMI.pdf>.

UNICEF and WHO (2011) *Integrating Early Childhood Development (ECD) Activities into Nutrition Programmes in Emergencies : Why, what and how*, www.who.int/mental_health/publications/emergencies_why_what_how/en.

UNICEF (2012) Community-Based Infant and Young Child Feeding Package, www.unicef.org/nutrition/index_58362.html.

UNICEF (2013) *Take Us Seriously! Engaging Children with Disabilities in Decisions Affecting their Lives*, www.unicef.org/disabilities/files/Take_Us_Seriously.pdf.

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

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

ABM (2013) *Clinical Protocol #17 : Guidelines for breastfeeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate.*

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

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

CBM (2013) *Livelihood Support for Persons with Disabilities*, www.cbm.org/Livelihood-support-for-persons-with-disabilities-414831.php.

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

CBM et al. (2014a) *Childhood Disability and Malnutrition in Turkana, Kenya.* International Centre for Evidence in Disability, LSHTM, CBM, and Kenya Red Cross.

CBM et al. (2014b) *Disability Inclusion in Drought and Food Crisis Emergency Response.* CBM, Handicap International, Kenya Red Cross, APDK.

Dalben et al. (2003) 'Breast-Feeding and Sugar Intake in Babies with Cleft Lip and Palate', *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, vol. 40, no. 1, pp. 84-87.

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

Groce, N. et al. (2013a) 'Inclusive Nutrition for Children and Adults with Disabilities', *The Lancet Global Health*, vol. 1, issue 4, e180–e181.

Groce, N. et al. (2013b) *Stronger Together : Nutrition-disability links and synergies – Briefing note.* Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre, University College London, UK.

Groce, N. et al. (2014) 'Malnutrition and Disability : Unexplored opportunities for collaboration', *Paediatrics and International Child Health*, vol. 34, no. 4.

Handicap International (2010) *Training Manual for Physical Therapists*, Nepal.

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

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

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

Leonard Cheshire Disability, UNICEF et Spoon Foundation (2014) 'Malnutrition and disability : Unexplored opportunities for collaboration', *Pediatrics and International Child Health*, vol. 34, no. 4.

Novita Children's Services (2007) *Types of Augmentative and Alternative Communication (AAC)*.

Novita Children's Services (2011a) 'Swallowing Disorders Factsheet'.

Novita Children's Services (2011b) 'Positioning at Mealtimes'.

Novita Children's Services (2011c) 'Introduction to Food & Fluid Consistencies'.

Novita Children's Services (2011d) 'High Energy – Smooth pureed foods'.

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

Nutrition Cluster (2014) 'Glossary for the harmonised training package modules : The harmonised training package (HTP) – Resource material for training on Nutrition in Emergencies', <http://nutritioncluster.net/wp-content/uploads/sites/4/2013/12/glossary.pdf>.

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

OMS (2010) *Community-Based Rehabilitation ; CBR Guidelines : Supplementary Book*.

OMS (2011) *World Report on Disability*.

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

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

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

Plan International (2013) *Because I Am a Girl : The state of the worlds girls 2013 – In double jeopardy : Adolescent girls and disasters*.

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

Shakespeare et al. (2009) 'The art of medicine : Disability and the training of health professionals', *The Lancet Global Health*, vol. 374.

Sphere Project (2011) *The Sphere Handbook : Appendix 4 – Measuring acute malnutrition*.

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

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

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

UNHCR (2015a) *ToR for Inter-Agency Disabilities Task Force*, <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/52954>.

UNHCR (2015b) *Disability Task Force Guidelines for Prioritization of Disability-Specific Services for Refugees and Other Vulnerable Populations in Jordan : Working document.*

UNHCR (2016). *Vulnerability Assessment Framework : Disability universal indicator to assist identification*, <http://reliefweb.int/report/jordan/vulnerability-assessment-framework-disability-universal-indicator-assist>.

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

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

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

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

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

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

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

UNICEF (2017b) *Improving Breastfeeding, Complementary Foods and Feeding Practices*, https://www.unicef.org/nutrition/index_breastfeeding.html.

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

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

WRC (2008) *Disability among Refugees and Conflict Affected Populations.*

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

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

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

Les tableaux, dérivés des actions programmatiques décrites dans ce document, énumèrent les actions clés de chaque engagement fondamental en matière de nutrition pour les enfants lors d'action humanitaire⁷⁵ qui renforce l'inclusion des enfants et des adolescents handicapés.

Engagement 1 : Un leadership efficace est établi pour la coordination interinstitutions dans le secteur de la nutrition, avec des liens avec d'autres mécanismes de coordination sectoriels sur des questions intersectorielles critiques.

Actions pour inclure les enfants handicapés

Les mécanismes de coordination, y compris les Pôles de la nutrition et les groupes de travail, ont une antenne Handicap ou une agence Handicap.

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

Des liens entre les pôles nutrition et autres pôles pour les actions intersectorielles critiques visant à inclure les enfants handicapés (par exemple, avec les pôle éducation et protection de l'enfance pour assurer que les campagnes de nutrition dans les écoles et les espaces amis des enfants et des bébés incluent les enfants et les femmes handicapés).

Engagement 2 : Des systèmes d'évaluation nutritionnelle et de surveillance en temps opportun sont établis ou renforcés.

Actions pour inclure les enfants handicapés

Les données collectées dans les évaluations nutritionnelles et les systèmes de surveillance sont ventilées par sexe, âge et handicap.

Les besoins nutritionnels des enfants, des adolescents et des femmes handicapées ont été identifiés pour informer l'intervention.

Engagement 3 : Les femmes et les enfants affectés accèdent au soutien pour l'alimentation appropriée des nourrissons et des jeunes enfants.

Actions pour inclure les enfants handicapés

Des programmes de nutrition sont prévus à la fois dans les centres (écoles, cliniques et espaces amis des bébés, par exemple) et par le biais de la sensibilisation communautaire auprès des enfants et des femmes handicapées qui ne sont pas dans ce contexte.

⁷⁵ Pour plus d'informations sur les CCC de l'UNICEF, voir www.unicef.org/emergencies/index_68710.html.

Les aidants d'enfants handicapés et les aidants handicapés ont accès à des programmes de soutien aux parents (p. Ex., Compétences en matière de soins et de développement de la petite enfance, compétences en alimentation des nourrissons et enfants handicapés).
Les enfants handicapés ont reçu des accessoires et aides techniques pour améliorer leurs pratiques nutritionnelles et d'alimentation.
Engagement 4 : Les enfants et les femmes souffrant de malnutrition aiguë ont accès à des services appropriés.
Actions pour inclure les enfants handicapés
Les acteurs de la nutrition ont reçu un soutien (information et formation) pour adapter le traitement et la prise en charge de la malnutrition aux besoins des enfants et des femmes handicapés (par exemple, des conseils sur les suppléments alimentaires appropriés pour les enfants et les femmes ayant des difficultés à manger).
Engagement 5 : Les enfants et les femmes ont accès à des micronutriments à partir d'aliments enrichis, de suppléments ou de préparations à base de micronutriments multiples.
Actions pour inclure les enfants handicapés
Les suppléments alimentaires ont été adaptés aux enfants et aux femmes handicapés de différents âges, aux capacités d'alimentation et aux demandes énergétiques.
Les mécanismes de distribution alimentaire ont été adaptés pour les ménages avec enfants et les aidants handicapés (par exemple, l'enregistrement de ces ménages, les mécanismes accélérés de distribution, le soutien au transport).
Engagement 6 : Les enfants et les femmes ont accès à des informations pertinentes sur les activités du programme de nutrition.
Actions pour inclure les enfants handicapés
Les informations liées à la nutrition sont développées et diffusées aux populations affectées dans au moins deux formats différents (par exemple, des brochures, des annonces audio).
Des images positives d'enfants et de femmes handicapées sont incluses dans le matériel de communication de la nutrition (par exemple, les femmes enceintes ou allaitantes handicapées).

© Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
Février 2018

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

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

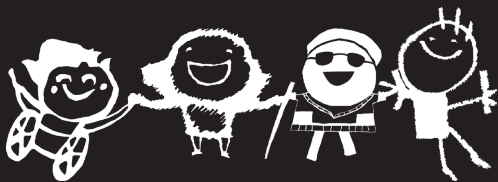
Les six livrets d'orientation sont disponibles sur : training.unicef.org/disability/emergencies

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

Photo de couverture:

Danielle, 19 ans, mère de Thalles, née avec une microcéphalie, à Recife, Brésil.

Crédit Photo : © UNICEF/UN011573/Ueslei Marcelino



unicef 
for every child