

Étude
Juin 2020



La COVID-19 dans les contextes humanitaires : aucune excuse pour laisser les personnes handicapées de côté !

Données issues des opérations de HI dans des contextes humanitaires



Remerciements

Dans ce contexte de crise sanitaire mondiale sans précédent, ce rapport n'aurait pu voir le jour sans le dévouement de nos collaborateurs et de nos partenaires qui ont recueilli des données et des témoignages dans les différents pays d'intervention. Nous remercions chaleureusement l'ensemble des collaborateurs, des partenaires et des personnes handicapées pour leurs témoignages et leurs informations.

Table des matières

Méthode et limites.....	4
I. COVID-19: Exacerbation des obstacles rencontrés par les personnes handicapées.....	5
1.1 Les personnes handicapées se heurtent à des environnements inaccessibles et à des obstacles à l'information qui nuisent à leur capacité à se protéger eux-mêmes et à rester en bonne santé	5
1.2 Les perceptions négatives et la stigmatisation des personnes handicapées nuisent à leur sécurité et entravent leur accès aux services de santé, de protection et au développement économique	6
II. Le point sur l'augmentation des besoins des personnes handicapées dans les crises humanitaires	7
2.1 Les personnes handicapées sont exposées à des risques de santé plus importants	7
2.2 Les personnes handicapées, notamment les femmes et les personnes déplacées, sont davantage exposées au choc économique	9
2.3. Les mesures de prévention ne prennent souvent pas en compte les besoins particuliers des personnes handicapées, et nuisent à leur sécurité et à leur bien-être physique et psychologique	11
2.4. Les personnes handicapées, en particulier les femmes et les enfants handicapés, et leurs aidants, sont exposés à des risques plus élevés en matière de protection	12
III. Recommandations pour une action humanitaire inclusive.....	14

Le recueil et l'analyse de ces données vise à démontrer que la crise de la COVID-19 expose les femmes, les hommes, les filles et les garçons handicapés à des risques et des obstacles disproportionnés dans les contextes humanitaires. Ce rapport formule des recommandations à l'attention des acteurs humanitaires en vue d'améliorer l'action inclusive, dans la lignée des lignes directrices et enseignements existants dans le domaine de l'inclusion des personnes handicapées. Il repose sur des données probantes et des témoignages recueillis par les programmes de HI dans 19 pays d'intervention. Nous avons particulièrement pris soin de relayer la voix de personnes présentant différents types de handicaps, aux caractéristiques de genre et d'âge différentes, résidant dans différentes zones géographiques et vivant dans des conditions diverses, y compris dans des camps de personnes réfugiées ou déplacées internes et dans des communautés d'accueil.

“La crise de la COVID-19 affecte les personnes handicapées sur les plans psychologique et physique. Les mesures de prévention ont des effets négatifs sur les personnes handicapées qui passent toute la journée à la maison puisque bon nombre d'entre elles, notamment les enfants handicapés, les personnes âgées et les personnes présentant un handicap physique, ont des problèmes de santé sous-jacents ou un système immunitaire affaibli”, explique Reham, référente technique réadaptation pour HI dans la bande de Gaza (Palestine).

Le compte-rendu de Reham sur la situation des personnes handicapées au cœur de la pandémie souligne l'impact de cette pandémie sur le bien-être physique et psychologique des personnes handicapées, et sur leur protection, dans les pays à risque touchés par la COVID-19.

“Le fait de rester chez soi pendant une longue période, sans pouvoir accéder aux services, peut causer du stress et entraîner une dépression. Les personnes handicapées peuvent ressentir de l'anxiété et avoir peur de contracter le virus, notamment si elles n'ont pas les moyens de s'acheter des équipements de protection, ou qu'elles dépendent de quelqu'un pour leurs activités quotidiennes. Les enfants handicapés qui ne vont plus à l'école peuvent subir des violences domestiques en raison de leur isolement ou de la perturbation de la routine”.

Reham est également témoin de l'impact économique de la pandémie sur les moyens de subsistance des personnes handicapées:

“Les travailleurs journaliers et les employés sous contrats temporaires ont perdu leur source de revenus. Ils ne savent pas comment subvenir aux besoins de leur famille ou acheter leurs médicaments, et cela génère beaucoup d'angoisse.”

On estime aujourd'hui que les personnes handicapées représentent 15 % de la population mondiale,⁽¹⁾ mais cette proportion peut être bien supérieure dans les pays touchés par un conflit ou une crise humanitaire. En Syrie, par exemple, ce pourcentage est deux fois plus élevé puisque les dernières estimations révèlent que 30 % des personnes de plus de 12 ans sont des personnes handicapées.⁽²⁾ Dans le gouvernorat d'Alep, 59 % des femmes et 27 % des hommes sont des personnes handicapées. À l'échelle du pays, au-delà de 65 ans, 99 % des femmes et 94 % des hommes présentent un handicap.⁽³⁾

Dans les pays fragiles ou touchés par un conflit ou une catastrophe, la pandémie augmente les risques pour certains groupes, et la discrimination à leur égard. La pandémie, et les plans de restriction, neutralisent les dispositifs d'appui existants en matière de santé et d'accompagnement social (assistance à domicile ou soutien communautaire pour l'accès aux distributions, par ex.). Les personnes handicapées sont exposées à des risques supplémentaires et rencontrent de nouvelles difficultés pour accéder à l'information et à l'assistance. Les inégalités structurelles, conjuguées aux obstacles liés spécifiquement à la crise, exposent certains groupes à un plus grand risque de contamination par le virus et de développement d'une forme grave de COVID-19. Selon le Secrétaire général des Nations Unies, “les personnes handicapées ont généralement de plus grands besoins que les autres en soins de santé, à la fois pour leurs soins généraux et pour les soins liés à leur handicap. Elles sont donc plus vulnérables que les autres face aux conséquences de la crise sur les services de santé (baisse de qualité et inaccessibilité des services). Par comparaison avec les personnes non handicapées, les personnes handicapées sont davantage susceptibles d'avoir des problèmes de santé : sur 43 pays, 42 % des personnes handicapées considèrent que leur santé est mauvaise, contre 6 % des personnes non handicapées”.⁽⁴⁾

De plus, comme l'illustrent les données de 2014 relatives à l'épidémie d'Ebola, la réaffectation des ressources en faveur de la lutte contre l'épidémie peut freiner la fourniture d'une aide humanitaire essentielle et avoir des conséquences négatives sur la santé publique. L'action contre l'Ebola, par exemple, a détourné les ressources dédiées aux soins pour d'autres maladies ou problèmes de santé, tels que le choléra, le paludisme ou le VIH/sida.⁽⁵⁾

La COVID-19 amplifie les obstacles que rencontrent les groupes à risque, notamment les personnes handicapées, pour accéder aux services dans le domaine de la santé, de l'hygiène, de l'eau, des abris, de l'alimentation et de la sécurité. Le

Plan d'aide humanitaire mondial de lutte contre la COVID-19 a désigné les personnes handicapées comme un des groupes de population les plus touchés dans les 63 pays couverts par le plan.

⁽⁶⁾ En outre, en tant qu'organisation humanitaire intervenant dans plus de 20 pays touchés par une crise humanitaire, nous constatons souvent que **les hommes, les femmes et les enfants handicapés sont négligés dans les interventions humanitaires. L'intersection des facteurs handicap, genre et âge génère des risques multiples** : les femmes et les filles handicapées, par exemple, sont exposées à des risques particuliers en matière de protection alors que les personnes âgées handicapées risquent de se voir refuser l'accès aux services de santé. L'appartenance ethnique, le statut de personne déplacée, l'accès à l'information ou l'état de santé sont autant d'autres facteurs de risques.

Divers instruments juridiques et cadres d'action appellent les acteurs humanitaires à identifier et à satisfaire les besoins et les droits des personnes handicapées qui risquent tout particulièrement d'être laissées de côté dans les contextes humanitaires, y compris durant la crise de la COVID-19. **Aujourd'hui, ces engagements et ces recommandations doivent être concrétisés de façon à généraliser l'inclusion dans la préparation et la réponse à la COVID-19, à toutes les étapes et à tous les niveaux d'intervention.**

Méthode et limites

Des données primaires ont été collectées en avril-mai 2020 auprès des équipes et des partenaires de HI intervenant dans les pays touchés par la pandémie de COVID-19. Ces données sont issues des évaluations réalisées par HI et ses partenaires au Bangladesh, en Égypte, en Haïti, en Indonésie, aux Philippines, en Jordanie, au Liban, au Somaliland et au Togo. Les témoignages des communautés touchées, des collaborateurs et des partenaires ont été recueillis au Kenya, en Birmanie, en Ouganda, au Pakistan, en Palestine, aux Philippines, au Somaliland, au Soudan du Sud, au Rwanda, en Thaïlande et au Yémen. Certains noms ont été modifiés pour préserver la sécurité des personnes concernées.

En raison de la nature de l'épidémie et de sa spécificité, peu de données sont disponibles sur l'impact de la COVID-19 sur les personnes handicapées. Le manque de données liées au handicap s'explique par le caractère récent de l'épidémie dans les pays déjà touchés par une crise humanitaire, et le manque d'inclusion du handicap dans les pratiques préexistantes de recueil de données. Bien que les données soient fragmentées et localisées et qu'elles ne représentent pas l'ensemble de la population de personnes handicapées touchées par la pandémie de COVID-19, elles illustrent des difficultés communes, pour faire face à l'impact de la COVID-19 dans un contexte humanitaire, auxquelles sont exposés des hommes, des femmes et des enfants présentant différents types de handicap, aux caractéristiques de genre et d'âge différentes, résidant dans différentes zones géographiques et vivant dans des conditions diverses.

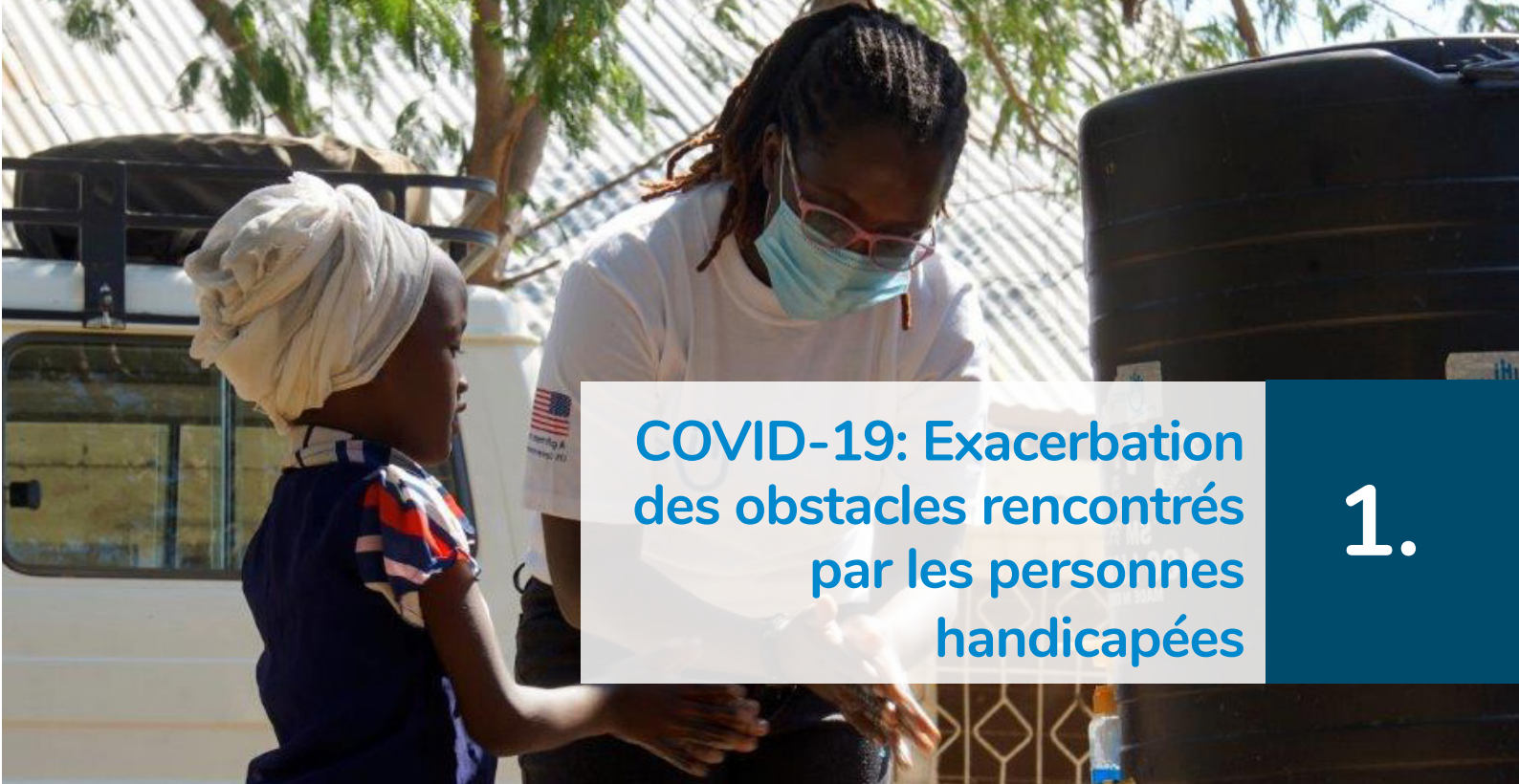
Instruments juridiques et cadres d'action relatifs à l'inclusion des personnes handicapées dans les contextes humanitaires

La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), ainsi que le droit international humanitaire et autres cadres législatifs applicables aux contextes humanitaires, tels que le droit international des réfugiés, imposent l'inclusion des personnes handicapées dans toutes les actions humanitaires et les mesures de protection.

La Charte pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire, lancée en 2016 à l'occasion du Sommet mondial sur l'action humanitaire, appelle tous les États et acteurs non étatiques engagés dans l'action humanitaire (agences des Nations Unies, acteurs humanitaires et organisations de personnes handicapées) à "prendre toutes les mesures nécessaires pour répondre aux besoins essentiels des personnes handicapées et promouvoir leur protection, leur sécurité et le respect de leur dignité dans les situations de risque."⁽⁷⁾

La Résolution 2475 du Conseil de sécurité des Nations Unies appelle à protéger les personnes handicapées dans les situations de conflit armé. Elle a été adoptée en juin 2019 pour faire en sorte que les personnes handicapées aient accès à l'aide humanitaire et aux mesures de protection dans les situations de conflit armé sur une base d'égalité avec les autres.⁽⁸⁾

Les Lignes directrices du Comité permanent interorganisations (IASC) relatives à l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire,⁽⁹⁾ entérinées en octobre 2019, présentent des stratégies concrètes pour identifier et satisfaire efficacement les besoins et les droits des personnes handicapées qui risquent particulièrement d'être laissées de côté dans les contextes humanitaires, y compris durant la crise de la COVID-19.



COVID-19: Exacerbation des obstacles rencontrés par les personnes handicapées

1.

© HI, séance de sensibilisation sur les mesures de prévention de la COVID-19 dans le camp de Kakuma, Kenya.

De multiples facteurs peuvent empêcher les personnes handicapées et les autres groupes à risque de jouir de leurs droits sur une base d'égalité avec les autres, notamment du droit d'accéder aux services de santé et autres services non sanitaires liés à la COVID-19. En période de crise, les inégalités préexistantes sont souvent amplifiées, et elles sont encore aggravées par de nouveaux facteurs de risques dus à l'évolution de l'environnement et des besoins. Dans les contextes où les personnes handicapées se heurtent déjà à des inégalités structurelles et à l'inaccessibilité des services, l'épidémie de COVID-19 renforce les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes handicapées qui tentent d'accéder aux services dans le domaine de la santé, de la protection

sociale et des moyens de subsistance.

Les acteurs humanitaires intervenant dans les pays touchés ne sont pas suffisamment préparés pour adapter leurs processus et leurs interventions de façon à les rendre inclusifs des personnes handicapées, et pour accompagner leur personnel dans la réalisation de services inclusifs. De plus, nous constatons que les personnes handicapées et les organisations qui les représentent ont peu d'occasion d'être consultées et de participer aux processus décisionnels relatifs à la réponse. Par conséquent, leurs besoins ne sont pas pris en compte de façon prioritaire et les obstacles qu'elles rencontrent sont encore plus importants.

1.1 Les personnes handicapées se heurtent à des environnements inaccessibles et à des obstacles à l'information qui nuisent à leur capacité à se protéger eux-mêmes et à rester en bonne santé

Les personnes handicapées peuvent avoir du mal à mettre en œuvre les mesures de prévention permettant de se protéger et de protéger leur famille de la maladie, en raison du manque de préparation des acteurs humanitaires et des lacunes de la programmation. Parmi les obstacles identifiés dans les pays d'intervention, on relève les canaux et les formats de communication inaccessibles, ainsi que le manque

d'accès aux informations utiles par les personnes handicapées (notamment comment se protéger, où obtenir de l'aide, où signaler les actes de violence). De plus, on constate souvent une absence de méthodes pour atteindre les communautés les plus isolées et les plus éloignées, ce qui se répercute sur les personnes handicapées vivant dans les zones reculées, ainsi que sur celles qui n'ont ni famille ni réseau communautaire.

En Égypte, 77 % des ménages interrogés ont déclaré ne pas savoir s'il existe une permanence téléphonique offrant un soutien psychosocial dans le cadre de la COVID-19.⁽¹⁰⁾

En Haïti, les personnes handicapées interrogées ont déclaré que les informations fournies n'étaient pas suffisamment accessibles (11 %), n'étaient pas adaptées à leurs besoins (14 %) ou qu'elles ne savaient pas où trouver les informations (8 %).⁽¹¹⁾

En Éthiopie, 9,9 % des adultes handicapés et 16,6 % des enfants handicapés ont indiqué ne pas avoir accès aux informations publiques sur la COVID-19 ; 20 % des adultes et 19,7 % des enfants ont indiqué que les informations fournies sur la COVID-19 étaient difficiles à comprendre, car les messages comprenaient trop de mots ; et 6,5 % des adultes et 8,1 % des enfants ont indiqué que le format était inaccessible.⁽¹²⁾



Témoignages:

Au Soudan du Sud, Caroline, une femme sourde membre du réseau des femmes handicapées du Soudan du Sud (SSWDN), explique l'impact négatif du manque d'informations relatives à la COVID-19 sur son bien-être: **"J'ai peur, car il n'y a pas d'informations claires sur le Coronavirus, et l'action organisée par le gouvernement du Soudan du Sud n'inclut pas les personnes handicapées. Je ne peux pas entendre les messages de prévention sur le virus à la télévision et il n'y a pas d'interprétation en langue des signes. Ils diffusent des messages à la radio tous les jours mais les personnes ayant une déficience auditive n'y ont pas non plus accès. Il y a un manque de prise de conscience sur les médias sociaux, ce qui pose de réels problèmes. J'ai très peur quand je prends les transports en commun car je ne sais pas qui a des symptômes et qui n'en a pas."**

Au Rwanda, Sabiti, 41 ans, vit dans le camp de réfugiés de Kiziba. Il présente une déficience auditive et un trouble de la parole, et travaille comme cordonnier. Il s'est battu pour obtenir des informations concrètes sur la COVID-19, car il n'y avait aucune interprétation en langue des signes au début de l'épidémie. Dans le camp, environ 70 personnes présentent une déficience auditive et un trouble de la parole, et elles n'ont pas eu accès à l'information. **"J'aurais pu contracter la COVID-19 sans le savoir. Les gens ont commencé à rester chez eux... Ma famille m'a dit que je ne pouvais pas sortir et me déplacer mais ils n'ont pas pu m'expliquer clairement pourquoi je ne pouvais pas aller travailler"**.

1.2 Les perceptions négatives et la stigmatisation des personnes handicapées nuisent à leur sécurité et entravent leur accès aux services de santé, de protection et aux moyens de subsistance

Les préjugés et les croyances erronées sur les personnes handicapées et leurs familles aggravent le risque de discrimination et augmentent l'impact de la pandémie. Les obstacles comportementaux et la violence à l'encontre des personnes handicapées, intensifiés par la pandémie, entravent l'accès aux services de santé, aux services de protection et aux services socio-économiques. Ils nuisent à l'autonomie des personnes handicapées et à leur capacité à

prendre leurs propres décisions pour contribuer à une réponse efficace contre la pandémie.

Les personnes handicapées et les autres personnes ayant des problèmes de santé sous-jacents peuvent être associées à la pandémie qui intensifie particulièrement les comportements violents et discriminatoires à l'égard de certains groupes.



Témoignage:

Au Yémen, Ahmed, un kinésithérapeute de HI, nous a fait part de son inquiétude: **"La discrimination a une incidence sur les personnes handicapées. Un grand nombre de personnes handicapées n'ont pas accès aux produits d'hygiène par manque d'informations ou de ressources financières. Beaucoup de gens refusent de les aider, car ils ont peur que les personnes handicapées soient malades ou sales."**

En Haïti, 81 % des ménages dirigés par une personne handicapée ou comprenant une personne handicapée ont indiqué que la pandémie pourrait provoquer une augmentation de la stigmatisation des personnes âgées, des personnes handicapées et des personnes vivant avec le VIH ou le sida, au sein des communautés. Les croyances préexistantes et les pratiques traditionnelles augmentent la discrimination et la violence à l'égard de ces groupes.⁽¹¹⁾



Le point sur l'augmentation des besoins des personnes handicapées dans les crises humanitaires

2.

© HI, session de réadaptation dans un camp de réfugiés rohingyas au Bangladesh, mai 2020.

L'impact de la pandémie est particulier en raison de l'ampleur sans précédent de cette crise mondiale, et de l'effet conjugué du virus et des mesures de protection et de prévention mises en œuvre par les gouvernements dans les pays fragiles.

Les personnes handicapées sont confrontées à des risques plus élevés, car elles sont davantage susceptibles de contracter le virus, de développer

des formes graves de la maladie et d'encourir des risques multiples en raison de la modification de l'environnement. Les changements qui bouleversent les prestations de services ont également des répercussions sur les personnes ayant besoin d'assistance, notamment d'un accompagnement social, de soins de santé (dont les services de réadaptation) ou de protection.

2.1 Les personnes handicapées sont exposées à des risques de santé plus importants

Les personnes handicapées ont du mal à accéder aux soins de santé, pour poursuivre un traitement médical notamment, ainsi qu'aux soins de réadaptation, et aux services d'accompagnement social. Le rationnement des soins de santé ou la redirection des ressources vers la lutte contre la COVID-19 peut également entraîner de mauvais résultats en matière de santé et une baisse de la demande en soins de santé chez les personnes handicapées qui partent du principe qu'elles subiront une discrimination et qu'on leur refusera l'accès aux services.

Dans de nombreux pays, cela se traduit par des besoins de santé non satisfaits chez les personnes handicapées, et l'aggravation de leur situation. En raison du manque d'accès aux soins de santé et aux services de réadaptation, l'état de santé des personnes handicapées se détériore, ce qui entraîne un risque de complications et de handicaps supplémentaires permanents, ou une diminution de leur capacité fonctionnelle.

Aux Philippines, Manille, 49 % des jeunes handicapés ont indiqué avoir besoin d'un soutien dans le domaine de la santé, notamment d'un traitement régulier, d'une aide à la prise en charge des frais d'hospitalisation, et de consultations médicales. 41 % ont indiqué avoir besoin d'informations accessibles sur la COVID-19 et le confinement.⁽¹³⁾

En Jordanie, 88 % des personnes présentant une déficience physique et ayant des besoins médicaux en cours ont indiqué qu'elles ne pouvaient pas se rendre à l'hôpital, que ce soit pour leur suivi régulier ou pour d'autres besoins médicaux.⁽¹⁴⁾

Au Bangladesh, 36 % des aidants rencontrent des difficultés pour assurer des services de réadaptation en raison de la COVID-19, et 19 % ont du mal à trouver des masques. Dans un contexte où les services de réadaptation sont indisponibles, 55 % des personnes présentant une déficience physique et utilisant une aide technique ont indiqué que leur aide technique ne fonctionnait pas bien. Parmi ces personnes, 93 % ont précisé que leur aide technique devait être remplacée.⁽¹⁵⁾

Au Liban, 68 % des ménages comprenant au moins une personne handicapée ont indiqué avoir eu des difficultés à trouver des médicaments durant les 30 jours précédant l'évaluation. 59 % des ménages ont également eu du mal à se procurer des produits d'hygiène. L'accès limité aux informations sur les prestations de services fait partie des obstacles à l'accès aux services : 41 % ont indiqué avoir besoin d'informations accessibles sur la COVID-19 et le confinement.⁽¹⁶⁾



Témoignages:

En Éthiopie, Meryam, 40 ans, mère de 10 enfants, vit dans un village rural du Somaliland. Elle présente une déficience motrice des deux jambes. Elle bénéficie d'une aide de HI sous forme de kits d'hygiène, et d'une sensibilisation. Cependant, **les services de réadaptation et les orientations vers les autres services sont devenus plus difficiles**, car les professionnels de santé sont soumis à des restrictions de déplacement et accordent la priorité aux cas de COVID-19. Son aînée a eu de graves douleurs à l'estomac, elle a pu être soignée mais après un long délai.

En Palestine, Ihab, 28 ans, vit avec sa femme et ses enfants. En 2019, il a été blessé par balle et a eu des fractures complexes aux deux jambes. Depuis ses blessures, Ihab a besoin d'un accompagnement psychosocial et de services de réadaptation, car il ressent de l'anxiété la plupart du temps, et ne peut pas marcher ni se tenir debout pendant longtemps. Depuis la COVID-19, **il ne peut plus bénéficier comme avant des services de réadaptation et des services médicaux, il ne peut obtenir des consultations que par téléphone pour la kinésithérapie et le traitement des plaies. Il craint de ne pas avoir les compétences suffisantes pour soigner ses plaies. Les visites de l'équipe de réadaptation étaient également l'occasion de rencontrer des gens et de parler. Il se sent désormais très isolé.**

Au Yémen, Khadija travaille avec des personnes déplacées internes en tant qu'agent d'orientation des cas pour HI: "La situation de la crise de la COVID-19 est inquiétante. Dans les hôpitaux, l'oxygène est réservé aux patients atteints de la COVID, et **les personnes souffrant d'asthme ou de maladies du cœur ne peuvent pas être soignées.**" Khadija explique que les personnes qui ont besoin d'une aide technique et de soins de réadaptation, sans hospitalisation, ne peuvent pas être admises à l'hôpital ni accéder aux services. "**Les patients qui devraient retourner à l'hôpital en ambulatoire pour des soins de suivi en réadaptation ne sont plus autorisés à y retourner.** Les services sont limités et certaines organisations excluent les personnes handicapées des services locaux." Et d'ajouter: "**Les bus ne s'arrêtent même pas pour laisser monter les personnes handicapées, car dans notre société, on leur témoigne généralement peu de respect et de considération**".

Au Yémen, Ahmed, un kinésithérapeute de HI nous a fait part de son analyse: "Depuis la COVID-19, les hôpitaux n'acceptent que les cas d'urgence. Certaines personnes handicapées qui ont des problèmes respiratoires en raison d'une paralysie, par exemple, pourraient ne pas avoir accès à l'hôpital alors qu'elles auraient besoin d'être placées sous respiration artificielle. De plus, **la respiration artificielle ne sera plus disponible à l'hôpital, car les respirateurs sont réservés uniquement aux cas de COVID.** Le centre de prothèses fonctionne toujours mais les bénéficiaires ne sont plus autorisés à s'y rendre pour des examens de routine comme avant. **Seuls les patients prioritaires peuvent encore s'y rendre et recevoir des conseils en réadaptation.** On demande à la plupart des patients de revenir après l'Aïd (fin mai 2020)."

En Jordanie, Sofia est une réfugiée syrienne. Elle souffre gravement du dos et des genoux, ce qui limite sa mobilité. Sofia a développé de nouvelles affections durant le confinement, notamment de l'hypertension. Son médecin attribue la dégradation de son état de santé au stress qu'elle a ressenti durant la période de confinement. Elle est arrivée en Jordanie avec son neveu de 21 ans, Ahmad, qui présente une déficience psychosociale pour laquelle il suit un traitement régulier et bénéficie d'un accompagnement psychosocial par HI et ses partenaires. Depuis le confinement, **Ahmad ne peut plus bénéficier de cet appui, et cela se ressent au niveau de son comportement et de son stress.**

En Palestine, Batool, 13 ans, vit dans la ville de Gaza avec ses parents et ses quatre frères et sœurs. Elle est atteinte d'une paralysie cérébrale et a une déformation de la colonne vertébrale qui gêne sa respiration et sa digestion. Avant le confinement, Batool avait accès à des services d'orthophonie mais depuis que la quarantaine a été déclarée, **les services de réadaptation et les services médicaux dont elle a besoin ne sont plus assurés. Elle devait également se rendre en Cisjordanie pour un suivi médical mais cela ne sera pas possible en raison des restrictions de déplacement.** Batool et sa mère ont également été placées en quarantaine obligatoire pendant 21 jours.



© HI, Ihab et ses enfants, devant leur maison à Gaza, avril 2020.

L'interruption des services de santé due à la COVID-19 pourrait également entraîner une réduction de la capacité des services essentiels pour les femmes et les enfants handicapés et non handicapés dans les domaines de la planification familiale, des soins maternels et infantiles, de la gestion clinique des viols, et de l'accompagnement psychosocial pour les survivants. Dans les pays aux prises avec une crise

ou un conflit actif, où ces services étaient déjà limités et concentrés dans les grandes villes, les obstacles supplémentaires liés aux mesures de protection contre la COVID-19, telles que la restriction des déplacements, a provoqué l'arrêt total de ces services, et ainsi la détérioration de l'état de santé, du bien-être et de la sûreté des femmes et des enfants handicapés.

2.2 Les personnes handicapées, notamment les femmes et les personnes déplacées, sont davantage exposées au choc économique

Selon les estimations de l'ONU, un demi-million de personnes, soit 8 % de la population mondiale, pourraient basculer dans la pauvreté d'ici la fin de l'année, principalement en raison de la pandémie. La lutte contre la pauvreté pourrait prendre pas moins de 30 ans de retard.⁽¹⁷⁾ Certaines mesures préventives destinées à limiter la propagation de la pandémie de COVID-19, telles que le confinement, ont amplifié l'impact négatif de la pandémie sur les groupes qui étaient déjà à risque sur le plan socio-économique.

Le manque d'accès à l'économie formelle et informelle, l'absence de dispositif d'accompagnement social et

de mécanismes de protection qui soient inclusifs des personnes handicapées, et les restrictions imposées aux populations en raison de la crise exposent les personnes handicapées et leurs familles à la perte de revenus et à l'insécurité alimentaire de façon disproportionnée. De nombreux pays ne disposent pas de données désagrégées concernant l'impact socio-économique sur les personnes handicapées, et ne mettent pas en œuvre de mesures spécifiques pour assurer leur protection. De plus, la perte de ressources socio-économiques peut provoquer des stratégies d'adaptation négatives.

Aux Philippines, (Manille), 95 % des jeunes handicapés ont besoin d'une aide financière urgente. 74 % d'entre eux craignent de ne pas pouvoir se procurer suffisamment de nourriture, 69 % redoutent une perte de leur emploi ou une baisse de leurs revenus, et 64 % s'inquiètent d'un arrêt des transports. Pour les résidents des communautés pauvres de Manille, qui connaissent déjà une grande vulnérabilité, le confinement implique une baisse, voire une absence de revenus. Certains d'entre eux reçoivent des colis alimentaires de la part du gouvernement local mais selon eux, ces colis arrivent de façon arbitraire et les aliments rationnés ne satisfont pas les besoins nutritionnels de base, car ils ne sont pas adaptés à la taille et à la composition des familles.⁽¹³⁾

En Jordanie, 79 % des ménages comprenant un enfant ou un adulte handicapé n'ont pas reçu d'aide externe au cours des trois derniers mois, et 79 % ont indiqué que l'alimentation représentait leur besoin prioritaire principalement par manque d'argent.⁽¹⁸⁾

En Haïti, 65 % des répondants handicapés ont expliqué que l'aide économique qu'ils recevaient était très perturbée depuis la déclaration de l'état d'urgence sanitaire. Les mesures de quarantaine affectent négativement la situation socio-économique des ménages comprenant au moins une personne handicapée, car ceux qui leur apportent une aide économique, le plus généralement des membres de la famille, ne sont plus capables de contribuer.⁽¹¹⁾

Au Liban, les ménages comprenant au moins une personne handicapée ont indiqué avoir acheté de la nourriture à crédit (74 %), avoir diminué leurs dépenses en produits essentiels non alimentaires, dont des produits d'hygiène (53 %), avoir utilisé leur épargne (28 %) et avoir vendu certains biens du ménage, comme des bijoux ou des téléphones, pour acheter des produits alimentaires (23 %). De plus, 62 % d'entre eux, quelle que soit leur nationalité (ménages libanais, palestiniens et syriens vivant au Liban), ont indiqué avoir prévu de demander des aides et de solliciter des organisations caritatives au mois de mai 2020 pour répondre à leurs besoins. L'évaluation montre que l'impact de la COVID-19 sur les réfugiés et les personnes déplacées en situation de handicap est supérieur, car les taux d'insécurité alimentaire sont plus élevés selon la nationalité du ménage : 69 % des ménages libanais, 78 % des ménages palestiniens et 93 % des ménages syriens ont indiqué ne pas avoir pu satisfaire tous leurs besoins en avril 2020.⁽¹⁶⁾



Témoignages:

Au Pakistan, Saima utilise une chaise roulante depuis l'enfance. Elle vit avec sa famille dans un bidonville de Karachi. Vive con su familia en un barrio de chabolas en Karachi. **La pandémie et le confinement ont rendu leur vie quasi-impossible.** Lorsque le mari de Saima, un journaliste, a cessé de travailler en mars, le couple et ses trois enfants n'ont plus pu se nourrir suffisamment. **"Trouver de quoi manger est devenu un calvaire"**, explique Saima. **Ils doivent se rendre dans un point de distribution alimentaire à deux heures de chez eux** pour trouver de quoi se nourrir pendant un mois, et ils dépendent entièrement de l'aide humanitaire.

Au Pakistan, Abdul Baqi, 50 ans, vit dans le camp de réfugiés de Jalala situé dans le district de Mardan, avec sa femme et ses 10 enfants. Après avoir fui l'Afghanistan en 1986, il a été blessé par l'explosion d'une mine terrestre et a perdu sa jambe. Suite à l'épidémie de COVID-19, Abdul Baqi a dû fermer sa boutique à proximité du camp de réfugiés. De ce fait, il a perdu la seule source de revenus qui lui permettait de nourrir sa famille. **"Je n'ai pas peur que mes enfants attrapent la COVID-19. Ma crainte, c'est de ne pas réussir à les nourrir."** explique-t-il. Abdul est également inquiet pour sa maison. Les fortes pluies ont endommagé le toit qui pourrait s'effondrer pendant leur sommeil.

Au Kenya, Jemale, 52 ans, réfugié, a perdu sa femme il y a quelques années. Il vit dans le camp de Kakuma avec ses sept enfants. Sa mobilité est réduite en raison d'un pied bot. "Le

camp est immense. Beaucoup de gens vivent ici mais il y a peu de professionnels de santé. Si le virus se propage dans le camp, cela pourrait être très dangereux pour nous," confie-t-il. "Il y a beaucoup de difficultés. Kakuma est notamment isolé des grandes villes qui sont dotées de meilleurs services et de plus d'opportunités. **Le niveau de pauvreté est élevé et la plupart des réfugiés n'ont pas de travail pour pouvoir vivre décemment dans le camp.**" Il ajoute que: "beaucoup de choses ont changé dans les camps [en raison de la COVID-19], surtout en ce qui concerne les déplacements des individus et l'approvisionnement vers Nairobi [...]. **La plupart des organisations et des institutions gouvernementales ont adopté de nouvelles façons de travailler et de mettre en œuvre les activités, et il est devenu très difficile d'accéder aux services.**"

En Ouganda, Winifred est Directrice générale de MUDIWA, une organisation de femmes et de filles handicapées en Ouganda. Elle explique l'impact des mesures de confinement sur les moyens de subsistance des membres de l'organisation : **"Plus de 30 femmes handicapées travaillaient sur les marchés au bord de la route et vendaient des vêtements, des ustensiles ménagers et des denrées alimentaires. (...) En raison des mesures drastiques de distanciation sociale, elles ont été renvoyées chez elles, sans autre choix que d'utiliser leurs capitaux disponibles pour acheter de la nourriture et les autres nécessités.** Depuis le confinement, le prix d'un régime de bananes a baissé, passant de 20 000 - 35 000 shillings à 4 000 - 8 000 shillings, ce qui a découragé beaucoup de femmes handicapées du secteur agricole de continuer à vendre".

Au Somaliland, Mohamed, 45 ans, vit avec sa femme et ses 10 enfants dans une maison de trois pièces. Il a un handicap moteur à cause de sa jambe gauche. Sa femme tient un petit restaurant qu'elle a ouvert avec l'appui d'un projet de réadaptation à base communautaire de HI. Lui, travaille comme technicien de maintenance électronique. "Je veux être un exemple au sein de ma communauté et montrer que les personnes handicapées ont des capacités et sont assez fortes pour gérer leur vie quotidienne. **Avant la COVID-19, nous réussissions à répondre aux besoins quotidiens de notre famille mais aujourd'hui, les revenus du restaurant et de mon travail de maintenance sont mis en péril, car la demande des clients a baissé.**" Sa famille

a du mal à assurer suffisamment de revenus pour couvrir leurs frais quotidiens. Ils sont très inquiets et redoutent les répercussions sociales et économiques de la pandémie de COVID-19.

En Birmanie, Min Min, 42 ans, survivant d'un accident par mine, s'emploie comme travailleur social et comme charpentier. Il a généralement du mal à trouver un emploi régulier, car il a une prothèse de la jambe. Les opportunités d'emploi ont diminué à cause des mesures de confinement: "Dans la situation actuelle, avec l'interdiction gouvernementale des rassemblements de plus de 5 personnes, les **employeurs ne donnent du travail qu'aux personnes non handicapées**, ce qui a des conséquences sur mes revenus".

2.3. Les mesures de prévention ne prennent souvent pas en compte les besoins particuliers des personnes handicapées, et nuisent à leur sécurité et à leur bien-être physique et psychologique

Dans de nombreux contextes humanitaires, les personnes handicapées rencontrent des problèmes d'accès résultant des mesures de prévention et de protection liées à la COVID-19. Ces mesures ne sont

pas inclusives à l'égard des besoins des personnes handicapées qui se heurtent donc à des difficultés supplémentaires sur le plan sanitaire et social.



Témoignages:

En Birmanie, Noor Jann, 40 ans, vit dans un camp de personnes déplacées internes (PDI) dans l'État de Rakhine. Elle a huit enfants, dont un fils handicapé qui a besoin de faire des exercices de réadaptation réguliers, et son mari qui est atteint de tuberculose. "**Nous vivons dans un camp de réfugiés officiel. Nous ne pouvons pas maintenir la distanciation sociale et il est très difficile d'accéder aux services de santé.**"

En Palestine, Batool, 13 ans, explique que le centre de quarantaine n'était pas adaptée aux besoins des enfants, notamment des enfants handicapés. Elles ont dû acheter des masques, des gants et des produits de désinfection, et limiter leurs déplacements. Elle s'est sentie emprisonnée, et a éprouvé beaucoup d'anxiété. La quarantaine obligatoire et l'isolement posent souvent de nombreuses difficultés aux personnes handicapées, car les plans d'aide ne sont pas adaptés et que l'accessibilité des procédures et de l'environnement n'est pas assurée.

En Thaïlande, Aye Aye, 50 ans, a perdu en mobilité suite à une amputation. Elle est présidente du groupe d'entraide des personnes handicapées qui se trouve à la frontière entre la Thaïlande et la Birmanie. "Avant la crise de la COVID-19, je pouvais me déplacer librement dans le camp pour rendre visite aux personnes handicapées, et je pouvais leur apporter un soutien entre pairs, à domicile ou à l'hôpital. Nous tenions des réunions mensuelles avec les autres membres du groupe d'entraide pour partager des informations générales, parler de nos activités mensuelles et discuter des futurs projets. **Avec la mise en place du confinement, le comité du camp a interdit les déplacements à l'intérieur et en dehors des abris transitoires. J'ai dû expliquer ma situation aux membres du comité, et les convaincre que je devais continuer à soutenir d'autres personnes handicapées. Ils ont compris et m'ont autorisée à poursuivre mes activités**, en respectant les mesures préventives comme la distanciation physique, le port du masque et le lavage des mains. Les personnes handicapées ne doivent pas être abandonnées. C'est mon devoir de les soutenir."



©HI, session de santé mentale et de soutien psychosocial pour une femme et ses deux filles dans un camp de réfugiés Rohingya au Bangladesh, mai 2020.

2.4. Les personnes handicapées, en particulier les femmes et les enfants handicapés, et leurs aidants, sont exposés à des risques plus élevés en matière de protection

Les données révèlent que le risque de violence auquel sont exposés les enfants et les adultes handicapés est **généralement trois fois supérieur au risque encouru par les personnes non handicapées**.⁽¹⁹⁾ Les femmes handicapées sont dix fois plus susceptibles de subir des violences sexuelles que les femmes non handicapées.⁽²⁰⁾

Dans les circonstances actuelles, au vu notamment des restrictions imposées aux populations, de l'isolement des foyers et de l'interruption de la vie communautaire, des services et de l'accompagnement social, les risques encourus par les personnes handicapées et leurs aidants en matière de protection peuvent être aggravés : **séparation d'avec la famille et les aidants,**

violence domestique, violence liée au genre (VLG), et exploitation, abus et harcèlement sexuels (EAHS). Cela peut également pousser les ménages et les individus à adopter des mécanismes d'adaptation négatifs, comme le travail des enfants, l'isolement forcé et les mariages précoces ou forcés.

Les personnes handicapées et leurs familles sont également moins susceptibles de déclarer ou de signaler les cas de violence, car elles ont honte, qu'elles ont peur des auteurs des violences qui sont souvent des membres de la famille ou de la communauté, ou parce que le sujet est toujours considéré comme tabou. **Ces cas de violence sont donc rarement signalés.**

Au Togo (à Lomé), 20,9 % des personnes sans domicile interrogées sont des personnes handicapées.

Durant le confinement, les personnes sans domicile, notamment les femmes, étaient exposées à davantage de violences sexuelles et physiques (19 femmes et filles ont signalé des cas de violence, et 14 hommes) : agression et abus commis par des individus, y compris par des agents des forces de l'ordre, violences sexuelles et exploitation.⁽²¹⁾

En Éthiopie, 22 % des répondants adultes handicapés ne se sont pas sentis en sécurité durant les périodes prolongées de cessation d'activités professionnelles et de restriction de déplacement. 11,2 % ont indiqué se sentir moins en sécurité et moins bien protégés de la violence et des abus depuis la COVID-19. 41,6 % des enfants handicapés ayant répondu ont indiqué avoir ressenti des peurs, de l'anxiété ou de l'insécurité, et avoir pu l'exprimer à leur famille ou à leurs aidants ; 4,9 % d'entre eux ont indiqué avoir eu les mêmes sentiments mais sans pouvoir l'exprimer à leur famille ou à leurs aidants.⁽¹²⁾



Témoignages:

Aux Philippines, Joanna, chargée d'accompagnement personnalisé chez HI, nous fait part de son analyse: "Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, (...) **la discrimination et la violence à l'encontre des personnes handicapées perdurent même au cœur des foyers, un endroit où nous devrions trouver confort et sécurité.** Dans des périodes comme celle-ci, les personnes handicapées font preuve de résilience et augmentent leur tolérance face aux circonstances injustes. **Cela nous montre qu'il est impératif de développer une réponse inclusive du handicap, notamment lorsque les dispositifs d'appui habituels ne fonctionnent plus.**"

Aux Philippines, V. (le nom n'a pas été divulgué) est une jeune femme vivant avec une déficience auditive. Avant la quarantaine, elle avait suivi une courte formation de couture et postulait pour différents emplois. En attendant, elle aidait activement dans la boutique de tailleur de sa famille. Avec l'augmentation des tensions dues à la quarantaine, V. **a sollicité de l'aide auprès de HI pour faire face aux menaces de violence et à l'abus physique d'un membre de sa famille qui l'avait intimidée et insultée.** Le cas de V. a été signalé mais l'accès aux mécanismes de signalement et de protection a été difficile.

En Ouganda, Achayo Rose Obol, Présidente du Conseil d'administration de l'Union nationale des femmes handicapées d'Ouganda (NUWODU), explique que les femmes et les filles

handicapées des zones rurales ont été gravement touchées par les conséquences du confinement lié à la COVID-19. La majorité d'entre elles sont des mères célibataires qui ont du mal à nourrir leur famille et à acheter les équipements de protection en raison de la perturbation de leurs moyens de subsistance. **"La violence sexuelle et liée au genre à l'encontre des femmes et des filles handicapées a augmenté. Pendant le confinement, elles n'avaient pas la possibilité de s'éloigner d'un partenaire violent. Elles ne pouvaient pas non plus avoir accès à la justice ou aux services de santé sexuelle et de la reproduction, à cause de la restriction des transports et d'un manque de moyens financiers".**

En Jordanie, Mousa, 27 ans, a été amputé des deux membres inférieurs quand il était enfant à cause d'une maladie congénitale, et il porte aujourd'hui des prothèses. Il pourvoit aux besoins d'un foyer de cinq personnes dont il est le chef de famille. En mars, au début de la période de confinement liée à la COVID-19, son employeur a commencé à l'inciter à la démission en prétendant que sa mobilité réduite l'empêchait de réaliser son travail, **Son employeur a fini par le licencier**, en profitant des mesures flexibles accordées aux employeurs par les autorités pour répondre à l'impact économique de la pandémie. Dans le même temps, le propriétaire de l'appartement qu'il louait a fait pression sur lui pour des questions d'arriérés de loyer, sachant très bien qu'il était sans emploi. **Pour fuir la violence verbale et psychologique qu'ils subissaient, Mousa et sa famille ont dû quitter l'appartement.**

3.

Recommandations pour une action humanitaire inclusive

©HI, distribution de kits d'hygiène dans un projet de santé maternelle et infantile au Togo, avril 2020.

Tous les États parties à la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées ont l'obligation de prendre « toutes mesures nécessaires pour assurer la protection et la sécurité des personnes handicapées dans les situations de risque » (Article 11).

Faire en sorte que tous les droits des personnes handicapées puissent s'exercer dans les contextes de crise requiert des plans de préparation et d'intervention inclusifs et accessibles, en réponse à la COVID-19, dans tous les secteurs et sans discrimination d'aucune sorte sur la base du handicap, de l'âge, du genre, de l'état de santé ou autre. Cela nécessite une coordination et une collaboration entre les agences / services gouvernementaux et les organisations de la société civile afin d'identifier et de limiter les risques auxquels sont exposées les personnes handicapées.

HI recommande plus précisément à tous les acteurs humanitaires de:

- **Assurer une participation significative des personnes handicapées, des organisations qui les représentent (OPH) et des autres organisations locales**, pour qu'elles jouent un rôle primordial à toutes les étapes de la réponse. Les hommes, les femmes, les garçons et les filles présentant différents types de handicap doivent être consultés durant les phases d'évaluation et de conception des projets, notamment pour parler de l'impact des restrictions imposées aux populations, et formuler des recommandations visant à améliorer la sécurité et l'accès aux services.
- **Recueillir, analyser et assurer le suivi des données d'évaluation des besoins, désagrégées par sexe, par âge et par handicap**, à l'aide des questions du Washington Group, et recueillir des informations sur les obstacles et les facteurs favorables à l'accès et à la participation.
- **Collaborer avec les organisations de personnes handicapées et les acteurs spécialisés dans le handicap** pour évaluer l'impact des restrictions imposées aux populations, l'effondrement du marché du travail informel, des services sociaux informels et des soins de réadaptation, les situations d'isolement, et les répercussions de ces facteurs sur le bien-être physique et psychologique, le statut socio-économique et la sécurité, notamment les risques spécifiquement liés au handicap dans le domaine de la protection.
- **Concevoir et partager des supports d'information sur les services liés à la COVID-19 et sa prévention, qui soient sensibles au handicap, au genre et à l'âge, en utilisant différents formats et technologies accessibles, de façon à atteindre les personnes présentant une déficience visuelle, auditive et intellectuelle** (langage des signes, version facile à lire, langage simple, format audio, sous-titrage, Braille). La communication à l'attention du public doit également éviter les messages et les images générant des stéréotypes. Fournir aux personnes handicapées des informations sur les moyens de rester en sécurité et en bonne santé, d'accéder à l'aide ou de faire part de leurs difficultés.
- **Lors de la conception des interventions, se référer aux Lignes directrices de l'IASC relatives à l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire⁽²²⁾ pour concevoir des stratégies et des actions clés inclusives**, et prendre en compte les considérations de l'OMS relatives aux personnes handicapées durant l'épidémie de COVID-19,⁽²³⁾ pour éliminer les obstacles comportementaux, environnementaux et institutionnels et ainsi faire en sorte que les plans opérationnels satisfassent les droits et les besoins des personnes handicapées.

Références

- (1) Organisation mondiale de la santé, Rapport mondial sur le handicap, 2011.
- (2) Programme d'évaluation des besoins humanitaires (HNAP) - Syrie, rapport du printemps 2020, Données générales sur le handicap.
- (3) Note du Syria Protection Cluster (Turkey) : « A disability-inclusive COVID-19 response », avril 2020.
- (4) Secrétaire général des Nations Unies, 6 mai 2020. Disponible (en anglais) sur : <https://www.un.org/development/desa/disabilities/covid-19.html>
- (5) Groupe URD, « Epidemics, pandemics and humanitarian challenges: lessons from a number of health crisis », mars 2020.
- (6) Nations Unies, « Global Humanitarian Response Plan COVID-19 (April – December 2020) », version de mai 2020, disponible à l'adresse : https://www.unocha.org/sites/unocha/files/GHRP-COVID19_May_Update.pdf
- (7) La Charte pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire, lancée en mai 2016. Disponible sur : <http://humanitariandisabilitycharter.org/>
- (8) Résolution 2475 (2019) adoptée par le Conseil de sécurité à sa 8556ème séance, le 20 juin 2019. Disponible sur : <https://digitallibrary.un.org/record/3810148?ln=fr>
- (9) IASC (Comité permanent interorganisations), Lignes directrices relatives à l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire, juillet 2019. Disponible (en anglais) sur : <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2019-11/IASC%20Guidelines%20on%20the%20Inclusion%20of%20Persons%20with%20Disabilities%20in%20Humanitarian%20Action%2C%202019.pdf>
- (10) Enquête de base rapide sur l'impact socio-économique de la COVID-19 sur les bénéficiaires de HI en Égypte. 240 répondants de tous âges, dont 58 % de femmes et 42 % d'hommes. 49 % des répondants directs présentaient un handicap.
- (11) Rapport de l'enquête rapide sur les connaissances, attitudes et pratiques des personnes handicapées et de leurs familles en lien avec le mécanisme de réponse de la COVID-19 (réalisée du 21 au 24 avril 2020 à Port-au-Prince, Haïti) sur 37 ménages.
- (12) HI, Rapport d'enquête, « Persons with disabilities and COVID-19 in Ethiopia: Knowledge and impact », mai 2020. 895 adultes et enfants handicapés ont participé à l'enquête, dont 446 adultes (258 femmes et 188 hommes) et 449 enfants de 5 à 18 ans (286 filles et 163 garçons). 40 % sont des personnes déplacées ou réfugiées, et 60 % appartiennent à la communauté d'accueil.
- (13) Enquête relative à l'impact de la « quarantaine générale renforcée » sur les personnes handicapées à Manille aux Philippines et à Jakarta en Indonésie (avril 2020), réalisée auprès de 73 jeunes handicapés de Manille et de Jakarta, bénéficiaires du projet de HI « Forward Together ». Les répondants étaient âgés de 18 à 39 ans (44 % de femmes et 56 % d'hommes).
- (14) HI, « Needs Assessment - Impact of COVID-19 on People with Disabilities and their Families in Jordan », avril 2020.
- (15) HI, « Rapid Need Assessment of Persons with Disabilities in COVID-19 crisis », projet UK AID Direct, avril 2020. Enquête réalisée auprès de 91 personnes handicapées. Le rapport hommes / femmes était de 3:2.
- (16) HI, Évaluation d'impact. « Understanding the impact of the financial crisis and COVID-19 on the households of Users accessing specialized services », avril 2020. 197 membres de ménages comprenant au moins une personne handicapée, dont 82 femmes et 115 hommes de 18 ans à 60 ans (et plus).
- (17) UNU-WIDER (Institut mondial de recherche sur les aspects économiques du développement, Université des Nations Unies), Document de travail 43/2020, avril 2020. Disponible (en anglais) sur : <https://doi.org/10.35188/UNU-WIDER/2020/800-9>
- (18) HI, « Needs Assessment - Impact of COVID-19 on People with Disabilities and their Families in Jordan », avril 2020. 942 ménages, dont 524 comprenant un adulte handicapé et 418 un enfant handicapé.
- (19) « Review on the prevalence and risk of violence against children with disabilities ». Rapport publié par The Lancet en juillet 2012 et réalisé par le centre de santé publique de l'université de Liverpool John Moores, un centre de collaboration de l'OMS pour la prévention de la violence, et par le Département Prévention de la violence, du traumatisme et du handicap de l'OMS.
- (20) FNUAP, Programme « We decide » (Nous décidons). Disponible (en anglais) sur : https://www.msh.org/sites/msh.org/files/we_decide_infographic.pdf
- (21) FODDET, WAO-Afrique, Humanité & Inclusion, Halsa international, UNICEF, Rapport du diagnostic et analyse rapide de l'impact de la crise liée au COVID-19 auprès des populations sans domicile, mai 2020. Enquête réalisée en mai 2020 auprès de 2 080 personnes sans domicile de tous âges à Lomé, dont 44 % de femmes et 20 % de personnes handicapées.
- (22) IASC (Comité permanent interorganisations), Lignes directrices relatives à l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire, juillet 2019. Disponible (en anglais) sur : <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2019-11/IASC%20Guidelines%20on%20the%20Inclusion%20of%20Persons%20with%20Disabilities%20in%20Humanitarian%20Action%2C%202019.pdf>
- (23) OMS, Considérations relatives aux personnes handicapées à prendre en compte dans le cadre de la flambée de COVID-19, mars 2020. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/disability-considerations-during-the-covid-19-outbreak>

Publié par Humanité & Inclusion,
également connu sous le nom de Handicap International

Site internet: <http://www.hi.org>

Blog: <http://blog.hi.org/influenceandethics>



Cette étude a bénéficié du soutien financier du ministère des Affaires étrangères du Luxembourg pour sa mise en œuvre. Les points de vue exprimés dans ce document ne reflètent en aucun cas les positions du gouvernement du Luxembourg.



Publié pour la première fois en juin 2020, © Handicap International.

Handicap International est immatriculée en France sous les références suivantes: N° SIRET: 519 655 997 00038 - Code APE: 9499Z.

La présente publication est protégée par le droit d'auteur, mais peut être reproduite par n'importe quelle méthode, gratuitement et sans autorisation préalable, à des fins pédagogiques mais pas pour la revente. La reproduction dans toutes autres circonstances nécessite l'autorisation préalable par écrit de l'éditeur, et pourra donner lieu au versement de droits d'auteur.

Photos de couverture: © HI // Design de la carte par: © Designed by Layerace