



Incluez-nous !

Une étude du handicap chez des
enfants parrainés par Plan International

LONDON
SCHOOL of
HYGIENE
& TROPICAL
MEDICINE



International
Centre for Evidence
in Disability



Plan

Les désignations utilisées dans cette publication et la présentation de son information n'expriment en aucune façon les opinions que Plan International pourrait entretenir quant au statut juridique d'un pays ou d'un territoire quelconque, de ses autorités ou de ses limites territoriales.

Il est permis de librement reproduire des extraits de cette publication à condition d'en indiquer dûment la source par la mention suivante : *Incluez-nous ! Une étude du handicap chez les enfants parrainés par Plan International*. Plan International 2013.

Pour obtenir un exemplaire du rapport sous un format approprié, d'autres informations sur son contenu ou des précisions sur l'analyse retenue, veuillez contacter :

Adrienne.Monteath-vanDok@plan-international.org

Coordinatrice de la recherche au Siège international de Plan International.

Ce rapport a été préparé par : Adrienne Monteath-van Dok et Jacqueline Gallinetti de Plan International
Hannah Kuper, Maria Zuurmond, Lisa Danquah, Kevin Wing, Jenny Evans de la London School of Hygiene and Tropical Medicine
Texte édité par Anna Brown
Réalisation graphique par Sandra Dudley

©2013 Plan International

Woking, Royaume-Uni

Les photographies et l'étude de cas figurant dans le rapport sont publiées avec le consentement informé de leurs auteurs.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Synthèse..... | 4 |
| 1. Introduction..... | 8 |
| 2. Le contexte..... | 12 |
| 3. La méthode | 14 |
| 4. Principales constatations : passer à côté de l'éducation et la santé..... | 18 |
| 5. Analyse d'un pays type : L'Indonésie | 28 |
| 6. Conclusion : développer notre compréhension | 32 |
| Notes de fin | 34 |

Synthèse

Au sein de la communauté internationale, on est devenu progressivement plus conscient des problèmes occasionnés par le peu de données dont on dispose sur les enfants handicapés. Il existe aujourd'hui quelque 150 millions d'enfants handicapés à travers le monde. De nombreux obstacles à leur désir d'être inclus et de participer aux activités quotidiennes se dressent devant eux, comme le rappelle le Rapport mondial sur le handicap produit conjointement par la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ¹.

L'UNICEF considère que, pour ces enfants, « de nombreuses privations dont ils sont victimes proviennent de leur invisibilité et sont perpétuées par celle-ci » et le rapport appelle à la recherche des moyens qui leur permettraient « d'être rendus visibles grâce à de solides travaux de collecte et d'analyse de données » ².

Nous présentons ici les résultats de recherche les plus récents sur les enfants handicapés pris en charge par Plan International. Ces résultats ont été obtenus avec le concours de la London School of Hygiene and Tropical Medicine (École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres) et reposent sur le puissant fichier de Plan qui contient le dossier de plus de 1,4 million d'enfants. Ces données sont utilisées ici pour la première fois afin d'explorer de manière approfondie les problèmes rencontrés par les enfants handicapés. Les conclusions déterminantes de ce travail, qui a fait appel à la communauté des enfants parrainés de Plan, aideront celle-ci, ainsi que d'autres chercheurs et organisations, à améliorer les interventions en réponse aux besoins d'enfants handicapés, particulièrement aux niveaux sanitaire et éducatif.

Champ de la recherche et objectifs

Dans le cadre de son rôle de parrainage, Plan recueille depuis des années une riche information sur la vie des enfants qu'elle parraine dans des pays en développement. Plan s'est maintenant servie de cette

Les constatations – passer à côté de la santé et de l'éducation

Les principales constatations qui se dégagent des analyses initiales effectuées sur le fichier de Plan sont les suivantes :

- Les enfants handicapés ont **des chances nettement moindres de fréquenter l'école que les enfants non handicapés**. En fait, la probabilité de non-fréquentation de l'école par un enfant handicapé était souvent le décuple de celle d'un enfant non handicapé.
- Lorsque des enfants handicapés fréquentent l'école, **leur degré d'éducation est inférieur à celui des autres**.
- Il est beaucoup plus probable que les enfants handicapés **aient été atteints d'une maladie grave au cours des 12 mois précédents**, et en particulier de malnutrition, que les enfants non handicapés.

Dans la plupart des pays, l'inclusion d'enfants handicapés à l'école était la plus élevée chez les enfants atteints de déficiences visuelles et auditives, et la plus faible chez ceux atteints de déficiences intellectuelles, corporelles et communicatives. Cela indique que le degré d'exclusion peut être lié au type de déficience. Ce domaine mérite qu'on y consacre davantage de recherche afin de savoir pourquoi, par exemple, des enfants atteints de certaines déficiences sont mieux capables d'être scolarisés que d'autres enfants victimes de déficiences différentes.

Ne pas être en bonne santé et ne pas fréquenter l'école risquent d'avoir un impact de longue durée sur la vie de l'enfant. Ces facteurs peuvent influencer les perspectives d'emploi futur, les possibilités d'intégration sociale et la qualité de vie générale des enfants handicapés, et les exposer plus particulièrement à un risque de pauvreté.

Conséquences – développer notre compréhension des enfants handicapés

Face à l'activité de Plan, les constatations de cette étude comportent trois ensembles de conséquences. En premier lieu, elles montrent qu'au niveau des programmes, des efforts accrus s'imposent pour promouvoir l'inclusion d'enfants parrainés handicapés dans le système éducatif et de répondre à leurs besoins de santé. Deuxièmement, l'étude met en lumière des domaines où de nouvelles recherches s'imposent : déterminer *pourquoi* les enfants handicapés ne suivent pas une éducation formelle et *pourquoi* ils enregistrent des taux de morbidité élevés. Une fois que cette étude sera achevée, Plan pourra élaborer des interventions ciblées, intégrer l'inclusion du handicap, et plaider pour davantage de changement dans les pays concernés. Troisièmement, l'étude a montré que le fichier de parrainage représente une ressource précieuse et utilisable pouvant renseigner la programmation de Plan, particulièrement en matière d'inclusion.

Ce bref rapport examine le cadre international de soutien des enfants handicapés ; explique la méthode des analyses ; présente les principales constatations ; étudie l'Indonésie à titre de pays échantillon ; et esquisse les conséquences qui en découlent pour Plan et d'autres acteurs du développement.

Des conclusions plus détaillées et une étude élargie du cadre existant sont publiées dans le rapport d'étude complet du fichier. Cette documentation est disponible sur le site Web de Plan International : plan-international.org

1. Introduction

« Le fichier de parrainage d'enfants constitue une ressource unique et formidable. Il contient des données susceptibles de comparaisons internationales sur plus d'un million d'enfants vivant dans 49 pays, assorties de précisions détaillées sur leur vie. Cette information peut servir à combler de nombreuses lacunes dans nos connaissances actuelles et aider Plan et d'autres organisations à mieux cibler les besoins des enfants dans des cadres dont les ressources sont limitées, afin d'améliorer leur vie et leur avenir. »

Dr Hanna Kuper, Directrice de l'International Centre for Evidence in Disability à la London School of Hygiene and Tropical Medicine

Plan International est l'une des plus anciennes et plus grandes organisations de défense des droits et du développement de l'enfant au monde, engagée qu'elle est dans 50 pays en développement d'Afrique, d'Asie et d'Amérique Latine. Depuis plusieurs années, Plan collecte des données sur les enfants qui sont parrainés par son intermédiaire pour accumuler aujourd'hui une grande richesse d'information sur 1,4 million d'enfants. Elle fait désormais un usage inédit de ce fichier en l'utilisant pour la première fois en vue de mieux explorer les problèmes vécus par les enfants handicapés. Les résultats très parlants qui s'en dégagent aideront Plan et d'autres chercheurs et organisations à améliorer la réponse qu'ils apportent aux besoins des enfants handicapés.

Au cœur de cette réponse se situe forcément l'inclusion. Les 150 millions d'enfants handicapés du monde se heurtent à de nombreux obstacles sur la voie de l'inclusion et de la participation aux activités quotidiennes de tous, rapportent la Banque mondiale et l'OMS ³. Permettre à ces enfants de triompher de tels obstacles fait partie de l'engagement de Plan vis-à-vis des principes de l'inclusion et de la non-discrimination. Ce dessein est au cœur de la démarche du développement communautaire centré sur l'enfant (CCCD) appliquée

dans toutes les activités de Plan. Cette démarche est à l'œuvre dans la Stratégie mondiale de Plan 2011 - 2015, baptisée « Un Plan, Un But », ainsi que dans l'engagement qu'elle a pris de travailler auprès des enfants exclus et marginalisés, lesquels comprennent les enfants handicapés, et d'œuvrer à une « intégration de l'inclusion améliorée» ⁴.

Cette volonté de faire progresser l'inclusion des enfants handicapés a été le moteur du travail de recherche présenté ici. Celui-ci fait partie d'une étude lancée en 2013 en collaboration avec l'International Centre for Evidence in Disability (Centre international des observations du handicap) à la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) ⁵ en vue d'explorer les perspectives d'utilisation à des fins de recherche du fichier de parrainage de Plan. Le premier objectif de ce projet était de mieux comprendre les difficultés rencontrées par les enfants parrainés et atteints d'un handicap afin d'améliorer la réponse des programmes de Plan et d'aider à combler les lacunes actuelles des connaissances sur les enfants handicapés. Le second objectif était d'établir, en l'utilisant dans l'analyse quantitative, la mesure dans laquelle le fichier pourrait servir à des fins de recherche. Cela pourrait également permettre d'améliorer la programmation de Plan et d'identifier les domaines appelant à une amélioration de la collecte et du traitement des données pour l'avenir.

Ce qui confère un caractère unique à ce fichier est l'effet cumulatif de plusieurs de ses caractéristiques :

- Il est particulièrement étendu et comprend des données sur des enfants handicapés couverts par le programme de parrainage de chaque pays
- Il englobe un grand nombre de pays
- Il pose des questions comparables dans tous les pays
- Ces questions sont exhaustives et permettent d'évaluer plusieurs domaines de l'inclusion.

Ce fichier prend son origine dans le rôle de parrainage de Plan : des enfants dans des pays en développement sont parrainés par des donateurs vivant dans des pays où Plan dispose de bureaux nationaux, tels que les États-Unis, le Canada, le Japon, le Royaume-Uni, l'Allemagne et les Pays-Bas, parmi de nombreux autres pays. Plan collecte annuellement des données sur l'évolution de chaque enfant parrainé afin de pouvoir tenir les parrains au courant de la vie et des conditions de vie de cet enfant et de la manière dont les fonds donnés sont dépensés au sein des communautés. Le dossier de chaque enfant porte sur la localisation, le genre, l'état de santé, l'éducation, l'existence ou non d'un handicap, l'enregistrement de la naissance, l'eau et l'assainissement, et le logement, pour ne mentionner que certains facteurs. À l'heure actuelle, la base de données contient une information, remontant à six ans, sur plus de 1,4 million d'enfants.

Au-delà du renseignement des parrains, le fichier représente une source d'information particulièrement utile pour aider Plan à prendre des décisions fondées sur les faits. Il a déjà servi de plusieurs manières, principalement pour les comptes rendus et pour des initiatives de suivi-évaluation. Mais le potentiel du fichier comme instrument de recherche quantitative, visant à dégager des tendances et à générer une connaissance générale, n'a pas été entièrement réalisé – jusqu'ici.

Le présent rapport abrégé constitue un instantané des principales constatations de l'étude. Il situe le projet dans le cadre international du travail en faveur des enfants handicapés (chapitre 2) ; il décrit la méthode du projet (chapitre 3) ; il présente ses principales constatations (chapitre 4) ; il explore ces constatations en recourant à une analyse de pays représentatif, à savoir, l'Indonésie (chapitre 5) ; et il en dégage les conséquences pour le travail de Plan auprès d'enfants handicapés et pour de futures recherches (chapitre 6).

Rapport complet

Ce document fait plusieurs fois référence au rapport complet de l'étude du fichier de Plan, qui traite de l'ensemble des observations effectuées et du cadre élargi de l'œuvre internationale d'aide aux enfants handicapés. Le texte du rapport intégral peut être téléchargé du site de Plan International : plan-international.org



Crédit : Plan/Martin Acevedo

2. Le contexte

La communauté internationale est devenue progressivement plus consciente des problèmes causés par l'insuffisance de données disponibles sur les enfants handicapés. Dans son rapport *Situation des enfants dans le monde : les enfants handicapés*, l'UNICEF considère que, pour ces enfants, « nombre des privations dont ils sont victimes proviennent de leur invisibilité et sont perpétuées par celle-ci », et d'appeler à la mise en œuvre de moyens par lesquels ces enfants pourront « être rendus visibles grâce à de solides travaux de collecte et d'analyse de données bien étayées »⁶.

Dans le cadre de la présente étude, la LSHTM a procédé à un examen de la propre documentation de Plan en matière d'inclusion, à l'interview d'informateurs clés, et au passage en revue d'études et de rapports récents sur le handicap. L'objet de cette étude documentaire était d'ancrer l'analyse des données de parrainage dans le cadre élargi des travaux internationaux courants en matière de handicap et de proposer un repère comparatif utile permettant de comprendre et d'interpréter les données de Plan.

Les problèmes qui se dégagent de l'étude du travail de Plan sont notamment :

- le manque de données fiables sur les enfants handicapés, ce qui obère la planification de services à leur intention
- la nécessité pour tous les programmes d'être inclusifs et de ne plus se concentrer uniquement sur des projets à l'intention de groupes exclus spécifiques
- la nécessité pour Plan d'assumer un rôle de leadership mondial plus prononcé sur le thème du handicap.

C'est à ces questions que l'analyse des données de parrainage de Plan concernant les enfants handicapés visait à répondre.

Outre le besoin de répondre à la demande croissante en travaux de recherche de qualité et en statistiques fiables sur l'ampleur du handicap, un consensus général se dégage aussi sur la nécessité de résoudre les problèmes inhérents à la génération de statistiques relatives aux enfants handicapés. Ces problèmes ont trait à la grande divergence des données et au peu d'informations disponibles sur la situation de ces enfants. Ces problèmes proviennent en grande partie d'un manque d'évaluations sûres des situations de handicap en raison de désaccords sur les définitions du handicap et de divergences de vues quant aux meilleurs moyens de le mesurer ⁷. Ces problèmes sont actuellement abordés par les initiatives de l'UNICEF et de la Banque mondiale visant à trouver un consensus sur la mesure du handicap chez les enfants.

Cadre international fondé sur les droits : conséquences pour les organisations de développement

Deux conventions clés des Nations Unies posent les principes du travail auprès des enfants handicapés : la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) et la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH).

Entrée en vigueur en 2008 et ratifiée par 138 pays à ce jour, la CDPH souligne la nécessité pour les programmes de développement internationaux de se montrer inclusifs et d'être accessibles aux personnes handicapées. Son Article 32 appelle spécifiquement les acteurs du développement à intégrer les droits des personnes handicapées. La CDPH influence de plus en plus les priorités et les exigences des donateurs, avec une tendance à obliger les organisations à démontrer que les personnes handicapées sont comprises dans leurs programmes.

3. La méthode

3.1 La collecte de données

Les données de parrainage de Plan sont recueillies en langue locale par des personnels de première ligne et des volontaires utilisant des questionnaires sur papier. Les entretiens ont lieu en présence de l'accompagnant de l'enfant parrainé. Avant le début de l'entretien, l'autorisation est obtenue d'utiliser les données recueillies pour renseigner la programmation et pour des activités de parrainage et de collecte de fonds. Le questionnaire utilisé pour l'entretien couvre l'âge, le genre, l'enregistrement de la naissance, la situation familiale, l'état de santé, l'éducation, le type de maison et de biens, et les aménagements en matière d'eau et d'assainissement. Les volontaires et personnels sont formés aux méthodes de collecte de données et sont guidés par les instructions données dans le Livret de parrainage de Plan. Une fois collectées, les données sont saisies dans ChildData, la base de données spécialisée de Plan, qui fonctionne suivant un système codé. Pour des raisons de protection de l'enfant, l'accès à ChildData est restreint au seul personnel ayant été spécifiquement habilité.

Les données sont subséquemment transférées dans une autre base de données, BI Online (Cognos), pour être utilisées à des fins de gestion, d'analyse et de recherche. Un numéro de parrainage unique est attribué à chaque enfant, ce qui garantit son anonymat ainsi que celui de sa famille. Bien que les

Explication des données de parrainage

En 2012, 1 431 075 enfants vivant dans 49 pays ont participé au programme de parrainage de Plan (le Myanmar n'a pas encore un tel programme). Les enfants parrainés ont des parrains dans 20 pays.

La base de données de parrainage de Plan contient des données pour les six dernières années, à partir de 2008. Les dons de parrainage bénéficient à la communauté entière et non seulement à l'enfant parrainé.

enregistrements de cette base de données remontent à 2008, dans le présent travail de recherche il n'a été procédé qu'à l'analyse des données de 2012, car elles contenaient les réponses les plus actuelles aux questions intéressant les enfants handicapés.

Au cours des entretiens, l'accompagnant était prié de répondre aux questions suivantes :

- L'enfant parrainé est-il atteint d'une déficience/d'un état médical pouvant conduire à un handicap (oui/non) ?
- Si oui, quel type de déficience ?

Une distinction a été faite entre la déficience (perte ou anomalie d'une structure corporelle ou d'une fonction physiologique, telle que déficience visuelle) et le handicap (déficience physique, mentale, intellectuelle ou sensorielle de longue durée qui en interaction avec d'autres obstacles peut entraver la participation pleine et entière de l'enfant à la vie de la société, sur un pied d'égalité avec les autres).

3.2 Analyse des données

Pour l'analyse statique, les données ont été transférées dans le programme statistique Stata⁸. Les enfants contenus dans la base de données ont été classés « enfants handicapés » et « enfants non handicapés » à partir des réponses des accompagnants. Les enfants handicapés ont ensuite été classés par type de déficience. Les enfants handicapés ont été comparés avec des enfants non handicapés (en tant que groupe témoin) sur plusieurs variables : enregistrement

Handicap est le terme général utilisé pour désigner les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions à la participation. Le terme renvoie aux difficultés rencontrées dans l'un quelconque ou dans l'ensemble de ces trois domaines de fonctionnement.

Déficience renvoie à tout problème fonctionnel du corps ou à toute altération corporelle, par exemple, la paralysie ou la cécité.

Limitations d'activité désigne des difficultés dans l'exécution d'activités, par exemple la marche ou l'acte de manger.

Restrictions à la participation a trait à des problèmes de participation à des situations de vie, par exemple, le fait de devoir affronter une discrimination au niveau de l'emploi ou du transport.

Rapport mondial sur le handicap, 2011

de la naissance, état de santé, éducation et pauvreté, entre autres facteurs. Les variables descriptives de la pauvreté ont été notées quantitativement par une analyse des composantes principales ⁹, dans laquelle les données de distance par rapport à une source d'eau, les biens familiaux et des caractéristiques du foyer ont été combinés pour produire un score de mesurage économique. Les valeurs moyennes et la proportion d'enfants de différentes catégories, telles que celle des enfants fréquentant l'école ou non, ont été calculées dans les cas respectifs d'enfants handicapés et non handicapés. Les différences qui se sont dégagées entre ces deux groupes d'enfants ont fait l'objet d'un test de signification statistique ¹⁰ des variables principales, afin de dégager toute relation entre la présence d'un handicap et la variable clé (telles que la pauvreté et la fréquentation scolaire).

Comme les enfants handicapés étaient généralement plus âgés que les enfants non handicapés, un réajustement des âges a été rendu nécessaire pour permettre des comparaisons valables. Un modèle de régression multiple a été élaboré pour effectuer des comparaisons en utilisant le programme statistique Stata. Au moyen de Stata, des rapports de cotes et des intervalles de confiance à 95 pour cent ¹² ont été générés, ce qui a permis d'évaluer les relations, après un rajustement tenant compte de l'âge, entre le handicap et les variables clés. La plupart des analyses ont été menées séparément pour les garçons et les filles. Dans l'analyse des variables éducatives, tous les enfants de cinq ans et plus ont été compris. Étant donné le faible nombre de jeunes de 18 ans et plus dans le programme de parrainage, ils ont été exclus de toutes les analyses par pays.

L'analyse a porté sur 30 des 50 pays où Plan poursuit des programmes de parrainage. Sur ces 30 pays, 19 ne comportaient pas suffisamment d'enfants handicapés dans leurs programmes de parrainage pour permettre de dégager des conclusions statistiquement significatives. Le nombre seuil d'enfants à retenir à cette fin était de 100. Pour cette raison, le Togo, par exemple, qui ne comptait que 98 enfants handicapés dans son programme de parrainage, n'a pas été inclus. Il convient toutefois de noter que tous les pays ont des enfants handicapés dans leur programme de parrainage. Le Myanmar n'a pas été inclus parce qu'il n'avait pas de programme de parrainage, les opérations n'ayant débuté dans ce pays qu'après le passage du cyclone Nargis.

3.3 Limitations

Comme c'est le cas avec n'importe quel fichier informatique, un certain nombre de limitations doivent être prises en compte. En premier lieu, les données ne reflètent que la situation des enfants parrainés. Dans certains endroits, les enfants parrainés sont représentatifs de tous les enfants des communautés dans lesquelles Plan est à l'œuvre. Cependant, cela n'est pas nécessairement le cas partout. Ainsi, comme les données ne représentent que des enfants parrainés, il n'est pas possible d'en dégager des affirmations concernant les enfants handicapés au niveau national.

En deuxième lieu, Plan compte plus de 1,4 millions d'enfants parrainés, mais en raison de différences dans les cycles de collecte de données, celles-ci ne sont pas toujours mises à jour annuellement pour chaque enfant. Parfois la mise à jour n'a lieu que tous les 18 mois, ou, ce qui est plus probable, deux fois pendant une même année (au début et à la fin de l'année) de sorte que l'année suivante est manquante. Lorsque cela se produit, on utilise la mise à jour la plus récente du questionnaire de parrainage. Notons que l'équipe de parrainage de Plan a récemment adapté les cycles de collecte de données de manière à ce que la collecte de données se fasse annuellement à l'avenir. La qualité des données était généralement très élevée, mais dans le cas des certaines variables, des problèmes d'erreurs de code ou de données manquantes (par ex. sur la durée du handicap) se sont présentés. Il est peu probable que la qualité des données soit associée à l'état de handicapé ou de non handicapé, si bien que tout biais statistique qui pourrait exister tendrait vers l'état nul ¹³, sous-estimant de ce fait toute association potentielle.

3.4 Situer les données dans leur contexte

L'analyse des données de parrainage représente un précieux moyen d'études quantitatives pour Plan ; cependant, pour dégager un tableau complet, ces données doivent se comprendre dans leur contexte (local). À cette fin, une information supplémentaire, portant par exemple sur les domaines d'intérêt principaux des programmes, a été comprise dans l'analyse présentée par le rapport intégral. Celui-ci indique également si les pays concernés ont signé et ratifié la CDPH et/ou s'il y existe des lois nationales spécifiques pour garantir leurs droits aux enfants handicapés.

4. Principales constatations : passer à côté de l'éducation et la santé

4.1 Arrière-plan

Voici les principales conclusions qui se dégagent des analyses du fichier Plan quant à la relation entre handicap et niveau d'éducation et de santé. Le rapport complet fournit des constatations plus détaillées, telles que les raisons de la non-fréquentation scolaire. Il présente aussi des constatations spécifiques aux pays, alors que le présent rapport se borne à présenter l'exemple de l'Indonésie.

Dans toute analyse statistique, il est important d'établir les caractéristiques démographiques afin de parvenir à une bonne compréhension de la population visée par l'analyse. Les Tableaux 1, 2 et 3 présentent le nombre total des enfants parrainés tant handicapés que non handicapés dans les 30 pays de l'étude, avec leur répartition par âge et par genre.

Malgré le grand nombre d'enfants inscrits dans le programme de parrainage, le nombre d'entre eux signalant être atteints

Constatations principales

Les enfants handicapés ont des chances nettement moindres de fréquenter l'école que les enfants non handicapés.

Lorsque des enfants handicapés fréquentent l'école, leur degré d'éducation est inférieur à celui des autres enfants.

Il est beaucoup plus probable que les enfants handicapés aient été atteints d'une maladie grave au cours des 12 mois précédents, et en particulier de malnutrition, que les enfants non handicapés.

Amérique latine, Afrique et Asie : Nombre d'enfants parrainés et répartition par handicap, âge et genre

Tableau 1
Amérique latine

| Pays | Nombre d'enfants <18 | Dont enfants handicapés | % handicapés | Âge moyen | % garçons | % filles |
|------------------------|----------------------|-------------------------|--------------|-----------|-----------|----------|
| Bolivie | 41 979 | 372 | 0,9 % | 9,5 | 41 % | 59 % |
| Brésil | 12 993 | 143 | 1,1 % | 6,9 | 44 % | 56 % |
| Colombie | 22 020 | 235 | 1,0 % | 8,8 | 42 % | 58 % |
| Équateur | 47 070 | 793 | 1,7 % | 9,7 | 46 % | 54 % |
| Guatemala | 38 797 | 432 | 1,1 % | 9,9 | 44 % | 56 % |
| Honduras | 34,040 | 551 | 1,6 % | 9,3 | 44 % | 56 % |
| Nicaragua | 27 793 | 459 | 1,7 % | 9,5 | 46 % | 54 % |
| Paraguay | 7 813 | 114 | 1,5 % | 9,0 | 46 % | 54 % |
| Pérou | 25 364 | 195 | 0,8 % | 8,9 | 42 % | 58 % |
| République dominicaine | 26 560 | 178 | 0,7 % | 8,7 | 41 % | 59 % |
| Salvador | 34 814 | 646 | 1,9 % | 10,0 | 45 % | 55 % |

Tableau 2
Afrique

| Pays | Nombre d'enfants <18 | Dont enfants handicapés | % handicapés | Âge moyen | % garçons | % filles |
|------------|----------------------|-------------------------|--------------|-----------|-----------|----------|
| Bénin | 24 547 | 108 | 0,4 % | 10,5 | 6 % | 94 % |
| Égypte | 33 871 | 452 | 1,3 % | 9,9 | 44 % | 56 % |
| Guinée | 28 208 | 146 | 0,5 % | 9,9 | 30 % | 70 % |
| Kenya | 60 139 | 258 | 0,4 % | 10,1 | 42 % | 58 % |
| Mozambique | 6 782 | 119 | 1,8 % | 6,2 | 44 % | 56 % |
| Niger | 19 103 | 185 | 1,0 % | 7,7 | 33 % | 67 % |
| Ouganda | 35 466 | 268 | 0,8 % | 9,6 | 39 % | 61 % |
| Rwanda | 6 443 | 214 | 3,3 % | 7,2 | 29 % | 71 % |
| Sénégal | 32 738 | 155 | 0,5 % | 9,1 | 36 % | 64 % |
| Soudan | 27 225 | 131 | 0,5 % | 9,8 | 37 % | 63 % |
| Tanzanie | 24 303 | 105 | 0,4 % | 9,8 | 41 % | 59 % |
| Zambie | 16 725 | 113 | 0,7 % | 10,2 | 47 % | 53 % |
| Zimbabwe | 33 346 | 200 | 0,6 % | 10,5 | 34 % | 66 % |

Tableau 3
Asie

| Pays | Nombre d'enfants <18 | Dont enfants handicapés | % handicapés | Âge moyen | % garçons | % filles |
|-------------|----------------------|-------------------------|--------------|-----------|-----------|----------|
| Inde | 65 360 | 522 | 0,8 % | 8,0 | 35 % | 65 % |
| Indonésie | 45 860 | 376 | 0,8 % | 9,4 | 45 % | 55 % |
| Népal | 38 450 | 259 | 0,7 % | 9,6 | 26 % | 74 % |
| Philippines | 33 543 | 397 | 1,2 % | 9,6 | 39 % | 61 % |
| Sri Lanka | 21 743 | 166 | 0,8 % | 9,6 | 45 % | 55 % |
| Viêt-Nam | 34 639 | 608 | 1,8 % | 8,5 | 34 % | 66 % |

d'un handicap est relativement faible, variant de 0,4 à 3,3 pour cent des enfants compris dans le programme. Bien que ces données soient utiles pour estimer la prévalence des cas de handicap signalés par les enfants mêmes parmi la population parrainée, elles ne peuvent être extrapolées à la population générale. De plus, ces estimations sont probablement inférieures à la prévalence réelle du handicap parmi les enfants parrainés, car peu d'accompagnants perçoivent leur enfant comme étant atteint d'un handicap même si l'enfant serait probablement classé comme tel dans le cadre d'une évaluation ou d'un sondage par questionnaire plus exhaustif. Il se peut aussi que l'accompagnant ne souhaite pas signaler le handicap de son enfant pour un certain nombre de raisons.

La répartition des enfants par âge et par genre a été semblable dans tous les pays. Les enfants handicapés étaient généralement plus âgés que les non handicapés. Cela cadre avec le fait qu'un handicap peut se manifester pendant le développement de l'enfant, et non pas toujours dès sa naissance.

Les tableaux 4, 5 et 6 indiquent les types de déficiences sous-jacentes constituant le handicap, classées en déficiences d'apprentissage, physique, de communication, visuelle et auditive. Parmi les enfants handicapés, les déficiences les moins fréquentes étaient celles de la vue ou de l'audition ; les plus fréquentes étaient celles de la communication ou de type physique, ces dernières étant marginalement plus nombreuses. En ce qui concerne les déficiences d'apprentissage, il est rare qu'elles soient signalées en Afrique, ce qui laisse penser à un possible sous-signallement de cet état, plutôt qu'à son absence réelle, causé par un manque d'appréciation à ce sujet ou par la crainte de la stigmatisation.

Afrique, Amérique latine et Asie :
Type de déficience signalé parmi les enfants
parrainés atteints d'un handicap (arrondi au chiffre
entier le plus proche)

Tableau 4
Afrique

| Pays | Apprentissage | Physique | Communication | Vue | Audition |
|-------------------|----------------------|-----------------|----------------------|------------|-----------------|
| Bénin | 1 % | 31 % | 5 % | 46 % | 17 % |
| Égypte | 26 % | 31 % | 26 % | 13 % | 4 % |
| Guinée | 3 % | 43 % | 32 % | 13 % | 8 % |
| Kenya | 6 % | 25 % | 28 % | 15 % | 27 % |
| Mozambique | 2 % | 23 % | 30 % | 17 % | 29 % |
| Niger | 1 % | 48 % | 27 % | 14 % | 10 % |
| Ouganda | 1 % | 36 % | 26 % | 15 % | 22 % |
| Rwanda | 3 % | 45 % | 9 % | 22 % | 21 % |
| Sénégal | 6 % | 27 % | 45 % | 17 % | 5 % |
| Soudan | 6 % | 38 % | 24 % | 21 % | 10 % |
| Tanzanie | 3 % | 57 % | 18 % | 10 % | 11 % |
| Zambie | 6 % | 32 % | 22 % | 20 % | 19 % |
| Zimbabwe | 11 % | 37 % | 23 % | 15 % | 16 % |

Tableau 5
Amérique latine

| Pays | Apprentissage | Physique | Communication | Vue | Audition |
|-------------------------|----------------------|-----------------|----------------------|------------|-----------------|
| Bolivie | 20 % | 19 % | 33 % | 20 % | 8 % |
| Brésil | 27 % | 43 % | 12 % | 13 % | 6 % |
| Colombie | 29 % | 21 % | 26 % | 19 % | 6 % |
| Équateur | 21 % | 22 % | 25 % | 25 % | 6 % |
| Guatemala | 11 % | 24 % | 31 % | 27 % | 7 % |
| Honduras | 26 % | 21 % | 19 % | 28 % | 7 % |
| Nicaragua | 21 % | 22 % | 28 % | 23 % | 6 % |
| Paraguay | 20 % | 28 % | 23 % | 25 % | 4 % |
| Pérou | 26 % | 22 % | 24 % | 25 % | 4 % |
| Rép. dominicaine | 16 % | 32 % | 20 % | 28 % | 4 % |
| Salvador | 10 % | 36 % | 33 % | 15 % | 7 % |

Tableau 6
Asie

| Pays | Apprentissage | Physique | Communication | Vue | Audition |
|--------------------|----------------------|-----------------|----------------------|------------|-----------------|
| Inde | 4 % | 45 % | 24 % | 23 % | 5 % |
| Indonésie | 9 % | 32 % | 39 % | 12 % | 7 % |
| Népal | 3 % | 53 % | 25 % | 16 % | 4 % |
| Philippines | 10 % | 36 % | 31 % | 17 % | 6 % |
| Sri Lanka | 10 % | 24 % | 33 % | 22 % | 12 % |
| Viêt-Nam | 20 % | 33 % | 18 % | 22 % | 7 % |

4.2 Éducation – oublié, freiné dans son évolution

L'analyse des enfants face à l'éducation portait sur la fréquentation scolaire, les raisons de non-fréquentation scolaire, et le niveau d'éducation parmi les enfants de cinq ans et plus.

Fréquentation scolaire

Les taux de fréquentation scolaire parmi les enfants non handicapés sont généralement très élevés, se situant à plus de 90 pour cent dans la plupart des pays. Mais il ressort clairement de l'analyse que la probabilité que les enfants handicapés bénéficient d'une éducation formelle est nettement plus faible. Par exemple, au Brésil, 98 pour cent des garçons et des filles parrainés non handicapés vont à l'école, en comparaison de 72 pour cent des garçons handicapés et 77 pour cent des filles handicapées qui y vont. Après un rajustement tenant compte de l'âge, les tableaux 7, 8 et 9 montrent le nombre de fois où la probabilité qu'un enfant handicapé fréquente l'école est inférieure à celle d'un enfant non handicapé (le rapport des cotes). Constat alarmant, la probabilité qu'un enfant handicapé ne fréquente pas l'école est souvent dix fois supérieure à celle relevée pour un enfant non handicapé. Bien que l'ampleur de cette relation varie d'un pays à l'autre, la relation était généralement semblable pour les garçons et les filles dans chacun des pays.

Non-fréquentation scolaire

La raison la plus souvent invoquée pour laquelle des enfants handicapés ne se rendent pas à l'école tient à une situation de déficience ou de maladie. Par contre, la principale raison de non-fréquentation scolaire d'un enfant non handicapé tient à son trop jeune âge. Ainsi, en Égypte, 80 pour cent des enfants handicapés disent qu'ils ne vont pas à l'école « parce qu'ils ont une déficience » alors que 75 pour cent des enfants non handicapés disent qu'ils ne vont pas à l'école « parce qu'ils sont trop jeunes ». Quand un enfant déclare qu'une déficience est la cause principale de sa non-fréquentation scolaire, il faut penser que l'obstacle l'empêchant de réaliser son droit à l'éducation tient à une exclusion liée à son handicap, et non à un manque d'accès à l'éducation de manière générale. De nouvelles recherches seront nécessaires pour comprendre les raisons sous-jacentes de la non fréquentation scolaire.

Amérique latine, Afrique et Asie : Rapports des cotes entre handicap et non-fréquentation scolaire parmi les enfants de plus de 5 ans

Tableau 7
Amérique latine

| Pays | Garçons | Filles |
|------------------|---------|--------|
| Honduras | 3,2* | 4,1* |
| Équateur | 11,3* | 9,1* |
| Brésil | 15,1* | 25,2* |
| Paraguay | 21,9* | 21,3* |
| Guatemala | 5,3* | 4,0* |
| Bolivie | 7,8* | 8,5* |
| Colombie | 30,0* | 21,5* |
| Nicaragua | 9,1* | 10,0* |
| Pérou | 15,6* | 13,9* |
| Rép. dominicaine | 16,3* | 31,0* |
| Salvador | 6,3* | 5,0* |

Tableau 8
Afrique

| Pays | Garçons | Filles |
|------------|---------|--------|
| Bénin | 4,5 | 3,2* |
| Égypte | 25,4* | 19,5* |
| Guinée | 8,1* | 10,9* |
| Kenya | 52,2* | 60,2* |
| Mozambique | 2,0 | 5,4* |
| Niger | 2,8* | 6,0* |
| Ouganda | 18,8* | 10,2* |
| Rwanda | 4,3* | 2,1* |
| Sénégal | 6,6* | 3,7* |
| Soudan | 20,7* | 14,1* |
| Tanzanie | 3,9* | 5,5* |
| Zambie | 8,2* | 5,7* |
| Zimbabwe | 7,2* | 4,1* |

Tableau 9
Asie

| Pays | Garçons | Filles |
|-------------|---------|--------|
| Inde | 8,6* | 4,0* |
| Indonésie | 10,0* | 20,8* |
| Népal | 13,4* | 6,3* |
| Philippines | 13,9* | 13,1* |
| Sri Lanka | 38,7* | 36,1* |
| Viêt-Nam | 10,8* | 17,5* |

** Résultat statistiquement
significatif à valeur nulle < 0,05*

Niveaux d'éducation

Les enfants handicapés qui ne vont pas à l'école enregistrent un niveau d'éducation généralement inférieur à celui de leurs camarades non handicapés du même âge. Par exemple, au Guatemala, par comparaison aux garçons non handicapés, les garçons handicapés enregistrent une probabilité 7,8 fois supérieure (rapport des cotes) de se trouver au jardin d'enfant ou à l'école enfantine et 3 fois supérieure de se trouver dans un cycle primaire, plutôt que secondaire.

Dans la plupart des pays, les taux d'inclusion d'enfants handicapés sont les plus élevés chez ceux affectés de déficiences de vue ou d'audition, et les plus faibles chez ceux montrant des déficiences d'apprentissage, physiques ou de communication. Cela indique que le taux d'exclusion peut être associé au type de déficience. Ce domaine appelle à de nouvelles recherches pour établir pourquoi, par exemple, certains enfants atteints de certains types de déficience sont mieux capables d'accéder à l'école que des enfants affectés par d'autres types de déficience. De telles recherches aideraient Plan à identifier des cibles pour la promotion de l'inclusion.

4.3 Santé – vulnérabilité accrue

Le questionnaire de parrainage pose la question de savoir si l'enfant parrainé a connu « de graves problèmes de santé au cours des 12 derniers mois », et, si tel est le cas, demande des précisions sur le type de maladie subie.

Il ressort de l'analyse que les enfants handicapés sont beaucoup plus susceptibles d'avoir connu de graves problèmes de santé au cours des 12 mois précédents que les enfants non handicapés (Tableaux 10, 11 et 12). Selon toute vraisemblance, la maladie grave peut être liée aussi bien au handicap (par ex. un enfant ayant une déficience auditive et souffrant de problèmes auriculaires continus) qu'à la plus grande vulnérabilité d'enfants handicapés à une maladie grave (par ex. un enfant handicapé pourrait être exposé davantage à la malnutrition en raison de difficultés de nourrissage).

Amérique latine, Afrique et Asie : Rapport des cotes entre le handicap et la survenue d'une maladie grave au cours des 12 mois précédents

Tableau 10
Amérique latine

| Pays | Garçons | Filles |
|------------------|---------|--------|
| Bolivie | 4,6* | 5,3* |
| Brésil | 5,4* | 5,1* |
| Colombie | 9,7* | 7,1* |
| Equateur | 5,3* | 5,8* |
| Guatemala | 4,7* | 3,9* |
| Honduras | 3,1* | 2,7* |
| Nicaragua | 2,7* | 2,1* |
| Paraguay | 3,6* | 4,2* |
| Pérou | 4,2* | 6,3* |
| Rép. dominicaine | 5,9* | 9,3* |
| Salvador | 2,5* | 3,0* |

Tableau 12
Asie

| Pays | Garçons | Filles |
|-------------|---------|--------|
| Inde | 3,6* | 2,9* |
| Indonésie | 4,3* | 3,0* |
| Népal | 3,8* | 5,4* |
| Philippines | 4,4* | 3,2* |
| Sri Lanka | 12,4* | 26,1* |
| Viêt-Nam | 3,4* | 3,0* |

Tableau 11
Afrique

| Pays | Garçons | Filles |
|------------|----------------|--------|
| Bénin | pas de données | 4,7* |
| Egypte | 9,5* | 14,8* |
| Guinée | 17,7* | 12,9* |
| Kenya | 4,1* | 3,9* |
| Mozambique | 4,7* | 2,4* |
| Niger | 1,1 | 1,3 |
| Ouganda | 3,6* | 3,4* |
| Rwanda | 5,1* | 10,8* |
| Sénégal | 7,0* | 10,4* |
| Soudan | 3,8* | 10,4* |
| Tanzanie | 6,9* | 4,7* |
| Zambie | 3,0* | 1,6* |
| Zimbabwe | 6,3* | 6,9* |

** Résultat statistiquement
significatif à valeur nulle < 0,05*

5. Analyse d'un pays échantillon : L'Indonésie

Au cours des dix dernières années, l'Indonésie est devenu un pays à revenu intermédiaire avec l'un des taux de développement les plus rapides d'Asie. Cependant, le progrès économique y a été inégal et a été marqué par un élargissement de l'écart des revenus entre régions urbaines, rurales et reculées. La partie orientale de l'Indonésie, en particulier, connaît des problèmes de développement en raison de son isolation géographique et de sa marginalisation par rapport aux centres commerciaux et administratifs ¹⁴. Pour cette raison, c'est dans cette partie du pays que les opérations de Plan en Indonésie sont concentrées. Plan Indonésie gère neuf unités de programme couvrant 294 communautés et comprenant 46 015 enfants parrainés, dont 380 ont fait part du fait qu'ils étaient affectés d'une déficience quelconque ¹⁶.

Dans sa planification stratégique, Plan Indonésie accorde une priorité particulière à la prise en charge et au développement de la petite enfance. Elle s'intéresse particulièrement aux enfants handicapés, qui souvent ne sont jamais scolarisés. La Direction indonésienne des services d'éducation spéciale estimait en 2010 que plus de deux millions d'enfants handicapés d'âge scolaire n'étaient pas scolarisés. Plan poursuit l'élaboration de programmes pour s'attaquer à ce problème et, dans cette optique, la présente étude devrait étendre la base de connaissance existante et renseigner toute action future dans ce domaine.

5.1 Éducation

L'analyse des données de parrainage montre qu'après un rajustement tenant compte de l'âge, la probabilité que les enfants handicapés fréquentent l'école est nettement moindre que dans le cas des enfants non handicapés (Tableau 13). De la même façon, après ce même rajustement tenant compte des différentes d'âge, les enfants

handicapés, et plus particulièrement les filles, étaient plus susceptibles de se trouver à un cycle scolaire inférieur que les enfants non handicapés. La déficience a été mise en avant comme premier motif déclaré de non fréquentation scolaire parmi les enfants handicapés (73 pour cent), tandis que le fait d'être trop jeune est le premier motif déclaré de non fréquentation scolaire parmi les enfants non handicapés (79 pour cent). Pour ce qui est du type de déficience, les données montrent que les enfants à déficience physique ou communicative étaient les plus susceptibles de ne pas fréquenter l'école. Ce profil général est manifeste parmi les garçons et les filles (tableau 14).

Tableau 13
Enfants sponsorisés âgés de 5 ans et plus recevant une éducation formelle en Indonésie

| | Garçons | | | Filles | | |
|------------|------------|----------------|---|------------|----------------|---|
| | Handicapés | Non handicapés | Rapport des cotes après ajustement d'âge* | Handicapés | Non handicapés | Rapport des cotes après ajustement d'âge* |
| Oui | 115 (61 %) | 17 196 (94 %) | RÉFÉRENTIEL | 77 (48 %) | 20 690 (95 %) | RÉFÉRENTIEL |
| Non | 73 (39 %) | 1 088 (6 %) | 10,0 (7,4 - 13,5) | 84 (52 %) | 1 061 (5 %) | 20,8 (15,1 - 28,5) |

Tableau 14
Type de déficience parmi des enfants sponsorisés handicapés en regard de l'éducation

| | Garçons : Rapport des cotes après ajustement d'âge* | Filles : Rapport des cotes après ajustement d'âge* | Groupe total : Rapport des cotes après ajustement d'âge et de sexe* |
|-----------------------|---|--|---|
| Non handicapés | RÉFÉRENTIEL | RÉFÉRENTIEL | RÉFÉRENTIEL |
| Apprentissage | 3,8 (1,4 - 10,4) | 5,5 (1,1 - 26,7) | 4,3 (1,9 - 10,0) |
| Physique | 11,7 (7,2 - 19,1) | 16,3 (8,3 - 31,7) | 13,0 (8,7 - 19,2) |
| Communication | 19,9 (11,7 - 33,6) | 44,4 (27,7 - 71,3) | 30,8 (21,8 - 43,6) |
| Vue | 4,4 (1,6 - 11,8) | 4,8 (1,6 - 14,4) | 4,5 (2,2 - 9,4) |
| Audition | 2,3 (0,5 - 10,6) | 7,8 (2,4 - 24,9) | 4,6 (1,9 - 11,4) |

*Intervalle de confiance 95 %

5.2 Santé

Les enfants handicapés en Indonésie étaient relativement plus nombreux que les enfants non handicapés à signaler qu'ils avaient été atteints d'une grave maladie au cours des 12 mois précédents. Ce profil était particulièrement prononcé chez les enfants affectés d'une déficience physique ou auditive (Tableau 15). Les maladies les plus souvent citées étaient, dans l'ordre de leur fréquence, le paludisme, la diarrhée grave, l'infection aiguë des voies respiratoires, la malnutrition, et des maladies susceptibles d'être prévenues par vaccination.

Presque tous les enfants parrainés ont cherché à recevoir des soins après avoir signalé être atteints d'une grave maladie au cours des 12 mois précédents. Cependant, les enfants handicapés étaient relativement moins nombreux à rechercher un traitement que les enfants non handicapés. Parmi les enfants handicapés qui n'avaient pas recherché de traitement, les raisons invoquées étaient le prix du traitement ou l'absence de transport. Une partie des garçons handicapés qui étaient tombés malades ont été hospitalisés, mais cela n'a pas été le cas pour les filles.

Tableau 15
Enfants parrainés en Indonésie, handicapés et non handicapés, ayant subi une maladie grave dans les 12 mois précédents

| | Garçons | | | Filles | | |
|------------|------------|----------------|---|------------|----------------|---|
| | Handicapés | Non handicapés | Rapport des cotes après ajustement d'âge* | Handicapés | Non handicapés | Rapport des cotes après ajustement d'âge* |
| Non | 159 (80 %) | 19,167 (94 %) | RÉFÉRENTIEL | 151 (86 %) | 23 860 (95 %) | RÉFÉRENTIEL |
| Oui | 41 (21 %) | 1 155 (6 %) | 4,3 (3,1 - 6,1) | 25 (14 %) | 1 302 (5 %) | 3,0 (2,0 - 4,7) |

*Intervalle de confiance 95 %

Étude de cas : Un projet d'inclusion scolaire favorise l'apprentissage du jeune Anang

Anang est un garçon parrainé de 11 ans atteint de handicaps multiples, qui vit avec sa famille à Rembang, dans le centre de Java. Il a des problèmes de vue et d'audition, et pendant longtemps il ne pouvait pas marcher. Les jours où il allait à l'école, sa mère le portait sur ses épaules. Aujourd'hui, Anang est en sixième année du primaire.



Grâce à un projet appuyé par l'UE pour la promotion de l'inclusion scolaire à Rembang, Anang peut maintenant se rendre à l'école en fauteuil roulant. Ses instituteurs ont reçu une formation à l'enseignement d'enfants à besoins spéciaux. Grâce à leur soutien, Anang a appris à se tenir debout et à marcher seul.

Ses parents déclarent que le projet a aidé leur fils de plusieurs manières.

« Tous ses camarades lui viennent en aide, poussant son fauteuil roulant vers la salle de classe et le conduisant aux toilettes. » Anang parvient à mieux communiquer. Il utilise aussi son téléphone portable pour envoyer des textos. Comme il adore les mathématiques, ses enseignants le soutiennent en enregistrant les activités en classe, qu'il écoute maintes fois de retour à la maison ».

Anang est maintenant prêt à achever sa scolarité primaire. Ses récents progrès donnent à ses parents l'espoir qu'il pourra bientôt entrer à l'école secondaire.



6. Conclusion :

développer notre compréhension

Les constatations qui se dégagent de cette étude ont trois ensembles de conséquences qui s'alignent sur ses objectifs. Ces objectifs consistaient à acquérir une meilleure compréhension des défis que les enfants handicapés parrainés ont à relever ; à combler les manques de connaissance dans ce domaine ; et à évaluer l'utilité du fichier de données de parrainage de Plan dans l'amélioration de la programmation et la poursuite de recherches élargies.

Premièrement, il ressort de l'analyse du fichier que les enfants handicapés sont beaucoup moins nombreux que les enfants non handicapés à être scolarisés. En outre, la probabilité qu'ils aient été victimes d'une grave maladie au cours des 12 mois précédents est beaucoup plus forte chez eux que chez leurs camarades non handicapés. Ces deux constatations ont des répercussions importantes par rapport à la participation de l'enfant au sein de sa communauté et à la famille de l'enfant. Cette famille pourrait être obligée de prendre soin de l'enfant malade ou de l'enfant absent de l'école, ou de régler les frais de son traitement. Tout cela impose des sollicitations supplémentaires à des ménages déjà économiquement faibles. Dans le long terme, le médiocre état de santé et la non-fréquentation scolaire de l'enfant auront vraisemblablement des incidences durables sur sa vie. Ces facteurs influenceront probablement ses perspectives d'emploi, sa participation aux activités sociales et la qualité générale de sa vie, en particulier le risque de se retrouver dans la pauvreté.

Deuxièmement, pour définir la réponse de Plan à ces défis dans le cadre de ses programmes, des recherches supplémentaires doivent être entreprises pour établir pourquoi des enfants handicapés ne fréquentent

pas l'école et pourquoi ils sont victimes de forts taux de morbidité. Il y a également lieu d'examiner les moyens de prévenir ou d'atténuer ces taux de morbidité. Lorsque ces travaux de recherche seront achevés, Plan pourra élaborer des interventions ciblées accompagnées de l'inclusion du handicap, afin d'améliorer la vie d'enfants handicapés dans les zones couvertes par ses programmes, et également pour plaider de manière élargie en faveur du changement dans les pays concernés.

Troisièmement, ce travail a montré que le fichier de parrainage de Plan constitue une ressource précieuse et utilisable, susceptible de renseigner la programmation de Plan. L'analyse a fait ressortir des questions liées à d'autres aspects de l'inclusion qu'il conviendra d'explorer à l'intérieur du fichier, touchant par exemple à la relation entre le genre et l'inclusion. Il serait également à l'avantage de Plan d'examiner de près la façon dont le fichier pourrait être utilisé pour suivre des enfants dans la durée et pour mener de précieuses études longitudinales sur les trajectoires de vie d'enfants parrainés. Plus particulièrement, le suivi longitudinal d'enfants handicapés serait utile pour comparer leur inclusion au fil des années, en termes de moyens de subsistance et de participation sociale, à celle d'enfants non handicapés. Ces facteurs n'ont pas encore été explorés par d'autres organisations.

La présente étude présente un double intérêt. Elle a non seulement mis en lumière les questions que Plan devra affronter dans ses programmes, mais elle a également contribué à dégager une information importante permettant de mieux comprendre la situation actuelle d'enfants handicapés. Plan pourra l'utiliser pour améliorer son travail auprès des communautés qu'elle assiste, tandis que l'information captée par le fichier de parrainage pourra ajouter de la valeur à l'ensemble des connaissances et à l'apprentissage relatif aux enfants handicapés.

Notes de fin

1. *Rapport mondial sur le handicap*. Organisation mondiale de la santé, 2011, p.4, à http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/index.html
2. *Situation des enfants dans le monde : enfants handicapés*. Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2013, p. 9, à <http://www.unicef.org/french/sowc2013/index.html>
3. *Rapport mondial sur le handicap*, p.36.
4. *Un Plan, Un But*, Plan International, 2011, pp.2, 4 et 5, à <http://www.plan-international.org/files/global/publications/about-plan/Strategy-2015.pdf>
5. La London School of Hygiene and Tropical Medicine s'est chargée de l'analyse statistique de ce travail de recherche.
6. *Situation des enfants dans le monde*, p. 9.
7. *Rapport mondial sur le handicap* p.46.
8. Stata est un logiciel de statistique qui réalise des tâches d'analyse de données, de gestion de données et de représentation graphique de données.
9. L'analyse des composantes principales est une procédure statistique permettant de convertir un ensemble d'observations en un score unique. Dans le présent cas, un grand nombre d'observations touchant à la pauvreté (par ex. biens des ménages et assainissement) sont converties en un score unique de mesure de la pauvreté.
10. La signification statistique est obtenue lorsqu'un test rejette l'hypothèse nulle. Elle est normalement déterminée en obtenant une valeur p inférieure à 0.05 par le test statistique.
11. Un modèle de régression logistique multiple est un modèle statistique dans lequel la différence entre deux groupes (par ex. entre enfants handicapés et enfants non handicapés fréquentant l'école) est évaluée tout en maintenant constantes d'autres différences (telles que l'âge) entre les groupes.
12. Un intervalle de confiance de 95 % indique la plage de données dont on peut être à 95 % certain qu'elle contiendra la valeur vraie du paramètre.
13. La valeur nulle est également appelée « biais non différentiel d'erreur de classement » en termes techniques. Il signifie que si la mesure d'une variable (telle que la survenue d'une maladie au cours du dernier mois) est faible, deux groupes différents pour cette variable seront plus comparables. Autrement dit, certains enfants malades ont été classés comme étant non malades, et inversement, dans les deux groupes. Cela signifie que les différences sont masquées, et que l'association signalée est biaisée en direction de la valeur nulle, celle-ci indiquant l'absence de différence entre les deux groupes.
14. *Plan stratégique de pays 2013 – 2017*, Plan Indonésie, 2013.
15. Plan Indonésie compte un total de 46 015 enfants parrainés, dont 380 présentaient une déficience signalée. Cependant, vu l'exclusion des jeunes de plus de 18 ans et des enfants dont les données étaient manquantes, le nombre total d'enfants parrainés analysés dans cette étude était de 45 860, dont 376 présentaient une déficience signalée.

Information de publication

Publié par Plan Limited
Block A, Dukes Court
Duke Street
Woking
Surrey GU21 5BH
Royaume-Uni

Plan Limited est une filiale à part entière de Plan International, Inc. (une organisation à but non lucratif immatriculée dans l'État de New York, aux États-Unis). Elle est une société à responsabilité limitée immatriculée en Angleterre sous le numéro 03001663.

Ce rapport a été publié pour la première fois en 2013. Sauf indication du contraire, son texte et ses photos sont sous copyright Plan 2013.

Ce rapport est diffusé sous la licence Creative Commons BY NC ND 3.0 (de type attribution, non commercial, non dérivé). Cela signifie que vous pouvez partager, copier et transmettre notre document à des fins non commerciales, mais que vous devez nommer Plan International comme l'entité autorisant la reproduction de ce document. Pour plus de précisions, prière de consulter www.creativecommons.org.

Si vous souhaitez inclure toute partie de cette publication dans une documentation réalisée pour la vente, merci de nous contacter à publishing@plan-international.org pour en discuter l'autorisation.

Catalogage de données publiques par la British Library : Un enregistrement de catalogue relatif à la présente publication est disponible à la British Library. ISBN : 978-1-906273-51-4.

