

Inclure les personnes en situation de handicap dans la réponse d'urgence à une crise : réagir face aux constats alarmants du terrain

Thomas Calvot

Volume 18, numéro 1, septembre 2009

Situations de crise et situations de handicap
Humanitarian Crisis and Disabling Situations

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1087636ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1087636ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Réseau International sur le Processus de Production du Handicap

ISSN

1499-5549 (imprimé)

2562-6574 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Calvot, T. (2009). Inclure les personnes en situation de handicap dans la réponse d'urgence à une crise : réagir face aux constats alarmants du terrain. *Développement Humain, Handicap et Changement Social / Human Development, Disability, and Social Change*, 18(1), 31–44. <https://doi.org/10.7202/1087636ar>

Résumé de l'article

Cet article illustre la problématique du handicap et de l'urgence selon l'expérience de Handicap International, une organisation non gouvernementale qui oeuvre au quotidien depuis 1982 aux côtés des personnes en situation de handicap et des personnes vulnérables confrontées à différents types de crises. Nous nous attacherons dans un premier temps à décrire les conséquences d'une crise humanitaire en termes de création/augmentation du handicap et ses impacts sur la vie quotidienne de la personne en situation de handicap à travers la grille d'analyse du Processus de production du handicap (PPH). Puis, nous décrirons brièvement le cadre légal et les recommandations existantes dans le champ du handicap et de l'urgence. Nous poursuivrons ensuite avec le constat essentiel relevé sur le terrain ces dernières années, tendant à prouver que peu de ces obligations et recommandations sont respectées. Nous rebondirons enfin sur un certain nombre de principes d'actions et de solutions simples, nés de l'expérience visant à améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap dans l'urgence.

Inclure les personnes en situation de handicap dans la réponse d'urgence à une crise : réagir face aux constats alarmants du terrain

THOMAS CALVOT

Handicap International, France

Article

Résumé

Cet article illustre la problématique du handicap et de l'urgence selon l'expérience de Handicap International, une organisation non gouvernementale qui œuvre au quotidien depuis 1982 aux côtés des personnes en situation de handicap et des personnes vulnérables confrontées à différents types de crises. Nous nous attacherons dans un premier temps à décrire les conséquences d'une crise humanitaire en termes de création / augmentation du handicap et ses impacts sur la vie quotidienne de la personne en situation de handicap à travers la grille d'analyse du Processus de production du handicap (PPH). Puis, nous décrirons brièvement le cadre légal et les recommandations existantes dans le champ du handicap et de l'urgence. Nous poursuivrons ensuite avec le constat essentiel relevé sur le terrain ces dernières années, tendant à prouver que peu de ces obligations et recommandations sont respectées. Nous rebondirons enfin sur un certain nombre de principes d'actions et de solutions simples, nés de l'expérience visant à améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap dans l'urgence.

Mots-clés : humanitaire, urgence, crise, handicap, vulnérabilité, partenariat

Abstract

This article illustrates the issue of disability and emergency situations based on the experience of Handicap International, a non-governmental organization that has been working on a daily basis since 1982 to support persons living in disabling situations and vulnerable persons faced with various types of crisis. Based on the Disability Creation Process (DCP) conceptual model, an analysis of the potential consequences of these humanitarian crisis situations on the creation and increase of disabling situations, as well as of the impacts they may have on daily living activities of persons with disabilities will be exposed. It will be followed by a brief description of the existing international legislative framework and recommendations regarding disability and emergency situations. Then general fieldwork observations will show evidence that few of these requirements and recommendations are fulfilled. Finally, some principles of action and simple solutions drawn from the field experience of improving the management of persons living in disabling in cases of emergency will be presented.

Key words : humanitarian aid, emergency, crisis, disability, vulnerability, partnership

Introduction

Les acteurs de l'urgence travaillant en contexte de crise humanitaire et proposant assistance et protection aux populations affectées sont confrontés à de multiples défis : ils doivent apporter un support direct, immédiat et efficace, parfois au détriment des considérations de durabilité et d'impacts à long terme, et ce, afin de pouvoir sauver des vies et atténuer rapidement les souffrances induites par une crise. Le travail avec les partenaires locaux, un point clef du développement, peut s'avérer délicat à mettre en œuvre dans l'urgence, du fait de leurs liens souvent étroits avec les parties prenantes et de leur manque d'expérience en urgence. L'accès à la zone de crise est parfois extrêmement difficile, voire impossible. Les acteurs de l'urgence vont donc souvent privilégier une aide de masse, au plus grand nombre, et ne seront pas très attentifs aux situations de vulnérabilité particulières.

Pourtant, il y a dans le monde aujourd'hui près de 650 millions de personnes ayant des incapacités. Cela représente près de 10% de la population mondiale. Ce sont donc, avec leurs familles et leurs proches, près de 25% de la population mondiale qui sont directement touchés par la problématique du handicap. Les enfants représentent un tiers de ces personnes. Deux tiers d'entre elles présentent des incapacités consécutives à un accident ou une maladie pourtant évitable. Selon la méthode de calcul de l'Organisation Mondiale de la Santé, il y aurait par ailleurs entre 2,6 et 3,7 millions de personnes ayant des incapacités au sein des 37 millions de personnes réfugiées ou déplacées sur la planète.

De fait, la nécessité d'apporter une assistance attentive, et donc inclusive, en faveur des personnes en situation de handicap est de moins en moins discutable, du moins en théorie, lors des différentes phases d'une réponse d'urgence. Les acteurs internationaux et les entités gouvernementales le reconnaissent d'ailleurs volontiers et affirment de plus en plus qu'au sein des projets d'urgence qu'ils mettent en

œuvre, une attention particulière sera apportée aux personnes en situation de handicap.

Nous allons toutefois exposer dans cet article comment, malgré un cadre légal certes insuffisant mais déjà existant ainsi que des recommandations déjà bien structurées et acceptées, l'inclusion et la participation sociale des personnes en situation de handicap en temps de crise reste très insuffisante, voire inexistante. Nous allons également montrer qu'il est nécessaire, dès le moment clef de la réponse initiale d'urgence, de proposer des solutions très directes et très concrètes.

La crise humanitaire : un impact immédiat majeur sur les facteurs personnels mais aussi sur l'environnement et donc une cause importante de création de situations de handicap et d'exclusion

Tout d'abord, la crise, et on le comprendra aisément, va augmenter les facteurs de risques et, par voie de conséquence, augmenter la prévalence des déficiences et des incapacités parmi les populations touchées.

- Une crise, telle qu'un séisme ou un conflit armé, va provoquer un grand nombre de blessures, de fractures complexes, d'écrasements, de traumatismes médullaires, de traumatismes crâniens, etc. qui, s'ils ne sont pas traités, pourront entraîner sur le très court terme des déficiences et incapacités permanentes. À titre d'exemple, dans les suites de séismes, nous constatons habituellement parmi les blessés un taux de fracture de l'ordre de 55% (pour les trois quarts aux membres inférieurs), de 5% d'amputation et de 5% de lésions de la moelle épinière¹.
- Dans le même temps, et du fait de la rupture de continuité des services de santé communautaires, ainsi que des déplacements et changements dans les concentrations de population, le risque épidémique va augmenter.

¹ Voir « Handicap International - Preliminary findings about persons with injuries - Earthquake of 30th September 2009, West Sumatra » : [www.reliefweb.int/rw/RWFFiles2009.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/MYAI-7X6BHM-full_report.pdf/\\$File/full_report.pdf](http://www.reliefweb.int/rw/RWFFiles2009.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/MYAI-7X6BHM-full_report.pdf/$File/full_report.pdf)



- Enfin, en contexte de conflit, l'utilisation d'armements tels que les mines antipersonnel et bombes à sous munitions vont créer un facteur de risque supplémentaire de blessures graves et d'amputations, et ce, même à distance de l'épicentre de la crise. Une personne en est encore aujourd'hui victime toutes les 90 minutes.

Il est tout aussi important de comprendre que la crise va affecter sur le court terme les facteurs personnels qui sont en lien avec l'intégrité corporelle de la personne :

- La crise va mettre en danger l'intégrité des fonctions corporelles par le manque d'accès aux éléments essentiels à la vie que sont l'eau, la nourriture, ou encore l'accès à un abri.
- La crise va créer ou aggraver des incapacités préexistantes par la rupture soudaine de l'accès à des soins essentiels ou à des traitements appropriés (ex : insuline pour les diabétiques, antiépileptiques, etc.)
- Elle sera également la cause de perte d'aides techniques et d'éléments facilitateurs (aides de marche, fauteuils roulants, aides de vues, prothèses et orthèses), souvent par le simple fait que les personnes en situation de handicap seront obligées de fuir rapidement en les abandonnant derrière elles.

Enfin, et c'est là un point clef qui est difficile à comprendre pour un acteur généraliste peu sensibilisé à la problématique du handicap, elle va avoir un impact négatif majeur sur l'environnement, souvent sur le long terme. Cet impact va se traduire par :

- la perte d'un environnement physique facilitant, souvent choisi et amélioré par la personne en situation de handicap : lieu de résidence adapté, voies environnantes accessibles, etc.;
- la perte de tous ou d'une partie des aidants : familles, proches, mais plus largement la communauté environnante, qui donnaient sa pleine place à la personne en situation de handicap dans son milieu de vie;

- la perte de services spécifiques qui sont connus et accessibles par la personne en situation de handicap, tels que des services de physiothérapie et des centres orthopédiques, des centres adaptés pour les personnes ayant des déficiences visuelles, des écoles spécialisées, des lieux de travail adaptés, etc.

Pour illustrer ces derniers points, on peut prendre l'exemple des déplacements de population survenus dans les provinces du nord-ouest du Pakistan depuis mai 2009, dans les suites de l'offensive armée gouvernementale, qui ont touché près de deux millions de personnes. Nous avons constaté qu'au sein de la population assistée par nos soins, 47% des personnes vulnérables² présentaient le besoin immédiat d'une aide technique ou d'une aide à la mobilité. Dans la bande de Gaza, suite au conflit du début de l'année 2009, ce besoin concernait « seulement » 27% des bénéficiaires vulnérables de l'intervention, car les hostilités n'avaient pas engendré de déplacements massifs de population.

Le modèle conceptuel du PPH se révèle un outil d'analyse précieux dans la compréhension de l'impact global d'une crise humanitaire sur les personnes en situation de handicap et celles considérées vulnérables.

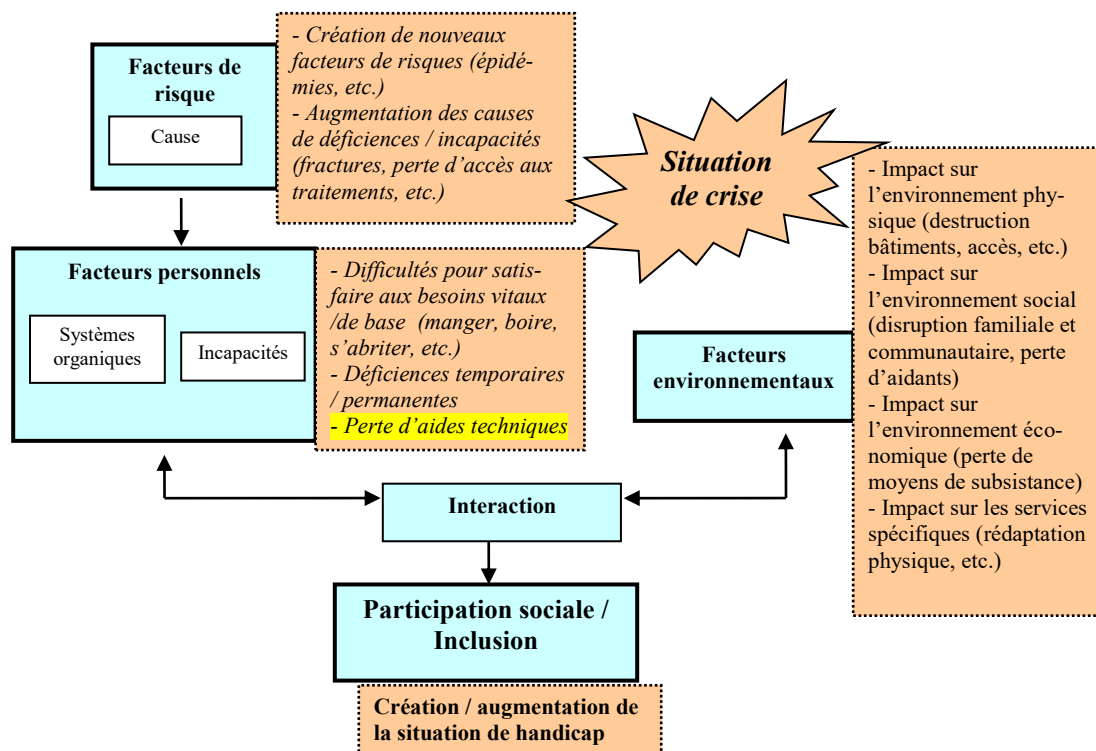
Un élément essentiel apparaît à la lecture de ce schéma : le fait que même sans déficience ou incapacité permanente, *un grand nombre de personnes va se retrouver en situation de handicap*, d'une part, du fait d'incapacités temporaires qui sont la conséquence de la crise, mais d'autre part, du fait de l'impact profond que peut avoir une crise sur l'environnement d'une communauté.

En effet, au-delà des personnes ayant des déficiences et des incapacités, ce sont également les personnes âgées³, les personnes blessées, personnes souffrant d'une maladie

² Personnes en situation de handicap, personnes âgées, malades chroniques et personnes blessées.

³ La notion de personne âgée est contextuelle à chaque pays, mais en général il s'agit des personnes au-delà de 50 à 55 ans.

FIGURE 1: TRADUCTION DE L'IMPACT D'UNE SITUATION DE CRISE EN LIEN AVEC LE PPH



chronique, mais aussi les femmes enceintes qui lutteront au quotidien pour avoir accès à l'aide humanitaire. Celles-ci sont d'ailleurs incluses dans la catégorie des « personnes vulnérables⁴» par les agences des Nations Unies et de facto par une part importante des Organisations Non Gouvernementales (ONG) internationales.

Cette compréhension implique donc la nécessité d'aller, pour les acteurs spécialisés dans le handicap, au-delà de leur champ habituel d'actions et de considérer une réponse d'urgence pour toute personne faisant face à des barrières environnementales qui vont conduire à son déni d'inclusion dans la réponse à la crise.

⁴ La catégorisation des personnes ayant des incapacités sous le terme « personne vulnérable » peut être perçue comme ayant un caractère péjoratif. Nous considérerons simplement que ces personnes sont en situation de handicap, et ce, que ce soit de façon temporaire ou permanente.

De fait, l'expérience passée nous enseigne que cibler trop précisément les seules personnes avec des incapacités permanentes dans une réponse d'urgence est trop restrictif et inapproprié. Cela contribue à :

- un sentiment de discrimination, difficilement acceptable pour l'ensemble des victimes de la crise;
- un risque de ne pas agir sur les causes de création de la situation de handicap qui sont intrinsèques à la crise. Ne pas assister une personne blessée ou ne pas assurer un traitement approprié à un malade chronique, c'est préparer l'installation d'une incapacité définitive sur le plus long terme;
- une incompréhension de nos propres équipes, qui vont éprouver beaucoup de difficultés à restreindre leur aide à une catégorie particulière de personnes et souhaitent pouvoir assister l'ensemble des populations vulnérables ; en effet, comment vouloir aider une personne ayant des incapacités et ne



pas assister la personne âgée voisine qui a tout perdu ?

C'est donc l'ensemble de ces personnes que nous dénommerons personnes en situation de handicap dans la suite de notre propos.

Le handicap et l'urgence, un cadre d'action qui émerge

À l'image d'autres thématiques transversales telles que le genre, la problématique du handicap dans l'urgence a besoin d'un cadre d'action et d'exemples de bonnes pratiques pour s'imposer comme une évidence.

La récente *Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées*⁵ présente un article spécifiquement dédié aux situations d'urgence, l'article 11 sur les *Situations de risque et situations d'urgence humanitaire*. Elle présente également un second article soulignant la responsabilité des acteurs engagés dans la coopération internationale (tels que acteurs étatiques, mais aussi les ONG, les acteurs privés, les organisations supranationales, etc.) dans la prise en charge des personnes en situation de handicap⁶. Elle a fait naître un certain nombre d'attentes, mais il apparaît pourtant à Handicap International que cette Convention ne constitue pas une avancée significative en termes d'assistance spécifique aux personnes en situation de handicap dans le temps et l'espace des crises. En effet, l'article 11 vient simplement réaffirmer des engagements préexistants en matière de protection et ne crée pas de nouvelles et nécessaires obligations d'assistance pour ces personnes et leurs familles.

Une réflexion importante a été menée ces dernières années afin d'élaborer un cadre d'inclusion pour les personnes en situation de handicap dans les temps de crises, qu'elles soient

naturelles ou de la main de l'homme. Différents acteurs s'y sont impliqués⁷ et se sont accordés sur un certain nombre de principes d'actions assortis de recommandations pratiques et disséminés à l'ensemble des partenaires humanitaires.

De fait, nous pouvons dire qu'il existe aujourd'hui des principes d'actions accompagnés de « bonnes pratiques » documentées dans le champ du handicap et de l'urgence. Même si l'ensemble reste très perfectible, il y a là en tout cas les éléments nécessaires et suffisants devant permettre une inclusion systématique des personnes en situation de handicap dans le temps et l'espace d'une situation de crise.

Mais la réalité du terrain est bien différente aujourd'hui, comme en témoigne l'historique des interventions d'urgence de ces cinq dernières années.

Un constat alarmant : Les principes d'action et recommandations pour l'inclusion des personnes en situation de handicap en situation d'urgence ne trouvent toujours pas aujourd'hui un écho favorable dans la pratique chez les acteurs de la réponse humanitaire.

Que ce soit en temps de catastrophe naturelle ou en temps de conflit, de nombreuses études de cas et rapports soulignent cet état de fait. Nous prendrons l'exemple du document de plaidoyer commun⁸ élaboré cette année 2009 pour l'Agence des Nations unies pour les Ré-

⁵ Le texte complet de la *Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées* peut être trouvé à l'adresse suivante : <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>.

⁶ Organisation des Nations Unies, 2006. « Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées », New York, 38 pages.

⁷ Des Organisations Non Gouvernementales telles que Handicap International, World Vision, Save the Children, International Rescue Committee, mais aussi des consortiums tels que l'International Disability & Development Consortium (IDDC), l'Inter-Agency Standing Committee (IASC), Disabled Peoples' International (DPI) ou certaines agences des Nations Unies comme le HCR ou l'UNICEF.

⁸ International Disability and Development Consortium, « *For a UNHCR Executive Committee Conclusion on Disability* », document de sensibilisation et plaidoyer cosigné en 2009 par DPI, Handicap International, IDDC, Motivation, Women's Refugee Commission, World Vision. [en ligne] http://www.iddcconsortium.net/joomla/images/IDDC/emergency/lobby_paper_hcr_jun_09.pdf, juin 2010.

fugiés (HCR) constatant, de nouveau, les faits suivants :

Les personnes en situation de handicap restent souvent structurellement "invisibles" durant la réponse d'urgence. Elles sont exclues ou n'ont pas accès à l'aide générale, et ce, en raison de l'existence de barrières attitudinales, physiques, environnementales, sociales; leurs besoins ne sont souvent pas considérés lors de la mise en place de services spécifiques ciblant les personnes vulnérables.

Les personnes en situation de handicap risquent donc de voir leurs déficiences et incapacités s'aggraver en temps de crise puisque plusieurs d'entre elles souffrent d'un manque d'accès à une nourriture saine et à des services de santé essentiels. Ceci peut même, dans certains cas, conduire à la mort.

De plus, l'inclusion des personnes en situation de handicap dans les programmes d'aide généraux reste extrêmement limitée du fait de leur manque de connaissances générales ou techniques en lien avec le handicap ou de sensibilité quant à leurs besoins particuliers. Ceci engendre souvent leur exclusion des différentes phases d'évaluation, ceci entraînant souvent des carences dans l'offre de services spécialisés pour ces personnes et leurs familles.

Il est évident que certaines idées préconçues ont la vie dure chez les acteurs de l'urgence, et restreignent d'emblée l'accès à l'aide d'urgence pour les personnes en situation de handicap :

- Les acteurs de l'urgence pensent qu'il y a peu de personnes en situation de handicap dans les populations touchées par une crise. Une tendance générale est de penser que les personnes en situation de handicap ont péri durant le désastre ou le conflit parce qu'ils ne pouvaient s'échapper ou trouver un refuge. Le fait de ne pas voir ces personnes sur les sites de distribution de l'aide humanitaire ou de soins médicaux n'impliquent pas qu'elles n'existent pas.

- Les acteurs de l'urgence pensent que les mesures globales prévues pour couvrir les besoins de l'ensemble de la population vont également de facto inclure les personnes en situation de handicap. En effet, ils estiment que dans la mesure où ils ne discriminent pas intentionnellement les personnes en situation de handicap, aucun obstacle ne limitera leur participation sociale ou la réponse à leurs besoins dans les services existants.
- Les acteurs de l'urgence pensent que la réponse aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap, et plus largement des populations vulnérables, peut être repoussée plusieurs semaines après l'intervention immédiate. En effet, ils pensent que la prise en compte de la problématique « handicap » en général demande une expertise spécialisée et qu'elle entraîne des mesures coûteuses et des projets très élaborés.

Les conséquences immédiates dans une phase d'urgence sont catastrophiques pour les personnes en situation de handicap et leurs familles qui, selon l'analyse de Handicap International⁹, souffrent de la loi du triple malus :

- Elles subissent les mêmes conséquences d'une crise que la population en générale.
- Elles sont moins bien armées pour faire face à un environnement dégradé.
- Elles voient la réponse à leurs besoins spécifiques (qui est parfois pourtant essentielle à leur survie) différée, voire même non considérée.

Il apparaît donc que les acteurs généraux de l'urgence ne prennent pas les mesures nécessaires pour que l'aide qu'ils apportent soit accessible et inclusive. Dans le même temps, les solutions spécifiques proposées par les agences spécialisées ou les organisations de personnes handicapées (OPH) sont marginalisées et peu accompagnées. Au final les personnes en situation de handicap ne sont pas prises en

⁹ Richardier, J.-B., 2008, « L'insuffisante prise en compte des besoins des personnes en situation de handicap dans le temps et l'espace d'une crise humanitaire est un déni de droit. », RI Québec 2008, 27 août 2008.



compte dans le temps et l'espace des crises humanitaires, et au-delà de ce constat, c'est bien ce droit égal à l'assistance qui est nié au quotidien¹⁰.

Retenir les leçons du terrain et comprendre la nécessité d'agir rapidement et directement

La stratégie choisie par Handicap International est d'être « partie prenante » de la réponse internationale, et de traduire ainsi une volonté de replacer les personnes en situation de handicap au centre de l'organisation des secours, dans une véritable approche inclusive. Il s'agit donc d'une *approche pragmatique*, qui se donne comme priorité absolue la réponse immédiate, pleine et entière à l'ensemble des besoins des personnes en situation de handicap dans le cadre d'une crise, que cette réponse soit directement fournie par Handicap International ou que nous la facilitions à travers les autres acteurs. Elle se base donc dans un premier temps uniquement sur les besoins observés et exprimés et cherche à s'adapter à chaque contexte afin d'optimiser l'action.

Cette réponse se doit donc d'intégrer une dimension culturelle forte, et s'y ajuster en permanence, à plus forte raison quand nous parlons de populations vulnérables, et donc sou-

vent discriminées¹¹. Dans une perspective de réalisme, il faut également, comme le soulignaient Renée Fox et Bernard Hours, se garder de tomber dans une approche trop idéologique de l'humanitaire d'urgence. La référence aux droits de l'Homme, si elle aura toujours sa raison d'être, n'est pourtant pas centrale dans la réponse d'urgence et fait d'ailleurs l'objet d'interprétations diverses et parfois contradictoires. Le débat idéologique qui en découle s'accorde mal au pragmatisme nécessaire à l'intervention d'urgence.

Enfin, cette réponse cherche également à prouver, par une pédagogie de l'exemple, que l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la réponse à une situation de crise est possible, à la portée de tous les acteurs qui en ont la volonté.

Nous allons, dans la suite de cet exposé, expliciter quelques éléments clefs de cette réponse d'urgence, éléments qui vont devoir se mettre en place de manière immédiate, dans les jours qui vont suivre l'arrivée d'une crise.

La réponse humanitaire d'urgence en faveur des personnes en situation de handicap et de leurs familles, une réponse qui doit également se concevoir à travers le Processus de production du Handicap

Toute réponse d'urgence en faveur des personnes en situation de handicap et de leurs familles se doit d'être une réponse plurielle, cherchant alors à réduire les conséquences négatives de la crise, et ce, tant au niveau des facteurs de risque, des facteurs personnels, des facteurs environnementaux, que des habitudes de vie.

Dans un premier temps, il s'agit déjà d'atténuer les risques (santé primaire, épidémies, etc.) et donc de réduire la prévalence des déficiences

¹⁰ D'autres documents mettent en évidence le manque d'inclusion des personnes en situation de handicap au cours de certaine crise. Quelques exemples :

Après le Cyclone Nargis, au Myanmar en 2008 : IRIN, « Les personnes handicapées attendent de recevoir de l'aide. » [en ligne] <http://www.irinnews.org/FR/ReportFrench.aspx?ReportId=80891>, juin 2010.

Suite à l'invasion israélienne à Gaza en 2009 : CBM, « Call for all agencies in Gaza to ensure rights for people with disabilities. » [en ligne] <http://www.cbm-nz.org.nz/NEWS/Call+for+all+agencies+in+Gaza+to+ensure+rights+for+people+with+disabilities.html>, juin 2010.

Suite à la crise de personnes déplacées internes au Pakistan en 2009 : Handicap International, « From the perspective of vulnerable persons, persons with injuries / disabilities and older persons in the current IDP crisis in Pakistan. Participants rapid need assessment report. 17th-20th of May 2009 » [en ligne] [http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2009.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/AMMF-7SLMLY-full_report.pdf/\\$File/full_report.pdf](http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2009.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/AMMF-7SLMLY-full_report.pdf/$File/full_report.pdf), juin 2010.

¹¹ Nous ne développerons pas l'aspect de compréhension sociologique et d'intégration culturelle dans cet article, mais pour aller plus loin, on peut se référer utilement aux divers travaux de Didier Fassin sur les enjeux croisés de l'action humanitaire, la sociologie et la morale politique, l'exclusion et la discrimination ainsi que leurs perceptions au sein de différentes sociétés.

et des incapacités dans les populations touchées au moyen de soins immédiats aux personnes blessées, mais aussi de mener des actions de sensibilisation d'urgence quant aux risques associés aux mines antipersonnel et aux engins non explosés si la situation l'exige.

Il faut dans le même temps s'assurer de couvrir les besoins de base des personnes en situation de handicap et de leurs familles. En effet, elles partagent avec l'ensemble de ses pairs la nécessité de subvenir à ses besoins essentiels: boire, se nourrir, s'abriter, se déplacer, etc. en leur fournissant de l'eau, des denrées alimentaires, des abris, mais aussi des ustensiles essentiels à la vie au quotidien.

Il s'agit également de couvrir leurs besoins en matière de soins et de traitements spécifiques (ex : médicaments pour les malades chroniques), de réadaptation d'urgence, de remplacement d'aides techniques, mais aussi la fourniture d'orthèses et prothèses.

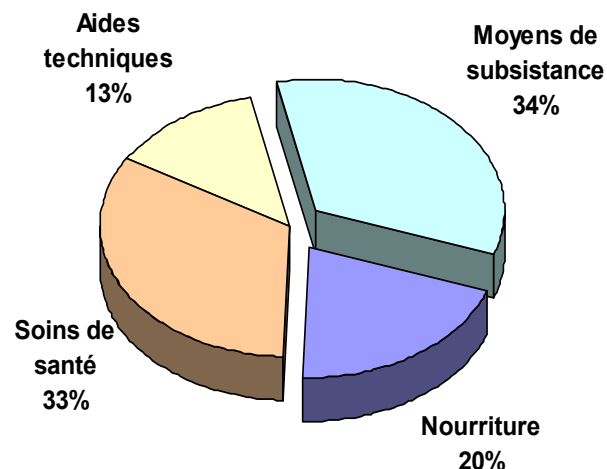
Il est à noter que si la distinction entre les besoins de base et ceux spécifiques semble nette en théorie, la frontière entre eux s'amincit et devient floue dès lors qu'une crise survient. En effet, la réponse à certains de ces besoins de base peut devenir essentielle à la survie de la personne ayant des incapacités, bien avant que cela soit le cas pour une personne n'ayant pas d'incapacités.

Par exemple, le fait pour une personne aux prises avec un traumatisme médullaire récent dans un camp de déplacés d'avoir un simple matelas, un apport suffisant en eau et en nourriture et la possibilité de vivre dans des conditions d'hygiène minimale va probablement multiplier ses chances de survie par deux ou par trois. Nous restons pourtant dans le champ d'une réponse à des besoins basiques.

Le graphique ci-contre (fig. 2) illustre la nécessité de répondre à la fois aux besoins de base et spécifiques des personnes vulnérables. Il est extrait du diagnostic initial réalisé par l'équipe d'urgence de Handicap international immédiatement après le passage des cyclones Ketsana et Parma aux Philippines en 2009, qui ont

entraîné des inondations massives et avaient touché près de 7 millions de personnes, dont 300 000 déplacées. Les personnes rencontrées étaient des personnes ayant des incapacités, des personnes âgées et des malades chroniques. On constate qu'au moins 54% des besoins immédiats observés concernent les besoins de base.

FIGURE 2: EVALUATION DES BESOINS IMMEDIAT PAR L'EQUIPE D'URGENCE DE HANDICAP INTERNATIONAL DES PERSONNES VULNERABLES AFFECTEES SUITE AU PASSAGE DES CYCLONES KETSANA ET PARMA AUX PHILIPPINES



Enfin, il s'agit de réduire l'impact négatif de la crise sur l'environnement de la personne en situation de handicap ou recréer un environnement le plus facilitateur possible, et ceci de manière précoce. Il faudra alors être attentif à l'ensemble du processus de réhabilitation temporaire des structures, afin qu'elles soient accessibles aux personnes en situation de handicap. Il faudra également s'assurer que ces personnes aient un accès égal aux initiatives d'aides financières. Un autre élément essentiel sera également la mise en place de mécanismes d'assistance psychosociale, qui vont s'attacher à recréer les liens communautaires. Ces initiatives permettront de revitaliser un tissu social se voulant favorable aux personnes en situation de handicap et à leurs familles.

L'ensemble de ces actions doivent s'intégrer harmonieusement dans une **double approche**



qui va se traduire à la fois par une aide directe et ciblée en faveur des personnes en situation de handicap, mais aussi par un appui aux autres acteurs de la réponse d'urgence (le «mainstreaming») pour qu'ils deviennent attentifs et donc inclusifs vis-à-vis les besoins de ces personnes.

Les différents éléments de cette réponse multiple en urgence sont résumés et intégrés dans le schéma explicatif du Processus de production du Handicap, comme suit (fig. 3).

Au final, il faut donc s'adresser à **l'ensemble des facteurs du PPH** afin d'optimiser l'efficacité de l'action immédiate, mais aussi ses impacts positifs à long terme.

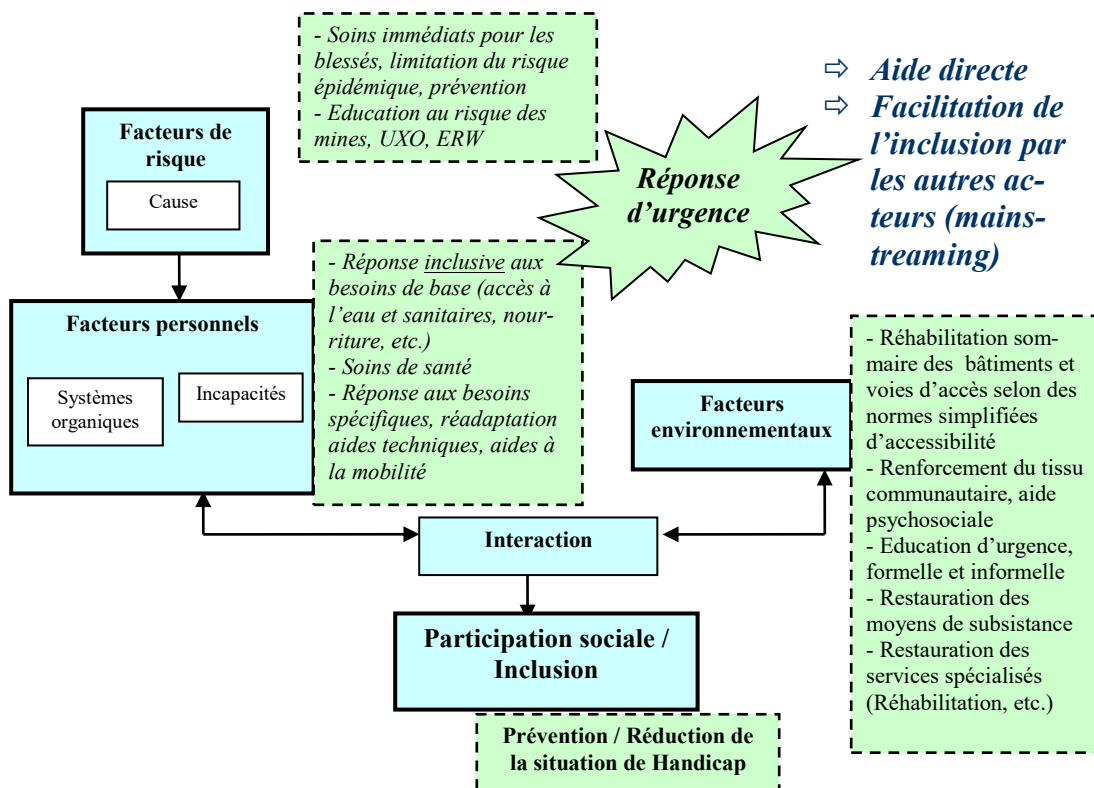
L'action précoce, le diagnostic initial de situation et le plaidoyer tourné vers les autres acteurs : une simultanéité nécessaire

L'initiation d'une **action immédiate** ou précoce est essentielle. Elle précède donc bien l'identi-

fication des besoins, ne doit pas attendre l'installation de la crise et se basera sur l'expérience des crises antérieures en contexte similaire. Cette réponse sera dans un premier temps large en terme de populations cibles (l'ensemble des populations vulnérables) et simple en terme d'activités, voulant couvrir les besoins essentiels. Puis, plus le diagnostic de situation s'affinera, plus la réponse se précisera de concert. Cette action immédiate facilite l'établissement du diagnostic initial et en augmente la qualité, car les personnes affectées sont plus volontiers portées à échanger sur leur situation si elles reçoivent une aide dans le même temps. Il s'agit bien de ne pas aller à la rencontre des personnes touchées avec les « mains vides ».

L'identification de la condition des personnes vulnérables et l'évaluation de leurs besoins de base et spécifiques vont ensuite rapidement donner lieu à un **diagnostic initial de situation**, dont la qualité et l'évolutivité sont des

FIGURE 3: PENSER LA REPONSE D'URGENCE EN LIEN AVEC LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP



éléments essentiels, garant de toute réponse pertinente et efficiente sur le moyen terme.

- Ce diagnostic discrédite d'emblée une certaine « théorisation de l'inaction 12 » et justifie la pertinence d'une attention et de la réponse aux besoins des personnes ayant des incapacités et plus largement de celles considérées vulnérables. Il argumente ainsi fortement la nécessité de l'inclusion des personnes en situation de handicap au sein des actions mises en œuvre par les autres acteurs.
- Ce diagnostic permet de déterminer les priorités immédiates des personnes ayant des incapacités et d'identifier celles requérant des interventions plus spécifiques.
- Un tel diagnostic permet de faire l'état des besoins qui préexistaient à la crise de ceux émergeant suite aux crises humanitaires. Cette distinction est essentielle pour assurer l'optimisation des impacts positifs des interventions et l'atténuation des impacts négatifs de la crise sur le long terme.

Ce diagnostic doit être documenté qualitativement (situation générale des personnes ayant des incapacités et des personnes vulnérables, situation par secteur, constatations factuelles), mais aussi quantitativement. Il est important de tenter d'obtenir les prévalences des déficiences et des incapacités parmi la population générale, et ce, par types d'incapacités, la localisation géographique des populations concernées, des analyses par types de besoins, etc. Ce diagnostic se complète volontiers par des études de cas, et ce, afin d'ancrer dans le réel les défis auxquels les personnes en situation de handicap sont confrontés sur une base quotidienne.

Ces éléments de diagnostic initial permettront d'inclure a priori la problématique du handicap au cœur des actions des acteurs de l'urgence, Cela permettra également de coordonner l'ensemble des actions humanitaires dédiées à la

population en général et celles spécifiques aux personnes en situation de handicap.

Ce diagnostic s'accompagne enfin d'une nécessaire analyse de l'impact environnemental et de ses conséquences en termes de barrières pour les personnes en situation de handicap.

Enfin, l'expérience montre qu'il est nécessaire de faire un plaidoyer immédiat pour l'inclusion des personnes en situation de handicap par les autres acteurs, et ce, dès les débuts de leur intervention humanitaire. Plus ce plaidoyer est fait tardivement, plus il perd de son sens et moins on constate la prise en compte des besoins des personnes en situation de handicap dans la planification et la mise en œuvre des projets menés par les acteurs de l'urgence. Ce plaidoyer, pour être efficace, doit savoir rester réaliste et ancré dans la recherche d'efficacité, et donc s'assortir de conseils très pratiques pour favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap dans les activités des autres acteurs. Il vaut mieux par exemple obtenir d'une ONG s'occupant du secteur de l'eau qu'elle ajoute une rampe devant un puits sur deux qu'elle construira même si cette rampe ne respecte pas les standards d'accessibilité plutôt que d'exiger qu'elle construise tous ses puits selon les normes internationales d'accessibilité, ce qu'elle ne fera jamais pensant que c'est « trop compliqué ».

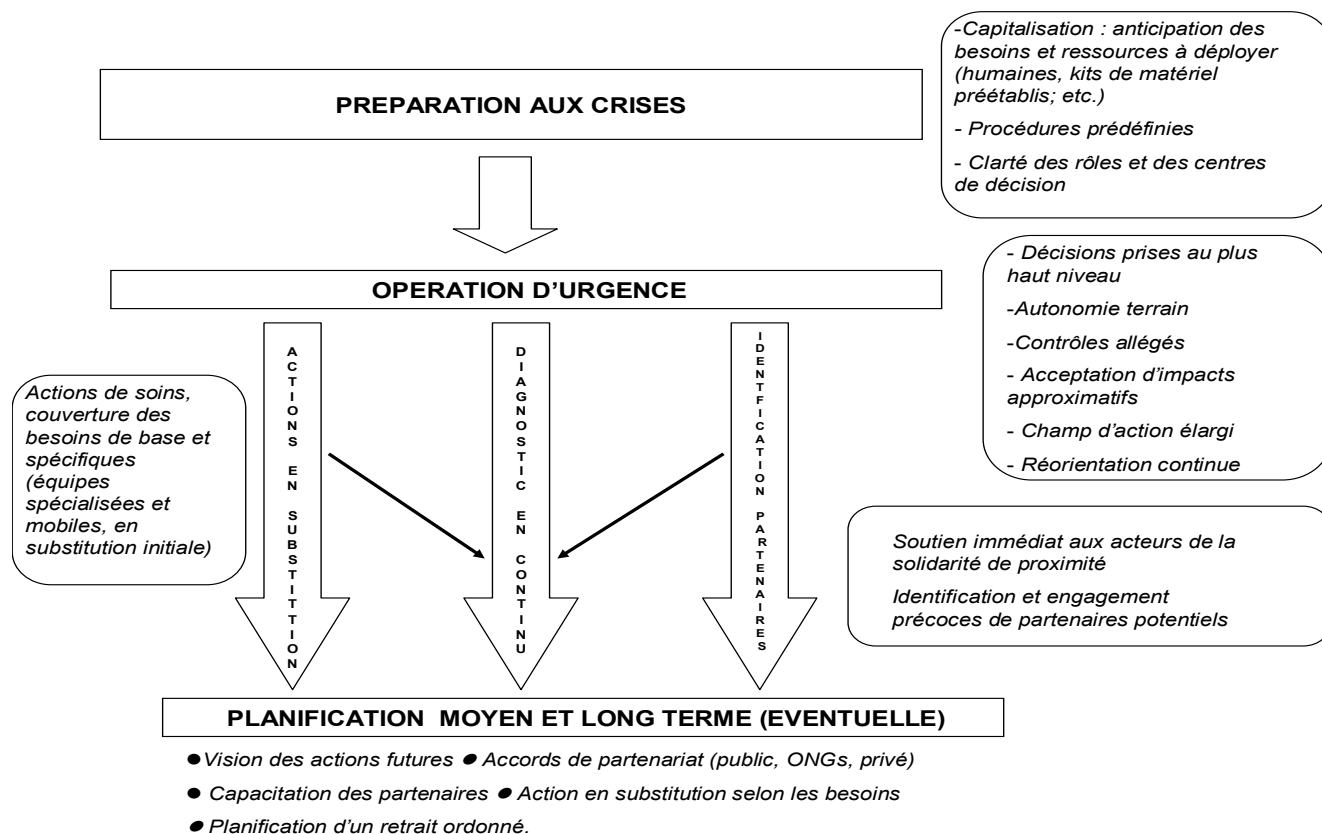
Le temps de l'urgence ne doit pas être consacré au développement de nouveaux outils d'intervention, en tout cas pas dans la phase initiale de réponse. De ce constat découle la nécessité, pour tout acteur humanitaire, d'avoir un certain nombre d'outils adaptés et immédiatement utilisables pour ces trois éléments essentiels de la réponse initiale : diagnostic initial, action immédiate et plaidoyer. Ces outils doivent répondre à deux exigences, parfois contradictoires :

- Être suffisamment simples et flexibles pour être compris et utilisés par tous et dans tous les types de contextes.
- Rester suffisamment concis et précis pour être efficaces et utiles pour les acteurs auxquels ils sont destinés.

¹² Richardier, J.-B., 2008, *L'insuffisante prise en compte des besoins des personnes en situation de handicap dans le temps et l'espace d'une crise humanitaire est un déni de droit.*, RI Québec 2008, 27 août 2008.



**FIGURE 4: HANDICAP INTERNATIONAL – SCHEMA D’INTERVENTION EN URGENCE
(PAR RAYMOND LANG ET JEAN-BAPTISTE RICHARDIER)**



Mise en place d’une structure d’identification et de référencement pour les personnes en situation de handicap

L’expérience des nombreuses années d’action humanitaire de Handicap International montre qu’une des plus grandes difficultés suite à une situation de crise est non seulement d’identifier et d’accéder aux personnes en situation de handicap, comme nous l’avons dit précédemment, mais aussi de les accompagner sans les « perdre » sur l’ensemble du temps de l’urgence.

Afin de contourner ces difficultés, une stratégie s’est révélée comme étant la plus pertinente : placer au cœur de chaque communauté affectée, des centres dédiés, et faire savoir à toute personne en situation de handicap victime de la crise vivant à proximité qu’elle pourra y recevoir un accueil et des services.

Ce sont les « Disability & Vulnerability Focal Points » (ou DVFP, que l’on pourrait traduire comme Relais Handicap & Vulnérables). L’ensemble de ces structures va constituer un réseau de support et de référencement pour les personnes en situation de handicap, lequel devra être coordonné par un acteur attentif et compétent sur la problématique du handicap.

Ces DVFP sont dédiés aux personnes en situation de handicap (au sens large, tel que nous l’avons décrit plus haut dans l’article), mais aussi à leurs familles et à leurs proches.

Ce réseau va permettre de :

- constituer un point d’identification des personnes en situation de handicap;
- faire un diagnostic précis de leurs besoins, qu’ils soient basiques ou spécifiques;



- les informer sur ce à quoi elles ont droit et ce qu'elles peuvent faire pour y avoir accès;
- les référer à d'autres acteurs plus généralistes (ex : pour la fourniture de nourriture, d'abris, de soins de santé) pour une assistance immédiate;
- répondre à leur besoins plus spécifiques par la fourniture de soins de réadaptation, d'aides techniques et d'aides à la mobilité, etc.;
- constituer une base de données fiable et utilisable par tous les autres acteurs, et qui permettra d'obtenir un profil fiable de la composition des populations vulnérables touchées et de ses besoins.

Outre une réelle efficacité pour toucher directement le plus grand nombre de personnes en situation de handicap, un réseau de DVFP présente d'autres avantages :

- Les DVFP peuvent être mis en œuvre très rapidement, dans les quelques jours qui suivent une crise.
- Les DVFP « responsabilisent » les personnes touchées venant, elles-mêmes ou leurs proches, exprimer leurs besoins et demander l'assistance à laquelle elles ont droit. Elles amorcent ainsi une transition entre le statut de victime et celui d'acteur qui reprend en main sa propre vie.
- Les DVFP constituent une source d'informations et d'appui utile aux autres acteurs de l'urgence, lesquels pourront apprendre à être plus attentifs et à mieux répondre aux besoins basiques et spécifiques des personnes en situation de handicap et de leurs familles.

Enfin, les DVFP représentent également un lieu de rencontre et de socialisation pour les personnes en situation de handicap; ils encouragent donc les personnes affectées par une crise à échanger, à briser l'isolement, à se soutenir mutuellement et à développer leurs mécanismes de résilience. Les DVFP sont donc un lieu privilégié pour amorcer des interventions psychosociales auprès des personnes en situation de handicap.

Les DVFP n'ont cependant pas pour vocation de durer et de remplacer les réseaux dédiés à la prise en charge du handicap préexistants, par exemple les centres de santé communautaires et les associations locales. Les DVFP sont une réponse temporaire à un besoin urgent et conscrit dans le temps.

Handicap International a déjà utilisé à de nombreuses reprises cette approche avec succès, et ce, dans des contextes de crise très variés.

Coordination et approche partenariale : un objectif, mais une relation à repenser dans la phase d'urgence

La coordination entre acteurs, qu'ils soient locaux, nationaux ou internationaux est bien la clef de la réponse d'urgence initiale. De même, si l'approche partenariale demeure un gage de succès de tout programme de développement, la participation des personnes victimes de la crise l'est aussi dans l'urgence.

En effet, les acteurs de la solidarité de proximité, comme les organisations à base communautaire, permettent aux opérateurs internationaux de bénéficier d'emblée d'une connaissance plus intime du terrain, des populations et de leurs besoins. Hautement motivés à aider les populations, les partenaires locaux facilitent grandement le maintien des liens avec les autorités locales et gouvernementales.

Cependant, l'expérience du terrain nous apprend là encore qu'il est nécessaire de rester pragmatique, car les partenaires du développement ne sont pas nécessairement préparés ou ne possèdent pas toujours les capacités à répondre à l'urgence.

- Un partenaire présentant une structure organisationnelle fragile n'est souvent pas en mesure de faire face au changement radical que représente une action d'urgence, et ce, tant en termes de type que de volume d'activité.
- Un partenaire local aura souvent tendance à privilégier ses propres besoins, notamment ceux des membres de son organisation, et



ce, d'autant plus s'il a été directement touché par la crise.

- Le temps de l'urgence qui induit des analyses et des prises de décision rapides s'accorde mal du temps nécessaire à l'établissement d'un partenariat de qualité (difficulté de bien évaluer si le mandat du partenaire et celui de l'organisation concordent, difficulté d'évaluation des compétences et des capacités mutuelles, etc.).
- Le partenariat, s'il est mal cadré au départ, peut entraîner des problèmes de gestion, tant opérationnelle (dans le déroulement du projet) qu'administrative et financière, et devenir un frein à l'efficacité pourtant essentielle à l'action d'urgence.

S'il est couramment admis que la participation des personnes en situation de handicap en tant que partenaires demeure au cœur des préoccupations de tout acteur de l'urgence attentif à leur prise en charge, nous pensons qu'il est pourtant nécessaire de choisir avec soin les partenaires et le type de partenariat. Le but est de ne pas fragiliser ou de mettre le partenaire en situation d'échec. Il faut créer un cadre d'accompagnement intelligent respectant et optimisant les compétences et les aspirations de chacun.

Ainsi, et à la différence des projets dans le champ du développement, on choisira plutôt dans le temps de l'urgence un partenaire local ancré dans l'opérationnel, possédant déjà une structure organisationnelle fonctionnelle et dont le partenariat impliquera souvent des sphères d'activités très précises (ex : aides techniques, appui psychosocial) avec une coordination centralisée par l'organisation.

La finalité première de l'action n'est pas le renforcement des partenaires locaux, mais d'abord et avant tout la réponse aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs familles touchées par l'urgence.

Conclusion

Le temps de l'urgence est avant tout un temps d'action. Ce n'est pas le temps de la construction patiente d'opportunités sur le long terme, ce n'est pas le temps du plaidoyer sur des problématiques de fond. Agir vite, partout où il le faut, et par là même démontrer que la personne en situation de handicap a le droit à l'assistance au même titre que les autres, y compris par les mesures compensatrices appropriées aux besoins de chacun, voilà ce qui devrait être au cœur des préoccupations de tout acteur humanitaire attentif à la problématique du handicap dans l'urgence. Les solutions proposées par Handicap International, qui est l'un des trop rares acteurs de terrain sur cette problématique transversale, contribuent à une prise en compte de leurs besoins de base et spécifiques, mais qui est toutefois encore très loin d'être satisfaisante dans les situations de crise. Un travail de fond doit être poursuivi pour forger la volonté des bailleurs de fond de l'urgence à participer à cette prise en compte immédiate. Il doit également se prolonger par un travail sur le moyen et le long terme, permettant, dans certaines situations d'influer très positivement sur les priorités politiques au niveau global. La conviction de tous les acteurs humanitaires sur la possibilité et la nécessité d'apporter une réponse aux personnes en situation de handicap dans l'urgence doit s'en trouver renforcée.

Références

- FASSIN D., BOURDELAIS P. (2005) « Les Constructions de l'intolérable. Études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral ».
- FOX R. (1995). "Medical humanitarianism and human rights: reflections on doctors without borders and doctors of the world". *Social Science Medicine* 41, 12, 1607-1616.
- KETT M., STUBBS S., YEO R. (2005) "Disability in conflict and emergency situations: focus on tsunami-affected areas", Working UK: International Disability and Development Consortium (IDDC).
- LENTZ K. (2009). "Internally displaced persons with Disabilities : Sri Lanka and Central African Republic Report", Support to UNHCR and the Protection Cluster Working Group.
- RICHARDIER J.B. (2008) « L'insuffisante prise en compte des besoins des personnes en situation de handicap

dans le temps et l'espace d'une crise humanitaire est un déni de droit » Discours lors du 21^{ème} Congrès mondial de Réhabilitation International à Québec du 25 au 28 août 2008.

SCHERRER V. (2007) "Practical Example for Successful Inclusion of Persons with Disabilities in a Humanitarian Emergency Situation", Disaster are always inclusive: Persons with Disabilities in Humanitarian Emergency Situations, International Conference 7th – 8th of November 2007.

UN (2007), "From Exclusion to Equality - Realizing the Rights of Persons with Disabilities", Handbook for Parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Geneva, United Nations.

UN (2007) "Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons", Global Protection Cluster Working Group, T., Geneva.

WOMEN'S COMMISSION FOR REFUGEES (HENNE C.) (2008) "Disabilities among Refugees and Conflict-Affected Populations", Women and Children Report and Resource Kit for Fieldworkers.

