



Master 2

**Situations de handicap et
participation sociale**

Promotion : **2022-2023**

Date du Jury : **Septembre 2023**

**Inclusion des personnes en situation de handicap dans
les projets de santé mentale et soutien psychosocial en
contexte de migration forcée**

Morgane RAVAILLAULT

A Laurent Thomas, fondateur du réseau Passerelles et de Loisirs Pluriel, où a commencé et grandi mon engagement auprès des enfants en situation de handicap et de leurs familles.

Remerciements

Un grand merci à toutes les personnes qui ont accepté de participer aux entretiens, pour leur temps, leur intérêt pour ma recherche, leur bienveillance et leur patience malgré des conditions de visioconférence parfois compliquées. Un très grand merci à Haneen pour son implication et son interprétariat qui m'ont permis d'accéder aux voix les plus proches du terrain. Merci également à celles et ceux qui n'ont pas pu participer aux entretiens mais ont partagé de précieux conseils et contacts.

Je souhaite remercier Guglielmo Schinina, mon maître de stage, pour m'avoir accueillie et aiguillée au sein de la section Santé Mentale, Soutien Psychosocial et Communication Interculturelle de l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM). Je remercie également mes collègues de section, Heide, Andreas, Karen et Gaspare, ainsi que les collègues du bureau régional à Bruxelles avec qui j'ai pu échanger, et toutes celles et ceux, du Honduras à l'Irak, en passant par l'Ukraine et le Nigeria, qui mettent en œuvre les projets de l'OIM sur le terrain et avec qui j'ai eu la chance de collaborer.

Un très grand merci à Clélia Gasquet, ma directrice de mémoire, pour son temps et ses précieux conseils.

Merci à mes parents de m'avoir soutenue dans cette sixième année d'étude et dans toutes celles qui l'ont précédée, et à ma sœur Léa pour sa présence, même de loin. Un grand merci à mes grands-mères, Michelle et Odile, qui m'ont transmis leur passion et leur engagement auprès des publics vulnérables. Merci à ma famille et mes amis pour leurs encouragements et leur bonne humeur.

Merci infiniment à mes camarades de promotion pour leur soutien et tous les beaux moments passés ensemble, cette année aura été riche de belles de rencontres.

Sommaire

Remerciements	1
Liste des sigles utilisés	4
Introduction	5
1. Migrations, situations de handicap et SMSPS	8
1.1. Migrations et situations de handicap	8
1.2. Migrations forcées, santé mentale et soutien psychosocial	11
1.3. Santé mentale et soutien psychosocial en contexte de migration forcée : l'exemple de l'OIM	16
2. Problématique	21
3. Etudier l'inclusion depuis un organisme et une position globale : le choix de combiner les données pour pallier à un accès au terrain difficile	22
3.1. Une littérature inter-organisations importante	22
3.2. La section globale SMSPS de l'OIM, lieu d'observation des mécanismes de décisions opérationnelles et politiques	22
3.3. Recueillir l'expérience des professionnels de la SMSPS et des personnes concernées	23
3.4. Croiser discours, textes officiels et observations	24
4. Un contexte humanitaire favorable à l'inclusion des personnes en situation de migration et de handicap dans les projets de SMSPS	25
4.1. Quelle définition du handicap pour les acteurs du secteur SMSPS ?	25
4.2. Les personnes en situation de migration et de handicap, une population aux besoins spécifiques peu étudiée	28
4.3. Un système législatif international parallèle	31

4.4. Des cadres multiples qui veillent à l'inclusion des personnes en situation de migration et de handicap dans les programmes de SMSPS	33
5. Financements, injonctions politiques... des acteurs de la SMSPS qui s'insèrent dans des sphères d'influences multiples	36
5.1. Un système de financement de l'action humanitaire de plus en plus sensibilisé à l'inclusion des personnes en situation de handicap.....	36
5.2. Désinstitutionalisation : une injonction vers une prise en soin communautaire qui complexifie les interventions humanitaires	38
6. Stigmates et entourage : freins et leviers à l'inclusion au niveau local	42
6.1. Ignorance, stigmatisation, représentation.....	42
6.2. L'importance de l'entourage dans l'inclusion des personnes en situation de handicap dans les projets de SMSPS	45
7. Inclure, à tous les niveaux, de toutes les manières.....	48
7.1. Les organisations de personnes en situation de handicap, piliers précaires de l'inclusion	48
7.2. Recruter, former, accompagner : les professionnels de la SMSPS en première ligne pour adapter leurs interventions aux personnes en situation de migration et de handicap	53
7.3. Considérations pratiques pour l'inclusion des personnes en situation de handicap déplacées de force dans les interventions de SMSPS	57
Conclusion	63
Bibliographie	70
Annexes	79

Liste des sigles utilisés

ECHO : Civil Protection and Humanitarian Aid Operations (office humanitaire de la Commission européenne)

EHA : Eau, Hygiène, Assainissement

IASC : Inter-Agency Standing Committee

IFRC : Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

CIDPH : Convention Internationale des Droits des Personnes Handicapées

EMP : Equipe Mobile Psychosociale

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

HCR : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

LGBTQIA+ : personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transsexuelles, queers, intersexes, asexuelles et autres

MEAL : Monitoring, Evaluation, Accountability and Learning (évaluation, suivi, responsabilité et apprentissage)

MDM : Médecins Du Monde

MSF : Médecins Sans Frontières

OIM / IOM : Organisation Internationale pour les Migrations / International Organization for Migration

OMS / WHO : Organisation Mondiale de la Santé / World Health Organization

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

OPH : Organisations de Personnes en situation de Handicap

SMSPS : Santé Mentale et Soutien Psychosocial

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations unies pour l'enfance)

USAID : U.S Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le développement international)

Morgane RAVAILLAULT - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

& de l'Université Rennes 2 - 2022-2023

Introduction

Ce mémoire s'intéresse à l'inclusion des personnes en situation de handicap dans les projets de santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) en contexte de migration forcée. Il s'inscrit dans le cadre d'un stage de cinq mois effectué au sein de la section globale SMSPS de l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), dans un contexte où l'OIM a fait face à un nombre sans précédent de situations d'urgences classées au niveau maximal de l'échelle utilisée par les agences de l'Organisation des Nations Unies (ONU). L'OIM a été créée en 1951 avec pour mandat la gestion humaine et ordonnée des migrations, la promotion de la coopération internationale sur les questions de migration et l'assistance humanitaire aux migrants dans le besoin (OIM, 2023a). Cette agence dépendant de l'ONU¹ fonctionne par projets, financés par différents bailleurs, dont de nombreux Etats.

Le secteur de la santé s'est développé au sein de l'action humanitaire depuis des dizaines d'années. Il a été porté dans un premier temps par la Fédération Internationale de la Croix Rouge et du Croissant Rouge (IFRC) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Dans les années 70 se développe l'assistance médicale d'urgence avec des ONG comme Médecins sans frontières (MSF), Médecins du monde (MDM)... Enfin, dans les années 90, les premières actions humanitaires dans le champ de la santé psychique ont été mises en œuvre (Arnoux, 2009; Wolmark, 2023). Ce champ d'intervention relativement récent reçoit de plus en plus d'attention : « *Le trauma est en train de remplacer la faim dans la conceptualisation occidentale de l'impact des guerres et catastrophes au Sud.* » (Pupavac, 2001; p.358).

L'OIM mène des projets de SMSPS depuis 1999. Ces projets concernent tout type de soutien qui vise à promouvoir le bien-être psychosocial et/ou à prendre en soin les troubles de la santé psychique (IOM, 2020). Le terme psychosocial fait référence à l'interrelation entre les aspects psychologique et social (Ommeren et al., 2010) (voir annexe 1). La composante "psycho-" correspond à un soutien au niveau individuel, visant une reconnexion de la personne affectée à son environnement et sa communauté. La

¹ Contrairement à d'autres agences onusiennes, l'OIM bénéficie d'un statut particulier qui ne la soumet pas à la supervision directe par l'assemblée générale des Nations Unies.

composante "socio" fait référence au fait que l'environnement facilite l'amélioration de la santé psychique de la personne ou du groupe de personnes affectés. Ces deux éléments sont pris en compte dans les projets de SMSPS, avec un équilibre qui dépend de la nature de la crise, du contexte culturel, du stade de l'intervention... (MSF, 2011).

En 2022, l'OIM menait des projets de SMSPS dans 83 pays, dans des contextes aussi variés que des camps de personnes déplacées à cause d'un conflit ou d'une catastrophe naturelle, des actions d'assistance aux retours volontaires de personnes en situation de migration ou encore des interventions auprès de personnes en transit. Si le volet assistance aux retours volontaires et construction de la paix se développe, une grande partie des projets de SMSPS de l'OIM se concentre sur des contextes de crise humanitaire², qui impliquent des déplacements forcés de populations, notamment pour cause de conflits, de violences ou de catastrophes naturelles.

Les interventions de SMSPS de l'OIM adoptent une approche à base communautaire, prenant en compte les ressources de la communauté dans lesquelles elles sont mises en œuvre. Elles tentent de répondre aux besoins des populations en termes de SMSPS, y compris des individus les plus vulnérables, en considérant la notion de vulnérabilité comme la « *faible capacité à éviter des préjudices, à y résister, à y faire face ou à s'en relever, en raison de l'interaction particulière des caractéristiques et conditions propres à l'individu, au ménage, à la communauté et aux structures.* » (OIM, 2023b). En ce sens, les projets de SMSPS sont amenés à travailler avec des bénéficiaires en situation de handicap. Si une partie de ces activités concernent la prise en soin de personnes avec des "troubles mentaux sévères" (terme utilisé à l'OIM pour faire référence à des personnes présentant des troubles psychiques sévères, mais également des personnes avec une déficience intellectuelle ou un trouble cognitif), les activités de faible intensité, destinées à une population plus large, accueillent également des personnes avec tout type de handicap. Dans des contextes de migration forcée caractérisés par une certaine urgence, une forte mobilité des populations, et parfois des structures institutionnelles de prise en soin des personnes en situation de handicap quasi inexistantes, l'inclusion des personnes en situation de handicap dans les projets de SMSPS est à la fois une nécessité et un objectif qui peut sembler difficilement atteignable : en 2015, les acteurs humanitaires estimaient que seulement 34% des services

² Les crises humanitaires peuvent être définies comme « *des situations survenant à la suite de conflits armés et de catastrophes naturelles (y compris les crises alimentaires), dans lesquelles une grande partie de la population court un risque grave de perdre la vie, d'être exposée à de grandes souffrances et de perdre sa dignité.* » (IASC, 2007, p. 19).

de SMSPS étaient accessibles aux personnes en situation de handicap (Humanity and Inclusion, 2015).

Après une introduction au contexte migratoire international et aux activités de SMSPS dans ce cadre, nous détaillerons la problématique et la méthodologie de l'étude. Le contexte général de l'inclusion des personnes en situation de handicap dans le secteur humanitaire puis les défis au niveau communautaire seront ensuite étudiés. Enfin, nous analyserons la mise en œuvre de l'inclusion des personnes en situation de handicap dans les projets de SMSPS en contexte de migration forcée et les enjeux qui y sont liés.

1. Migrations, situations de handicap et SMSPS

La migration est un concept large et parfois vague, dont nous exposerons dans un premier temps le contexte législatif, politique et historique. Nous nous intéresserons ensuite plus particulièrement aux déplacements forcés de populations et aux personnes en situation de handicap dans ce contexte. Enfin, nous développerons les principes de base des interventions de SMSPS, notamment au travers du fonctionnement des interventions de l'OIM.

1.1. Migrations et situations de handicap

Il n'existe pas, au niveau international, de consensus sur la définition de la migration. Pour l'OIM, le mot "migrant" est un « *terme générique non défini dans le droit international qui, reflétant l'usage commun, désigne toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale. Il englobe un certain nombre de catégories juridiques de personnes bien déterminées, comme les travailleurs migrants ; les personnes dont les types de déplacement particuliers sont juridiquement définis, comme les migrants objets d'un trafic illicite ; ainsi que celles dont le statut et les formes de déplacement ne sont pas expressément définis par le droit international, comme les étudiants internationaux.* » (OIM, 2023b). En 2020, le nombre de personnes dites migrantes transnationales s'élevait à 281 millions (OIM, 2022).

La définition de l'OIM cherche à ne pas exclure de groupes de populations, au risque de "noyer" des groupes de personnes en situation de migration qui ont, notamment aux yeux des pays d'accueil, des besoins "plus légitimes", comme les demandeurs d'asile, réfugiés, apatrides ou encore mineurs non accompagnés. L'OIM reconnaît ainsi tous les types de migration définis par A. Morice : les mouvements définitifs comme provisoires, forcés comme volontaires, intérieurs (au sens d'un déplacement au sein d'un même pays) comme extérieurs (Morice, 2015). Contrairement à d'autres définitions, celle de l'OIM n'inclut pas la notion de temporalité ni celle de frontière. Ainsi, pour l'ONU, le terme "migrant" désigne « *toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires, du mouvement, et quels que soient les*

moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer » (ONU, 2017). L'OIM adopte donc une définition qui diffère de celle utilisée par le reste de l'ONU, ce qui peut poser question en termes de définition des publics cibles lors de programmes conjoints avec d'autres agences, ou encore en termes d'élaboration d'instruments de politique internationale concernant les migrations. L'OIM a donc choisi une définition large, qui englobe de nombreux groupes très différents de personnes en situation de migration, permettant de faire valoir les droits de groupes qui pourraient être laissés de côté (notamment les personnes en situation de migration irrégulière), au risque d'en délaissier d'autres et de se trouver en désaccord lors de négociations avec d'autres institutions.

Si la migration est un sujet qui a particulièrement fait l'objet d'un traitement médiatique ces dernières années (Schininá, 2021), elle reste une notion vague qui dépasse les catégories juridiques et s'applique à une variété de populations. *« Il n'y a pas une immigration mais des immigrations. Les immigrés se distinguent par leurs origines, les motifs qui les amènent, les périodes où ils entrent et s'installent [...], la durée de leur séjour, les liens, maintenus ou non, avec le pays d'origine ou d'autres communautés de par le monde... Il existe aussi des différences au sein même des groupes : il faut différencier les riches et les pauvres, les hommes et les femmes, les générations, les célibataires et les familles, les appartenances culturelles, linguistiques, etc. Il faut même prendre en compte les situations socioéconomiques et culturelles pré-migratoires. Sur le plan économique, les niveaux d'éducation et de qualification éclairent des différences d'activité et de rémunération. »* (Harzoune, 2023).

Outre le fait qu'une partie des migrations soient dues à des catastrophes naturelles et/ou des conflits armés, qui sont évidemment des enjeux mondiaux majeurs, la migration pose également "problème" dans les Etats qui accueillent des migrants. En effet, ces derniers, et notamment les pays européens, cherchent généralement à contrôler les phénomènes de migration en termes de nombre de personnes accueillies, mais aussi en termes de qualités et compétences de ces dernières, pour en tirer un profit économique et minimiser l'impact de leur politique migratoire vis-à-vis de l'opinion publique (Hamidi & Fischer, 2017; Hollifield et al., 2022; Morice, 2015). Ce contrôle des migrations s'illustre particulièrement bien par le nombre de "murs" (comme frontières entre deux Etats), qui s'élevait à 6 lors de la chute du mur de Berlin en 1989, contre quelques 75 murs aujourd'hui, dont plus de 1 700 kilomètres aux frontières de l'Europe (Courrier International, 08-23; Harzoune, 2022).

La migration n'est pas cependant un "phénomène nouveau" : *« Les crises actuelles doivent être replacées dans une perspective historique : la migration, forcée ou pas, n'est pas un*

phénomène nouveau dans l'histoire. Les "crises migratoires" d'aujourd'hui ne sont que des versions mineures des déplacements humains massifs qui ont accompagné la révolution industrielle, l'impérialisme espagnol, portugais, français, néerlandais, le commerce des esclaves à travers l'Atlantique ou vers le Moyen-Orient, deux Guerres mondiales et la décolonisation avec le déplacement de millions de personnes entre l'Inde et le Pakistan en 1947, par exemple. » (Hollifield et al., 2022, p. 92). Le contrôle des migrations s'est développé à partir de la première Guerre Mondiale, au travers de politiques étatiques aussi diverses que l'encouragement à l'immigration pour couvrir des besoins de main d'œuvre dans un secteur spécifique, ou la mise en place de quotas stricts de travailleurs immigrés temporaires (Hamidi & Fischer, 2017).

Ce mémoire s'intéresse particulièrement aux populations ayant subi des déplacements forcés. Ces derniers peuvent être causés par des conflits armés, situations de violence généralisée, violations des droits de l'homme, catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme (OIM, 2023b). Les populations concernées peuvent être demandeuses d'asile³, réfugiées⁴ ou encore déplacées internes⁵. En 2022, 108,4 millions de personnes ont été déplacées de force dans le monde, contre 89,3 millions en 2021. 52% de ces personnes en situation de migration étaient originaires de trois pays : la Syrie, l'Ukraine et l'Afghanistan. Les crises récentes ont fait augmenter le nombre de personnes déplacées de force, puisque, par exemple, en ce qui concerne les personnes déplacées internes, les chiffres pour 2022 atteignent 62,5 millions, soit près de 10 millions de plus qu'en 2021 et plus du double des personnes déplacées internes en 2012 (UNHCR, 2023). Les personnes déplacées internes représentent 60 % des personnes déplacées de force : la migration forcée n'est pas uniquement liée au franchissement d'une frontière (Hollifield et al., 2022). De plus, contrairement à ce que peut laisser croire le traitement médiatique de la migration

³ Demandeur d'asile : « *Personne sollicitant la protection internationale. Dans les pays appliquant des procédures d'examen individualisées, le demandeur d'asile est une personne dont la demande d'asile n'a pas encore fait l'objet d'une décision définitive de la part du pays d'accueil potentiel. Tout demandeur d'asile n'est pas nécessairement reconnu comme réfugié à l'issue du processus, mais tout réfugié a, dans un premier temps, été demandeur d'asile.* » (OIM, 2023b)

⁴ Réfugié : « *Personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner.* » (OIM, 2023b)

⁵ Déplacé interne : « *Personnes ou groupes de personnes qui ont été forcés ou contraints de fuir ou de quitter leur foyer ou leur lieu de résidence habituelle, notamment en raison d'un conflit armé, de situations de violence généralisée, de violations des droits de l'homme ou de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme ou pour en éviter les effets, et qui n'ont pas franchi les frontières internationalement reconnues d'un État.* » (OIM, 2023b)

en occident, les principaux pays d'accueil des personnes déplacées de force sont situés dans les pays en développement (76%). En 2022, il s'agissait de la Turquie, de l'Iran et de la Colombie (UNHCR, 2023). De manière générale, cette même année, 70% des personnes déplacées de force ont trouvé refuge dans un pays voisin (UNHCR, 2023).

Au niveau international, la loi protège certains types de migrants tels que les réfugiés, et les textes réglementaires relatifs aux droits humains sont invoqués pour protéger les migrants qui n'entrent pas dans ces catégories. La Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH) définit les personnes en situation de handicap comme « *des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres* » (Convention relative aux droits des personnes handicapées, 2006; p.4). Les personnes en situation de handicap sont particulièrement représentées dans les pays en développement, qui concentrent souvent les crises humanitaires : 80% d'entre elles vivraient dans les pays les plus pauvres (Reference Group on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action, 2023). Dans les contextes de crise humanitaire, les personnes en situation de handicap sont également susceptibles d'être déplacées. Si leurs proportions varient en fonction de nombreux facteurs -par exemple, les conflits armés entraînent parfois une augmentation des situations de handicap physique (Reference Group on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action, 2023)- la communauté humanitaire recommande de considérer que 15% de la population confrontée à une crise humanitaire est en situation de handicap (Age and Disability Consortium, 2018). En 2022, ce sont donc plus de 16 millions de personnes en situation de handicap qui ont été déplacées de force (UNHCR, 2023).

1.2. Migrations forcées, santé mentale et soutien psychosocial

La santé psychique est définie par l'OMS comme « *un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle fait partie intégrante de la santé et du bien-être, sur lesquels reposent nos capacités individuelles et collectives à prendre des décisions, à nouer des relations et à bâtir le monde dans lequel nous vivons. La santé mentale est un droit fondamental de tout être humain. C'est aussi un aspect essentiel du développement personnel, communautaire et socioéconomique.* » (OMS, 2023). Cette définition de la santé psychique s'est construite en miroir d'une vision occidentale des troubles psychiques, et fait intervenir des concepts qui, dans le cadre des

migrations, sont quelque peu bousculés. Ainsi, dans des contextes de migration forcée, dans quelle mesure peut-on parler de "réaliser son potentiel" ? Les sources de stress auxquelles font face les personnes en situation de migration vont au-delà de celles du quotidien, ordinaire dans leur environnement -qui diffère par ailleurs selon leur communauté d'origine. Enfin, si l'on suit toujours la logique de cette définition, à la vie de quelle communauté une personne en situation de migration est-elle censée contribuer ? Celle d'origine, celle d'accueil, celle des personnes en situation de migration dans son nouvel environnement ?

Il est particulièrement difficile d'obtenir des données précises sur la santé psychique des personnes en situation de migration. En effet, la recherche sur ce sujet est insuffisante et parfois peu solide, avec notamment de nombreuses études basées sur l'autoévaluation, et parfois des confusions entre réactions de stress normales face à une situation anormale et des symptômes de troubles psychiques, notamment de troubles de stress post-traumatique (Bozorgmehr et al., 2020; IOM, 2020; WHO, 2022). Par ailleurs, l'épidémiologie ne saisit pas le statut juridique des personnes en situation de migration, et les différences de contextes (culturel, nature de la crise...) sont rarement prises en compte. Le lien entre crise humanitaire et augmentation des troubles de la santé psychique n'est pas formellement établi. L'évaluation de la prévalence des troubles psychiques en contexte de crise humanitaire est une entreprise complexe par ailleurs considérée comme pouvant avoir un impact potentiellement négatif, et donc exclue des premières mesures d'évaluation de crise (IOM, 2020; Ommeren et al., 2011). Cependant, la prévalence de la détresse psychologique "ordinaire"⁶ est considérée comme bien plus importante chez les populations ayant vécu un événement traumatique. Celle des troubles psychiques modérés (formes légères et modérées de dépression, troubles de l'anxiété, stress post-traumatique...) passe de 10 à 15-20% de la population selon les contextes. Les troubles psychiques sévères (psychose, dépression et troubles de l'anxiété sévères) augmentent quant à eux de 2-3% à 3-4% (World Mental Health Survey Initiative, 2018). L'annexe 2 donne des indications sur les facteurs qui peuvent influencer la santé psychique au cours du cycle migratoire.

Les personnes confrontées à la migration forcée n'ont donc pas toutes besoin d'une prise en soin, mais certains facteurs peuvent impacter leur santé psychique. Il peut s'agir de logements insalubres et surpeuplés, confrontation à la violence, mise en détention, violence

⁶ La souffrance ordinaire humaine est « moins sévère que des réactions psychologiques de détresse (bien qu'acceptée comme négative, les personnes affectées leur donnent un sens dans le contexte des aléas de la vie, en les conceptualisant dans des systèmes de sens politique, religieux, idéologique ou même existentiel » (Papadopoulos, 2022, p. 4).

des moyens d'existence (prostitution, mendicité...), vie dans l'illégalité, manque de visibilité sur le futur (demande d'asile, éventuel retour...), perte des proches (décès ou séparation au cours du parcours migratoire)... Des barrières structurelles influencent aussi la santé psychique des migrants tel que le fait de ne pas posséder d'assurance, le coût des services, la langue, l'exposition à des discriminations multiples, la répression policière... Enfin, des barrières individuelles peuvent aussi mettre en jeu la santé psychique : compréhension du système de santé, situation financière, conception culturelle de la santé psychique... (Derr, 2016). Ainsi, face aux impacts de ces facteurs tels qu'une forme de désorientation, un changement d'identité, l'adaptation à de nouveaux systèmes sociaux et culturels, un accès plus difficile aux services et l'appartenance à de multiples communautés, un soutien psychosocial peut favoriser l'amélioration/stabilisation de la santé psychique des migrants (IOM, 2021).

« Dans l'action humanitaire, le terme composite "santé mentale et soutien psychosocial" est utilisé depuis 2007 pour définir « tout type de soutien local ou extérieur qui vise à protéger ou à promouvoir le bien-être psychosocial et/ou à prévenir ou traiter les "troubles mentaux" ». » (IOM, 2020, p. 19). Les interventions de SMSPS se basent sur le fait que le soutien social est considéré parmi les facteurs de protection les plus importants à la suite d'expériences éprouvantes ou traumatisantes (Hobfoll et al., 2007). Par ailleurs, plusieurs textes de loi au niveau international font référence à la santé psychique des migrants et justifient la mise en œuvre d'intervention en SMSPS⁷.

Les acteurs de la SMSPS utilisent pour la plupart un cadre de référence commun, développé par l'Inter-Agency Standing Committee (IASC)⁸, qui organise les interventions autour de quatre niveaux d'action (voir annexe 3). Le premier niveau concerne les services de base et de sécurité. Il s'agit des considérations qui visent à préserver le bien-être psychosocial des populations dans la mise en place des services de base (eau, hygiène, assainissement (EHA), logement, nutrition, santé...) et de sécurité. Il s'agit notamment de préserver la dignité des bénéficiaires, de favoriser l'accès à l'information sur ces services et de communiquer sur leurs bénéfices pour la santé psychique. Le second niveau

⁷ Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières, 2018; Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons Especially Women and Children, Supplementing the United Nations Convention against Transnational Organized Crime, 2000; General comment no. 14 (2000), The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), 2000; CERD General Recommendation XXX on Discrimination Against Non Citizens, 2004; Convention and Protocol Relating to the Status of Refugees, 1951.

⁸ L'IASC est le forum de coordination humanitaire de l'ONU, qui réunit des agences onusiennes et des organisations indépendantes de l'ONU. L'IASC met en place des groupes de travail par secteurs au niveau international mais également sur le terrain lorsqu'une crise humanitaire survient (IASC, 2023).

correspond aux dispositifs de soutien communautaires et familiaux. Il repose sur l'implication de la communauté comme déterminant de la santé psychique des communautés. Ces dispositifs peuvent prendre la forme de cérémonies (deuil, hospitalité, fêtes traditionnelles...), de campagnes de sensibilisation sur les stratégies d'adaptation et d'auto-aide, de groupes d'entraide, d'activités d'éducation non formelle ou encore de programmes sur les moyens d'existence⁹, qui vont permettre de renforcer le tissu social et les réseaux d'entraide. Le troisième niveau concerne les soutiens ciblés, qui prennent la forme d'interventions individuelles ou de groupe avec du personnel qualifié (travailleur social, psychologue...). Enfin, le dernier niveau, services spécialisés, correspond aux services psychologiques et psychiatriques destinés aux personnes en grande souffrance psychique ou avec un handicap psychique (IASC, 2007; IOM, 2020).

De ces niveaux d'intervention découlent des activités qui diffèrent selon les contextes. En santé psychique, il reste important de garder à l'esprit que la culture peut influencer les croyances et les comportements. Par exemple, une réaction considérée comme normale dans certaines cultures peut-être identifiée comme un symptôme de troubles psychiques en médecine occidentale (Arnoux, 2009; Haroz et al., 2020). Il est donc nécessaire pour les responsables de programmes de comprendre le contexte dans lequel est menée l'intervention, pour identifier les façon d'exprimer la souffrance, les mécanismes d'adaptation propres à la communauté... (Hillel, 2023). « *Il n'existe ni "pathologies occidentales" ni "pathologies africaines", mais seulement des manières différentes de les nommer, de les comprendre et de les traiter* » (Chatot & Mbarkoutou Mahama, 2023; p.66).

La santé des personnes en situation de migration ne tire pas sa particularité du statut migratoire, mais bien du contexte qui l'entoure : « *Dans une large mesure, les migrants n'ont des problèmes spécifiques qu'en fonction de la manière dont ils sont traités par les pays qui les accueillent. Les conditions indignes dans lesquelles sont condamnées à vivre les personnes en situation irrégulière, les violences qu'elles subissent de la part des forces de l'ordre, les lieux insalubres dans lesquels ont les relègue, l'incertitude et l'anxiété qui font leur quotidien ne sont pas liés au fait d'être des migrants mais au fait d'être exclus, comme du reste peuvent l'être d'autres membres de la société* » (André et al., 2019; p.8).

⁹ Le terme moyens d'existence fait référence aux capacités, ressources (matérielles, humaines, sociales...) et activités nécessaires pour subsister. Ce concept s'applique généralement à l'échelle des ménages. Les programmes d'intervention sur les moyens d'existence peuvent prendre la forme d'appuis au micro entrepreneuriat (financement, formation...), d'accompagnement technique des agriculteurs familiaux, de renforcement des compétences dans l'objectif d'obtenir un emploi... (Centre de Moyens d'Existence, 2019).

Il s'agit donc d'adapter les interventions au contexte, sans pour autant nier ou amplifier la souffrance des populations : encore aujourd'hui, les crises humanitaires donnent lieu à des situations de surmédicalisation ou à l'inverse à des traitements insuffisants pour les patients ayant des troubles psychiques (IASC, 2007; IOM, 2020).

De nombreux acteurs humanitaires, dont l'OIM, s'accordent sur le fait que les interventions de SMSPS à base communautaire sont plus efficaces et pérennes (Asher et al., 2018; CBM, s. d.-a; IASC, 2019a; Lemmi et al., 2015; IOM, 2020, 2021; UNHCR, 2017; UNICEF, 2019). Ces interventions font intervenir les populations concernées pas uniquement en tant que clients/usagers/bénéficiaires, mais aussi comme acteurs de l'intervention et donc de l'amélioration de leur propre santé psychique. En s'engageant dans l'action de SMSPS comme salarié ou volontaire (statut qui varie selon les organisations), les populations concernées peuvent ainsi atteindre un niveau proche du contrôle par les citoyens tel que défini par Arnstein dans son échelle de la participation (Arnstein, 1969)¹⁰. L'approche à base communautaire, si elle permet aux populations locales de reprendre le contrôle sur l'intervention humanitaire, reste cependant dépendante des décisions du siège de l'organisation et des financements des bailleurs.

Les interventions de SMSPS à base communautaire prennent en compte l'individu en le situant dans son écosystème, en se basant sur le modèle de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1986). L'approche psychosociale prend en compte trois « sphères » : la sphère biopsychosociale, la sphère culturelle et la sphère sociorelationnelle et socioéconomique (cf. annexe 1). Les actions de SMSPS à base communautaire couvrent tous les niveaux de la communauté¹¹, de la personne à la communauté au sens large, en passant par la famille et différents groupes sociaux. L'objectif est de travailler à la fois avec les personnes et groupes qui souffrent, mais aussi sur ce qui provoque leur souffrance, en tenant compte des ressources et résiliences des individus et communautés (voir annexe 4).

¹⁰ Selon Arnstein, le contrôle par les citoyens est le niveau maximal de participation citoyenne, dans lequel les personnes concernées sont responsables de la prise de décisions et de l'action (Arnstein, 1969).

¹¹ A l'OIM, le terme communauté est défini comme « *un groupe dont les membres partagent certains points communs -comme la situation géographique ou le lieu d'origine perçue, une langue, des intérêts, des croyances, des valeurs, des tâches, une affiliation politique, ethnique ou une identité culturelle, un sentiment d'appartenance et autres- et dont la taille varie de très petite, telle qu'une famille nucléaire, à extrêmement grande, comme les habitants de tout un continent.* » (IOM, 2020, p.16).

1.3. Santé mentale et soutien psychosocial en contexte de migration forcée : l'exemple de l'OIM

La section SMSPS de l'OIM travaille suivant une approche à base communautaire. Le travail de la section s'effectue sur deux volets : humanitaire et gestion des migrations. Il s'agit en fait d'une distinction sur le papier, puisque les programmes s'inscrivent dans un continuum entre humanitaire et développement, avec des interventions qui s'adaptent aux évolutions du contexte. Par exemple, si la guerre en Ukraine a d'abord entraîné des interventions d'urgence pour les populations déplacées, des programmes de soutien psychosocial durable aux vétérans et l'accompagnement du retour des réfugiés sont à présent envisagés. La section SMSPS est active à la fois pour accompagner les programmes sur le terrain et pour plaider auprès des parties prenantes (Etats, agences onusiennes, mécanismes politiques régionaux...). L'objectif de la section est de promouvoir des politiques nationales et internationales de santé psychique inclusives pour les personnes en situation de migration, mais également, à l'inverse, des politiques migratoires qui tiennent compte de la santé psychique.

Les projets de SMSPS diffèrent selon les contextes. Ceux qui concernent les déplacements forcés s'inscrivent très souvent dans un cadre humanitaire. En effet, une fois le moment de crise passé, l'OIM peut être amenée à accompagner la transition et le développement, mais les services publics rétablis sont la plupart du temps en capacité de prendre en charge les personnes qui ont été déplacées de force. Dans les cas où la crise amène les personnes à se déplacer hors de leur pays, l'OIM intervient principalement dans les points de passage provisoires (qui parfois sont provisoires pour de nombreuses années) et dans les espaces où les services publics ne prennent pas en charge les personnes en situation de migration (par manque de capacités ou par volonté politique).

Un projet de SMSPS démarre par une phase d'évaluation des besoins. Celle-ci commence par une coordination avec les autres acteurs présents sur le terrain (par exemple, l'IFRC, le Haut-commissariat aux réfugiés (HCR)...). Sur la base des informations existantes et de la cartographie des ressources et acteurs sur le terrain, des objectifs sont formulés pour préparer l'évaluation, avant de procéder à la collecte et l'évaluation des données. Leur analyse donne ensuite lieu à des recommandations qui seront utilisées pour concevoir le projet et partagées avec les parties prenantes du secteur SMSPS impliquées dans la réponse à la crise.

Pour répondre aux besoins identifiés, le personnel de la mission¹², avec le support des spécialistes au siège, développe une proposition de projet. Celle-ci peut être une réponse à un appel à projet, ou faire l'objet d'une recherche de financements par la suite. Dans la pratique, peu de projets concernent uniquement une intervention de SMSPS. Ils touchent souvent plusieurs secteurs. L'enjeu pour les spécialistes de SMSPS est alors de s'assurer que les considérations de SMSPS sont prises en compte dans l'ensemble du projet, et que des activités de SMSPS adaptées sont prévues, avec les ressources financières, matérielles et humaines nécessaires à leur mise en œuvre.

Selon la nature de la crise et les moyens disponibles, l'intervention de SMSPS peut prendre plusieurs formes. Dans l'urgence, les équipes tentent de répondre aux besoins de base et de sécurité, et prodiguent principalement des premiers secours psychologiques¹³, qui permettent de prendre en charge la détresse suite à des événements éprouvants. Ce type de soutien peut être effectué par des personnes qui ont reçu une courte formation, ce qui permet de le déployer face à des populations importantes touchées par une crise. Il peut être mis en place aux points de passage des frontières ou dans les camps par exemple.

L'intervention, en veillant à la continuité de la prise en compte de la SMSPS dans la réponse aux besoins de base et de sécurité, peut ensuite se développer autour des deux niveaux centraux de la pyramide de SMSPS (annexe 3), au travers d'équipes mobiles psychosociales (EMP) ou en établissant des centres de SMSPS, dans les camps ou à proximité des centres d'hébergement par exemple. En matière de soutien communautaire et familial, de nombreuses activités peuvent être développées selon le lieux, les besoins des populations, leurs cultures... Il peut s'agir d'activités mises en place et gérées par le programme, initiées par le programme et gérées par la communauté, ou initiées (ou réactivées) par la communauté et soutenues par le programme. Ces activités peuvent relever du champ socioculturel (regroupements tels que groupe de femmes, cérémonie du café...) du champ créatif et artistique (théâtre de l'opprimé, atelier de couture traditionnelle...), du champ des rituels et cérémonies (deuil, mariages...), du champ sportif et ludique (parties de football, espaces de jeux pour les enfants...), du champ éducatif (cours de langue, activités autour de la culture du pays d'accueil...). Des activités peuvent

¹² A l'OIM, une mission correspond à l'ensemble des activités de l'organisation dans un pays.

¹³ Les premiers secours psychologiques sont une intervention développée par l'OMS, qui peut être définie comme un soutien humain à une personne qui souffre. De nombreux professionnels et volontaires de la SMSPS et plus largement de l'humanitaire ont été formés à cette intervention, qui implique de fournir un soutien pratique, faire le point sur les besoins de la personne et l'aider à y répondre, écouter, rassurer et connecter la personne aux services dont elle a besoin (WHO, 2011).

aussi être implémentées dans l'objectif de réduire les conflits ou favoriser l'insertion socio-professionnelle. Des services de soutien psychologique sous forme de sessions de groupe ou individuelles peuvent également être organisés pour les personnes ayant des besoins de soutien plus importants. Lorsqu'il s'agit de sessions de groupe, l'idée est d'éviter de les labéliser à destination d'un public spécifique et particulièrement vulnérable (personnes victimes de violences sexuelles et liées au genre par exemple) car cela peut renforcer la stigmatisation et les mettre en danger. Il est possible cependant d'organiser des sessions de groupe pour un public plus large, qui permettra d'inclure les personnes concernées, et, si elles en ont besoin, de leur proposer un accompagnement personnalisé (si l'on suit l'exemple cité précédemment, il s'agira alors d'organiser une session pour les femmes ou les jeunes filles). Enfin, pour les personnes qui nécessitent une prise en soin psychiatrique, l'OIM n'assure la prise en soin que dans de très rares cas. En général, les équipes les orientent vers les services adaptés (système de santé publique ou ONG) dont l'OIM a validé la qualité (respect des droits humains, disponibilité des soignants...). L'OIM assure tout de même un suivi de ces personnes et les inclut dans ses activités aux autres niveaux de la pyramide de la SMSPS, ce qui permet de faciliter leur participation aux activités de la communauté.

Aux services directement destinés aux bénéficiaires s'ajoutent des formations, notamment du personnel des services publics, pour renforcer les compétences en SMSPS et assurer un minimum de continuité lorsque le projet prend fin. Durant toute la mise en œuvre du projet, une supervision technique est assurée afin de donner aux professionnels un espace pour discuter des difficultés rencontrées dans leur travail, les soutenir et renforcer leurs capacités. Le superviseur technique est distinct, dans la mesure du possible, du responsable de projet. Il s'agit généralement d'un spécialiste de la SMSPS avec de l'expérience dans la pratique de la psychologie en contexte humanitaire.

La mise en œuvre des projets se fait en employant du personnel (et parfois des volontaires) ou en contractant des partenaires. Les équipes terrain sont recrutées au niveau local, et la grande majorité des responsables de programme de SMSPS de l'OIM sont originaires du pays où ils travaillent -sauf dans le cas des gros programmes, notamment humanitaires, où les responsables les plus expérimentés sont envoyés et obtiennent alors un poste international. La durée des projets est variable et dépend des financements accordés par le bailleur. Il s'agit cependant principalement de financements à court terme (6 mois à 3 ans). Le suivi et l'évaluation des projets (MEAL en anglais pour Monitoring, Evaluation, Accountability and Learning) se fait de manière participative, en impliquant bénéficiaires, leaders communautaires et équipe du projet. Le suivi permet de réadapter les activités du

projet si nécessaire et de récolter des données qui pourront être utilisées lors de l'évaluation. Les rapports d'évaluation permettent de confirmer aux bailleurs la bonne mise en œuvre du projet. En SMSPS, les principaux indicateurs utilisés sont le nombre et le type d'activités réalisées ainsi que le nombre de bénéficiaires. Ces informations ne donnent qu'un aperçu du projet, puisqu'il est compliqué et coûteux d'évaluer une amélioration de la santé psychique. Par ailleurs, les bénéfices des activités de SMSPS peuvent aller au-delà de la santé psychique (amélioration de l'état somatique, insertion socio-professionnelle...) et au-delà de l'individu (famille, communauté...). Les apprentissages de l'évaluation sont également destinés à rendre compte aux bénéficiaires des activités mises en œuvre (principe de responsabilité à l'égard des populations/"accountability"), et à donner des pistes d'amélioration pour la mise en œuvre des prochaines interventions de SMSPS. L'OIM est toujours impliquée, en tant que coordinateur ou participant, dans les groupes du "cluster system" de l'ONU : dans les contextes humanitaires, chaque secteur (EHA, SMSPS, santé, coordination et gestion des camps...) se réunit au niveau national et parfois local pour coordonner les actions des différents acteurs (agences onusiennes, ONG...).

Les migrations sont plurielles et influencées par de nombreux facteurs. Ces dernières années, les déplacements forcés de populations liés à des conflits, situations de violence et catastrophes naturelles sont en augmentation. La migration forcée touche principalement les pays en développement qui font face à une crise humanitaire, puisqu'une majorité des personnes déplacées sont des déplacés internes ou migrent vers un pays voisin. La migration forcée touche tous types de populations, y compris les personnes en situation de handicap. Elle n'est pas toujours synonyme d'impacts négatifs sur la santé psychique, mais différents événements vécus au cours du cycle migratoire peuvent avoir des conséquences négatives pour certains individus. Dans ces situations, des projets de SMSPS peuvent être mis en place par des organisations humanitaires pour favoriser le bien-être psychosocial des populations. Ils concernent des activités répondant aux besoins de base et notamment de sécurité, du soutien au niveau communautaire et familial, des soutiens ciblés et des services spécialisés pour les personnes qui en ont besoin. Ces interventions tendent de plus en plus à adopter une approche communautaire, qui place les populations comme actrices du projet et non uniquement comme bénéficiaires. C'est le cas par exemple pour les projets de l'OIM qui, bien que variant selon les contextes, se structurent autour de soutien répondant aux besoins urgents, d'activités socioculturelles, artistiques, traditionnelles, spirituelles, sportives, ludiques et éducatives, de dispositifs de soutien ciblé

et de mécanismes d'orientations vers des services spécialisés publics ou d'organisations partenaires.

2. Problématique

Dans des contextes de crises humanitaires qui entraînent d'importants déplacements de populations, les institutions intergouvernementales et les ONG coordonnent depuis 2007 leurs actions de SMSPS en suivant les directives de l'IASC. Ces projets sont destinés à des populations ayant subi une migration forcée, y compris à des personnes en situation de handicap. Alors que l'urgence et les mouvements de populations définissent ces contextes, les interventions à base communautaire semblent faire depuis une dizaine d'années l'objet d'un consensus au sein de la communauté humanitaire. Les personnes en situation de migration sont placées au centre des dispositifs, avec des visions qui tendent à sortir du "mythe du migrant vulnérable" (Schininá, 2021).

Dans ce contexte, le présent mémoire s'intéresse à la place des personnes en situation de handicap dans les projets de SMSPS. Ainsi, la problématique qui a guidé la recherche est la suivante : **Comment les personnes en situation de handicap sont-elles incluses dans les projets de santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) en contexte de migration forcée ?**

Les sous-questions suivantes précisent ce questionnement :

- Quelles sont les recommandations (institutionnelles, internationales) en matière d'inclusion des personnes en situation de handicap dans les projets de SMSPS en contexte humanitaire ?
- En quoi les contextes de migration forcée rendent-ils difficile l'inclusion des personnes en situation de handicap dans les projets de SMSPS ?
- Comment se caractérise l'adaptation des interventions en SMSPS pour favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap dans les contextes de migration forcée ?

3. Etudier l'inclusion depuis un organisme et une position globale : le choix de combiner les données pour pallier à un accès au terrain difficile

Le stage s'est déroulé à Bruxelles au sein de la section SMSPS de l'OIM, sans opportunité de se rendre dans les missions qui œuvrent sur le terrain. Il n'était donc pas envisageable de constater l'inclusion des personnes en situation de handicap déplacées de force dans les projets de SMSPS directement sur place, avec les personnes concernées. Les données utilisées dans ce mémoire ont par conséquent été récoltées au travers de la littérature, via l'observation participante au sein de la section SMSPS de l'OIM, et par des entretiens avec des acteurs de la SMSPS en contexte de migration forcée.

3.1. Une littérature inter-organisations importante

L'étude de la littérature existante sur les questions d'intervention en SMSPS dans les contextes de migration forcée et l'inclusion des personnes en situation de handicap dans les projets humanitaires a permis de poser les cadres dans lesquels s'inscrivent les projets des personnes enquêtées. Les documents étudiés sont principalement issus de la littérature grise, comme par exemple des guides inter-organisations ("guidelines") donnant des lignes directrices et bonnes pratiques aux acteurs humanitaires. Des documents internes ainsi que des documents qui n'ont pas encore été publiés ont également été utilisés.

3.2. La section globale SMSPS de l'OIM, lieu d'observation des mécanismes de décisions opérationnelles et politiques

La section SMSPS de l'OIM travaille sur deux axes : mener des projets de SMSPS, et intégrer les considérations de SMSPS dans les autres projets de l'OIM. Il peut s'agir, par exemple, de sensibiliser les gestionnaires de camps à mettre en œuvre des distributions alimentaires qui respectent la dignité des bénéficiaires et évitent la stigmatisation, ou de former les équipes mobiles de soins aux premiers secours psychologiques.

Le stage ayant été effectué au sein de la section globale SMSPPS de l'OIM, certaines informations utilisées dans ce rapport proviennent d'échanges avec les personnes qui y travaillent, de réunions avec d'autres unités, partenaires etc. Ces observations ont été consignées au sein d'un journal de terrain. Une partie du travail de l'OIM étant soumis à la confidentialité, seules les données pouvant être partagées publiquement ont été incluses dans ce mémoire. L'observation participante a permis de mieux comprendre le cadre général des interventions de SMSPPS en contexte de migration forcée et les décisions qui les sous-tendent, à la fois sur le plan opérationnel et sur le plan de la politique internationale, mais aussi de mesurer l'importance de l'inclusion des personnes en situation de handicap dans le travail de la section.

3.3. Recueillir l'expérience des professionnels de la SMSPPS et des personnes concernées

Des entretiens semi-directifs¹⁴ ont été menés avec des acteurs du secteur SMSPPS en contexte de migration forcée. Les enquêtés ont été sélectionnés pour leur poste (l'idée étant d'avoir les vues du terrain comme du siège), leur implication dans des projets favorisant l'inclusion des personnes en situation de handicap, et les spécificités du contexte humanitaire dans lequel ils travaillent (populations déplacées internes, réfugiées, demandeuses d'asile ; crise liée à un conflit ou à une catastrophe naturelle). Les enquêtés sont issus de l'OIM, d'ONG, d'universités et d'organisations de personnes en situation de handicap (OPH). Ils occupent diverses positions, telles que responsable des programmes de SMSPPS, assistant de projet, chercheur, référent handicap ou représentant d'OPH. En plus de considérations à l'échelle internationale, les enjeux liés à l'inclusion des personnes en situation de migration et de handicap dans différents pays ont été discutées (Ukraine, Kosovo, Syrie, Irak, Jordanie, Yémen, Sierra Leone, Liberia, Kenya, Afrique du Sud, Pérou, Brésil). L'objectif était d'avoir une vision globale de la thématique, à différentes échelles et au sein de plusieurs organisations.

Lors des entretiens, la discussion abordait en premier lieu le contexte dans lequel travaille l'enquêté (organisation¹⁵, responsabilités, contexte géopolitique du pays/de la zone). L'enquêté était ensuite questionné sur sa conception du handicap, de manière à comprendre ce qu'il mettait derrière ce terme pour adapter la discussion par la suite (notion

¹⁴ Les citations d'entretiens ont été traduites de l'anglais par l'autrice.

¹⁵ Le terme organisation est utilisé pour faire référence aux agences onusiennes et ONG œuvrant dans le secteur humanitaire.

de handicap psychosocial, modèle biomédical/social du handicap...). Enfin, la dernière et principale partie de l'entretien se concentrait sur la mise en œuvre de l'inclusion des personnes en situation de handicap dans les projets de SMSPS sur lesquels travaille l'enquêté, notamment en abordant les dispositifs, bénéfices, difficultés et enjeux qui y sont liés. Le guide d'entretien utilisé est disponible en annexe 5.

3.4. Croiser discours, textes officiels et observations

Les données récoltées ont été regroupées pour effectuer une analyse thématique. Les données issues des entretiens ont été mises en perspective avec la littérature scientifique et professionnelle sur le sujet, de manière à rendre compte des pratiques communes et des éventuels décalages. Certains points ont pu être précisés avec les employés de la section SMSPS de l'OIM. Les sujets suscitant une controverse entre les enquêtés ont donné lieu à des discussions avec la section SMSPS ainsi qu'à des approfondissements via la littérature.

4. Un contexte humanitaire favorable à l'inclusion des personnes en situation de migration et de handicap dans les projets de SMSPS

Avant de détailler les mécanismes d'inclusion des personnes en situation de migration et de handicap dans la SMSPS, il semble important de comprendre ce que les acteurs humanitaires entendent par le terme personnes en situation de handicap¹⁶, l'importance de cette population dans les contextes de crise humanitaire et ses besoins particuliers concernant la SMSPS. Nous aborderons ensuite les principaux cadres législatifs et institutionnels relatifs à l'inclusion des personnes en situation de handicap et à la SMSPS dans le secteur humanitaire.

4.1 Quelle définition du handicap pour les acteurs du secteur SMSPS ?

Les acteurs humanitaires semblent avoir adopté une définition relativement homogène du handicap, basée sur la CIDPH. Ils considèrent la situation de handicap comme une limitation de la participation résultant de la combinaison d'une caractéristique propre à l'individu et d'un obstacle dans son environnement. La dimension temporelle du handicap est par ailleurs assez large, puisque la plupart des acteurs incluent toutes les situations de handicap, qu'elles soient temporaires, chroniques ou constantes. Cette définition est utilisée dans la plupart des "guidelines" relatives à l'inclusion des personnes en situation de handicap dans les contextes humanitaires (Age and Disability Consortium, 2018; Association Sphère, 2018; CBM, s. d.-b; IASC, 2019b; IOM Iraq, 2021; UK Department for International Development, 2020). L'utilisation de la définition de la CIDPH semble aussi permettre aux acteurs humanitaires de revendiquer les droits des personnes en situation

¹⁶ Ce terme étant peu employé en anglais, lors de la traduction "disabled person" a été traduit par "personne handicapée", et "person with disability" par personne avec un handicap, pour tenter de refléter au mieux le discours des enquêtés.

de handicap qu'elle énonce et de mettre en œuvre des actions pour les favoriser, dans des situations qui incluent parfois de nombreux cas de violation des droits humains.

Si la définition du handicap fait consensus, cette notion n'en reste pas moins partiellement floue pour certains acteurs. C'est le cas notamment pour un enquêté, spécialiste du domaine de la SMSPS mais peu au fait de la politique du handicap de son organisation qui fonctionne globalement en silos, avec des experts dédiés au handicap. *« Notre manuel a été relu par la personne du handicap, donc il est inclusif, je ne sais pas ce que ça signifie, mais ils l'ont revu pour s'assurer que ces éléments étaient pris en compte. Handicap en termes de troubles autres que psychiques, parce qu'honnêtement notre cadre est plus autour du handicap physique. »* (responsable dans une agence onusienne spécialiste des migrations).

Par ailleurs, les définitions des acteurs de la SMSPS varient légèrement d'une organisation à une autre. Les modèles du handicap le plus largement utilisés sont le modèle social¹⁷ et le modèle biopsychosocial¹⁸. Cependant, certains acteurs, notamment des organisations anglophones, plaident pour l'utilisation d'un modèle basé sur les droits humains, qui reconnaît les droits (justice, éducation, travail, participation...) des personnes en situation de handicap mais également la déficience dans un but de protection, au contraire du modèle social (CBM, s. d.-a; Reference Group on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action, 2023). *« Le [modèle des] droits humains est, je dirais, plus progressiste, mais je pense que le modèle social est incroyablement puissant, et bien établi et bien compris sur le terrain. Donc il marche souvent très bien avec le modèle basé sur les droits humains. »* (chercheur et responsable des programmes de SMSPS d'une ONG européenne spécialisée dans le handicap). Comme le montre cette citation, certains acteurs utilisent plusieurs modèles, de manière combinée ou séparée pour s'adapter à leurs interlocuteurs (responsables terrain, bailleurs, responsables politiques...).

Le point qui fait le plus débat entre les acteurs de la SMSPS est la considération du handicap psychosocial comme un handicap. Tout d'abord, il convient de rappeler que ce terme recouvre des réalités différentes. Ainsi, si l'International Disability Alliance, l'IASC ou CBM l'utilisent comme un synonyme du terme handicap psychique (CBM, s. d.-a; IASC, 2019b, p. 201; International Disability Alliance, 2023), nombreux sont les acteurs humanitaires à considérer le handicap psychosocial comme faisant référence au handicap

¹⁷ Le modèle social du handicap considère que le handicap est dû à l'environnement (UPIAS, 1975).

¹⁸ Le modèle biopsychosocial considère le handicap comme issu de la rencontre entre la déficience et l'obstacle (Barral, 2007).

psychique, intellectuel et cognitif (IOM, 2021; World Health Organization & Fundação Calouste Gulbenkian, 2015). L'emploi du terme handicap psychosocial est refusé par certains professionnels, sous prétexte que *« le handicap psychosocial [concerne] les personnes avec un trouble neurologique, avec un retard [de développement], avec de l'épilepsie, les gens avec... c'est le problème. [...] Est ce que les personnes avec des troubles mentaux sont handicapées ? Oui, mais elles sont aussi des personnes avec des troubles mentaux [...] Alors quoi, le handicap devient un trouble mental sans traitement, mais aussi, si vous avez un traitement vous pouvez toujours avoir des troubles. [...] Appeler ou cadrer tout ce qui est relatif au mal-être psychosocial sous le cadre du handicap [...] est un peu problématique parce que cela peut stigmatiser »* (responsable dans une agence onusienne spécialiste des migrations). Certains enquêtés préfèrent le terme "expérience vécue en santé mentale" ("mental health lived experience" en anglais). Le fait que les "guidelines" ne donnent pas d'indications sur le terme à employer a également été soulevé, ce qui empêche les acteurs de la SMSPS de se référer à un cadre commun. Ces questionnements sont cependant vus avec de la distance, notamment au niveau du terrain : *« nous protégeons tout le monde, et nous protégeons les personnes avec des troubles mentaux, au bout du compte ça ne fait aucune différence »* (responsable dans une agence onusienne spécialiste des migrations).

Par ailleurs, parmi les acteurs qui sont en faveur de l'emploi du terme handicap psychosocial, des résistances en interne ont pu être notées : *« Au sein [d'une ONG humanitaire spécialiste de la santé] dans son ensemble, en dehors de l'unité SMSPS, ils ne considèrent pas les personnes avec des handicaps psychosociaux comme faisant partie des personnes en situation de handicap, ils ont une vision [...] beaucoup plus traditionnelle, qui se centre sur les personnes avec des handicaps physiques et intellectuels. [...] Quand je leur en parle, ils disent "mais ça c'est un problème différent, on parle de personnes qui sont aveugles ou dans un fauteuil". »* (chercheur attaché à une ONG humanitaire européenne œuvrant dans le secteur de la santé).

La situation de handicap est vue par certains acteurs, notamment ceux fortement impliqués dans la thématique de la migration, comme une sorte de "variante" de la situation de vulnérabilité expérimentée par les personnes en situation de migration. En effet, ces acteurs utilisent la notion de vulnérabilité comme une situation qui n'est pas intrinsèque, mais qui résulte d'un accès limité aux services, faisant écho au modèle social du handicap. Il existe cependant des spécificités propres aux personnes en situation de handicap qui sont touchées par la migration forcée.

4.2. Les personnes en situation de migration et de handicap, une population aux besoins spécifiques peu étudiée

« *Quand les gens ne sont pas comptés, souvent ils ne comptent pas* » (Mosler Vidal, 2022). Cela est particulièrement vrai dans le cas des personnes en situation de migration et de handicap, pour lesquelles il existe peu de données disponibles (Bozorgmehr et al., 2020; IOM, 2020; WHO, 2022). « *Généralement, on n'en fait pas suffisamment assez pour rassembler des informations sur ce qui fonctionne pour l'inclusion des enfants en situation de handicap, dans n'importe quelle population, mais spécifiquement pour les enfants en situation de handicap au sein des populations de migrants déplacés de force et réfugiés* » (responsable des actions de SMSPS dans une ONG africaine de défense des droits des enfants). Il est difficile d'utiliser des données sur la population concernée antérieures à la situation de crise -dans les cas où elles existent- car la situation humanitaire peut augmenter les barrières auxquelles font face les personnes en situation de handicap ou en créer de nouvelles (Mosler Vidal, 2022; Reference Group on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action, 2023). Ce manque de données rend difficile les estimations budgétaires. Pour y faire face, les "guidelines" recommandent de désagréger les données, qu'elles soient générales ou spécifiques à un secteur d'intervention, par âge, genre et handicap au minimum (Age and Disability Consortium, 2018; IASC, 2019b; IOM, 2020; Sphere Project, 2018; UNICEF, 2023).

Selon les contextes, les enquêtés ont indiqué des variations dans les proportions de personnes en situation de handicap au sein des populations déplacées de force, dues à l'âge moyen de la population, au schéma migratoire, à la crise qui l'a engendré... (Reference Group on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action, 2023). Les personnes en situation de handicap seraient moins nombreuses dans les programmes de retours assistés, qui ne sont parfois pas accessibles aux personnes qui sont dans l'incapacité de donner leur consentement ou nécessitent un important suivi médical. Les déplacements de populations dus à des situations de crise engendreraient parfois un "abandon" des personnes avec les handicaps les plus lourds, comme témoigne un enquêté au sujet de la population d'un camp de réfugiés : « *J'ai vu beaucoup plus d'enfants en situation de handicap. Et je pense que c'est parce que dans les cas de crises de réfugiés [...] les gens voyagent sur de longues distances. Et je pense que les personnes en situation de handicap sont abandonnées. Alors que les enfants peuvent être portés par les adultes, ou ils sont nés dans les camps. [...] Les vies des gens ne sont pas considérées comme égales. Ils se disent "si nous voulons survivre, nous devons laisser les personnes qui vont*

mourir". Donc il y a déjà une négation [du droit à la] vie avant même de parvenir à nous. C'est mon inquiétude. » (chercheur attaché à une ONG humanitaire européenne œuvrant dans le secteur de la santé). Dans les camps du Cox's Bazar au Bangladesh par exemple, les personnes en situation de handicap représentent 12% de la population (Reference Group on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action, 2023).

Au contraire, dans certaines situations, notamment de violences armées visant les civils ou catastrophes naturelles qui engendrent des blessures importantes et une destruction de l'environnement physique qui devient moins accessible, la proportion de personnes en situation de handicap augmente (Humanity and Inclusion, 2015; Mosler Vidal, 2022). C'est le cas par exemple dans un camp où l'un des enquêtés mène un programme de SMSPS, et où ce chiffre atteint 30%, où bien pour les déplacés internes syriens, dont 36% sont en situation de handicap, comparé à la moyenne nationale de 25% (Reference Group on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action, 2023). Parmi les réfugiés syriens en situation de handicap, il est estimé que 80 à 90% des handicaps sont dus à la guerre (Alodat et al., 2021). De manière générale cependant, les "guidelines" du secteur humanitaire recommandent d'utiliser la moyenne mondiale de 15% de personnes en situation de handicap quand les données spécifiques au contexte ne sont pas disponibles (Age and Disability Consortium, 2018; Reference Group on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action, 2023; UK Department for International Development, 2020). Ce choix arbitraire peut poser problème quand on sait que 80% de la population mondiale en situation de handicap se trouve dans les pays en développement, et que ces mêmes pays sont souvent ceux qui font face aux crises humanitaires les plus importantes : le risque de sous-estimer la population en situation de handicap peut être élevé (Reference Group on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action, 2023).

Quel que soit le nombre de personnes en situation de handicap déplacées de force, certains facteurs les rendent plus à risque de développer des troubles psychiques (Alodat et al., 2021; Charte pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire, 2016; MSF, 2011) (voir annexes 2 et 6). Il peut s'agir de facteurs auxquels sont confrontés de nombreuses personnes en situation de migration, tels que la crise qui a motivé la migration, les difficultés rencontrées pendant le déplacement, l'augmentation de la précarité, des problématiques sociales, juridiques, administratives... (André et al., 2019; Bozorgmehr et al., 2020; UNHCR, 2017; UNICEF, 2023). Le soutien du pays d'accueil, et notamment en ce qui concerne l'accès à la santé, parfois d'une importance vitale pour certains handicaps, joue un rôle prépondérant dans la dégradation de la santé psychique. Certains Etats établissent un système de soutien relativement faible dans une logique de politique de

dissuasion visant à encourager les personnes en situation de migration à quitter le territoire, ou à ne pas y entrer du tout (Bozorgmehr et al., 2020).

D'autres facteurs augmentent les risques de développer des troubles psychiques pour les personnes en situation de handicap déplacées de force (Alodat et al., 2021; Fernandes et al., 2017; MHPSS MSP, 2022) (voir annexe 6). Le stress est en effet le deuxième impact des crises humanitaires pour les personnes en situation de handicap, après l'impact physique direct, et suivi par une diminution de la confiance en soi. Ces impacts psychosociaux sont liés aux impacts physiques mais également à la perte des revenus, du logement, de membres de la famille (qui ont souvent le rôle d'aidants), de l'accès au traitement. Ainsi, en contexte de crise humanitaire, 49% des personnes en situation de handicap indiquent avoir besoin de soutien psychosocial, mais seulement la moitié d'entre elles estiment que leurs besoins sont couverts (Humanity and Inclusion, 2015). Les personnes en situation de handicap peuvent être dans l'impossibilité, parce que placées en institutions ou à mobilité réduites, de fuir la situation de crise. Elles peuvent aussi être victimes d'abandon ou de négligence -quand la famille perd ses sources de revenus par exemple- être exposées à la violence, ou se voir refuser l'accès aux services essentiels (Jimenez-Damary, 2020; Migration Data Portal, 2022; UNICEF, 2023). L'article 1.8 de la Charte pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire reconnaît *« les formes de discrimination multiples et convergentes auxquelles les personnes handicapées font face et qui aggravent leur exclusion dans les situations de risque et d'urgence humanitaire, qu'elles vivent dans les zones urbaines, rurales ou éloignées, dans la pauvreté, dans l'isolement ou dans des institutions, et ce quel que soit leur statut, y compris qu'elles soient migrants, réfugiés ou autres personnes déplacées ; [et reconnaît] aussi que les crises peuvent engendrer le développement de nouvelles déficiences. »* (Charte pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire, 2016; p.2).

Les personnes en situation de migration et de handicap, et en particulier les femmes et les enfants, sont plus à risque d'être victimes d'abus physiques, émotionnels ou sexuels (Charte pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire, 2016; Humanity and Inclusion, 2015; Jimenez-Damary, 2020; Mosler Vidal, 2022; UNICEF, 2023). Un rapport d'Humanité et Inclusion indique que 59% des personnes en situation de handicap déplacées internes ont été victimes de tels abus (enquête sur différentes crises au niveau mondial (Humanity and Inclusion, 2015)). Les personnes en situation de handicap font face à des barrières physiques, notamment dans les camps, qui mettent en péril leur dignité et affectent leur santé psychique. Il peut s'agir par exemple de sanitaires inadaptés à certaines situations de handicap physique, de rampes inadaptées ou

inexistantes, de portes trop étroites (voir annexe 7). Ces situations tendent cependant à diminuer avec un travail important au sein du secteur EHA (Jimenez-Damary, 2020; Reference Group on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action, 2023; UNICEF, 2023).

Enfin, certains groupes de personnes en situation de handicap sont considérés comme particulièrement vulnérables sur le plan de la santé psychique. Il s'agit des personnes avec un handicap psychique, cognitif ou intellectuel, des enfants en situation de handicap non accompagnés, séparés, orphelins ou ayant survécu à des traumatismes graves, des femmes et des personnes âgées en situation de handicap, qui font face à davantage de problèmes de stigmatisation, de discrimination et de protection (Jimenez-Damary, 2020; Migration Data Portal, 2022; UNICEF, 2023). Il semble par ailleurs exister dans certains contextes une sorte de hiérarchie considérant certains types de handicaps comme plus importants et plus dignes de soutien : « *En Irak, il existe une hiérarchie subtile du handicap, avec ceux qui ont souffert de déficience dues au conflit comme les amputations au sommet, et les personnes avec des handicaps psychosociaux, des déficiences cognitives et intellectuelles comme l'autisme et le retard de développement, en bas.* » (IOM Iraq, 2019; p.22). Les services de SMSPS, s'ils tendent à se développer, seraient moins accessibles que les services de santé dédiés à la prise en soin de personnes avec des handicaps physiques ou sensoriels (UNICEF, 2023). Face à ces besoins en SMSPS des populations en situation de handicap déplacées de force, des interventions sont mises en œuvre et s'inscrivent dans un cadre législatif spécifique.

4.3. Un système législatif international parallèle

En contexte de migration forcée, les projets de SMSPS s'inscrivent dans deux législations parallèles : le droit humanitaire international (basé sur les principes du droit à la dignité et à l'assistance (Association Sphère, 2018)) et le droit national (et, parfois, des instruments de droit régional). Cette différence est dépendante de la situation, avec un droit humanitaire qui couvre les programmes d'urgence, et une législation nationale qui s'applique aux programmes de transition et développement. Ce découpage reste indicatif, puisqu'il existe un continuum entre humanitaire et développement (Perrot, 1998). Enfin, en situation de crise, le droit national reste celui qui s'applique en dehors des espaces humanitaires : « *On peut avoir un cadre international, mais il faut faire face à des cadres nationaux qui sont différents d'un pays à un autre [...] Donc nous pouvons mettre en place les standards que nous voulons dans les camps humanitaires, mais dans les centres de détention ou à la*

police on doit suivre les règles du pays. C'est deux espaces différents » (responsable dans une agence onusienne spécialiste des migrations).

Dans le cas des migrations forcées internationales, l'accès des personnes en situation de migration à la santé reste variable selon les pays, même si les conventions internationales sur les droits des personnes en situation de migration enjoignent les Etats à contrer les discriminations dans l'accès aux soins. Le droit à la santé est inscrit dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme, mais dans la pratique il est souvent restreint sur la base de la citoyenneté ou de la possession d'un statut légal, laissant accès aux soins d'urgence uniquement, ou à des soins à des prix très élevés. Être migrant devient alors un déterminant social de la santé (Bozorgmehr et al., 2020; IOM, 2019; WHO, 2022; World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2021). Cela peut se révéler être un problème pour les personnes avec des troubles psychiques sévères qui ont besoin d'un suivi psychiatrique et d'un traitement, pour lesquelles la continuité des soins peut être mise en péril. Ainsi, si l'ONU et plus spécifiquement l'OMS et l'OIM plaident pour une couverture santé universelle, en particulier pour les personnes en situation de migration, les réalités sur le terrain s'en éloignent parfois (IOM, 2019; Mosca et al., 2020). Enfin, sans entrer dans les questions du droit à la santé pour les personnes étrangères au sein d'un Etat, le traitement n'est parfois tout simplement pas disponible dans le pays où se trouve la personne en situation de migration.

Au-delà de l'accès à la santé, les droits des personnes en situation de handicap diffèrent selon les Etats, certains ayant ratifié la CIDPH, d'autres pas, et ceux l'ayant ratifiée n'en étant pas tous au même niveau dans son application. Les OPH en particulier soulèvent le besoin de plaider pour que les droits des personnes en situation de handicap, et notamment l'accès à des services de SMSPS, soient respectés en temps de crise humanitaire : en 2020, sur 85 législations et politiques nationales concernant les déplacements internes, seules 36 faisaient explicitement référence aux personnes en situation de handicap (Jimenez-Damary, 2020).

Le sommet humanitaire mondial de 2016 à Istanbul a été l'occasion pour plus de soixante-dix parties prenantes de signer la Charte pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire. Des Etats tels que la France, la Belgique ou l'Afghanistan, des agences onusiennes comme l'OIM ou le HCR, des ONG telles Humanité et Inclusion ou Oxfam et des OPH comme l'International Disability Alliance se sont engagés pour rendre l'action humanitaire plus inclusive. Les signataires de cette chartre s'engagent entre autres à répondre aux besoins des personnes en situation de handicap, dans le respect de leur

dignité, dans toutes les situations de crise humanitaire, quel que soit leur âge, leur genre, leurs origines ethniques, leur statut migratoire, en agissant conjointement avec les OPH et en favorisant la participation. La charte rappelle les obligations de Etats vis-à-vis de la CIDPH, du droit international des réfugiés et du droit international humanitaire (Convention de Genève de 1949) (Charte pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire, 2016).

En juin 2019, le Conseil de sécurité de l'ONU a adopté la résolution 2475 (2019), dans laquelle il engage à protéger les personnes en situation de handicap, y compris celles qui sont déplacées à cause d'un conflit (Jimenez-Damary, 2020). Cette résolution fait suite à différents documents du secteur humanitaire qui définissent les standards à respecter en matière d'inclusion des personnes en situation de handicap. Ainsi, l'Association Sphère, l'un des principaux réseaux d'acteurs humanitaires au niveau mondial, a rappelé que « *toutes les personnes touchées par des catastrophes naturelles ou des conflits ont le droit de recevoir protection et assistance pour assurer les conditions de bases permettant de vivre dans la dignité* » (Association Sphère, 2018; p.28). Elle a également affirmé que toutes les personnes victimes d'une crise humanitaire qui en ont besoin doivent pouvoir accéder à des services de SMSPS. En 2019, l'IASC a rappelé que les principes de la CIDPH s'appliquent aux interventions humanitaires, notamment le respect de la dignité, la participation, l'inclusion, la non-discrimination et l'égalité (IASC, 2019b). La SMSPS fait partie des quinze secteurs prioritaires du pacte mondial de l'OIM pour les migrations, qui propose un modèle systémique prenant en compte les acteurs, actions et facteurs influençant les migrations (voir annexe 8). A ces cadres généraux s'ajoutent des recommandations développées par les acteurs du secteur humanitaire, et notamment en ce qui concerne les programmes de SMSPS.

4.4. Des cadres multiples qui veillent à l'inclusion des personnes en situation de migration et de handicap dans les programmes de SMSPS

En matière de SMSPS, les "guidelines" de l'IASC de 2007 et les différentes adaptations qui ont suivi (SMSPS à base communautaire, SMSPS dans la coordination et le management des camps...) constituent l'outil de référence pour les professionnels du secteur (IASC, 2007, 2007, 2014, 2019a). Une version sur l'inclusion des personnes en situation de handicap dans les interventions de SMSPS sera publiée prochainement. L'IASC est également un repère pour la thématique du handicap, même si des groupements comme

le consortium Age et Handicap, des agences onusiennes (notamment l'OMS) et des ONG (principalement CBM et Humanité et Inclusion) produisent régulièrement des "guidelines" à ce sujet.

Les enquêtés reconnaissent cependant des limites à ces "guidelines" : « *Les "guidelines" se sont concentrées pour la majeure partie sur le langage et les choses à dire ou pas. Ensuite quand nous avons besoin de conseils pratiques dans les programmes, par exemple [...] comment trouver les ressources pour former mon équipe à travailler avec les personnes [en situation de handicap]... Mais le problème est que les "guidelines" internationales ne vont presque jamais dans ce niveau de détails, parce qu'elles doivent être applicables partout.* » (responsable dans une agence onusienne spécialiste des migrations). Enfin, il est important de noter que ces "guidelines", même lorsqu'elles sont élaborées de manière participative avec les acteurs et personnes concernées sur le terrain, sont majoritairement rédigées en anglais par des organisations occidentales ou des bureaux régionaux occidentaux d'organisation internationales. Ces publications sont souvent suivies d'une traduction en espagnol et en français, éventuellement en arabe lorsque les ressources humaines et financières sont disponibles, et de temps à autres dans une langue spécifique à une situation de crise (ukrainien par exemple).

En matière de services spécialisés, l'OMS a développé le programme QualityRights, qui vise à améliorer la qualité des soins en santé psychique et à promouvoir les droits des personnes avec un handicap psychique, intellectuel ou cognitif. Cette initiative promeut une approche communautaire et le respect des droits inscrits dans la CIDPH. Dans ce cadre, un ensemble de modules de formation ont été développés pour former personnes concernées, entourage, OPH et ONG, acteurs des services publics impliqués dans la santé psychique, professionnels des secteurs médical et social et spécialistes de la santé psychique. Dans le secteur humanitaire, ce package de formations est utilisé pour former les soignants des services publics, et permettent également de s'assurer de la qualité d'un établissement avant d'y référer des personnes nécessitant d'accéder à des services spécialisés (OMS, 2022). L'OMS a également développé le programme mhGAP, qui permet de combler le manque de soignants en santé psychique, notamment dans les pays en développement. Ce programme, qui se centre sur les services publics, permet d'accompagner les Etats dans le développement de leurs services de santé psychique, en formant notamment des professionnels de la santé primaire aux interventions psychologiques et médicamenteuses pour répondre aux besoins des personnes ayant des troubles psychiques (Carpio, 2013).

Les "guidelines" internationales sont accompagnées de documents cadres propres à chaque organisation. Ces derniers sont développés dans l'objectif de répondre aux besoins des équipes sur le terrain, en guidant leurs actions pour mettre en œuvre des interventions souvent destinées à des populations particulières : enfants et familles (UNICEF, Save the children...), personnes en situation de handicap (CBM, Humanité et Inclusion...), personnes malades et/ou blessées (MSF, MDM...), personnes en situation de migration (Terre des Hommes, OIM, HCR...). Ainsi, dans les cas des personnes en situation de migration et de handicap, les "guidelines" de l'OIM et du HCR sur la SMSPS pour les personnes en situation de migration (parfois en situation de handicap), et celles d'ONG comme CBM et Humanité et Inclusion sur la SMSPS pour les personnes en situation de handicap (parfois en situation de migration) donnent des indications sur les manières d'adapter les interventions.

Ces "guidelines" abordent des rappels sur les droits des personnes en situation de handicap, le recueil de données en fonction du handicap pour programmer les interventions de SMSPS et lors du suivi et de l'évaluation, notamment en utilisant la version courte du questionnaire du groupe de Washington. Elles insistent également sur l'implication des personnes en situation de handicap (y compris des OPH) notamment dans la définition de leurs besoins prioritaires, la réponse à ces besoins dans le respect de la dignité des personnes concernées, en prenant en compte leurs capacités, l'implication des communautés, la formation des ressources humaines, et enfin les financements dédiés à la mise en œuvre de l'inclusion (Association Sphère, 2018; IASC, 2007, 2019b; IOM, 2020; Reference Group on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action, 2023; UK Department for International Development, 2020).

Malgré des différents sur la définition du handicap, la plupart des organisations du secteur humanitaire reconnaissent la nécessité de mieux connaître les populations en situation de handicap, notamment lorsqu'elles font face à des déplacements forcés, pour améliorer leur inclusion et la réponse à leurs besoins en matière de santé psychique. Les actions de SMSPS s'inscrivent dans deux systèmes législatifs parallèles, à la fois vecteurs d'opportunités et de risques pour faire respecter les droits des personnes en situation de migration et de handicap. Ces derniers sont de mieux en mieux connus dans le secteur humanitaire, qui a mis en place des "guidelines" pour faciliter leur implémentation, avec cependant un besoin de développer des contenus plus spécifiques.

5. Financements, injonctions politiques... des acteurs de la SMSPS qui s'insèrent dans des sphères d'influences multiples

Si les projets de SMSPS, nous l'avons vu, se développent dans un contexte législatif et institutionnel propre au secteur humanitaire qui peut favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap, ils nécessitent des financements pour leur mise en œuvre. Nous explorerons les solutions à ce niveau proposées par les enquêtés et la littérature, puis nous intéresserons au potentiel des financements en termes d'influence, notamment politique, des projets de SMSPS.

5.1. Un système de financement de l'action humanitaire de plus en plus sensibilisé à l'inclusion des personnes en situation de handicap

Inclure les personnes en situation de handicap nécessite, nous le verrons par la suite, des adaptations à différents niveaux, qui ne sont pas sans engendrer des coûts supplémentaires -tout comme l'a été par exemple le développement d'interventions pour les victimes de violences basées sur le genre, et, de manière générale, l'amélioration de la réponse humanitaire aux situations de crises. Les actions de santé dans l'humanitaire et le développement sont souvent moins financées, ce qui s'expliquerait par leur moindre visibilité : *« une campagne de vaccination ne se voit pas, contrairement à des kilomètres de goudron ou à des hectares de plantations agricoles. »* (Arnoux, 2009; p.3). Ainsi, dans un contexte où les interventions de SMSPS sont insuffisamment financées (Ziveri, 2023), l'inclusion doit être planifiée en amont du projet, pour y allouer une partie du budget. *« Cela vient d'une longue histoire de négligence, il y avait souvent moins d'argent alloué à ce genre de choses. Alors, sauf si l'organisation pense "nous devons réserver 5% de l'argent pour assurer l'interprétation en langue des signes, ou pour des bus accessibles pour emmener les gens aux distributions alimentaires, ou qu'il y ait des messages écrits en langue locale, ou en Braille, ou autre chose" si l'argent n'est pas alloué en avance, la réponse que vous recevez quand vous demandez "est-ce qu'on peut faire quelque chose d'inclusif ?" est souvent qu'il n'y a pas de budget pour ça. Donc la réallocation du budget doit se faire en*

avance. » (chercheur et responsable des programmes de SMSPS d'une ONG européenne spécialisée dans le handicap).

Le manque de données sur les personnes en situation de handicap dans les crises humanitaires, pointé par de nombreux acteurs, conduit à des difficultés dans les estimations budgétaires. La solution idéale reste de conduire des enquêtes en amont et pendant la crise qui incluent des critères relatifs au handicap (questions du groupe de Washington) pour se baser sur des données les plus proches possibles de la réalité (IOM, 2020; UK Department for International Development, 2020). Quand la situation ne le permet pas, l'IASC recommande de dédier 0,5 à 1% du budget pour l'accessibilité physique, et d'y ajouter 3 à 7% supplémentaires pour les articles non alimentaires et équipements de mobilité (IASC, 2019b; Mosler Vidal, 2022). Ces indications sont critiquables, puisqu'elles n'incluent pas, entre autres, la réponse aux besoins alimentaires spécifiques, la formation du personnel ou encore la mise en œuvre de la participation des personnes en situation de handicap au sein du projet (ateliers de concertation etc.).

Les bailleurs sont cependant de plus en plus sensibles à l'inclusion du handicap, et nombreux sont ceux qui l'ont inclus dans leurs critères d'évaluation des propositions de projet. La nature des bailleurs influence également les possibilités en termes d'inclusion des personnes en situation de handicap dans les projets de SMSPS. En effet, lorsqu'une organisation repose sur des donateurs privés, elle dispose de la possibilité de développer des projets à plus petite échelle, de "tâtonner" pour adapter au mieux le projet de SMSPS aux besoins des bénéficiaires et notamment ceux en situation de handicap. Cela permet aussi tout simplement de mettre la focale sur la SMSPS, car tous les bailleurs institutionnels n'y sont pas forcément sensibles. Au contraire, le financement par des bailleurs tels que l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) ou l'Office humanitaire de la Commission européenne (ECHO) autorise le lancement de programmes d'envergure, qui peuvent inclure diverses actions de SMSPS accessibles aux personnes en situation de handicap. De manière plus générale, les observations au sein de l'OIM laissent penser que le financement par des bailleurs étatiques participe à la polarisation de l'aide humanitaire, avec par exemple une grande réceptivité des bailleurs vis-à-vis des projets menés dans le cadre de la réponse à la guerre en Ukraine. Le fait que les Etats puissent allouer librement leurs financements aux crises de leur choix «*met à mal un principe cardinal de l'action humanitaire, celui de l'impartialité, en vertu duquel l'aide doit être octroyée sur la seule base des besoins, sans discrimination* » (Micheletti, 2023). Le financement de l'aide humanitaire est donc un moyen d'influence politique, de "soft power", qui s'illustre par exemple dans l'injonction à la désinstitutionalisation.

5.2. Désinstitutionnalisation : une injonction vers une prise en soin communautaire qui complexifie les interventions humanitaires

Il existe au sein du secteur humanitaire un accord général, en alignement avec la CIDPH et les engagements de l’OMS, sur le fait que le placement des personnes en situation de handicap en institution n’est pas une voie souhaitable. Ce choix devrait théoriquement être mis en œuvre de manière simple : les acteurs humanitaires ne financent pas les institutions hébergeant des personnes en situation de handicap. Cela concerne particulièrement les acteurs de la SMSPS, puisque le dernier niveau de la pyramide de l’IASC (cf. annexe 3) concerne les services spécialisés, dont la psychiatrie.

Il convient de rappeler que la situation en termes d’institutionnalisation/désinstitutionnalisation dans le monde est très variable (Hudson, 2019). Ainsi, les enquêtes ont rappelé que dans les pays en développement qui concentrent la plupart des crises humanitaires actuelles, les institutions accueillent rarement plus de 10% de la population en situation de handicap qui en "auraient besoin". Le système médico-social y est souvent peu structuré : *« Dans de nombreux pays, ces institutions finissent par accueillir des personnes avec des handicaps sévères qui ne sont pas des troubles psychiques. Dans les Balkans, quand je travaillais là-bas, les institutions psychiatriques avaient des personnes avec des troubles psychiques chroniques, des troubles neurologiques, des personnes avec une trisomie 21, des personnes avec des handicaps sévères, je ne sais pas, sans jambes, qui ne sont pas du tout des problèmes psychiatriques, mais ils étaient là parce qu’ils ne savaient pas où les mettre. »* (responsable dans une agence onusienne spécialiste des migrations).

Les institutions sont souvent "abandonnées" dans la réponse d’urgence qui survient lors d’une crise humanitaire. Elles peuvent subir des dégâts matériels, voir leur personnel diminuer et être confrontées à l’arrêt de l’approvisionnement en médicaments (MHPSS MSP, 2022; Ommeren et al., 2015). Les acteurs humanitaires ont travaillé pour qu’il soit possible d’appliquer un fonctionnement de "camp", avec les ressources associées (humaines, techniques, financières en termes de logement, EHA, nutrition...). Les enquêtes ont insisté sur l’importance de l’anticipation (préparer un plan en cas d’urgence) pour les institutions. Lorsque la crise nécessite d’évacuer l’institution, les acteurs de la SMSPS peuvent également être impliqués, notamment autour du recueil du consentement des personnes concernées, comme témoigne un enquêté impliqué dans le processus d’évacuation d’urgence en Ukraine : *« C’était un processus avec chaque patient en fait, pour premièrement les aider à être suffisamment stables et confortables pour leur expliquer*

qu'il fallait bouger et où nous les emmènerions, et savoir s'ils voulaient qu'on les emmène là-bas, et ensuite avoir un consentement verbal, quand ils étaient, disons, suffisamment stables pour consentir. » (responsable des programmes de SMSPS d'une ONG humanitaire européenne œuvrant dans le secteur de la santé).

Dans le cas des déplacements forcés de population, la prise en soin en ambulatoire est d'autant plus recommandée car l'institutionnalisation induit le risque que l'entourage proche de la personne concernée quitte le territoire sans elle. Ainsi, l'OIM, la Charte pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire, l'IASC et l'association Sphère recommandent d'éviter l'institutionnalisation, d'intégrer les soins de santé psychique dans les centres de santé primaire et d'impliquer la famille et la communauté locale (différents groupements, guérisseurs, leaders traditionnels et/ou religieux) dans la prise en soin des personnes en situation de migration et de handicap psychique (Association Sphère, 2018; Charte pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire, 2016; IASC, 2007; IOM, 2020). Selon l'IASC, dans les cas où les personnes en situation de handicap vivent en institutions, *« l'intervention d'urgence doit s'occuper non de réinstaurer la prise en charge préexistante, mais de faire respecter les normes et pratiques générales minimales en matière de soins psychiatriques. Dans la plupart des pays, dès que la phase la plus grave de la situation d'urgence est terminée, une intervention bien conçue implique de développer les services de santé mentale communautaire. »* (IASC, 2007; p.148). Les enquêtés s'accordent sur l'importance du plaidoyer auprès des autorités locales autour de la nécessité de la désinstitutionnalisation et des moyens pour la mettre en œuvre.

Certains ont également été impliqués dans des processus de désinstitutionnalisation dans des cas de violation des droits humains (personnes enchaînées, abus...). *« Avant tout, on ne juge pas ce qui est arrivé. Parce que les familles, elle ont senti qu'elles n'avaient pas le choix. Et nous reconnaissons aussi qu'il y avait un manque de soins disponibles pour les personnes dans ces situations. [...] Il faut s'assurer de négocier avec les aidants, s'impliquer dans la psychoéducation, et s'assurer qu'une prise en soin alternative est proposée. Il faut proposer une solution aux gens. Et s'assurer qu'il y a une sensibilisation par l'équipe SMSPS pour les personnes qui en ont besoin. Donc ce qu'on a besoin de faire dans ces situations, c'est mettre en place des cliniques en ambulatoire, soutenir les hôpitaux locaux. Et aller jusqu'aux personnes qui ne peuvent pas venir. Et s'assurer que la prise en soin est holistique, ce qui inclut les traitements. »* (chercheur et responsable des programmes de SMSPS d'une ONG européenne spécialisée dans le handicap).

Dans la pratique, la désinstitutionnalisation ne se fait pas du jour au lendemain, et des limitations des périodes d'hospitalisation sont appliquées, avec des résultats mitigés : « *La nouvelle règle est que [les personnes avec des troubles psychiques sévères] ne doivent pas être hospitalisées plus deux semaines. Ce qui, dans ces conditions, revient à y aller chaque mois pour deux semaines, mais vous savez au moins qu'il y a une responsabilité de la famille ou de la communauté de vous protéger.* » (responsable dans une agence onusienne spécialiste des migrations).

L'OIM reconnaît par ailleurs, tout comme d'autres acteurs de l'IASC, que « *Certaines personnes avec des troubles sévères de la santé mentale vivant en institutions sont (trop) dépendantes des soins institutionnalisés pour aller ailleurs durant une situation d'urgence* » (IOM, 2020; p.176). L'OMS reconnaît également que l'approche à base communautaire peut entraîner une charge démesurée pour les familles, et notamment les parents d'enfants en situation de handicap (World Health Organization & Fundação Calouste Gulbenkian, 2015). La désinstitutionnalisation peut impliquer, dans certains cas où les services alternatifs ne sont pas suffisants, de faire reposer la prise en soin des personnes avec des handicaps lourds sur leur entourage. Cela pose question dans des contextes occidentaux comme la France, notamment en termes de continuité de l'emploi ou de charge de travail mais également émotionnelle (Paradis-Gagné & Holmes, 2020; Therrien, 2006). Que penser alors des cas où des familles elles-mêmes fragilisées par la crise humanitaire (psychologiquement, économiquement, physiquement...) se retrouveraient à devoir assurer les soins de leur proche lourdement handicapé ?

La désinstitutionnalisation pose aussi la question de la durabilité des approches communautaires : que se passe-t-il s'il n'en reste rien à la suite du projet ? « *[La désinstitutionnalisation] est peut-être plus facile dans les pays qui n'ont pas de système de santé mentale, puisque que quoi que l'on construise, on peut le construire dans la bonne direction. Cela peut cependant amener à une situation dans laquelle malheureusement la santé mentale est prodiguée par le troisième secteur¹⁹, qui ne construit pas vraiment des systèmes durables. Par exemple, nous n'avons pas d'hôpital psychiatrique. Nous n'investissons pas dans la construction d'un hôpital psychiatrique. Mais nous avons tous ces projets ici et là qui renvoient aux urgences si nécessaire. Quand ils partent, il ne reste plus rien. Et le projet de construire un hôpital psychiatrique était mieux parce qu'au moins ils avaient quelque part où aller.* » (responsable dans une agence onusienne spécialiste

¹⁹ Le troisième secteur ("third sector" en anglais) fait référence aux organisations qui ne sont ni publiques ni privées : associations, fondations, ONG... (Newcastle University, 2023).

des migrations). La désinstitutionalisation implique aussi un retour à la vie dans la communauté, et une confrontation parfois à la pauvreté de la famille, à la stigmatisation et à la discrimination (World Health Organization & Fundação Calouste Gulbenkian, 2015).

De manière générale, le financement des interventions humanitaires dans les contextes de migrations forcées tient compte de plus en plus de la nécessité d'allouer une partie du budget à l'inclusion des personnes en situation de handicap. Les financements sont également un levier pour favoriser la désinstitutionalisation lors de crises humanitaires, objectif qui fait globalement l'unanimité mais est parfois complexe à mettre en pratique dans des contextes où la santé psychique de la communauté est souvent affectée : prôner la désinstitutionalisation quand on arrive sur une crise humanitaire en tant qu'acteur de la SMSPS n'est probablement pas la meilleure solution, du moins dans un premier temps.

6. Stigmates et entourage : freins et leviers à l'inclusion au niveau local

La désinstitutionnalisation implique un retour (ou un début) dans la vie au sein de la communauté. Cela peut conduire les personnes concernées à être confrontées à la stigmatisation, à des difficultés pour faire entendre leur voix, autant auprès des professionnels de la SMSPS, de leur communauté que de leur famille.

6.1. Ignorance, stigmatisation, représentation

Si les personnes en situation de handicap ont longtemps été exclues de la réponse humanitaire, c'est que les professionnels du secteur ignoraient leurs besoins. « *Toute ma vie professionnelle, je n'ai pas vécu avec un handicap. [...] la majorité d'entre nous n'avons pas vécu [avec un handicap] dans le secteur de la SMSPS et de l'enfance. Il y a beaucoup de choses dont nous n'avons pas l'expérience, nous n'avons souvent pas l'expérience des troubles mentaux, nous n'avons pas l'expérience d'être des migrants forcés, nous n'avons pas l'expérience du handicap.* » (responsable des actions de SMSPS dans une ONG africaine de défense des droits des enfants).

Ainsi, lorsque le personnel n'est pas sensibilisé au handicap, le risque est grand que les personnes en situation de handicap et leurs besoins particuliers ne soient pas pris en compte dans la mise en œuvre de l'intervention. « *A moins qu'il y ait quelqu'un de votre entourage qui vive avec un handicap, c'est très facile pour la majorité de la population d'oublier qu'il y a des personnes en situation de handicap. Et je pense que c'est encore pire avec les enfants migrants ou réfugiés. [...] Souvent, le processus de documentation prend beaucoup de temps et ils ne peuvent même pas accéder aux services auxquels ils peuvent prétendre. Donc vous pouvez même ne pas savoir qu'il y a un enfant en situation de handicap dans telle ou telle famille parce que vous ne les verrez jamais.* » (responsable des actions de SMSPS dans une ONG africaine de défense des droits des enfants). Cette ignorance de la part des professionnels peut avoir des impacts particulièrement forts sur la santé psychique des personnes en situation de handicap : distribution alimentaires non accessibles ou stigmatisantes, logements difficile d'accès, sanitaires non adaptés... Par ailleurs, en situation de crise, dans les cas de déplacements forcés, l'urgence peut être

utilisée comme une justification pour ne pas prendre en compte l'avis des personnes en situation de handicap, parce que la situation demande une réponse rapide.

Reconnaître l'existence et les besoins des personnes en situation de handicap est un premier pas pour rendre la réponse humanitaire inclusive. Mais ces dernières peuvent encore faire face à la stigmatisation, qui reste le premier obstacle à l'inclusion selon les enquêtés. Les personnes en situation de handicap ont parfois même été exclues volontairement : « *Je pense qu'il y a eu une histoire en SMSPS des professionnels qui ont créé des critères d'exclusion pour les personnes en situation de handicap.* » (chercheur attaché à une ONG humanitaire européenne œuvrant dans le secteur de la santé). Les professionnels de la SMSPS mettent également en garde quant au fait de vouloir inclure en tombant dans les travers du secteur de la protection, avec des protocoles souvent très catégorisés, ce qui peut amener à discriminer, et, quand la personne ne rentre dans aucune catégorie, à se retrouver sans solution adaptée. Enfin, ils sont également pour certains inquiets de la tournure "idéologique" de l'inclusion qui peut détourner de la réponse aux besoins des personnes concernées : « *Qui est handicapé, qui ne l'est pas, qui veut être appelé handicapé ? Mais en fait ce qui se passe c'est que ça fonctionne, parce qu'on sait maintenant que le langage est ce qui fait beaucoup la différence en termes de lobbying, une grande partie du discours est au sujet des définitions, plus qu'au sujet des services pour répondre aux besoins des gens. Et ce discours sur les définitions peut devenir très idéologique. Parce que la représentation des personnes handicapées est évidemment critique. Mais ensuite, la personne qui aura ce niveau [correct] de représentation, ce "Je suis handicapé et fier", c'est ok, mais l'expérience d'une personne handicapée dans un petit village en Afrique n'est peut-être pas au sujet de ses droits, mais plutôt de ses besoins immédiats.* » (responsable dans une agence onusienne spécialiste des migrations).

La stigmatisation ne provient pas uniquement des professionnels, mais également de la communauté. D'après les enquêtés, les personnes avec un handicap psychique représentent le groupe le plus stigmatisé. La stigmatisation revêt un aspect culturel, en fonction de croyances qui diffèrent selon les pays. L'épilepsie par exemple est considérée dans certaines cultures comme un signe que la personne en souffrant est "possédée". La stigmatisation serait moins importante pour les enfants, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que dans tous les cas un enfant, même sans handicap, est dépendant de l'aide des adultes qui prennent soin de lui.

La stigmatisation de la part de la communauté peut entraîner des difficultés à inclure les personnes en situation de handicap : « *La première [difficulté] est de les trouver, parce que*

dans beaucoup de communautés où nous travaillons les personnes en situation de handicap sont cachées. Le handicap neurologique en particulier, mais aussi les personnes avec des handicaps physiques. Donc ils ne sont pas dans les rues, et alors, sauf si vous y allez et que vous les cherchez, c'est très difficile de les inclure dans le projet. » (responsable dans une agence onusienne spécialiste des migrations). La stigmatisation dont souffrent les personnes en situation de migration et de handicap n'est pas uniquement due à leur handicap. S'y ajoutent les conditions socio-économiques, les dimensions de genre, d'âge et, bien évidemment, celle du statut migratoire (Fernandes et al., 2017; Jimenez-Damary, 2020; UK Department for International Development, 2020; UNICEF, 2023).

Face à la stigmatisation, les professionnels de la SMSPS recommandent de mener des actions de sensibilisation auprès des personnes concernées, de leurs familles et de la communauté, sur les droits des personnes en situation de handicap, leurs capacités, leurs besoins en SMSPS et en communication adaptée, les risques de violences et services auxquels se référer. Sensibilisation et inclusion peuvent permettre de rentrer dans un cercle vertueux, où la sensibilisation permet l'inclusion, et où l'inclusion réduit la stigmatisation : il ne faut donc pas s'en tenir à l'une ou l'autre des solutions, même si certains programmes qui se concentrent sur la réduction du stigmate ont eu des effets positifs en termes d'inclusion. En termes de santé psychique plus particulièrement, la sensibilisation à la notion de rétablissement, à la fois auprès des personnes concernées, des professionnels et de leur entourage, semble être une action portée par les enquêtés qui permet de changer de perspective et de diminuer la stigmatisation.

Les personnes en situation de handicap sont souvent peu représentées dans les instances de décision des programmes de SMSPS. Selon certains acteurs, l'institutionnalisation en est en partie responsable, puisqu'elle empêche souvent la participation dans la société, et par conséquent dans les programmes de SMSPS communautaires. « *Les personnes en situation de handicap sont rarement autour de la table. Quand on parle d'engagement communautaire dans un programme, vous savez, l'engagement est souvent seulement instrumental, si l'on pense aux sept degrés d'inclusion²⁰. [...] Donc quand vous décidez de les inclure dans le projet vous les contactez, mais ce n'est pas comme si elles étaient intégralement dans le développement du projet.* » (responsable dans une agence onusienne spécialiste des migrations). Au-delà d'une vraie représentation au sein du projet,

²⁰ L'enquête fait ici référence aux sept degrés de participation définis par Arnstein (Arnstein, 1969) et repris pour qualifier l'engagement de la communauté en SMSPS : passif, transfert d'information, consultation, fonctionnel, interactif, appropriation et autonomisation (IOM, 2020).

les acteurs de la SMSPS recommandent de rendre accessibles les mécanismes de coordination inter-agences aux personnes en situation de handicap. Il semble difficile cependant, quand la personne est en mouvement, d'envisager une implication réelle. Ainsi, le fait que la participation des personnes en situation de handicap soit très souvent basée sur leur présence physique et de manière ponctuelle est décrié par certains enquêtés, qui recommandent de réfléchir à d'autres formes de participation.

Pour de nombreux acteurs interrogés, au sein du secteur humanitaire, la lutte contre la stigmatisation des personnes en situation de handicap s'est effectuée en parallèle de la lutte contre la discrimination des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transsexuelles, queers, intersexes, asexuelles et autres (LGBTQIA+). Ils considèrent en effet qu'il existe un enjeu similaire autour du langage qui doit être utilisé pour nommer ces groupes. « *C'est la discussion générale sur la diversité sexuelle et de genre. Et une des choses c'est que, pour moi ça facilite le fait de parler de diversité en général. Et je pense que faire participer délibérément des enfants qui vivent avec handicap dans le travail de SMSPS facilite la discussion autour de la diversité, et vice versa. La discussion autour de la diversité sexuelle et de genre facilite l'inclusion d'autres manières de vivre.* » (responsable des actions de SMSPS dans une ONG africaine de défense des droits des enfants). Pour ces deux groupes minoritaires, l'entourage joue un rôle important dans la diminution du stigmate.

6.2. L'importance de l'entourage dans l'inclusion des personnes en situation de handicap dans les projets de SMSPS

Pour nombre d'enquêtés, la famille des personnes en situation de handicap peut représenter un frein dans l'accès aux services de SMSPS, et notamment en contexte de migration forcée. Il peut s'agir d'une part d'une stigmatisation de la famille vis-à-vis de la personne en situation de handicap, qui peut conduire à une restriction de ses libertés, et d'autre part d'une incompréhension voire d'une peur vis-à-vis des services de SMSPS proposés : handicap ou pas, la santé psychique reste un sujet tabou dans de nombreuses cultures. « *Vous pouvez avoir un super plan pour l'inclusion, mais ensuite vous avez des barrières en termes d'accès [en dehors des infrastructures de l'organisation] ou de familles qui ne souhaitent pas laisser les membres de leur famille avec un handicap se rendre au service, il y a besoin de beaucoup de travail sur le terrain pour que notre personnel s'assure que les familles nous fassent confiance, fassent confiance à nos services, et soient ouvertes à envoyer les membres de leur famille à nos services. Ce que nous avons fait [dans tel pays], en particulier pour un de nos projets de SMSPS et moyens d'existence, où nous offrons des services pour les personnes avec un handicap, c'est que nous avons*

proposé aux gens de venir avec leur aidant ou une personne de soutien aux activités, et je pense que ça a bien marché pour nous dans ce contexte. » (assistante de projet SMSPPS au Moyen Orient, agence onusienne spécialiste des migrations).

Si les aidants sont évidemment à prendre en compte car ils occupent une place majeure dans l'écosystème de la personne en situation de handicap, il existe cependant un risque qu'ils prennent "trop de place" et s'expriment à la place de la personne concernée, entravant alors sa participation. Si cela peut être nécessaire dans le cas de certains handicaps comme le polyhandicap, les enquêtés rapportent que cette pratique s'étend souvent à des personnes qui sont en capacité de s'exprimer mais à qui on ne donne pas l'occasion de le faire.

Bien souvent, les familles n'entravent pas volontairement l'accès aux services de SMSPPS. Prendre soin d'un membre de la famille en situation de handicap demande du temps, une disponibilité émotionnelle et souvent des dépenses supplémentaires. *« Les aidants qui sont déjà très très débordés, ils aident ces personnes à faire les choses essentielles, ils ne percevront peut-être pas le soutien psychosocial comme essentiel. Donc, si je suis le parent d'une personne aveugle, je dois l'emmener à l'hôpital, à l'école, je dois l'emmener autre part, peut-être que la chose que je sacrifie c'est le groupe de soutien psychosocial. Cela pourrait ne pas être dans les premières priorités de la famille ou des aidants, quand les personnes ont besoin de ce type de soutien – beaucoup de personnes en situation de handicap n'en ont pas besoin. »* (responsable dans une agence onusienne spécialiste des migrations). Ainsi, pour être inclusives, les interventions de SMSPPS doivent également envisager des solutions de répit pour les aidants, qui peuvent eux aussi avoir besoin d'accéder à des services de SMSPPS (UNICEF, 2023).

La famille et l'entourage de la personne en situation de handicap peuvent donc faciliter ou non l'accès aux services de SMSPPS. La sensibilisation, au niveau familial et communautaire, est indispensable pour favoriser l'inclusion. *« La famille doit comprendre que cette personne a besoin de soutien. Dans certains pays, par exemple, en Afghanistan, les femmes n'ont pas le droit de se déplacer seules. Donc il faut que les hommes, les maris, les emmènent, et parfois ils s'en fichent. Dans ce cas, comment peuvent-elles accéder aux soins ? »* (responsable des programmes de SMSPPS d'une ONG humanitaire européenne œuvrant dans le secteur de la santé). La sensibilisation peut prendre la forme de sessions de psychoéducation, soutien par les pairs, ateliers autour des "compétences parentales" : *« Si je reviens en arrière dans l'histoire, nous sommes l'agence qui a fait la SMSPPS pour les sourds muets, pour les enfants au Kosovo, parce que ce qu'il s'est passé quand il y a*

eu la transition, quand le Kosovo est devenu indépendant, c'est qu'ils ont tout changé, et ils ont aussi changé la langue des signes officielle. Mais en réalité, les gens dans les familles parlaient toujours la langue des signes serbe, alors ça a créé des problèmes à l'école, beaucoup de problèmes pour ces enfants. [...] Donc nous avons mis en place du soutien psychosocial pour eux, mais aussi pour les parents. » (responsable dans une agence onusienne spécialiste des migrations).

Sensibiliser la communauté pour éviter la stigmatisation, faire comprendre les besoins et les droits des personnes en situation de handicap, permet de changer le regard porté sur elles, et souvent d'améliorer leur inclusion au sein de la communauté, ce qui peut impacter positivement leur bien-être psychosocial (IOM Iraq, 2021; UNICEF, 2023). Les acteurs de la SMSPS recommandent également d'agir au niveau du système d'éducation, pour sensibiliser la communauté éducative aux besoins des enfants en situation de handicap, notamment en termes de SMSPS.

La stigmatisation représente le plus gros frein à l'inclusion des personnes en situation de migration et de handicap au sein des projets de SMSPS. L'intersectionnalité du handicap, du statut migratoire, de l'âge, du genre... rend ces personnes particulièrement visées par les discriminations. Le travail de sensibilisation mis en œuvre par certains projets de SMSPS auprès de la communauté et de l'entourage proche des personnes concernées permet de favoriser leur inclusion. Enfin, l'inclusion des personnes en situation de handicap peut également passer par leur représentation via les OPH.

7. Inclure, à tous les niveaux, de toutes les manières

Les possibilités pour inclure les personnes en situation de handicap sont nombreuses et dépendent du contexte et de la créativité des équipes. Nous explorerons ici des pistes évoquées par les enquêtés en termes d'implication des OPH dans les interventions de SMSPS, de recrutement de personnes en situation de handicap et formation des équipes, et de solutions pratiques mises en œuvre sur le terrain pour inclure au mieux les personnes en situation de migration et de handicap.

7.1. Les organisations de personnes en situation de handicap, piliers précoces de l'inclusion

La collaboration avec les OPH a été évoquée par les enquêtés comme une nécessité pour mettre en œuvre l'inclusion des personnes en situation de handicap au sein des projets de SMSPS. En retour, les représentants d'OPH interrogés ont indiqué le besoin des personnes en situation de handicap d'avoir accès aux services de SMSPS, et leur volonté de collaborer avec ces services pour qu'ils soient accessibles et inclusifs. Selon une étude d'Humanité et Inclusion réalisée en 2015, lors de crises humanitaires, 49% des OPH proposaient directement des services de soutien psychosocial, et 39% via un partenariat (Humanity and Inclusion, 2015).

Pour favoriser l'engagement des OPH, il est recommandé notamment de leur permettre de gérer les campagnes de plaidoyer et de sensibilisation auprès de la communauté. Les OPH devraient également être impliquées dans la préparation aux crises, pour que la réponse humanitaire soit inclusive dès sa mise en œuvre, puis dans la préparation du projet lorsqu'une crise survient, pour y inclure les préoccupations propres aux personnes en situation de handicap et les aménagements permettant d'y répondre. Lorsque le projet se met en place, les acteurs interrogés rappellent que les OPH devraient participer aux mécanismes de coordination inter-agences, au suivi et à l'évaluation du projet, et à toutes les actions relevant de la communication. Dans certains cas, les OPH peuvent aussi jouer un rôle dans l'orientation des personnes en situation de handicap vers les services de SMSPS. Lorsqu'elles sont formées, elles peuvent même fournir elles-mêmes certains services de SMSPS, car elles sont déjà connues et ont la confiance des personnes en

situation de handicap et de leur entourage (CBM, s. d.-b; IASC, s.d.). Les OPH, comme les autres organisations locales et nationales, peuvent assurer une continuité entre l'humanitaire et le développement, car, contrairement à de nombreuses ONG, elles sont rarement spécialisées dans l'un ou l'autre mais évoluent avec le contexte local (IASC, s.d.). Enfin, et encore plus dans le secteur SMSPS qui touche à des sujets complexes parfois considérés comme tabous, il est important que les OPH puissent intervenir dans les formations à destination des professionnels de la SMSPS, pour partager leur expérience, mais aussi pour créer des liens entre agences/ONG et OPH, qui seront ainsi déjà existants si une crise survient, facilitant la mise en place d'une réponse d'urgence. Toutes ces manières d'impliquer les OPH doivent être appuyées par un soutien financier aux OPH, sans quoi leur participation ne peut être durable (CBM, s. d.-b; Nombrado, 2022). Le secteur SMSPS en est loin : selon une étude menée entre 2017 et 2021, pour chaque 100\$ dédiés au financement d'interventions de SMSPS en contexte humanitaire, seuls 3\$ étaient directement versés à des acteurs locaux ou nationaux, avec des divergences selon les contextes, la Syrie et le Yémen recevant les sommes les plus importantes destinées aux organisations nationales et locales (Hillel, 2023).

Si travailler avec des OPH est un principe théorique qui fait l'unanimité (Reference Group on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action, 2023), il n'est cependant pas toujours facile de le mettre en pratique. *« Ça dépend d'où on est. Il n'y [...] a pas toujours [d'OPH]. Et quand il y en a, ce sont souvent des constructions très occidentalisées. En gros tu as besoin d'une association pour le projet, tu mets des familles ensemble et ça donne une association, mais ça ne veut pas dire que quand tu vas dans le village ils savent comment entrer en contact avec les personnes. Ce ne sont pas des prestataires de services, pour la plupart. Donc le problème est toujours là. [...] Souvent, il n'y a pas beaucoup d'associations qui représentent les personnes en situation de handicap, parfois il y a des associations de familles mais pas de personnes. Et je pense que ça, ça crée un problème. »* (responsable dans une agence onusienne spécialiste des migrations). Les enquêtés insistent sur le fait qu'ils *« ne [veulent] pas forcer [le développement des OPH], [qu'] elles doivent croître de manière organique »* (chercheur et responsable des projets de SMSPS d'une ONG européenne spécialiste du handicap). Dans le cas de migrations forcées, les OPH n'existent pas forcément. Une solution peut être de faire appel aux OPH de la communauté d'accueil, en gardant à l'esprit les différences culturelles quant à la perception du handicap et le fait que ces personnes, si elles sont concernées par le handicap, n'ont cependant pas vécu la situation de déplacement forcé. Les interventions de SMSPS en contexte de migration forcée peuvent aussi permettre de développer des

OPH. Par exemple, à leur retour dans leur pays d'origine, des personnes en situation de migration et de handicap physique qui avaient bénéficié d'une intervention de soutien par les pairs dans leur pays d'accueil ont spontanément créé des OPH pour défendre leurs droits.

Cependant, l'implication des OPH est parfois superficielle : « *Je me souviens, quand on a fait cette stratégie au sujet des personnes en situation de handicap, les associations [de personnes concernées] ont seulement été consultées à la fin.* » (responsable dans une agence onusienne spécialiste des migrations). Il semblerait également que, dans un contexte où les OPH se sont développées par "type" de handicap, certains groupes soient mieux représentés que d'autres. « *L'union des aveugles ou l'union des sourds peut être forte, les survivants de la polio peuvent être très forts, mais les organisations n'ont souvent rien pour les personnes avec un handicap psychosocial.* » (chercheur et responsable des projets de SMSPS d'une ONG spécialiste du handicap). Enfin, le fait qu'une OPH existe ne signifie pas qu'elle soit en capacité de répondre à des demandes d'ONG et agences. « *Nous trouvons parfois que nos efforts au niveau national sont ralentis par le manque de maturité du mouvement des personnes en situation de handicap. On adorerait aller dans une situation d'urgence et dire "allons travailler avec la fédération nationale des personnes en situation de handicap, ou avec l'organisation nationale des personnes avec un handicap psychosocial, pour co-produire cette intervention, trouver les ressources et les laisser gérer, leur donner beaucoup de pouvoir." [Les OPH] ne sont absolument pas capables, pour le moment, de gérer des programmes. Elles sont parfois très douées pour le plaidoyer. Parce que c'est souvent ce sur quoi elles se concentrent, et elles sont techniquement douées pour donner des conseils. Mais la capacité organisationnelle des OPH est très limitée. Et ça a vraiment ralenti nos ambitions d'être radical en leur donnant le pouvoir.* » (chercheur et responsable des projets de SMSPS d'une ONG européenne spécialiste du handicap).

Par ailleurs, il existerait des différences entre les régions en termes de développement des OPH. « *C'est beaucoup plus facile en Asie, et aussi en Amérique latine, qu'en Afrique subsaharienne. Parce que ces organisations ont été totalement négligées, elles n'ont pas reçu de financements, en fait la plupart de leur travail est bénévole. Parfois elles ont un salaire pour le directeur, mais même pas pour un assistant administratif [...] Elles doivent reposer sur le soutien d'une organisation externe. Et aussi, en général, les personnes avec un handicap n'ont pas eu le même accès à l'éducation. Donc la direction de ces OPH est souvent constituée de personnes qui n'ont pas eu beaucoup d'éducation, [...] ce qui rend forcément les choses compliquées. Si, par exemple, la fédération nationale du handicap veut recruter une personne avec un handicap comme responsable financier, elle ne*

trouvera peut-être pas de personne avec un handicap qui a les qualifications pour être responsable financier. Donc ça, ça va prendre beaucoup de temps pour changer, parce qu'on part d'une position de grande discrimination et d'exclusion. » (chercheur et responsable des projets de SMSPS d'une ONG européenne spécialiste du handicap). Selon le Groupe de référence sur l'inclusion du handicap dans l'action humanitaire, le faible développement des OPH dans certains pays est à lier aux périodes de colonisation, pendant lesquelles les droits des populations locales étaient peu considérés, et ceux des personnes en situation de handicap encore moins (Reference Group on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action, 2023).

Face à ces difficultés, les acteurs de la SMSPS s'investissent dans le renforcement des capacités des OPH. Ce soutien peut concerner les capacités organisationnelles, administratives, financières, mais aussi des compétences spécifiques à la SMSPS. Par exemple, une OPH enquêtée a indiqué le besoin de former ses membres aux premiers secours psychologiques. Ce renforcement des capacités doit, dans la mesure du possible, s'effectuer un maximum en amont des crises : *« Je pense que tout est dans la préparation, vraiment. On ne peut pas aller sur une situation de crise et attendre des personnes vulnérables qu'elles répondent immédiatement, d'une façon très coordonnée, parce qu'elles pensent à leur maison qui a été détruite, au manque de nourriture... Donc il faut investir dans les fondamentaux de la réduction de la pauvreté, dans le renforcement des capacités de ces organisations pour améliorer les chances d'une réponse décente. »* (chercheur et responsable des projets de SMSPS d'une ONG européenne spécialiste du handicap).

Il est parfois également difficile d'adapter les formations et par la suite les modes de participation des OPH pour des personnes avec des handicap psychiques, cognitifs ou intellectuels : *« Ces personnes [invitées à un atelier au sujet de l'inclusion des personnes en situation de migration et de handicap] étaient déjà préparées à être dans un environnement bruyant, à rencontrer des étrangers, à être en dehors de leur zone de confort. Ce n'est pas toujours facile pour nous d'inviter à toutes les formations des personnes avec des troubles psychiques. C'est un peu douloureux mais nous ne souhaitons pas faire du mal non plus. »* (référente handicap d'une mission au Moyen Orient d'une agence onusienne spécialiste des migrations).

Le transfert de pouvoir des organisations humanitaires vers les OPH semble être un moyen de favoriser réellement l'inclusion, vers lequel tendent certaines ONG, alors que d'autres acteurs semblent y être plus réticents. *« On travaille de plus en plus pour essayer de*

regarder le pouvoir, comment le pouvoir fonctionne, comment le pouvoir se transfère. Un exemple, nous soutenons [les OPH] pour qu'elles deviennent candidates. Des programmes qui n'auraient probablement pas été capables de candidater avant, parce qu'ils ont des difficultés à candidater à de grosses subventions. Et nous avons fait ça avec de nombreuses organisations. Nous avons un partenaire au Nigeria, une organisation de jeunes, que nous aidons à candidater pour une subvention, et à mettre en œuvre le programme, plutôt que d'être nous-mêmes le candidat chef de file, ce qui est le modèle le plus traditionnel. » (chercheur et responsable des projets de SMSPS d'une ONG européenne spécialiste du handicap).

Il semble cependant que les attentes des ONG et agences intergouvernementales vis-à-vis des OPH diffèrent des objectifs de ces dernières. D'un côté, les OPH se battent pour que les services de santé psychique soient accessibles aux personnes en situation de handicap, alors que les organisations humanitaires les voient comme partenaires, voir prestataires de services pour leurs projets. En effet, certaines ONG rappellent que dans la plupart des cas, les OPH n'ont pas d'expérience avant la crise en termes de collaboration avec des organisations humanitaires, et qu'elles sont également affectées elles-mêmes par la situation d'urgence. Les fonctions qu'elles accepteront de prendre dépendent avant tout de leur mandat et de leur propre agenda : les OPH ne sont pas des prestataires au service des organisations humanitaires (CBM, s. d.-b; Nombrado, 2022). « *"Il y a beaucoup d'organisations internationales qui imposent leurs activités à notre organisation. Nous, en tant qu'organisation, avons des projets et des objectifs pour lesquels nous avons besoin de soutien, et nous ne préférons pas remplacer nos activités par celles de l'organisation [qui nous finance]"* (enquête avec un handicap physique, directeur d'OPH, gouvernorat de Kirkuk [Irak]) » (IOM Iraq, 2021; p.21).

Ce fonctionnement peut rappeler en quelque sorte le système médico-social français, où l'Etat délègue aux associations, notamment associations de familles, la compétence de prendre en soin les personnes en situation de handicap (Bloch et al., 2011). Lorsque l'on voit les difficultés que peuvent rencontrer certains groupes d'entraide mutuelle (GEM), dans un environnement que l'on peut qualifier de relativement stable comparé par exemple à l'Irak ou au Libéria, on peut se questionner sur l'ampleur de la demande faite à des OPH qui ont des capacités limitées, en termes de moyens financiers mais aussi humains. Les interventions de SMSPS inclusives ne peuvent pas reposer uniquement sur des OPH, elles nécessitent également du personnel sensibilisé au handicap.

7.2. Recruter, former, accompagner : les professionnels de la SMSPS en première ligne pour adapter leurs interventions aux personnes en situation de migration et de handicap

Inclure les personnes en situation de handicap dans les projets de SMSPS passe également par leur recrutement au sein des équipes de professionnels et de volontaires. Le secteur SMSPS est de ce point de vue un défi, parce qu'aller au bout de l'inclusion dans les équipes implique de recruter, idéalement localement, des psychologues, responsables de programme etc. possédant les compétences nécessaires pour mener les projets. Mais la SMSPS est également une opportunité considérable en ce qui concerne le développement de projets employant des pairs aidants.

Au sujet du personnel, le constat principal des enquêtés est que leurs programmes n'emploient pas suffisamment de personnes en situation de handicap, alors que cela pourrait grandement bénéficier à leurs projets. « *Le personnel en situation de handicap sera plus sensible, et connaît mieux les besoins, processus etc. Mais nous n'en avons pas assez. En partie à cause de la nature du travail. En fait, il devrait y avoir plus de personnes en situation de handicap au sein [d'une agence onusienne spécialiste des migrations] et des autres organisations.* » (responsable dans une agence onusienne spécialiste des migrations). Lorsqu'il s'agit de recruter des personnes en situation de migration et de handicap, les difficultés sont encore plus grandes, puisque les personnes recrutées sont susceptibles de se déplacer à tout moment (avec des spécificités liées à chaque phase du cycle migratoire). L'OIM tente d'employer du personnel en situation de migration parmi ses équipes, puisque, comme pour le cas du handicap, cela permet de partager une expérience similaire, et facilite de surcroît la communication grâce au partage d'une langue et culture commune. Une solution mise en place par l'organisation est la création et la formation d'équipes mobiles psychosociales (EMP), composées de professionnels du secteur de la santé psychique, du travail social, de l'éducation et de l'art. Ces personnes, en situation de migration dans la mesure du possible, sont recrutées et formées aux activités de SMSPS, et, lorsque la population se déplace, les EMP, qui en font partie, sont en capacité d'assurer une certaine continuité des services de SMSPS (IOM, 2020). L'organisation met en place une politique d'inclusion du handicap au niveau des ressources humaines, avec du personnel dédié, un accompagnement pour mettre en place des aménagements raisonnables, et un groupe informel d'employés en situation de handicap.

Les raisons qui poussent les professionnels de la SMSPS à recruter des personnes en situation de handicap sont nombreuses. Il peut s'agir, pour certains cas, de respecter la

législation nationale en vigueur, qui oblige parfois à employer une proportion minimale de personnes en situation de handicap au sein des organisations. Souvent, l'expérience des personnes en situation de handicap est recherchée pour permettre de mieux comprendre et répondre aux besoins de cette population. *« Ce que j'ai vraiment apprécié, du fait de travailler avec une personne en situation de handicap dans mon équipe, est qu'elle est une grande défenseuse. Elle lit toujours nos documents avec cette focale sur l'inclusion, elle remet en question la conception des interventions, elle est vraiment importante pour moi, quand j'oublie ou perd de vue [le handicap], elle est toujours là. Et je pense que l'expérience [du handicap], c'est, tu vis avec chaque jour, donc ça devient une priorité pour toi. Et elle est vraiment douée pour le rappeler à l'équipe, tout le temps. »* (responsable des actions de SMSPS dans une ONG africaine de défense des droits des enfants).

De nombreux systèmes de pairs (pairs aidants, médiateurs pairs, conseillers pairs, "buddy system"...) sont mis en place au sein des projets de SMSPS, et notamment en faisant appel à des personnes avec des handicaps psychiques. Une ONG a par exemple mis en place un système de conseillers pairs qui commencent leur engagement en tant que volontaires puis sont formés pour accéder à des postes rémunérés qui impliquent des responsabilités de coordination en plus du soutien psychosocial. La paire-aidance s'est également révélée être particulièrement importante dans les services de SMSPS à destination de personnes avec un handicap physique des suites d'un conflit. *« Beaucoup de patients, en particulier ceux qui ont un trauma physique, et des brûlures, quand ils ressentaient beaucoup de douleur, évidemment, ils n'avaient pas accès aux soins médicaux avant d'arriver chez [une ONG humanitaire spécialiste de la santé], alors ils achetaient du Tramadol au marché noir. Donc, quand ils arrivent chez nous, ils sont déjà à ce niveau de médication. L'abus de médicaments est un assez gros problème. Et au final ça augmente juste la douleur, parce que, à un point, vous avez besoin d'une dose plus importante, et vous ressentez quand même la douleur. Et c'est très difficile parfois pour les patients de s'engager dans le suivi kinésithérapique, avec le traitement, parce que nous devons réduire leurs doses, mais ils ressentent alors une grande douleur. Et ils ne veulent pas entendre du chirurgien "vous devez respirer, vous devez..." , ils disent toujours "vous n'êtes pas passé par là, alors pourquoi vous me dites ça ?". Mais le conseiller pair, lui aussi il a cette douleur chronique, mais il arrive à la gérer d'une façon différente. »* (responsable des programmes de SMSPS d'une ONG humanitaire européenne œuvrant dans le secteur de la santé).

Recruter des personnes en situation de handicap, en plus de participer à leur propre inclusion, peut donc permettre de mieux répondre aux besoins des personnes en situation de migration et de handicap, de favoriser leur inclusion, par le partage d'une expérience

similaire du handicap et de la migration, et parfois aussi d'une langue et d'une culture commune, qui facilite l'expression et la compréhension du mal-être psychosocial (IOM, 2020). Chercher à employer des personnes en situation de handicap dans l'objectif de favoriser l'inclusion peut cependant induire un risque de réduire les compétences de la personne à son expérience du handicap. En dehors du recrutement de personnes en situation de handicap, il est donc nécessaire d'impliquer l'entièreté des équipes de SMSPS dans l'inclusion des personnes en situation de handicap. Ce n'est pas cependant chose aisée, car l'inclusion s'ajoute souvent à une charge de travail déjà importante, d'autant plus dans les situations d'urgence. *« Ça demande vraiment l'implication de notre personnel, donc maintenant on retourne régulièrement auprès des équipes pour les former davantage. C'est beaucoup de travail et les équipes sont déjà bien occupées avec les services généraux, mais, parce qu'il y a beaucoup de personnes en situation de handicap [dans tel pays], ils reconnaissent le besoin, et ils sont très ouverts et nous demandent du soutien. Mais pour mettre en œuvre [l'inclusion des personnes en situation de handicap] c'est une approche assez unique et ça demande l'engagement de tout notre personnel. »* (assistante de projet SMSPS au Moyen Orient, agence onusienne spécialiste des migrations).

L'implication du personnel se fait également en leur fournissant les moyens de répondre aux besoins des personnes en situation de handicap, au travers de formations notamment. Ces dernières peuvent se faire en interne (par exemple, la formation des responsables de programme de SMSPS de l'OIM inclut un module sur les personnes avec des troubles psychiques sévères) ou en faisant appel à des ONG spécialistes du handicap. Ces dernières ont développé leur offre de formation à destination des grosses ONG et agences onusiennes, *« parce que nous avons réalisé que nous n'aurions jamais la portée de ces organisations. Nous avons besoin qu'elles adoptent de plus en plus des approches inclusives. »* (chercheur et responsable des projets de SMSPS d'une ONG européenne spécialiste du handicap). Certaines organisations forment également leurs partenaires (acteurs publics et privés des champs sanitaire, sécuritaire et social) autour des questions de migration, de SMSPS et de handicap.

Les thèmes sur lesquels les enquêtés recommandent de former les équipes sont nombreux : définition du handicap, approche basée sur les droits humains, inclusion dans les projets généraux et conception d'interventions pour répondre aux besoins spécifiques, design universel, aménagements raisonnables, intersectionnalité des discriminations liées au handicap, au statut migratoire, à la condition socio-économique... La première étape correspond souvent à une sensibilisation aux droits des personnes en situation de handicap, pour les équipes de SMSPS et leurs partenaires. *« [Des professionnels disent*

souvent] *"Oui mais, tu sais, il y a urgence, on doit évacuer". Mais on doit aussi respecter les droits de cette personne et son consentement. Et je pense que quand on parle de l'expérience des troubles de la santé mentale, en particulier quand le patient n'est pas stable, il y a de l'anxiété au sein de l'équipe. Et je pense que cette résistance peut [...] bloquer l'accessibilité au traitement pour le patient. Donc nous travaillons sur des ateliers autour de ce qu'on appelle les valeurs éthiques [...]. Nous avons des formations sur les compétences en communication pour sensibiliser le personnel médical, nous avons formé les chauffeurs [...] ils sont inclus, parce qu'ils sont en première ligne parfois pour accéder au patient. [...] On forme les infirmiers, on forme les travailleurs sociaux, sur comment gérer quand le patient est agité, pour ne pas juste le sortir de la salle d'attente ou du traitement parce que "vous n'avez plus le droit d'être soigné, parce que vous ne respectez pas les règles". » (responsable des programmes de SMSPS d'une ONG humanitaire européenne œuvrant dans le secteur de la santé). Les formations QualityRights de l'OMS sont utilisées par certains des acteurs enquêtés.*

L'implication des personnes en situation de handicap pour délivrer les formations est également recommandée, que ce soit au travers d'OPH comme mentionné précédemment, où de manière individuelle. Cela permet de partager leur expérience avec des professionnels qui n'ont parfois pas conscience des difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap. *« [Les formateurs en situation de handicap] disent "ne touchez pas mon fauteuil roulant sans me demander la permission. Vous savez, peut-être que je ne veux pas de votre aide." [...] Parfois les gens disent "Oh, je ne m'étais jamais rendu compte de ça !" Parce que, tu es un humanitaire, parfois tu veux juste aider. »* (responsable des programmes de SMSPS d'une ONG humanitaire européenne œuvrant dans le secteur de la santé).

Le turnover étant important dans les équipes humanitaires, les enquêtés recommandent de former le personnel de manière continue, mais également de développer des outils qui permettent de guider les équipes dans la mise en œuvre de l'inclusion. Ainsi, la plupart des organisations humanitaires ont développé leurs propres guides sur l'inclusion du handicap, venant compléter des guides plus généralistes tels que ceux de l'IASC. Cependant, les outils appliqués à la SMSPS permettant de mieux inclure les personnes en situation de migration et de handicap n'existent pas : les équipes tentent de s'adapter à chaque situation, en s'appuyant sur des guides à propos de la migration, du handicap et de la SMSPS. Cela leur permet d'en tirer les bonnes pratiques, de tester de nouvelles interventions sur le terrain, pour trouver des modèles de projet de SMSPS qui soient adaptés aux personnes en situation de migration et de handicap.

7.3. Considérations pratiques pour l'inclusion des personnes en situation de handicap déplacées de force dans les interventions de SMSPS

Si les acteurs de la SMSPS revendiquent une approche non discriminatoire, avec des activités ouvertes à tous, ils reconnaissent cependant la nécessité, dans certains cas particuliers, de mettre en place une intervention répondant spécifiquement aux besoins des personnes en situation de handicap. Ainsi, la plupart d'entre eux adoptent une double approche : adapter au maximum les activités de SMSPS proposées à la communauté d'une part, et proposer des activités répondant aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap et de leur entourage d'autre part (Age and Disability Consortium, 2018; IOM, 2020; Reference Group on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action, 2023). Il peut s'agir par exemple de groupes d'entraide entre pairs dédiés aux aidants ou à un groupe de personnes en situation de handicap particulier (personnes sourdes, enfants en situation de handicap, personnes âgées avec des troubles cognitifs...).

Favoriser le bien être psychosocial des personnes en situation de migration et de handicap passe également par la diffusion des compétences de SMSPS au sein des services dont elles ont besoin (IASC, 2019b; Reference Group on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action, 2023). Il peut s'agir, dans les camps par exemple, de former le personnel d'EHA et logement à la prise en compte des besoins particuliers dans la mise en place de leurs installations, ou de sensibiliser le personnel en charge des distributions alimentaires aux spécificités des personnes en situation de handicap (besoins nutritionnels, difficultés pour accéder au point de distribution...). Les équipes de SMSPS peuvent aussi s'intégrer à certains des services des autres secteurs de l'humanitaire. Pour les handicaps qui donnent lieu à des suivis médicaux importants, il peut être intéressant de faire en sorte d'avoir une équipe de SMSPS présente au centre de consultations, et de former les professionnels de santé au handicap, notamment au handicap psychique (MHPSS MSP, 2022).

La coordination avec les OPH et le groupe de travail de SMSPS²¹ est également importante pour s'assurer que les personnes en situation de handicap soient incluses dans toutes les

²¹ Dans la plupart des pays en situation de crise humanitaire, l'IASC met en place des groupes de travail au niveau national (et parfois régional) par secteur, y compris en SMSPS. Ces groupes sont généralement coordonnés par deux ONG/agences qui mettent en œuvre des activités de SMSPS dans le pays, et rassemblent tous les acteurs de la SMSPS impliqués dans la réponse humanitaire. Ils permettent de centraliser les informations et coordonner les actions.

composantes de la réponse SMSPS (CBM, s. d.-b; Charte pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire, 2016; Humanity and Inclusion, 2015; IASC, 2007; Jimenez-Damary, 2020; Reference Group on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action, 2023). Il est ainsi recommandé de définir un référent handicap au sein du groupe de travail SMSPS, qui puisse faire le lien avec les groupes de travail des autres secteurs et les partenaires. Lorsque les OPH en ont les moyens (ou qu'on leur en donne les moyens), leur implication dans le groupe de travail est également conseillée, afin d'avoir un point de vue de personnes ayant l'expérience du handicap. Ces aspects relatifs à la coordination doivent également permettre d'assurer un mécanisme efficace et sûr d'orientation des personnes le nécessitant (par exemple, vers les services spécialisés pour les personnes avec des troubles psychiques importants). Des enquêtés représentants d'OPH ont par exemple expliqué avoir mis en place un système d'orientation de leurs membres nécessitant des services de SMSPS vers l'agence en charge de ces activités sur le territoire et vers les hôpitaux psychiatriques.

Comme évoqué précédemment, l'inclusion des personnes en situation de handicap ne se limite pas à rendre les activités de SMSPS accessibles. Lors de la phase de diagnostic, il est recommandé de les faire participer aux activités de définition des besoins et cartographie des acteurs, pour inclure les services spécifiques auxquels elles peuvent faire appel, qu'ils soient formels ou informels, sociaux, médicaux ou traditionnels (IOM, 2020). Les personnes en situation de handicap devraient également être incluses dans la préparation des plans d'urgence, pour qu'elles puissent bénéficier dès les premiers instants de la réponse humanitaire des mêmes services que le reste de la communauté. Cette inclusion dès l'amont des activités de SMSPS permet notamment de prévoir les ressources humaines (professionnels, pairs aidants, leaders communautaires...) et financières nécessaires à l'inclusion au sein des projets de SMSPS. Lors de la mise en œuvre de l'intervention de SMSPS, la sensibilisation de la communauté au handicap, le renforcement des compétences en SMSPS des professionnels, volontaires et OPH, l'adaptation des activités aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap, en évitant d'avoir des critères d'exclusion, et l'accompagnement vers la désinstitutionalisation sont les principaux points évoqués pour favoriser l'inclusion (IASC, 2019b). Les personnes en situation de handicap devraient également être impliquées dans le processus de suivi et évaluation. *« Une fois que les personnes avec handicap ont rejoint nos services, ça a vraiment été important pour nos équipes d'assurer un suivi avec elles, de voir si l'activité se passe bien pour elles, ce qui peut être amélioré, ce qui peut être changé. Et ensuite vraiment prendre en compte leur avis, changer l'activité d'une façon qui répondra mieux à*

leurs besoins. Et on s'est rendu compte que ça, ça permet vraiment d'améliorer les services, aussi pour les personnes sans handicap. » (assistante de projet SMSPS au Moyen Orient, agence onusienne spécialiste des migrations).

En termes d'approches utilisées dans les projets menés par les enquêtés, l'approche à base communautaire est beaucoup ressortie. Il s'agit à la fois d'un processus et d'un résultat des interventions de SMSPS, qui implique les communautés affectées en tant que bénéficiaires mais aussi, avec des degrés d'implication divers, en tant qu'acteurs de leur propre bien-être individuel et collectif. Ce processus d'intervention permet de réduire les conflits et renforcer la confiance, d'améliorer l'efficacité du projet en s'appuyant sur des ressources préexistantes (connaissances, services, réseaux...), et d'accéder aux populations les plus vulnérables, dont les personnes en situation de handicap. Les résultats d'un tel type de projet sont, entre autres, un rétablissement à long terme des communautés, en évitant de créer une identité de "victime" et en encourageant le pouvoir d'agir, une augmentation de l'autonomie des populations et un renforcement de la cohésion sociale (IOM, 2020). D'après les enquêtés, comme ce processus vise une implication de la communauté dans son ensemble, il permet aussi d'inclure les personnes en situation de handicap. C'est également un moyen d'impliquer la communauté dans la prise en soin des personnes en situation de handicap, et notamment des personnes avec un handicap psychique, intellectuel ou cognitif (IOM, 2021).

En cas de crise humanitaire, le nombre de professionnels de la SMSPS en capacité de répondre dans l'urgence peut être limité : barrière de la langue dans le cas des migrations, professionnels eux-mêmes affectés par la crise, peu de professionnels dans ce secteur (par exemple, l'Ethiopie comptait 70 psychiatres en 2018 soit 0,7 psychiatre pour 1 million d'habitants – contre 23 psychiatres pour 1 million d'habitants en France (Asher et al., 2018; DREES, 2023))... Dans ces contextes, l'approche à base communautaire, en envisageant la prise en soin des personnes en situation de handicap de manière holistique, peut permettre de favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap tout en répondant à leurs besoins particuliers. Cette vision s'inscrit dans les principes de l'association Sphère, qui reconnaît que *« C'est d'abord par leurs propres efforts, et avec le soutien de la communauté et des institutions locales, que les besoins de base des personnes affectés par une catastrophe ou un conflit sont satisfaits. »* (Association Sphère, 2018; p.28). Parmi les acteurs de la SMSPS à base communautaire, les leaders communautaires et religieux, en particulier dans les contextes de migration, jouent un rôle particulièrement important. Leur sensibilisation, notamment autour de la notion de troubles psychiques, permet de

favoriser l'acceptation des services de SMSPS par la communauté. Ils peuvent également référer les personnes en besoin de SMSPS aux services adaptés (Fernandes et al., 2017).

Si des études sur les projets de SMSPS à base communautaire en contexte humanitaire, notamment des projets visant une amélioration du bien-être psychosocial de personnes avec un handicap psychique, ont montré des résultats plutôt encourageants (Asher et al., 2018; Fernandes et al., 2017; Haroz et al., 2020; Lemmi et al., 2015; Scherer et al., 2022), cette approche a également des inconvénients. Elle pose question principalement au niveau des ressources humaines : des personnes formées, souvent de manière assez rapide, à la SMSPS, sans expérience précédente dans le domaine, peuvent avoir des difficultés à mener les activités de SMSPS, et si leur supervision est peu organisée, leur travail (volontaire ou rémunéré) peut également impacter négativement leur santé psychique -ce qui deviendrait le résultat contraire de ce qui est attendu. Enfin, on peut se demander si l'urgence humanitaire justifie le recrutement de volontaires qui, même s'ils développent des compétences au cours de l'intervention, ne sont pas rémunérés alors qu'ils effectuent un travail souvent éprouvant (Ziveri, 2023). C'est là le principal dilemme évoqué par les enquêtés lors de la conception des interventions de SMSPS : viser une population restreinte, avec des services professionnels de qualité, ou tenter de toucher un maximum de personnes avec des activités dites de faible intensité mises en œuvre par des volontaires.

Si l'accessibilité des lieux d'activités de SMSPS semble un point évident mentionné par tous les acteurs interrogés pour faciliter l'inclusion des personnes en situation de handicap, elle demande tout de même une réflexion et un budget dédié : en 2015, les acteurs humanitaires estimaient que seulement 34% des services de SMSPS étaient accessibles aux personnes en situation de handicap (Humanity and Inclusion, 2015). Parmi les recommandations faites par les enquêtés, on trouve des mesures relatives à la localisation (lieu accessible en fauteuil, en transports...), l'accès (rampes, portes larges...), les installations sanitaires (accès fauteuil...), la limitation des stimulations (couleur neutres, lumière adaptée...), les indications (pictogrammes, signaux sonores...), la sécurité (alarmes sonores et visuelles, gardiens dans les zones à risques...), l'ergonomie des salles d'activités (surfaces non glissantes, interrupteurs larges et bien situés, meubles adaptés...), et le déroulé des activités (durée, interprétariat...). Pour faciliter la réflexion sur les mesures à mettre en œuvre, certains enquêtés réalisent des audits d'accessibilité de leurs centres de SMSPS avec les personnes concernées.

Avoir des centres de SMSPS accessibles ne garantit pas pour autant que les personnes en situation de handicap seront en capacité de s'y rendre. En effet, les catastrophes naturelles et les conflits impactent largement l'environnement physique et le rendent souvent encore plus impraticable, notamment pour les personnes avec un handicap physique ou sensoriel (cf. annexe 9). « *Vous pouvez créer un centre accessible aux personnes en situation de handicap, mais vous ne savez pas si les gens peuvent sortir de chez eux. Le fait que vous travailliez sur votre espace ne signifie pas que [le reste de l'environnement est accessible]. Dans l'urgence, vous ne pouvez pas vraiment travailler sur ces choses-là. Vous pouvez reconstruire en mieux, c'est une opportunité, mais en fait dans un moment où il n'y a pas de maisons et pas de rues, vous ne pensez pas à comment vont passer les personnes handicapées.* » (responsable dans une agence onusienne spécialiste des migrations). Conscients de ces limitations, certains enquêtés réfléchissent à des solutions alternatives pour que les personnes en situation de handicap puissent accéder aux services de SMSPS. Il peut s'agir de mettre en place des services à domicile, ou de passer des contrats avec des entreprises d'ambulances ou de taxis qui ont le droit d'accéder à des espaces non accessibles aux humanitaires (en raison des protocoles de sécurité) qui emmènent les personnes en situation de handicap au centre de SMSPS, et qui parfois prennent aussi le risque à la place des travailleurs humanitaires.

La communication est également un point important à prendre en compte, qu'elle soit au sujet des activités de SMSPS, des autres secteurs ou de la crise en général. Dans les contextes de migration forcée, savoir où trouver de l'aide pour se loger, se nourrir, se soigner, scolariser ses enfants... est crucial, mais aussi compliqué : une langue, une culture, un contexte institutionnel différents sont autant de barrières pour accéder à une information sûre et à jour. Les difficultés d'accès à l'information peuvent engendrer un stress important, la communication des informations est donc nécessaire dans les activités de soutien psychosocial. Le handicap peut entraîner des difficultés d'accès et/ou de compréhension de l'information. Pour faciliter la communication avec les personnes en situation de migration et de handicap, les enquêtés suggèrent de traduire les informations en plusieurs langues, y compris les langues locales utilisées par les personnes déplacées, de proposer différents formats (écrit, oral, pictogrammes, Braille, grands caractères, langage simplifié, langue des signes...) au travers de canaux de communication adaptés (radio, SMS, TV...). Ces recommandations s'appliquent également à tout le matériel propre aux activités de SMSPS (dépliants d'"auto-aide", flyers de lignes d'écoute...).

L'inclusion des personnes en situation de migration et de handicap est un enjeu complexe auquel il existe une multitude de solutions. Elle doit se faire à tous les niveaux de la réponse humanitaire, au travers de l'engagement des OPH, du personnel (paire-aidance, formation...), mais également en adaptant concrètement les modalités de l'intervention aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap.

Conclusion

Au sein du secteur humanitaire, l'inclusion des personnes en situation de handicap est reconnue comme une nécessité appuyée par la CIDPH. S'il existe des variantes dans les définitions, les acteurs de l'humanitaire ont tout de même développé des "guidelines" qui permettent d'orienter les projets vers l'inclusion de toutes les personnes en situation de handicap. Des "guidelines" existent également sur les concepts et la mise œuvre des interventions de SMSPS, notamment sur les approches communautaires, avec cependant peu de recommandations concernant l'inclusion, notamment pour les handicaps autres que psychiques. Face aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap, qui peuvent parfois être plus à risque de développer des troubles psychiques lorsqu'elles sont confrontées à la migration forcée, il semble important de renforcer les connaissances pour permettre leur prise en charge, sans stigmatisation, par les projets de SMSPS. Cette nécessité s'inscrit dans des cadres législatifs parallèles, avec d'une part un droit humanitaire utilisé lors des situations d'urgence et favorisant la protection des droits humains, et d'autre part un droit national avec des engagements en termes de santé psychique, de handicap et de migration qui diffèrent grandement selon les contextes, favorisant ou ralentissant l'accès des personnes en situation de migration aux soins de santé psychique.

Au-delà de la législation, les Etats, souvent principaux bailleurs des programmes de SMSPS des grandes organisations, influencent également les orientations de ces derniers. Les bailleurs accordent une importance grandissante à l'inclusion des personnes en situation de handicap dans le secteur humanitaire, ce qui se traduit par des financements dédiés, qui permettent réellement de faire la différence sur le terrain. Les financements sont aussi un moyen d'orienter les programmes en termes de respect des droits humains, avec par exemple un refus de financer les institutions. Cependant, lors de crises humanitaires, les acteurs interrogés s'accordent sur le fait que la protection des personnes vivant en institution est la priorité, en organisant leur transfert vers d'autres institutions plus sécurisées ou en élargissant l'aide humanitaire aux institutions affectées. La désinstitutionnalisation est un processus long, qu'ils accompagnent en formant les professionnels, sensibilisant les familles et la communauté, et en mettant en place des solutions alternatives.

La sensibilisation est une composante particulièrement importante des projets de SMSPS lorsqu'il s'agit de favoriser l'inclusion des personnes en situation de migration et de handicap. Ces dernières sont souvent confrontées à une stigmatisation du fait de leur handicap, mais également de leur statut migratoire, de leur genre, de leur statut socio-économique... La sensibilisation ne doit pas être dirigée uniquement vers la communauté et l'entourage, mais également vers les professionnels de la SMSPS et des autres secteurs humanitaires, afin de respecter le principe de "do no harm" revendiqué par la communauté humanitaire (Association Sphère, 2018). Sensibiliser, lorsque l'on s'intéresse aux projets de SMSPS, implique également de travailler avec les communautés à l'acceptance des activités de SMSPS, notamment pour que l'entourage laisse les personnes concernées accéder aux services dont elles ont besoin.

Une fois les barrières liées à l'entourage levées, les programmes de SMSPS se doivent de rendre leurs activités accessibles aux personnes en situation de migration et de handicap. Cela peut passer par l'implication des OPH (de la communauté migrante et/ou de la communauté d'origine) dans les processus de conception des programmes, de coordination, de suivi et évaluation, voire de mise en œuvre des activités lorsqu'elles en ont les capacités. L'implication des OPH est un moyen de construire les projets de SMSPS en tenant compte de l'expérience vécue, et ainsi de mieux répondre aux besoins des personnes concernées. L'étude a cependant montré qu'il peut exister un certain décalage entre attentes des OPH d'une part et attentes des ONG de l'autre, décalage qui peut être réduit en donnant aux OPH les moyens de porter réellement les projets (formations, financements...), en sortant d'une position d'organisation humanitaire hégémonique - souvent dépendante de bailleurs institutionnels- qui vient combler les lacunes des OPH. Les personnes en situation de handicap doivent également être représentées au sein des équipes de SMSPS, et pas uniquement en tant que pairs-aidants, même si leur recrutement, notamment lorsqu'elles sont en situation de migration, peut s'avérer complexe. La formation des équipes de SMSPS au handicap est indispensable afin qu'elles aient les outils pour inclure les personnes en situation de handicap et pour répondre à leurs besoins spécifiques. Les formations peuvent notamment être dispensées par des personnes concernées, et doivent se faire de manière régulière pour renforcer l'aisance des équipes et accompagner le turn-over important dans le secteur humanitaire.

Des équipes sensibilisées au handicap pourront concevoir des projets adaptés, que ce soit sur le plan de la participation des personnes en situation de migration et de handicap à la gestion du projet, de leur inclusion au travers d'approches communautaires, de l'accessibilité des lieux d'activités ou encore de la communication. Ainsi, l'adaptation et

l'élargissement des possibilités permettent dans la plupart des cas de trouver des solutions pour favoriser l'inclusion des personnes en situation de migration et de handicap dans les projets de SMSPS. Il reste cependant des marges d'amélioration : *“Les agences de l'ONU ne le font pas. [L'inclusion des personnes en situation de handicap] est faite par des ONG spécialistes du handicap. [...] Je ne veux pas être trop négatif parce que ça change. Mais si vous allez au Soudan aujourd'hui, et que vous allez voir le département du gouvernement qui est responsable de la réponse d'urgence, ils ne seront pas en train de penser à l'inclusion des personnes en situation de handicap. »* (chercheur et responsable des projets de SMSPS d'une ONG européenne spécialiste du handicap).

Inclure les personnes en situation de handicap dans les projets de SMSPS est nécessaire pour répondre à leurs besoins en termes de santé psychique, c'est un droit auquel elles peuvent prétendre comme toutes les personnes touchées par les déplacements forcés. Mais, la pyramide de la SMSPS de l'IASC (voir annexe 3) le rappelle très bien, le premier besoin des personnes en situation de migration et de handicap est de répondre à leurs nécessités vitales (alimentation, hydratation, hygiène, logement, santé, sécurité...). *« Un programme de six séances de thérapies comportementales et cognitives (TCC) [...] sera-t-il vraiment efficace pour une femme érythréenne qui ne sait pas comment elle va nourrir sa famille pendant les semaines à venir ? Un traitement par antidépresseurs établi dans le cadre d'un protocole de soins ciblés permettra-t-il d'éradiquer le traumatisme d'origine raciale que vivent les femmes rohingyas à Cox's Bazar au Bangladesh ? Le bien-être psychologique ressenti suite à la mise en place d'une série de séances de désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires [...] auprès de femmes et de jeunes filles victimes de violences sexuelles contribuera-t-il à augmenter leur protection et leur sécurité au sein de leur société ? Un programme de méditation de pleine conscience sur quatre séances permettra-t-il d'aider les jeunes hommes débarquant aux frontières françaises à surmonter les trappes administratives dans lesquelles ils tomberont en cherchant à obtenir un "statut", après avoir traversé déserts, océans et montagnes ? »* (Pégon et al., 2023; p.42). Le package de services minimum de SMSPS rappelle que l'efficacité des interventions de SMSPS est limitée si les besoins fondamentaux de protection ne sont pas satisfaits (MHPSS MSP, 2022). Les évaluations de certaines interventions ont par ailleurs montré que les activités de SMSPS ne répondaient pas au premier besoin des personnes concernées, qui était la réduction de la pauvreté (Asher et al., 2018). Ces problèmes découlent d'une organisation du champ humanitaire par secteurs (coordination et gestion des camps, EHA, santé, protection...), qui favorisent peut-être l'efficacité de la réponse en termes de logistique, mais qui, d'après R. Horn, ne font pas sens pour répondre aux besoins

des personnes concernées : « *Dans nos vies, nous ne voyons pas des secteurs, nous voyons juste des problèmes* » (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2023). Cependant, en invoquant une approche holistique, en s'intéressant aux liens avec les autres secteurs de l'humanitaire, en reconnaissant l'intersectionnalité des discriminations visant les personnes ayant des troubles psychiques, le secteur de la SMSPS peut également courir le risque de se disperser et de voir diminuer le soutien apporté à ses activités principales. « *En plaçant sous sa bannière une diversité de troubles, de pratiques et d'acteurs, la SMSPS est ainsi devenue l'affaire de tous, mais aussi, paradoxalement, la responsabilité de personne.* » (Pégon et al., 2023; p;39).

Certains des principes prônés par les acteurs de la SMSPS ne sont pas sans rappeler quelques-uns des enjeux au sein du milieu du handicap français. La désinstitutionnalisation et l'approche communautaire, si elles favorisent l'inclusion des personnes en situation de handicap, induisent aussi un risque de faire porter la prise en soin des personnes en situation de handicap avec des troubles psychiques sévères sur la communauté, et notamment les proches aidants. Ces derniers sont souvent surmenés et, en France comme dans les contextes humanitaires, il semble indispensable de réfléchir à des solutions de répit qui permettent une réelle inclusion sans impacter la santé psychique des aidants (Bloch et al., 2011; Paradis-Gagné & Holmes, 2020; UNICEF, 2023). Si le soutien au développement d'associations de familles qui représenteraient les personnes en situation de handicap est un écueil dont sont conscients les acteurs de la SMSPS, le développement des OPH reste un défi dans de nombreux endroits du globe, avec des OPH qui peinent parfois à se structurer, héritant d'un passé de discriminations et stigmatisations qui ont limité l'acquisition de compétences par les personnes en situation de handicap. Ces dernières ne sont par ailleurs pas des substituts à la prise en charge des personnes en situation de handicap par les services publics et organisations humanitaires. Finalement, les enjeux liés à l'inclusion des personnes en situation de migration et de handicap dans les projets de SMSPS sont similaires à ceux d'autres contextes, mais les solutions qui doivent y être apportées nécessitent d'être adaptées localement.

La répartition du pouvoir entre OPH et organisations humanitaires est le reflet d'un enjeu plus global : la localisation de l'aide humanitaire. En effet, l'humanitaire s'est développé selon un schéma binaire pays occidentaux "sauveurs"/pays des Suds bénéficiaires de l'aide -schéma aujourd'hui largement remis en question (Lin & Birn, 2021). D'après F. Thomas, « *Le déroulement même de l'intervention, dominé par l'urgence, l'usage de l'anglais, la convergence des profils sociologiques et des codes culturels de son personnel* "sans

frontières", renforce cette dynamique, qui s'épanouit aux dépens des acteurs locaux et, à travers eux, des victimes. » (Thomas, 2020).

La prédominance de l'approche biomédicale dans le secteur de la santé (sous lequel est souvent placée la SMSPS) pourrait s'expliquer par le fait que de nombreux pays d'Europe de l'Est, du Moyen Orient ainsi que la Chine ont été historiquement exclus de l'OMS, même si cette vision tend à changer depuis une dizaine d'année avec une importance croissante accordée aux médecines autres qu'occidentales (Lin & Birn, 2021). Dans le cadre des interventions de SMSPS, le concept de gouvernance thérapeutique a été développé pour nommer la volonté de contrôle des organisations occidentales impliquées dans les crises humanitaires : si la SMSPS a largement évolué ces dernières années, les interventions de SMSPS envers des populations considérées comme traumatisées et vulnérables dans leur ensemble ont pu limiter leurs capacité d'auto-détermination, comme dénoncé par V. Pupavac dans le cas des conflits dans les Balkans (Pupavac, 2001). En effet, l'utilisation des approches occidentales en santé psychique est parfois perçue comme une extension du colonialisme, notamment quand il s'agit d'interventions ayant une approche biomédicale ou de package d'interventions prêtes à être déployées, qui ne répondront pas forcément aux besoins des populations locales (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2023; Hillel, 2023).

Pour diminuer ce phénomène, l'objectif de la localisation est d'améliorer la réponse humanitaire en reconnaissant, respectant et renforçant le pouvoir des acteurs nationaux dans sa mise en œuvre. Au niveau de l'ONU, le "Grand Bargain" de 2016 a inscrit la volonté de donner plus de pouvoir, notamment au travers des financements, aux organisations nationales et locales, avec des résultats limités pour l'instant. Le processus de localisation est par ailleurs parfois vu comme un moyen de réduire les coûts, ou de transférer les financements à un gouvernement pour qu'il mette en place la réponse de SMSPS, alors même que ce dernier peut exercer des discriminations à l'origine d'un mal-être psychosocial chez certaines personnes, notamment pour les personnes en situation de handicap. (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2023). Paradoxalement, le système de clusters de l'ONU peut aussi être remis en cause, puisqu'il favoriserait la coordination de la réponse humanitaire par des agences onusiennes et ONG occidentales (Hillel, 2023; Ziveri, 2023). Il semble donc nécessaire pour les acteurs de la SMSPS de poursuivre la réflexion autour de la localisation de l'aide, pour renforcer le pouvoir d'agir des organisations nationales et locales, y compris celles œuvrant dans le champ du handicap. La réponse à ces questions commence par les professionnels de l'humanitaire, qui, d'après M. Wessel, doivent « se

transformer [eux-mêmes] et transformer [leur] relation aux populations locales » (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, 2023).

La logique Nord (occident)/Sud des programmes humanitaires se traduit dans la répartition des financements qui découle directement des priorités politiques des bailleurs : *« L'humanitaire se construit à partir du "haut", de ses bailleurs et de ses donateurs, auxquels il faut rendre des comptes et qui décident, en pratique, des priorités et des lieux d'intervention » (Thomas, 2020).* Ce mécanisme est d'autant plus marqué que trois bailleurs (les Etats-Unis, l'Allemagne et l'Union Européenne) financent à eux seuls les deux tiers de l'aide humanitaire mondiale (Loy, 2023; Micheletti, 2023) (cf. annexe 10). On observe ainsi actuellement une réallocation des fonds alloués à diverses crises en Afrique et au Moyen Orient vers l'Ukraine et les pays voisins. Ce processus cache également un agrandissement de l'écart entre les besoins en financements estimés et les financements accordés, qui serait cinq fois plus important qu'il y a dix ans, et alors que le nombre et l'ampleur des crises humanitaires est en augmentation. Par ailleurs, les crises prolongées sont de plus en plus fréquentes, et les financements tendent à diminuer avec le temps dans ce genre de situations (Loy, 2023).

Selon G. Pégon, les ONG et organisation internationales humanitaires véhiculeraient une "anthropologie projective", avec des projets principalement de court terme (Pégon et al., 2023). Cette logique contribue à faire de la réponse humanitaire un "pansement", sans que la continuité avec un développement plus durable ne soit toujours envisagée. Ainsi, si la réponse humanitaire est indispensable lorsque surviennent les crises, il est nécessaire de trouver des solutions de fond aux conflits et au changement climatique qui entraînent des migrations forcées importantes : *« L'homme n'est pas comptabilisé dans le paradigme biotechniciste comme un agent agresseur au même titre que les virus, les bactéries et les parasites. Ainsi, il n'existe pas de science appelée "l'hommologie" à l'instar de la virologie et de la bactériologie, étudiant la virulence de l'homme, sa toxicité et les caractéristiques physiologiques qui le rendent si dangereux pour la santé humaine. » (Marzouki, 2003; p.288).* Face à ce constat, le secteur humanitaire se trouve dans une position délicate, car la neutralité fait partie de ses principes fondamentaux. Elle peut cependant être remise en question : *« toute action humanitaire poursuit à minima un intérêt politique ou idéologique ; elle n'est en tout cas jamais neutre, oscillant entre la solidarité et l'influence. Sans aller jusqu'à dire que l'ingérence humanitaire est une nouvelle forme d'interventionnisme colonial, cette orientation non neutre est bien consciemment perçue au sommet de l'État, mais refoulée le plus souvent par les acteurs impliqués localement [dans les projets de santé]. » (Arnoux, 2009; p.3-4).* En effet, les expatriés responsables de programmes de

SMSPS ont « *le pouvoir de définir les problèmes et développer les solutions. Pourtant, avec leurs valeurs, ils amènent aussi leurs biais cognitifs et leurs normes sociales au risque, par exemple, de laisser dans l'invisibilité certains groupes (ou, par contraste, d'en figer d'autres dans des stéréotypes).* » (Ziveri, 2023; p.91).

Face à ces enjeux, une réflexion sur les causes du mal-être psychosocial et les impacts des interventions de SMSPS qui tentent d'y remédier semble nécessaire, à la fois au niveau local pour améliorer la réponse apportée, notamment en favorisant la participation des populations concernées, mais également au niveau global, pour que la SMSPS dans le secteur humanitaire réponde aux enjeux actuels complexes, sans reproduire le schéma de domination Nord/Sud issu de la colonisation. « *La santé mentale globale à l'ère de l'Anthropocène ne pourra pas se contenter de la mise à l'échelle de ses pratiques actuelles. Les professionnels de la santé mentale ont un rôle crucial à jouer et une mission qui va bien au-delà du traitement. C'est seulement en inscrivant la santé mentale dans le paradigme de la santé planétaire que nous trouverons une narration capable de synthétiser des éléments critiques, d'initier un véritable changement et de redonner de l'espoir. [...] La santé mentale dans l'Anthropocène devra se réorienter vers un travail communautaire, collectif et engagé, pour un changement comportemental et social en vue du bien-être planétaire.* » (Ziveri, 2023; p.94-95).

Bibliographie

- Age and Disability Consortium. (2018). *Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities* (p. 264).
- Alodat, A. M., Alshagran, H. I., & Al-Bakkar, A.-M. M. (2021). Psychosocial support services provided for Syrian refugees with disabilities : A systematic review and thematic analysis. *Middle East Current Psychiatry*, 28(1). <https://doi.org/10.1186/s43045-021-00144-2>
- André, Fassin, Azzedine, Batifoulier, & Bret. (2019). *La santé des migrants en question* (Hyg e).
- Arnoux, F. (2009). Santé et actions humanitaires. *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, 21, Article 21. <https://journals.openedition.org/humanitaire/111>
- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216-224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum (Réalisateur). (2023, juin 19). *Intervention Webinar : Localisation of MHPSS: power sharing and co-learning*. <https://www.youtube.com/watch?v=gX4t3OB5b1M>
- Asher, L., Hanlon, C., Birhane, R., Habtamu, A., Eaton, J., Weiss, H. A., Patel, V., Fekadu, A., & De Silva, M. (2018). Community-based rehabilitation intervention for people with schizophrenia in Ethiopia (RISE) : A 12 month mixed methods pilot study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 250. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1818-4>
- Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonn es et régulières, Pub. L. No. 73/195., 41 (2018).
- Association Sphère. (2018). *Le manuel Sphère : La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire* (quatrième édition).
- Barral, C. (2007). La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : Un nouveau regard pour les praticiens. *Contraste*, 27(2), 231-246. <https://doi.org/10.3917/cont.027.0231>

- Bloch, M.-A., Hénaut, L., Sardas, J.-C., & Gand, S. (2011). *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles* [Report]. Centre de Gestion Scientifique i3. <https://sciencespo.hal.science/hal-00818111>
- Bozorgmehr, K., Roberts, B., Razum, O., & Biddle, L. (2020). *Health Policy and Systems Responses to Forced Migration* (Springer).
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development : Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723>
- Carpio, K. (2013). *A Model for Psychosocial Care Delivery*. 138.
- CBM. (s. d.-a). *Community mental health initiative*.
- CBM. (s. d.-b). *Engaging with organisations of persons with disabilities in humanitarian response*.
- Charte pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire, 4 (2016).
- Centre de Moyens d'Existence. (2019). *Notes d'information sur les moyens d'existence durables* (p. 182).
- Chatot, F., & Mbarkoutou Mahama, H. (2023). La standardisation à l'épreuve des dynamiques locales : L'exemple des programmes de santé mentale dans le bassin du lac Tchad. *Alternatives Humanitaires*, 22, 62-74.
- Comité permanent des programmes et des finances de l'OIM. (2021). *S'attaquer aux aspects des crises relatifs à la mobilité : Cadre opérationnel de l'OIM en cas de crise migratoire—Additif de 2021*.
- Courrier International. (08-23). Des murs se dressent. *Courrier International*, 40-41.
- Derr, A. S. (2016). Mental Health Service Use Among Immigrants in the United States : A Systematic Review. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 67(3), 265-274. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500004>
- DREES. (2023). *Démographie des professionnels de santé—DREES*. <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
- Fernandes, H. L., Cantrill, S., Kamal, R., & Shrestha, R. L. (2017). Inclusion of people with psychosocial disability in low and middle income contexts : A practice review. *Christian Journal for Global Health*, 4(3), 72-81. <https://doi.org/10.15566/cjgh.v4i3.172>

- Hamidi, C., & Fischer, N. (2017). Les politiques migratoires en Europe. Perspective historique et modèles d'analyse. *Idées économiques et sociales*, 189(3), 28-37.
<https://doi.org/10.3917/idee.189.0028>
- Haroz, E. E., Nguyen, A. J., Lee, C. I., Tol, W. A., Fine, S. L., & Bolton, P. (2020). *What works in psychosocial programming in humanitarian contexts in low- and middle-income countries : A systematic review of the evidence*. 18(1).
- Harzoune, M. (2022). *Les frontières sont-elles les mêmes pour tous ? | Musée de l'histoire de l'immigration*. <https://www.histoire-immigration.fr/les-migrations/les-frontieres-sont-elles-les-memes-pour-tous>
- Harzoune, M. (2023). *Comment débattre de l'immigration ? | Musée de l'histoire de l'immigration*. <https://www.histoire-immigration.fr/politique-et-immigration/comment-debattre-de-l-immigration>
- Hillel, R. (2023). Decolonising Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) Interventions in the Humanitarian System. *Intervention*, 21(1), 20.
https://doi.org/10.4103/intv.intv_20_22
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P. R., de Jong, J. T. V. M., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M., & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention : Empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283-315; discussion 316-369. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>
- Hollifield, J. F., Thiollet, H., & Wihtol de Wenden, C. (2022). La politique des migrations internationales : Un nouveau cadre d'analyse. *Hommes & Migrations*, 1338(3), 192-199.
<https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.14389>
- Hudson, C. G. (2019). Deinstitutionalization of mental hospitals and rates of psychiatric disability : An international study. *Health & Place*, 56, 70-79.
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.01.006>
- Humanity and Inclusion. (2015). *Disability in humanitarian context : Views from affected people and field organisations* (p. 31).
- IASC. (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings* (p. 103) [jeu de données]. American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/e518422011-002>

- IASC. (2014). *Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, What should Camp Coordinators and Camp Manager Actors Know ?* (p. 38).
- IASC. (2019a). *Community-based approaches to MHPSS programmes : A guidance note* (p. 13).
- IASC. (2019b). *Guidelines—Inclusion of persons with disabilities in humanitarian action* (p. 110).
- IASC. (2023). *The Inter-Agency Standing Committee | IASC*.
interagencystandingcommittee.org. <https://interagencystandingcommittee.org/the-inter-agency-standing-committee>
- IASC. (s.d.). *Inter-Agency Toolkit on Localisation in Humanitarian Coordination*.
- Iemmi, V., Gibson, L., Blanchet, K., Kumar, K. S., Rath, S., Hartley, S., Murthy, G. V., Patel, V., Weber, J., & Kuper, H. (2015). Community-based Rehabilitation for People With Disabilities in Low- and Middle-income Countries : A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews*, 11(1), 1-177. <https://doi.org/10.4073/csr.2015.15>
- International Disability Alliance. (2023). *International Disability Alliance*. International Disability Alliance. <https://www.internationaldisabilityalliance.org/>
- IOM. (2019). *Universal health coverage : « leave no migrant behind »*.
- IOM. (2020). *Manual on Community-based Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies and Displacement—Second Edition* (p. 232). IOM.
<https://publications.iom.int/books/manual-community-based-mental-health-and-psychosocial-support-emergencies-second-edition>
- IOM (Réalisateur). (2021). *Community-Based Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies and Displacement training*.
- IOM Iraq. (2019). *Disability inclusion strategy 2019-2021* (p. 28).
- IOM Iraq. (2021). *Persons with disabilities and their representative organizations in Iraq : Barriers, challenges and priorities* (p. 34).
- Jimenez-Damary, C. (2020). *Les personnes handicapées dans les situations de déplacement interne : Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits de l'homme des personnes déplacées dans leur propre pays* (p. 24). ONU.
- Lin, Y.-T., & Birn, A.-E. (2021). Santé globale : Des acteurs négligés, des histoires redécouvertes. *Monde(s)*, 20(2), 9-27. <https://doi.org/10.3917/mond1.212.0009>

- Loy, I. (2023, juin 21). *What the latest funding data says about the humanitarian system*. The New Humanitarian. <https://www.thenewhumanitarian.org/news/2023/06/21/what-latest-funding-data-says-about-humanitarian-system>
- Marzouki, M. (2003). Mondialisation, santé et droits de l'homme au Sud et au Nord. *Santé Publique*, 15(3), 283-289. <https://doi.org/10.3917/spub.033.0283>
- MHPSS MSP. (2022). *Santé mentale et soutien psychosocial : Ensemble minimum de services*.
- Micheletti, re. (2023, mars 1). *Repenser le financement de l'humanitaire*. Le Monde diplomatique. <https://www.monde-diplomatique.fr/2023/03/MICHELETTI/65575>
- Migration Data Portal. (2021, mai 6). *Migration and health*. Migration Data Portal. <https://www.migrationdataportal.org/themes/migration-and-health>
- Migration Data Portal. (2022, juin 13). *Disability and human mobility*. Migration Data Portal. <https://www.migrationdataportal.org/themes/disability-and-human-mobility>
- Morice, A. (2015). Situation actuelle des migrations internationales : Réalités et controverses. *L'Information Psychiatrique*, 91(3), 207-215. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1321>
- Mosca, D. T., Vearey, J., Orcutt, M., & Zwi, A. B. (2020). Universal Health Coverage : Ensuring migrants and migration are included. *Global Social Policy*, 20(2), 247-253. <https://doi.org/10.1177/1468018120922228>
- Mosler Vidal, M. (2022, janvier 28). *Disability-inclusive data in migration : How far have we come?* Migration Data Portal. <https://www.migrationdataportal.org/blog/disability-inclusive-data-migration-how-far-have-we-come>
- MSF. (2011). *Psychosocial and mental health interventions in areas of mass violence* (p. 130).
- Newcastle University. (2023). *What is the third sector and what does it do?* Public Policy and the Humanities : Public Policy Engagement Toolkit; Newcastle University. <http://toolkit.northernbridge.ac.uk/engagingwithpolicymakers/engagingwiththethirdsector/whatis-thethirdsectorandwhatdoesitdo/>
- Nombrado, M. (2022, avril 20). *How to include Organisations of Persons with Disabilities (OPDs/DPOs) in Humanitarian Action*. CBM Global. <https://cbm-global.org/blog/opds-in-humanitarian-action>

Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons Especially Women and Children, supplementing the United Nations Convention against Transnational Organized Crime, 10 (2000). [https://www.ohchr.org/en/instruments-](https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/protocol-prevent-suppress-and-punish-trafficking-persons)

[mechanisms/instruments/protocol-prevent-suppress-and-punish-trafficking-persons](https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/protocol-prevent-suppress-and-punish-trafficking-persons)

OIM. (2022). *État de la migration dans le monde 2022*.

<https://publications.iom.int/books/rapport-etat-de-la-migration-dans-le-monde-2022>

OIM. (2023a). *Qui sommes nous*. International Organization for Migration.

<https://www.iom.int/fr/qui-sommes-nous>

OIM. (2023b). *Termes clés de la migration*. International Organization for Migration.

<https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>

Ommeren, M. V., Hanna, F., Weissbecker, I., & Ventevogel, P. (2010). Mental health and psychosocial support in humanitarian emergencies : What Should Protection Programme Managers Know? *Eastern Mediterranean Health Journal*, 12(7), 498-502.

<https://doi.org/10.26719/2015.21.7.498>

Ommeren, M. V., Hanna, F., Weissbecker, I., & Ventevogel, P. (2011). Mental health and psychosocial support in humanitarian emergencies : What should Humanitarian Health Actors know? *Eastern Mediterranean Health Journal*, 12(7), 498-502.

<https://doi.org/10.26719/2015.21.7.498>

Ommeren, M. V., Hanna, F., Weissbecker, I., & Ventevogel, P. (2015). Mental health and psychosocial support in humanitarian emergencies. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 12(7), 498-502. <https://doi.org/10.26719/2015.21.7.498>

OMS. (2022). *Santé mentale, situation de handicap, et droits humains : Formation de base Quality Rights de l'OMS* (p. 150).

OMS. (2023). *Santé mentale : Renforcer notre action*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Convention relative aux droits des personnes handicapées, 38 (2006).

ONU. (2017, octobre 3). *Définitions*. Réfugiés et migrants.

<https://refugeesmigrants.un.org/fr/d%C3%A9finitions>

Papadopoulos, R. (2022). *Psychosocial support after adversity : A systemic approach*.

Paradis-Gagné, É., & Holmes, D. (2020). Poststructuralisme, gouvernementalité et perspectives de genre : La prise en charge d'un proche atteint de troubles mentaux par la famille. *Sociétés*, 147(1), 69-84. <https://doi.org/10.3917/soc.147.0069>

Pégon, G., Laval, C., & Goupougouni Leni, M. V. (2023). Colonialité et intersectionnalité en santé mentale : Une exigence mobilisatrice. *Alternatives Humanitaires*, 22, 36-47.

Perrot, M.-D. (1998). L'humanitaire et le « développement » en quête de continuité. *L'Homme et la société*, 129(3), 17-28. <https://doi.org/10.3406/homso.1998.2957>

Pupavac, V. (2001). Therapeutic Governance : Psycho-social Intervention and Trauma Risk Management. *Disasters*, 25(4), 358-372. <https://doi.org/10.1111/1467-7717.00184>

Reference Group on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action (Réalisateur). (2023). *Introduction to Disability-Inclusive Humanitarian Action*. <https://ready.csod.com/ui/lms-learning-details/app/curriculum/fc1e1f9f-9f80-4924-afe2-571be552a360>

Scherer, N., Bright, T., Musendo, D. J., O'Fallon, T., Kubwimana, C., Eaton, J., Kakuma, R., Smythe, T., & Polack, S. (2022). Mental health support for children and adolescents with hearing loss : Scoping review. *BJPsych Open*, 8(1), e9. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1045>

Schininá, G. (2021). Migration governance and mental health. In *Oxford Textbook of Migrant Psychiatry* (p. 243-250). <https://doi.org/10.1093/med/9780198833741.003.0027>

Sphere Project (Éd.). (2018). *The sphere handbook : Humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response* (Fourth edition). Sphere Association.

Therrien, R. (2006). La désinstitutionnalisation, les malades, les familles et les femmes : Des intérêts à concilier. *Santé mentale au Québec*, 15(1), 100-119. <https://doi.org/10.7202/031544ar>

Thomas, F. (2020, avril 1). *Prendre le monde sans changer le pouvoir*. Le Monde diplomatique. <https://www.monde-diplomatique.fr/2020/04/THOMAS/61618>

UK Department for International Development. (2020). *Guidance on strengthening disability inclusion in Humanitarian Response Plans* (p. 38).

Ulybina, O. (2022). Explaining the Cross-National Pattern of Policy Shift toward Childcare Deinstitutionalization. *International Journal of Sociology*, 52(2), 128-155.

General comment no. 14 (2000), The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), 23 (2000). <https://digitallibrary.un.org/record/425041>

CERD General Recommendation XXX on Discrimination Against Non Citizens, 5 (2004). <https://www.refworld.org/docid/45139e084.html>

Convention and Protocol Relating to the Status of Refugees, 56 (1951). <https://www.unhcr.org/media/28185>

UNHCR. (2017). *Community-Based Protection & Mental Health & Psychosocial Support* (p. 16). <https://www.refworld.org/docid/593ab6add.html>

UNHCR. (2023). *Refugee Statistics*. UNHCR. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>

UNICEF. (2019). *Operational guidelines : Community-based mental health and psychosocial support in humanitarian settings : Three-tiered support for children and families* (p. 90).

UNICEF. (2023). *Included, every step of the way* (p. 32). UNICEF.

UPIAS. (1975). *Fundamental Principles of Disability*.

WHO. (2011). *Psychological first aid : Guide for field workers*.

WHO. (2022). *World report on the health of refugees and migrants* (p. 344). WHO.

Wolmark, L. (2023). « On ne fait pas de santé mentale » : Retour sur la première mission “psy” de Médecins Sans Frontières. *Alternatives Humanitaires*, 22, 8-19.

World Health Organization & Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/184033>

World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2021). Expanding universal health coverage among refugees and migrants : Challenges and opportunities. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 27(4), 427-428. <https://doi.org/10.26719/2021.27.4.427>

World Mental Health Survey Initiative. (2018). *The World Mental Health Survey Initiative*. <https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>

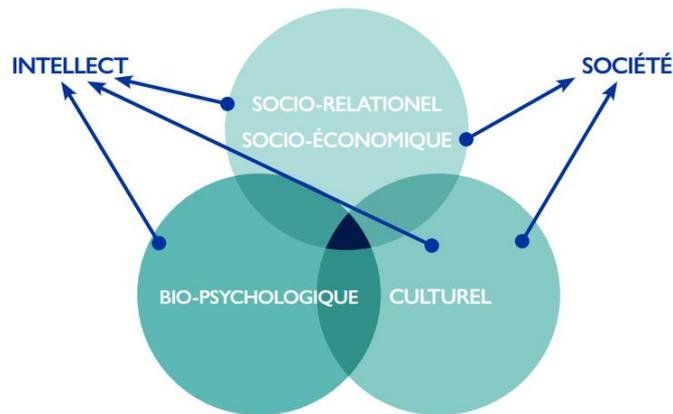
Ziveri, D. (2023). La santé mentale globale à l'épreuve du changement. *Alternatives Humanitaires*, 22, 86-96.

Annexes

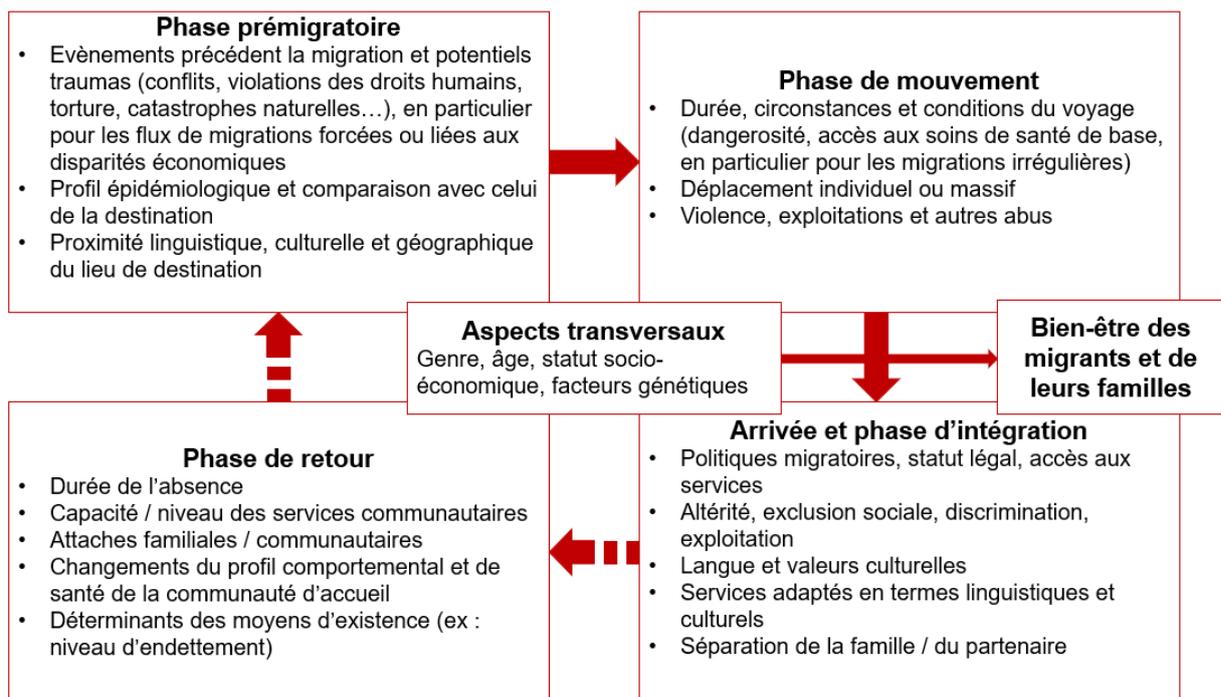
Liste des annexes

Annexe 1 : Modèle de l'approche psychosociale de la programmation de SMSPS en situations d'urgence et de déplacement	80
Annexe 2 : Déterminants de la santé des personnes en situation de migration	80
Annexe 3 : Pyramide de l'IASC pour les interventions de SMSPS.....	81
Annexe 4 : Impacts de l'exposition à l'adversité et niveaux d'intervention en SMSPS	81
Annexe 5 : Guide d'entretien	82
Annexe 6 : Modèle d'analyse des vulnérabilités des personnes en situation de handicap en contexte de crise humanitaire.....	83
Annexe 7 : Photos d'installations sanitaires dans des camps de personnes en situation de migration	84
Annexe 8 : Pacte mondial pour les migrations.....	85
Annexe 9 : Photos d'un centre de SMSPS et camp de personnes en situation de migration	86
Annexe 10 : Répartition des fonds humanitaires versés en 2021 (Privat, 2023)	87

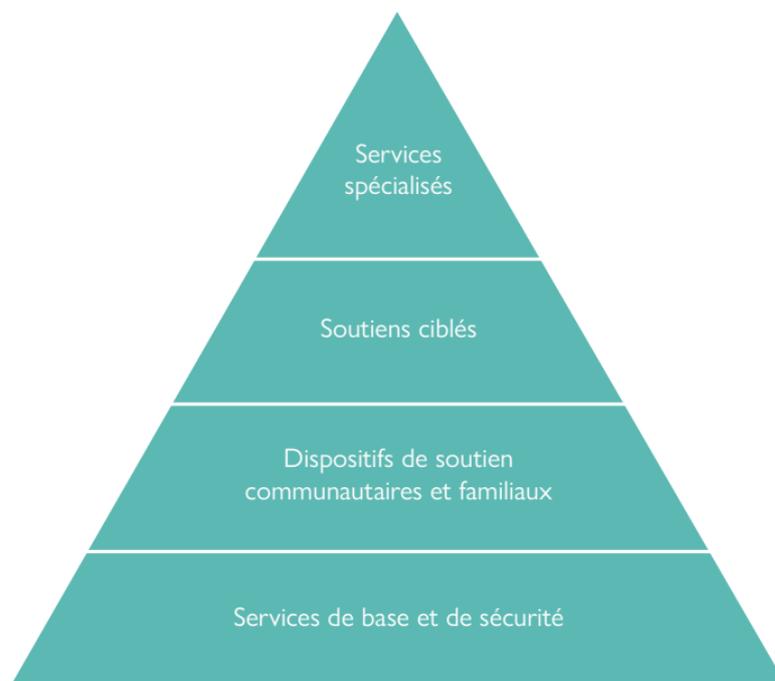
Annexe 1 : Modèle de l'approche psychosociale de la programmation de SMSPS en situations d'urgence et de déplacement (IOM, 2020)



Annexe 2 : Déterminants de la santé des personnes en situation de migration (adapté de Migration Data Portal, 2021)



Annexe 3 : Pyramide de l'IASC pour les interventions de SMSPS (IOM, 2020)



Source: CPI (2007).

Annexe 4 : Impacts de l'exposition à l'adversité et niveaux d'intervention en SMSPS
(adapté de Schinina, 2022)

	Impacts négatifs			Inchangé		Impacts positifs (développement activé par l'adversité)
	Sévères	Modérés	Faibles	Négatif	Positif	
Individu				Services de base et de sécurité		
Famille		Soutiens ciblés	Dispositifs de soutien communautaires et familiaux			
Communauté	Services spécialisés					
Société au sens large						

Annexe 5 : Guide d'entretien

- Présentation de la structure de l'enquêté
- Poste de l'enquêté et principales responsabilités
- Programmes / projets sur lesquels travaille actuellement l'enquêté et contexte
- Conception du handicap de l'enquêté
- Recommandations sur l'inclusion des personnes en situation de handicap au niveau institutionnel (quelles lignes directrices, cadres propres à l'institution ?)
- Inclusion des personnes en situation de handicap dans les projets / programmes sur lesquels travaille l'enquêté
- Principales difficultés rencontrées pour mettre en œuvre l'inclusion des personnes en situation de handicap
- Bénéfices de l'inclusion des personnes en situation de handicap dans les projets / programmes de SMSPS
- Enjeux pour améliorer l'inclusion des personnes en situation de handicap dans les projets / programmes de SMSPS en contexte de migration forcée

Annexe 6 : Modèle d'analyse des vulnérabilités des personnes en situation de handicap en contexte de crise humanitaire (adapté de UK Department for International Development, 2020)

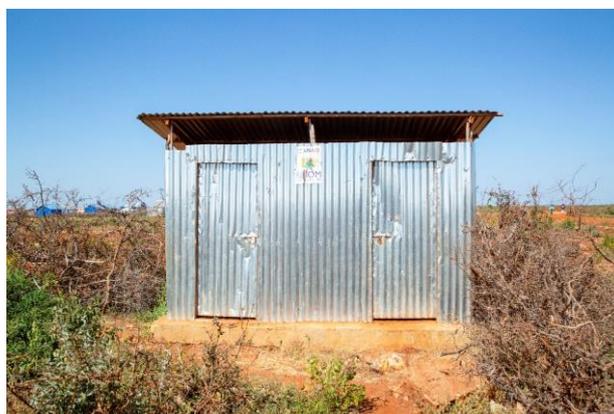


Annexe 7 : Photos d'installations sanitaires dans des camps de personnes en situation de migration



OIM / Alfred Caballero, 2018, Nigéria

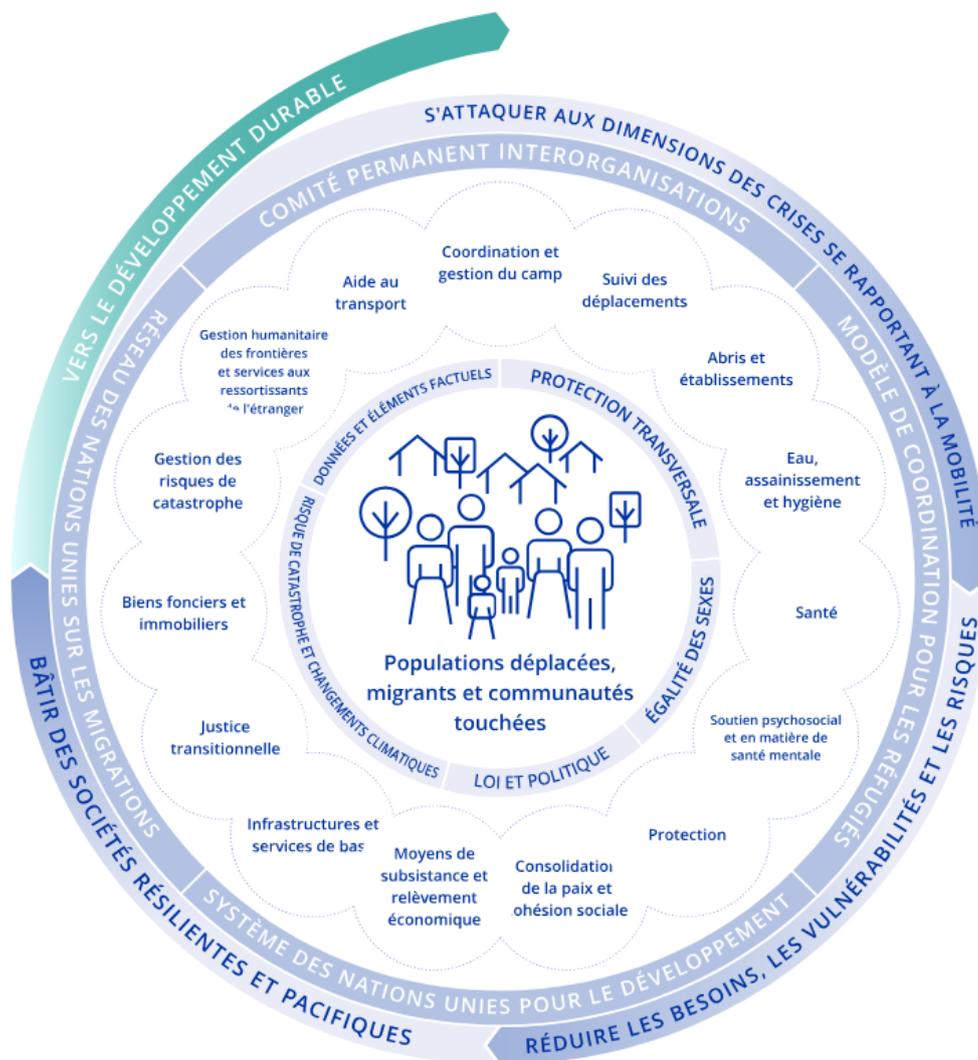
OIM / Abdullah Al Mashrif, 2018, Bangladesh



OIM, 2020, Somalie

Ces photos sont des exemples, certains camps possèdent des sanitaires adaptés, souvent quelques blocs sont construits de manière à répondre aux besoins des personnes avec un handicap physique.

Annexe 8 : Pacte mondial pour les migrations (Comité permanent des programmes et des finances de l'OIM, 2021)



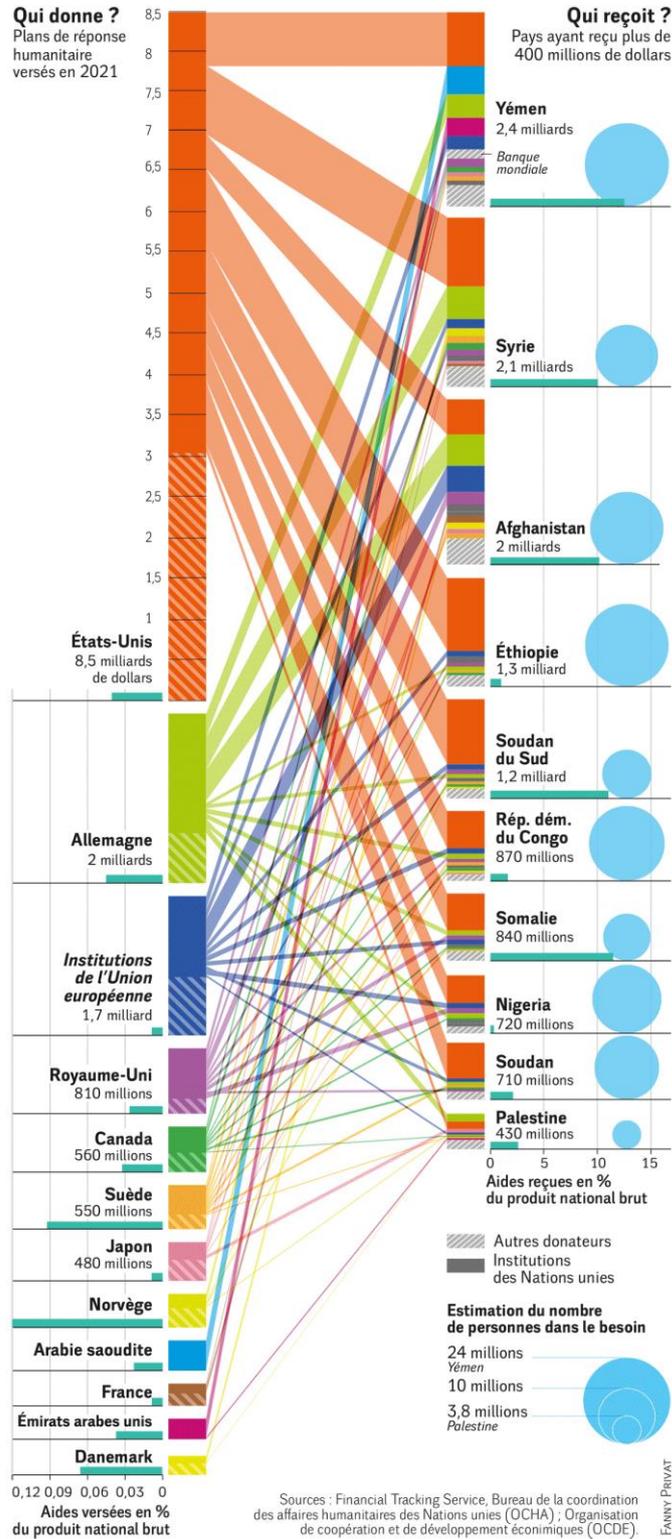
Annexe 9 : Photos d'un centre de SMSPS et camp de personnes en situation de migration



IOM/Claudia Rosel Barrios, 2022, camps de déplacés internes des suites de la sécheresse et activité de SMSPS dans un espace commun, Somalie

Annexe 10 : Répartition des fonds humanitaires versés en 2021 (Privat, 2023)

Dix pays reçoivent 63 % de l'aide humanitaire distribuée par les 12 premiers donateurs



Aide humanitaire, qui donne qui reçoit - Fanny Privat

RAVAILLAULT

Morgane

Septembre 2023

SITUATIONS DE HANDICAP ET PARTICIPATION SOCIALE

Promotion 2022-2023

INCLUSION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LES PROJETS DE SANTE MENTALE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL EN CONTEXTE DE MIGRATION FORCEE

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en
Santé Publique & Université Rennes 2

Résumé :

Ce mémoire s'intéresse à l'inclusion des personnes en situation de handicap dans les projets de santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) en contexte de migration forcée. Face à d'importantes crises humanitaires et alors que le nombre de personnes en situation de migration augmente, les services de SMSPS se développent pour répondre aux besoins de soutien psychosocial des populations déplacées. Le secteur humanitaire, tant par ses cadres organisationnels, législatifs que financiers, encourage les acteurs de la SMSPS à inclure les personnes en situation de handicap dans leurs projets. Sur le terrain, alors que la stigmatisation liée au handicap et au statut migratoire reste un obstacle de taille, les équipes de SMSPS mettent en œuvre, avec les personnes concernées, des mesures pour favoriser la prise en soin des personnes en situation de migration et de handicap.

Abstract :

This thesis focuses on the inclusion of people with disabilities in mental health and psychosocial support (MHPSS) projects in the context of forced migration. While facing major humanitarian crises and as the number of people in migration situations increases, MHPSS services are expanding to meet the psychosocial support needs of displaced populations. The humanitarian sector, through its organizational, legislative and financial frameworks, fosters the inclusion of persons with disabilities in the projects of MHPSS actors. On the ground, while stigma related to disability and migration status remains a major obstacle, MHPSS teams are implementing, with the people concerned, measures to promote the care of people in situations of migration and disability.

Mots clés :

Situations de handicap ; migration ; humanitaire ; santé mentale et soutien psychosocial ; inclusion

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.