



Guide méthodologique

Les Relais Handicap et Vulnérabilité (Disability and Vulnerability Focal Points ou DVFP)

Direction de l'Action d'Urgence
Mai 2014



Auteurs

Benoit Aurenche
Thomas Calvot
Pierre-Emmanuel Fanello
Marie Le Duc
Jennifer Léger
Sylvain Rouaud
Soëli Souques
Eric Weerts

Contributeurs

Celina Heleno
Julie de Lamarzelle
Stéphanie Legoff
Guillaume Pégon
Aleema Shivji

Comité de validation

Martin Bevalot
Ludovic Bourbé
Jean-Pierre Delomier
Pierre Gallien
Nathalie Herlemont Zoritchak
Claudio Rini
Isabelle Urseau

Édition

Stéphanie Deygas
Handicap International
Direction des Ressources Techniques
Pôle Management des Connaissances

Création graphique

IC&K, Frédéric Dubouchet
Maude Cucinotta

Mise en page

IC&K, Frédéric Dubouchet

Ce guide peut être utilisé ou reproduit sous réserve de mentionner la source et uniquement pour un usage non commercial.



Guide méthodologique

Les Relais Handicap et Vulnérabilité (Disability and Vulnerability Focal Points ou DVFP)

Préface	5
Principes et repères	9
Contexte et définitions	10
Principes d'intervention	14
Guide pratique	25
Présentation du cycle d'intervention DVFP	26
Phase de veille et/ou de préparation	30
Phase de diagnostic et d'analyse	32
Phase de conception	37
Phase de mise en œuvre et de suivi des actions	49
Phase d'évaluation des actions	58
Phase de fermeture du projet	67
Phase de capitalisation des expériences	70
Conclusion	71
Fiches pratiques	73
Volet complémentaire Réadaptation physique et fonctionnelle au sein d'un dispositif DVFP	74
Volet complémentaire Psychosocial au sein d'un dispositif DVFP	78
Volet complémentaire Protection au sein d'un dispositif DVFP	85
Volet complémentaire Moyens d'existence en urgence au sein d'un dispositif DVFP	91
Exemple d'un cadre logique simplifié d'un projet DVFP	96
Exemple d'un « Pack Bénéficiaires » DVFP	97
Annexes	111
Acronymes	112
Notes	113

Dans les contextes de crise humanitaire, la plupart des organisations proposent une intervention « massive » qui s'adresse à l'ensemble de la population affectée, excluant bien involontairement les personnes les plus vulnérables. Ces dernières rencontrent en effet des difficultés d'accès à l'information à propos de cette aide, ou d'accès physique à celle-ci.

Parallèlement, d'autres organisations proposent une réponse spécifique pour certains types de vulnérabilité, mais elle reste limitée en termes de champ d'intervention et est plus restrictive par rapport à la population que Handicap International cible. Ainsi, une partie importante de la population vulnérable affectée se trouve invisible, et donc exclue. Elle s'avère donc la moins soutenue pendant la crise, alors même que les conditions de ces personnes les rendent encore plus fragiles et exposées à des difficultés de survie.

Il y a plusieurs années, Handicap International a réinvesti de façon délibérée le champ de l'urgence humanitaire. Ce tournant stratégique, combiné avec l'expérience en matière d'aide aux personnes handicapées, a permis à l'association d'être en mesure d'apporter une réponse immédiate à l'ensemble des populations affectées par un conflit ou une catastrophe, tout en innovant sur l'attention particulière à porter aux personnes vulnérables et, en leur sein, aux personnes handicapées.

Les « relais handicap et vulnérabilité » (Disability and Vulnerability Focal Points ou DVFP) sont une des réponses que notre organisation a apportées à la nécessité de prendre en compte de façon effective et concrète les personnes vulnérabilisées – dont les personnes handicapées – dans les contextes d'urgence. Nous en avons développé et amélioré au fil des années le mécanisme, notamment au Sri Lanka, en Indonésie, en Irak, en Birmanie, en Inde, en Haïti, à Gaza, au Pakistan, aux Philippines, au Liban, en Jordanie, au Mali et en RDC. Les DVFP sont des structures temporaires et flexibles (par exemple une tente, un abri, un préfabriqué) placées au cœur des communautés affectées (zone rurale, centre des quartiers, camp, etc.). Ces structures sont organisées en réseau et quasi systématiquement accompagnées d'équipes mobiles, qui ont pour rôle de s'assurer que l'aide atteigne les personnes vulnérables – plutôt qu'attendre que les personnes vulnérables atteignent l'aide. Pour apporter une réponse adéquate, les activités complémentaires proposées par Handicap International dans le périmètre des DVFP doivent être adaptées à chaque contexte. Leur déclinaison concrète sera donc différente selon la nature de la crise, le pays d'intervention, l'efficacité de la coordination inter-acteurs, le niveau de dynamisme et d'implication de la société civile, des structures publiques et des organisations locales.

Les caractéristiques essentielles du dispositif DVFP, les détails du concept et les conditions de sa mise en œuvre sont le résultat d'une démarche « évaluation/action », qui se situe au cœur du mandat de l'association et fait partie intégrante de la responsabilité humanitaire.

Ces dispositifs répondent aux principaux défis auxquels nous avons eu à faire face au fil des années, c'est-à-dire identifier et atteindre ces personnes, les accompagner sans les « perdre » sur l'ensemble du temps de l'urgence, mais aussi et surtout garantir la réponse à l'ensemble de leurs besoins spécifiques et de base. Les DVFP incarnent la visibilité des besoins, de la réponse et des acteurs. Ils améliorent la réactivité, la pertinence et donc plus largement la qualité de la réponse globale, au plus près du bénéficiaire. Ils constituent un moyen de renforcer la protection des personnes concernées. Finalement, ils vont dans le sens d'un meilleur respect du principe humanitaire d'impartialité d'accès à l'aide, en assurant l'inclusion des plus vulnérables dans la réponse à la crise.

À l'issue de ces années de pratique, il nous a paru essentiel de clarifier et formaliser le concept, et de systématiser l'approche qui préside au déploiement des DVFP dans les différents types de contexte. Ce guide s'adresse à toutes les équipes de Handicap International, tant au siège que sur le terrain. Il se veut un outil concret pour aider à la mise en place de l'ensemble d'un dispositif DVFP et il constitue un support permettant de mieux expliquer le concept aux autres acteurs de l'urgence.

Ce que nous souhaitons, c'est que cet outil, en favorisant une appropriation tant en interne qu'en externe du mécanisme, permette de créer, à chaque crise, un véritable réflexe DVFP. Notre expérience nous en a montré la valeur ajoutée, pour les plus vulnérables et pour l'impact global de l'aide dans les situations d'urgence.

Jean-Pierre DELOMIER

Directeur de l'Action d'Urgence
Handicap International

Remerciements

Nous souhaitons remercier les personnes suivantes, sans qui ce guide n'aurait pu voir le jour :

- L'ensemble de l'équipe de la Direction de l'Action d'Urgence (DAU), pour sa mobilisation sans faille sur le travail de concertation préalable et les relectures attentives nécessaires à l'élaboration de ce guide ;
- Julie de Lamarzelle, pour son accompagnement tout au long de ce projet de publication ;
- Celina Heleno, ancienne chef de projet et chargée de capitalisation DVFP pour son travail patient sur la deuxième partie de ce guide ;
- L'ensemble des anciens chefs de projet et travailleurs au sein des dispositifs DVFP pour le partage précieux de leurs expériences, et plus particulièrement Aleema Shivji pour sa contribution majeure à la structuration des dispositifs DVFP au sein de la DAU ces dernières années ;
- L'ensemble des relecteurs et des équipes de Handicap International pour leurs contributions à ce travail de réflexion et pour leur soutien aux actions d'urgence.





RDC, 2013

Principes et repères

CONTEXTE ET DÉFINITIONS	10
A. Constats	10
B. Définitions	11
C. Historique et évolution	12
<hr/>	
PRINCIPES D'INTERVENTION	14
A. Dispositif DVFP	14
B. Organisation du mécanisme central Identification/Évaluation/Référencement	17
C. Volets complémentaires DVFP les plus fréquents	18
D. Bénéficiaires ciblés dans l'urgence	19
E. En résumé : ce qu'est, et ce que n'est pas, un DVFP	22

Contexte et définitions

A

Constats

Cinq constats ont posé les bases des principes du DVFP et ont guidé progressivement la volonté d'élaboration ainsi que de consolidation des fondamentaux du dispositif DVFP.

CONSTATS	RÉPONSES
<p>Constat 1 : Il est très difficile d'atteindre rapidement des personnes en contexte de crise, et plus encore les personnes qui sont les plus exclues, que ce soit au sein d'une communauté rurale ou d'un quartier urbain. Les mécanismes classiquement utilisés (stratégie de proximité¹, etc.) se révèlent souvent insuffisants ou peu efficaces. Les lieux de service (distribution, etc.) servent en priorité ceux qui peuvent y accéder.</p>	Accélérer le processus d'identification des victimes, en l'inversant : les bénéficiaires potentiels s'identifient eux-mêmes.
<p>Constat 2 : Il est inefficace et incohérent de ne répondre qu'aux besoins spécifiques, même s'ils sont importants, alors même que les besoins de base ne sont pas couverts. Il est pourtant arrivé par le passé de ne considérer que des réponses très spécifiques – réadaptation physique et fonctionnelle, aides techniques – alors même que les besoins essentiels (s'abriter, se vêtir, boire, etc.) des personnes vulnérables/handicapées et de leurs familles n'étaient pas couverts.</p>	Proposer une évaluation complète de l'ensemble des besoins.
<p>Constat 3 : Une crise humanitaire engendre une mobilisation importante, et en parallèle, une multiplication de réponses trop souvent redondantes mais aussi lacunaires. Une réponse doit être suffisamment réfléchie pour respecter et optimiser les services existants, mais aussi couvrir au maximum les besoins non couverts.</p>	Définir un dispositif qui ne soit pas redondant mais qui exploite au mieux le système des réponses existantes.
<p>Constat 4 : Dans l'urgence, le temps de latence entre la rencontre avec la personne et/ou sa famille et la réponse proposée à leurs besoins est crucial. Ce temps a parfois été beaucoup trop long dans certains contextes.</p>	Définir un dispositif qui soit au plus proche des communautés affectées. Effectuer en première intention un diagnostic rapide (<i>rapid assessment</i>), qui sera affiné par la suite.
<p>Constat 5 : Un environnement déstructuré (physique, familial, social et économique) a souvent un impact négatif majeur lors d'une crise, souvent plus important que l'atteinte directe à l'intégrité d'une personne. De fait, une population bien plus large que la seule catégorie des personnes vivant avec une (ou des) incapacité(s) va se retrouver en situation de vulnérabilité dès lors qu'elle n'aura pas accès aux services essentiels, qu'elle est peu visible et qu'elle est exclue.</p>	Définir un dispositif qui s'adresse à une population vulnérable et exclue (et pas uniquement aux personnes handicapées). Proposer une évaluation de la situation des personnes et des familles qui prenne en compte les facteurs environnementaux.



B

Définitions

Le dispositif « Relais Handicap et Vulnérabilité », appelé communément dispositif DVFP² (*Disability & Vulnerability Focal Point* en anglais), répond à l'objectif de **diminuer la vulnérabilité des personnes et/ou des ménages à travers une réponse humanitaire ancrée dans la communauté et à configuration variable en fonction des contextes d'intervention**. Il s'inscrit par essence dans une approche de type pluridisciplinaire et une approche intégrée (holistique). Il vise à répondre aux besoins des personnes et ménages les plus vulnérables et exclus à la suite d'une crise humanitaire. Sur ce point, il se réfère au **modèle du Processus de Production du Handicap** (PPH) dans la dimension individuelle, l'analyse globale de la personne et des interactions entre la personne et son environnement.

Le dispositif DVFP est un **outil d'identification des personnes vulnérables, y compris les personnes handicapées, conçu pour mettre en lien ces personnes avec une gamme d'acteurs et de services** : il s'inscrit donc également dans le modèle de l'accès aux services endossé par Handicap International³. Les projets DVFP ont en effet pour objectif d'assurer la continuité des services supports et services spécifiques, avec des modalités d'action adaptées au contexte d'urgence.

Ce dispositif s'incarne dans le déploiement d'un réseau de relais, avec en leur sein une équipe assurant l'identification des personnes, l'évaluation de leurs **besoins de base et spécifiques**, et le **référencement de ces personnes vers des services internes (Handicap International) ou externes (partenaires)**.

A|Z

Définitions de besoins de base et spécifiques

Besoins de base

Dans un contexte de réponse à une crise humanitaire et dans le champ d'action de Handicap International, il s'agit des besoins nécessaires à la survie des populations dans un cadre minimum de dignité. Au sein de la réponse d'urgence de Handicap International, ces besoins couvrent notamment les secteurs suivants : Moyens d'existence d'urgence, Habitat et Infrastructures Communautaires, Gestion et Coordination de Camps, Plateforme Logistique, Eau Hygiène Assainissement.

Besoins spécifiques

Dans un contexte de réponse à une crise humanitaire et dans le champ d'action de Handicap International, il s'agit des besoins liés à des facteurs personnels particuliers, y compris les incapacités individuelles. Leur prise en compte aura pour but d'optimiser l'indépendance des personnes, de prévenir et de gérer les conséquences traumatiques. Au sein de la réponse d'urgence de Handicap International, ces besoins couvrent notamment les secteurs suivants : Réadaptation physique et fonctionnelle, Protection, Psychosocial.



Précisions sur la terminologie

Le mot **DVFP** désigne un « **Disability & Vulnerability Focal Point** », parfois appelé plus simplement « Focal Point » ou « Relais ». C'est une unité fonctionnelle qui allie :

- ▀ le lieu d'accueil placé dans un quartier ou une communauté,
- ▀ l'équipe dédiée qui l'occupe.

Cette unité fonctionnelle accueille et accompagne les personnes vulnérables et personnes handicapées. On désignera

donc communément par DVFP à la fois le lieu d'accueil, les services proposés dans ce point d'accueil et l'équipe dédiée. Cette unité fonctionnelle est reliée à d'autres DVFP et l'ensemble constitue un réseau de DVFP.

La notion de **volet complémentaire** désigne une activité de services ou d'assistance directe aux personnes mise en place par Handicap International (par exemple des services de réadaptation physique et fonctionnelle), et qui prend place dans le cadre d'un dispositif DVFP.

Un **dispositif DVFP est donc constitué** :

- ▀ du réseau de DVFP (lieux fixes ou itinérants d'accueil + équipe) dans lequel prennent place les activités suivantes : identification, évaluation des besoins, référencement,
- ▀ des volets complémentaires proposés selon les contextes.

On peut tout à fait **concevoir ce dispositif comme un projet**, et donc parler de **projet DVFP**. Cependant, le dispositif DVFP étant assez complexe et évolutif, il est parfois peu aisé de le présenter d'un seul tenant à un bailleur de fonds. Par exemple, on peut parfois ne proposer au financement que le mécanisme central et ne pas intégrer certains volets complémentaires (exemples : réadaptation physique et fonctionnelle, soutien psychosocial), qui seront alors financés séparément.

C

Historique et évolution

Ce qu'il est désormais convenu d'appeler le dispositif DVFP est le fruit d'une harmonisation de différents types de projets, émergeant par étapes successives au fil des expériences de réponse à l'urgence apportée par Handicap International depuis les années 1990. Même si elle a été pensée de manière plus progressive et systématique sur ces cinq dernières années, il faut rechercher les racines de la stratégie incarnée par le dispositif DVFP assez loin dans l'histoire des actions de Handicap International.

Kosovo (1994/conflict) : Expérience fondatrice à travers la mise en place des *Disability Centers*, tournés vers les personnes handicapées, et intégrant déjà les notions d'identification, d'évaluation, de référencement et de services directs.

Indonésie (avril 2006/séisme à Yogyakarta) : Le dispositif Disability Focal Points (DFP), formalisé pour la première fois sous son approche actuelle, est déployé en partenariat avec des associations locales. Validation du concept d'ancrage d'un lieu identifié dans la communauté, complété par des équipes mobiles. Activités centrées sur la réadaptation physique et fonctionnelle.

Sri Lanka (juin 2006/conflict) : Des *Disability Focal Points (DFP)* sont mis en œuvre à travers le partenariat et le référencement vers des acteurs internationaux. Activités centrées sur les besoins de base, la réadaptation physique et fonctionnelle et la santé.

Irak (2007/conflict) : Quatre DFP sont mis en œuvre en zone de conflit, dans les gouvernorats de Karbala, Babylon et Wasit, portés par un partenaire historique. Activités centrées sur le référencement, la fourniture de conseils, d'aides techniques, et de kits AME. Le projet est piloté par Handicap International à distance, depuis le Kurdistan.



Birmanie (2008 – 2009/cyclone Nargis) :

Deux *Disability Resource Centers* (DRC) sont déployés dans le Delta de l'Ayeyarwadi, mis en œuvre directement par Handicap International. Outre les activités classiques de soins et de réadaptation physique et fonctionnelle, ce sont les mises en place d'un volet de soutien psychosocial plus structuré, mais aussi d'un volet Accessibilité et Activités génératrices de revenus, qui font la particularité de ces DRC. Le soutien psychosocial sera désormais proposé quasi systématiquement.

Inde (2008/inondations Bihar) : Ce sont les deux premiers *Vulnerable Focal Points* (VFP), sur une base essentiellement mobile. Accent fort sur les services de protection et de soutien psychosocial, complétés par des distributions d'aides techniques et des services de réadaptation physique et fonctionnelle d'urgence, pour les personnes vulnérables et handicapées, déplacées des camps dans deux districts.

Haïti (2008/cyclones Fay, Gustav, Hanna et Ike) : Mise en place d'un VFP, structuré essentiellement autour du référencement et d'activités de soutien psychosocial. La notion de population cible plus élargie et plus en accord avec le mandat de Handicap International s'impose.

Gaza (2009/conflit) : Déploiement de quatre DVFP, dont deux avec des partenaires historiques du développement et deux avec des acteurs plus généralistes. Leçons apprises sur les opportunités et les difficultés du partenariat avec une OPH.

Pakistan (2009/conflit) : Dispositif DVFP dans plusieurs zones géographiques très larges. Le dispositif sera élargi. Part plus importante des cliniques mobiles rattachées.

Sri Lanka (2009/conflit) : Déploiement de plusieurs DFP dans les camps de déplacés de la zone de Vavunya, très orientés sur la réadaptation physique et fonctionnelle.

Indonésie (2009/séisme) et Philippines (2009/cyclones Ketsana et Parma) :

Introduction de la notion de Point Focal itinérant et d'action concertée avec un important volet d'abris transitionnels.

Haïti (2010/séisme) : Le dispositif DVFP le plus important jamais déployé, à travers le projet Relais Handicap & Vulnérabilité, incluant les volets complémentaires Réadaptation physique et fonctionnelle, Psychosocial, Protection, Articles Ménagers Essentiels, Mobilisation communautaire, Prévention Choléra.

Pakistan (2010/inondations) :

Dispositif DVFP dans le Sindh, sur une zone géographique étendue, incluant la plupart des volets complémentaires.

Chacune de ces déclinaisons, constituant les prémices des dispositifs DVFP actuels, s'est concrétisée par une dénomination et des activités différentes, qui étaient les plus adaptées au pays concerné⁴.

Depuis 2010, le dispositif DVFP est déployé dans presque tous les terrains d'intervention d'urgence de Handicap International, comme par exemple en Jordanie et au Liban (réponse à la crise syrienne) en 2012 ainsi qu'en République Démocratique du Congo, au Mali et aux Philippines en 2013.

Principes d'intervention

A

Dispositif DVFP

Le DVFP est avant tout un **dispositif**, c'est-à-dire un ensemble réfléchi et finalisé d'activités entreprises dans le but de répondre à des besoins définis, auquel sont associés des pratiques, des outils, des profils professionnels, des formations, etc. Toutes les qualités d'un dispositif sont retrouvées : flexibilité, adaptabilité, configuration variable, etc.

Le dispositif DVFP s'inscrit dans les approches de type **intégré** et **pluridisciplinaire**. En effet, il regroupe des actions multisectorielles au sein d'un seul mécanisme unique. Il tente de répondre aux besoins essentiels de l'être humain, affecté par une crise. C'est donc un dispositif qui a une ambition **holistique**.

Il s'inscrit dans certaines évolutions actuelles de la réponse humanitaire : définition d'une réponse individualisée, personnalisée et ciblée en lien avec les situations de vulnérabilité, et non le statut des personnes. Il propose cependant une forme alternative d'aide par son dispositif de réponse modulable et flexible : c'est un **dispositif dynamique**, tant dans son contenu que dans son positionnement géographique.

Sur le plan de la stratégie institutionnelle de Handicap International, le dispositif DVFP fait partie intégrante, en vertu de son mécanisme d'intervention, de la grille de lecture « **accès aux services** », mais s'inscrit dans une temporalité d'urgence.

Un réseau déployé au sein de la communauté

- C'est un ensemble de points d'accueil que l'on va placer stratégiquement au cœur de la zone affectée par une crise (communauté/quartier), et qui va constituer un réseau facilement identifiable et accessible pour les personnes les plus vulnérables.
- On va largement informer sur l'existence de ces points d'accueil (via radio, journaux, dépliants, moyens d'information accessibles à tous, etc.), et expliquer que les personnes et les familles répondant à certains critères simples (de vulnérabilité, de handicap, etc.) et/ou rencontrant des problématiques d'accès aux services peuvent venir chercher de l'assistance à l'un des points de ce réseau.

Les personnes viennent elles-mêmes se faire identifier ou sont identifiées par l'équipe

- Les personnes se présentent spontanément ou viennent signaler un proche en difficulté à l'un des points d'accueil de ce réseau ;
- À ces points d'accueil, on ajoute :
 - des équipes mobiles, afin d'atteindre les personnes qui ne peuvent pas se déplacer, mais qui auront été signalées par des proches,
 - des personnes référentes (qui sont des membres de l'équipe ou des relais dans les structures communautaires) placées dans des lieux stratégiques, comme par exemple un hôpital, un centre d'accueil, et qui ont pour tâche d'identifier et référer au réseau DVFP les personnes ayant besoin de suivi ultérieur.
- Dans certains cas, pour couvrir un espace plus large, ces points d'accueil sont itinérants. L'équipe fait alors un parcours régulier (tant de jours par semaine dans telle association, etc.), bien identifié par les bénéficiaires potentiels.

L'équipe DVFP accueille ces personnes et évalue leurs besoins de base et spécifiques

- Dans chaque point d'accueil, une équipe pluridisciplinaire accueille ces personnes, fait un bilan de leur situation (besoins et



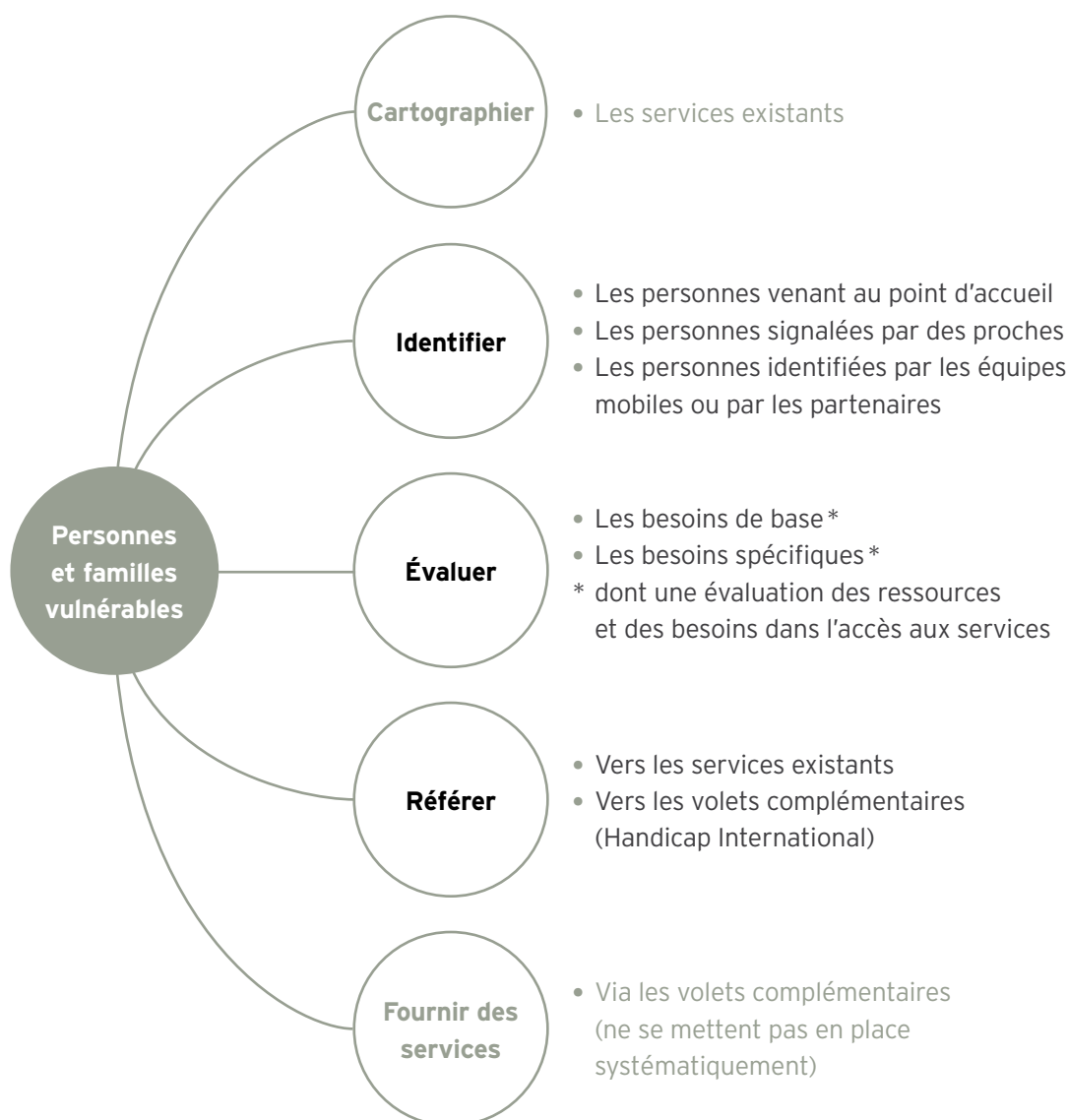
ressources), et évalue comment apporter une réponse aux besoins identifiés.

- Pour répondre aux besoins, l'équipe va référer ces personnes :
 - d'abord aux autres acteurs et services déjà existants si cela est possible, en assurant un suivi de ces référencement,
 - à des services additionnels (= volets DVFP complémentaires) que Handicap International va créer et rajouter au dispositif DVFP s'ils n'existent pas, ou ne sont pas de bonne qualité, ou sont débordés, ou trop inaccessibles (exemple : réadaptation physique et fonctionnelle incluant la distribution d'aides techniques, soutien psychosocial, protection, distribution de certains kits et articles de base, etc.)⁵.

Un réseau connecté aux autres acteurs, et évolutif

- Un système d'information centralisé consolide les données des bénéficiaires collectées à travers ce réseau d'accueil et de services, et les met à disposition des autres acteurs impliqués dans la réponse humanitaire⁶.
- Ce dispositif s'insère donc à l'existant, sans dupliquer les services.
- Ce dispositif DVFP est aussi évolutif en fonction des besoins : les points d'accueil peuvent changer de lieu, et les services complémentaires proposés changer de contenu. Quand les services habituels reprennent leur cours, ce dispositif est amené à disparaître.

Les actions essentielles dans un dispositif DVFP



Principes d'intervention

Exemple de déploiement du dispositif DVFP sur une île frappée par une crise

Île de Wallis (Pacifique)

On a placé stratégiquement trois DVFP de manière à ce qu'ils couvrent correctement le territoire affecté. Ce réseau permet, après que les personnes victimes ou leur famille ont été identifiées, de proposer un service direct, ou de référer à des services déjà existants.



B

Organisation du mécanisme central Identification/Évaluation/Référencement

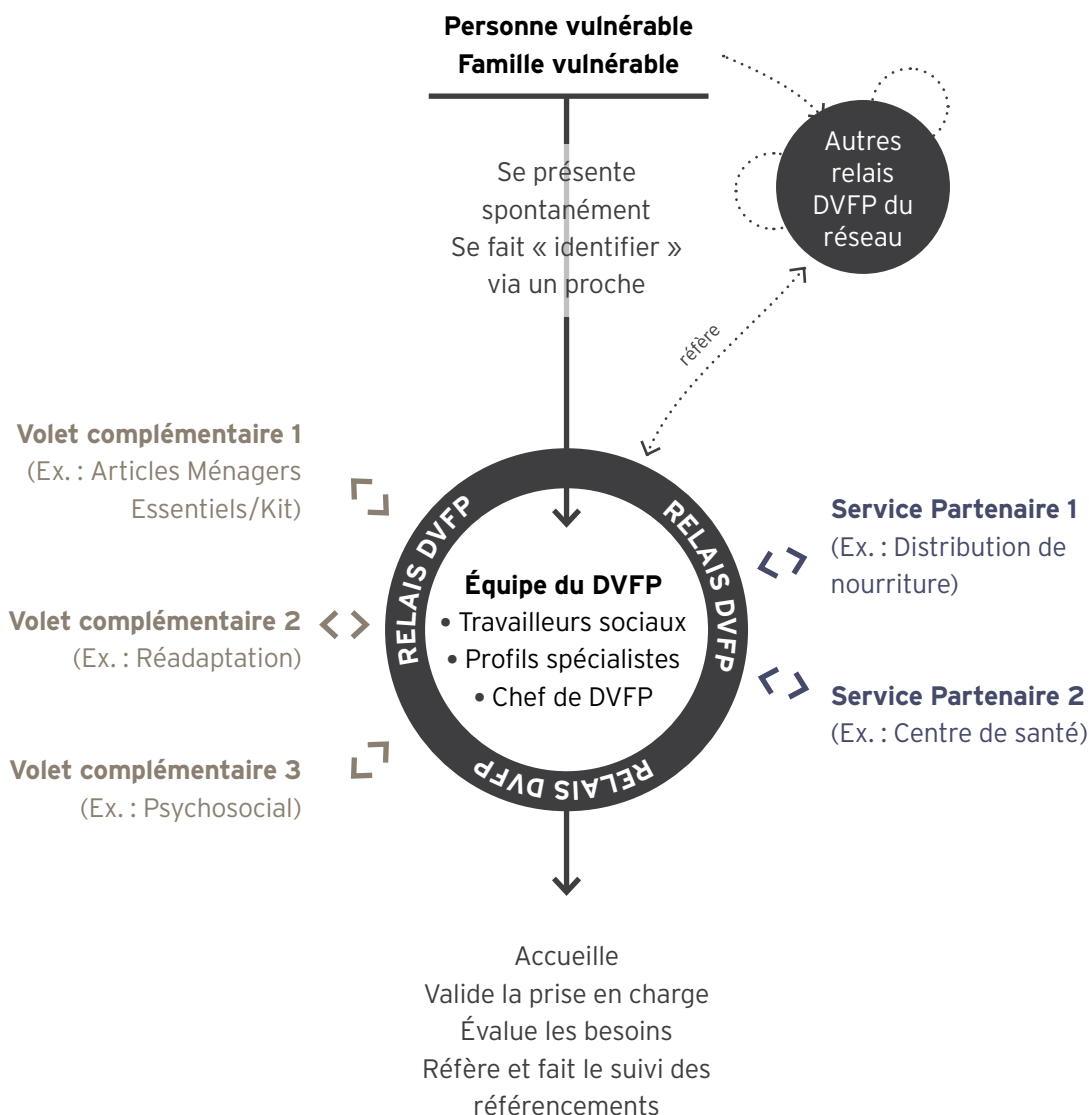
Une fois le lieu d'accueil DVFP installé (tente, bâtiment, organisation partenaire), une équipe pluridisciplinaire va être présente en permanence à ce point d'accueil, mais va aussi se déployer dans un périmètre géographique délimité.

Chaque nouvelle personne ou famille qui se présente est accueillie par l'équipe sur place. Les membres de l'équipe discutent avec la personne ou avec la famille (représentée généralement par le chef de famille) pour évaluer les besoins immédiats.

En fonction de cette évaluation, et selon le besoin identifié, soit un service immédiat lui sera fourni, soit elle sera référée vers un autre service, qu'il soit proposé par Handicap International ou un autre acteur.

Chaque point d'accueil DVFP couvre une zone géographique bien définie. Les travailleurs de l'équipe doivent donc bien se tenir au courant des services existants dans cette zone, et des conditions requises pour y accéder.

Fonctionnement simplifié d'un dispositif DVFP au sein d'un réseau DVFP



C

Volets complémentaires DVFP les plus fréquents

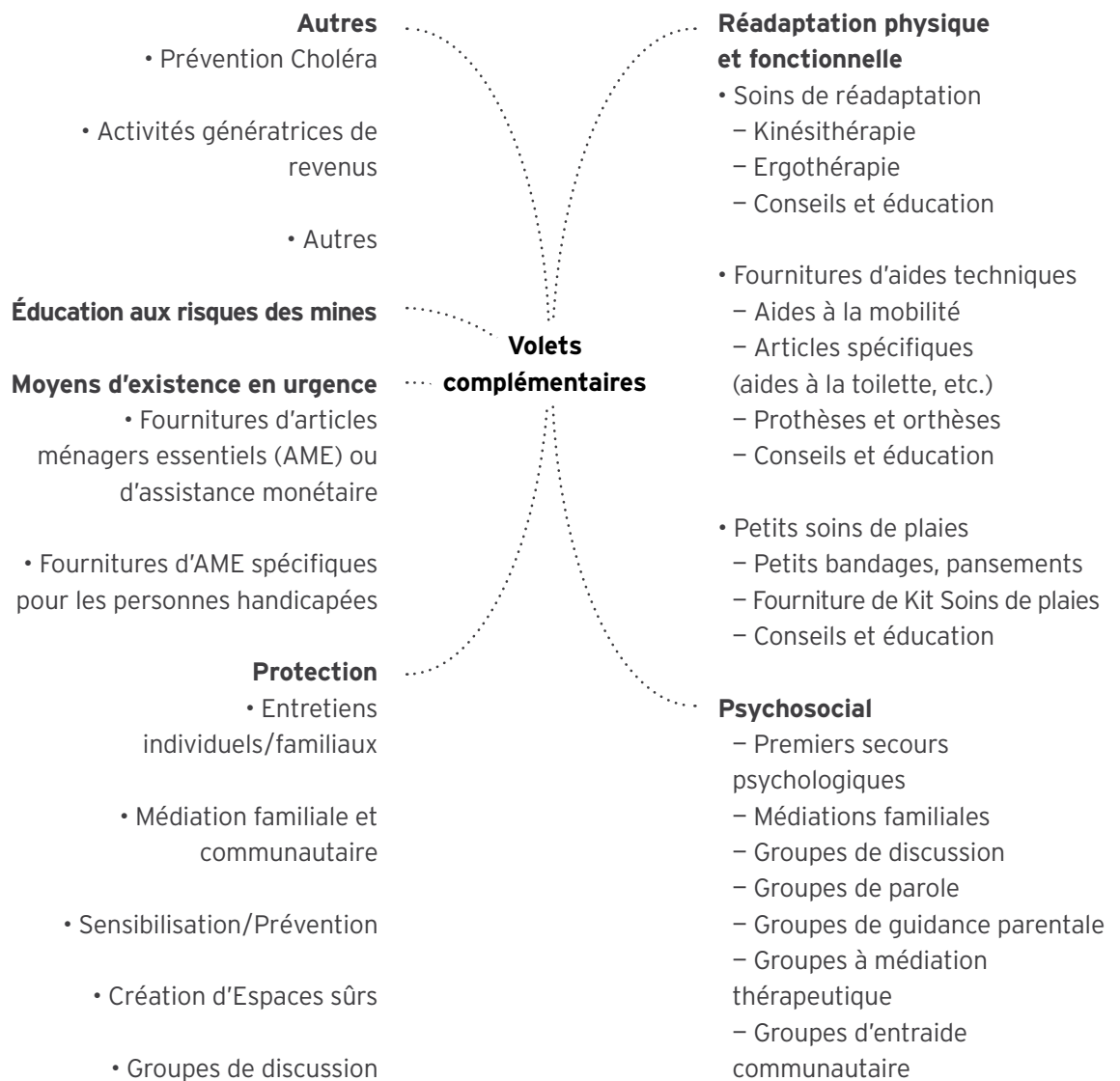
Comme nous l'avons vu précédemment, Handicap International peut décider de développer un service (appelé volet

complémentaire) lorsque celui-ci est inexistant, jugé insuffisant ou non accessible aux personnes vulnérables qui en ont pourtant besoin.

Les quatre volets complémentaires⁷ les plus fréquemment déployés sont les suivants :

- Volet Réadaptation physique et fonctionnelle,
- Volet Psychosocial,
- Volet Protection,
- Volet Moyens d'existence en urgence.

Les volets complémentaires DVFP et leurs composantes



La liste d'activités proposée ici n'est ni exhaustive ni figée : en fonction des besoins identifiés, on sélectionne les activités pertinentes à mettre en œuvre puis, selon l'évolution contextuelle, on peut ajouter ou clôturer certaines activités. Les volets et activités de réponses doivent constamment s'adapter aux besoins.

Les quatre volets les plus fréquemment déployés peuvent parfois être accompagnés d'autres volets, en fonction des besoins identifiés : c'est pourquoi on a rajouté un volet « Autres », celui-ci étant composé d'activités variées selon les contextes. Par exemple, le dispositif DVFP en Haïti a été complété d'un volet Prévention Choléra après l'épidémie dans nos zones d'action.

La flexibilité et l'adaptation à l'évolution du contexte doivent rester au cœur du dispositif DVFP.

Quelque soit le contexte, les volets complémentaires doivent s'inscrire dans le cadre suivant :

- ▀ respect du mandat de Handicap International,
- ▀ réponse à des besoins visant à préserver la vie, la sécurité ou l'intégrité physique et psychique des personnes,
- ▀ réponse à des besoins nouvellement créés ou exacerbés par une crise,
- ▀ restauration des capacités des personnes/familles à accéder à des services vitaux (comme par exemple une activité Aides techniques, Aide à la mobilité).

D

Bénéficiaires ciblés dans l'urgence

Plusieurs parties de la **stratégie fédérale de Handicap International** confirment le dispositif DVFP comme un axe central de nos actions d'urgence, dispositif au service des personnes vulnérables : « L'action des DVFP,

qui comprend l'identification et la réponse aux besoins des **groupes de personnes vulnérables, en particulier les personnes handicapées**, va être étendue. La méthode en sera consolidée et promue pour une prise en compte par les autres acteurs humanitaires nationaux et internationaux ».

Afin de définir la vulnérabilité d'une personne, nous nous référons d'une part au modèle du Processus de Production du Handicap (PPH), afin d'identifier des personnes en situation de handicap, et d'autre part à une définition de la vulnérabilité qui, sur le même principe que le PPH, s'intéresse à l'interaction entre les facteurs personnels et l'environnement, ce afin d'identifier les personnes vulnérables. Bien que le concept de vulnérabilité chez Handicap International ne soit pas totalement stabilisé, nous nous appuyons habituellement sur la définition suivante : « Les caractéristiques d'une personne ou d'un groupe de personnes – et de la situation dans laquelle elle ou il se trouve – influencent ses capacités à anticiper, faire face, résister et se rétablir des conséquences d'un événement majeur l'ayant affecté(e). Ceci implique l'interaction entre différents facteurs qui détermine le degré de risque auquel sont exposés la vie de ces personnes, leurs sources de revenus, leurs propriétés et leurs biens lors de la survenue de cet événement (ou une succession de ce type d'événements) ». (Source : Wisner B, Blaikie P, Cannon T, Davis I. At Risk : Natural hazards, people's vulnerability and disasters, 2005). Ainsi, de manière globale, Handicap International se réfère à la notion de risque : nous définissons comme vulnérables les personnes ou groupes de population qui, en raison de leurs facteurs personnels et environnementaux (et de leur interaction), peuvent se trouver dans l'impossibilité de satisfaire leurs besoins fondamentaux. Ces personnes sont particulièrement exposées aux risques et, par conséquent, requièrent la mise en œuvre de mesures spécifiques. La notion générique de « populations vulnérables » est évolutive selon les contextes. Elle peut comprendre des personnes fragilisées (âge, genre, incapacités temporaires). Elle inclut notamment l'indigence ou l'exclusion, notions qui constituent des situations de vulnérabilité

majeures. En situation d'urgence, on peut être particulièrement vulnérabilisé par un nouvel aléa. En effet, face à une situation de crise, les personnes/les familles/les populations présentent à la fois des incapacités intrinsèques mais aussi des vulnérabilités particulières selon le type de crise. Ainsi, au-delà des déficiences et incapacités, d'autres facteurs personnels (dits facteurs identitaires tels que l'âge, le genre, l'ethnie, etc.) peuvent également interagir positivement ou négativement avec l'environnement (social, physique, économique, etc.) pour permettre ou empêcher la participation sociale. En urgence, Handicap International évaluera plus précisément l'impact de ces interactions (facteurs personnels et facteurs environnementaux) sur l'accès aux services essentiels.

Au travers de ses expériences passées, Handicap International a ainsi pu identifier des catégories de populations qui sont généralement particulièrement vulnérables et qui rencontrent davantage de difficultés que les autres à accéder aux services. Ainsi, au-delà des personnes ayant des déficiences et des incapacités, les personnes âgées, les personnes blessées, les personnes souffrant d'une maladie chronique, les personnes isolées, les femmes isolées chefs de foyer, etc. lutteront au quotidien pour avoir accès à l'aide humanitaire. Ce sont donc également ces personnes particulièrement vulnérables qui seront ciblées comme bénéficiaires d'un dispositif DVFP. Le tableau ci-dessous présente la liste des personnes habituellement les plus vulnérables dans une situation de crise.



A|Z

Les groupes vulnérables ciblés dans un dispositif DVFP⁸

Personnes handicapées	Personnes ayant des incapacités physiques, psychiques, psychosociales, intellectuelles ou sensorielles durables, dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres, justifiant des mesures de compensation et un travail d'adaptation environnementale.
Personnes vivant avec des maladies invalidantes	Personnes atteintes d'une maladie le plus souvent chronique, qui affecte l'intégrité ou la fonction d'un ou de plusieurs organes, pouvant entraîner des restrictions fonctionnelles. Faute de traitement et/ou de prise en charge appropriée, la maladie peut entraîner à plus ou moins long terme des incapacités irréversibles.
Personnes âgées	Dans l'absolu, ce sont les personnes qui ont dépassé l'âge considéré comme étant le seuil de vieillesse dans le pays dans lequel elles vivent. Typiquement, ce seuil se situe autour de 60 ans. Cependant, pour ce qui est des personnes vulnérables que l'on va accompagner dans le cadre d'un dispositif DVFP, on va avant tout considérer les personnes présentant une réduction des capacités fonctionnelles (et donc souvent un état de dépendance à d'autres personnes) due aux conséquences logiques du vieillissement du corps. Cette définition ne se réfère donc à aucun seuil d'âge en particulier.
Personnes victimes de blessures/traumatismes provoquant des incapacités suite à la crise	Personnes ayant subi un traumatisme par accident ou par violence suite à la crise, dont les conséquences immédiates ou les séquelles peuvent entraîner des incapacités temporaires, voire permanentes, notamment s'il n'y a pas de prise en charge appropriée.

Populations exposées aux risques de maladies, de violences ou d'accidents provoquant des incapacités	Personnes ou groupes de populations exposés à un risque de maladies, violences ou accidents pouvant entraîner des incapacités, notamment s'il n'y a pas de prise en charge appropriée.
Populations réfugiées, déplacées et sinistrées	Populations contraintes de fuir ou de quitter leur foyer, leur lieu de résidence habituel, soit en raison d'un conflit armé, de violences ou de violations graves et répétées de leurs droits fondamentaux, soit en raison de catastrophes naturelles ou anthropiques. Placées en situation de précarité et de grande exposition aux risques, ces populations peuvent se trouver menacées de mort, de maladie, de traumatisme ou de tout type d'atteinte à leur intégrité et à leur développement.
Populations exposées au danger des armes, munitions et engins explosifs	Dans les zones de conflits où les armes, mines et munitions de toutes sortes ont été employées, toutes les personnes et communautés exposées au risque de mort, de blessures corporelles ou psychologiques, pouvant subir un préjudice matériel, une marginalisation sociale ou une atteinte substantielle à la jouissance de leurs droits du fait de la présence des résidus explosifs de guerre.



En résumé

Toute personne ou tout groupe...

- ▀ Est vulnérable, de manière variable, à certaines menaces/crises potentiellement présentes dans son environnement.
- ▀ Est doté de capacités. En cas de crise humanitaire, les capacités d'une personne ou d'un groupe peuvent être impactées.
- ▀ Est résilient (capable de se relever) jusqu'à un certain point et va puiser cette résilience dans son lien avec l'autre. Une personne ou un groupe qui est isolé, invisible, qui a moins de liens avec l'autre, est logiquement moins susceptible d'être résilient.

Mais certaines personnes et certains groupes...

- ▀ Sont de manière récurrente ou permanente, plus exposés que d'autres à certaines menaces, et sont plus susceptibles d'être impactés négativement dans leurs vies.

- ▀ Sont isolés, et donc en situation d'exclusion voire d'invisibilité au sein de la communauté.
- ▀ Voient leurs situations s'aggraver lors des crises, et donc des changements profonds intervenant dans l'environnement et le groupe.

Dans un dispositif DVFP, Handicap International va ainsi cibler comme potentiels bénéficiaires les personnes vulnérabilisées suite à une crise, dont les personnes handicapées. C'est donc bien l'interaction entre les facteurs personnels et l'environnement qui déterminera le niveau de vulnérabilité des personnes. Ainsi, même si certaines définitions (personne handicapée, personne vivant avec une maladie invalidante, etc.) sont relativement claires, les critères de vulnérabilité sont variables selon les contextes d'intervention.

E

En résumé : ce qu'est, et ce que n'est pas, un DVFP

C'est...	Ce n'est pas...
<p>Une réponse d'urgence, dès les premiers jours suivant une crise (si nécessaire).</p> <p>Cette réponse est constituée du déploiement rapide et temporaire d'un mécanisme d'identification, d'évaluation et de référencement des personnes vulnérables suite à une crise, accompagné si nécessaire de volets complémentaires.</p>	<p>Un projet qui a forcément vocation à évoluer dans la continuité, « en bloc », vers un projet de développement, même si dans une grande mesure, il va apporter beaucoup d'informations utiles à l'élaboration de potentiels projets de développement ultérieurs.</p>
<p>Un dispositif dédié aux personnes et familles vulnérables et exclues des services/de l'assistance humanitaire suite à une crise.</p>	<p>Un dispositif dédié aux seules personnes handicapées ou visant uniquement la provision de services répondant à des besoins spécifiques.</p>
<p>Un dispositif qui s'appuie sur tous les acteurs existants, selon leurs capacités et leurs localisations. Il ne double pas des services déjà existants, mais bien au contraire, il cherche à renforcer la cohérence globale de la réponse humanitaire et à favoriser l'accès aux services pour tous.</p>	<p>Un dispositif avec un ensemble de services obligatoirement déployés.</p>
<p>Un suivi des personnes ciblées tout au long du processus de réponse, de l'identification à la couverture des besoins.</p>	<p>Une approche de réadaptation à base communautaire déclinée en urgence, ou son préalable, ou des « mini-centres » de réadaptation physique et fonctionnelle basés dans la communauté.</p>
<p>Un appui et une ressource pour les autres acteurs, en leur amenant l'expertise de Handicap International sur le mécanisme de prise en compte des personnes vulnérables, incluant les personnes handicapées, pour un meilleur accès aux services.</p>	<p>Un dispositif fait exclusivement pour/ en partenariat avec des Organisations de Personnes Handicapées (OPH) ou des Organisations à Base Communautaire (OBC), même si, dans la mesure où leur taille, leur expertise, leur mandat et leurs capacités le permettent, elles peuvent faire partie du réseau (en aménageant un point d'accueil par exemple).</p>



Syrie, 2013

Guide pratique

PRÉSENTATION DU CYCLE D'INTERVENTION DVFP	26
A. Les six phases principales et activités	26
B. Les trois phases clés	29
<hr/>	
PHASE DE VEILLE ET/OU DE PRÉPARATION	30
A. Principes de la phase de veille	30
B. Principes de la phase de préparation	30
C. Facteurs contextuels favorables au déploiement du dispositif DVFP	31
<hr/>	
PHASE DE DIAGNOSTIC ET D'ANALYSE	32
A. Principes	32
B. Diagnostic initial : éléments méthodologiques	32
C. Analyse du diagnostic : aide à la décision	35
<hr/>	
PHASE DE CONCEPTION	37
A. Décisions du nombre, de la localisation et des types de relais du réseau DVFP	37
B. Pertinence de proposer à un partenaire « d'accueillir » un DVFP	42
C. Choix des différents volets complémentaires à déployer au sein du dispositif	43
<hr/>	
PHASE DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI DES ACTIONS	49
A. Mise en place du mécanisme Identification/Évaluation/Référencement	49
B. Outils de mise en œuvre du dispositif DVFP	52
C. Organisation des ressources humaines pour un dispositif DVFP	54
D. Calendrier de déploiement d'un dispositif DVFP	56
<hr/>	
PHASE D'ÉVALUATION DES ACTIONS	58
A. Rappel des principes du suivi et de l'évaluation	58
B. Indicateurs de suivi d'un dispositif DVFP	59
<hr/>	
PHASE DE FERMETURE DU PROJET	67
A. Éléments à considérer pour une stratégie de sortie du dispositif DVFP	67
B. Quand entamer la réflexion sur la stratégie de sortie ?	68
C. Préparation de la fermeture du dispositif DVFP	69
<hr/>	
PHASE DE CAPITALISATION DES EXPÉRIENCES	70
<hr/>	
CONCLUSION	71

Présentation du cycle d'intervention DVFP

Dans la première partie, nous avons vu que le dispositif DVFP consistait en un système d'identification des personnes vulnérables, d'évaluation de leurs besoins et du référencement de ces personnes vers les services adéquats. Si ces services ne sont pas présents, Handicap International peut alors les proposer en déployant des volets complémentaires.

Le mécanisme d'identification, d'évaluation et de référencement (IER) et les volets complémentaires constituent le dispositif DVFP.

L'ensemble de ce dispositif implique donc les éléments suivants :

- Une capacité à identifier efficacement les personnes affectées par une crise, au travers d'une stratégie de ciblage, de couverture géographique, d'équipes mobiles au plus près des communautés, de partenariat et de suivi des trajectoires des bénéficiaires.
- Une capacité à déployer une équipe pluridisciplinaire en mesure d'évaluer les besoins des personnes et des familles les plus vulnérables et exclues, selon les contextes.
- L'ambition de couvrir autant que possible les besoins essentiels de ces personnes au travers d'un mécanisme de référencement fort et de ses corollaires (cartographie dynamique des services et interactions fortes avec les acteurs), mais aussi via le déploiement de volets complémentaires (réadaptation physique et fonctionnelle, soutien psychosocial, moyens d'existence en urgence, protection, etc.) si nécessaire.
- Une capacité à rester flexible afin de pouvoir adapter le contenu des différents volets du dispositif dans le temps, en fonction de l'évolution des besoins et de leur couverture par les acteurs en présence.

Nous allons voir dans cette seconde partie comment prendre en compte ces différents éléments tout au long de la mise en œuvre des activités. Cette partie a bien pour objectif de formaliser le cycle d'intervention en lien avec le dispositif DVFP, donc ce que l'on peut assimiler à un projet DVFP⁹.

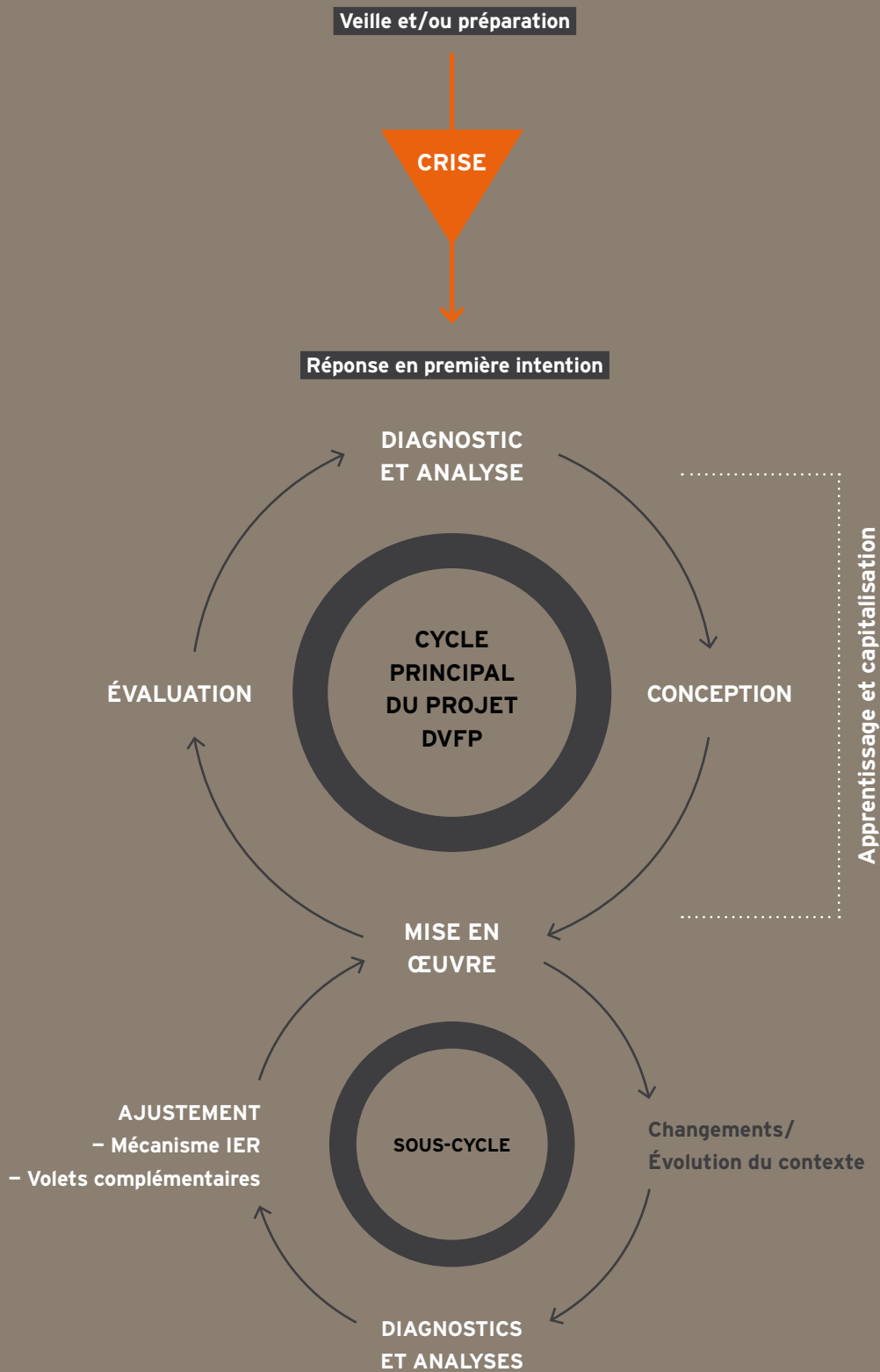
A

Les six phases principales et activités

Le cycle d'intervention se compose de six phases principales. Dans le présent guide, seront présentés d'une manière simple les éléments concrets et spécifiques à un dispositif DVFP à considérer au cours des différentes phases d'intervention suite à une crise¹⁰.



Représentation du cycle de projet adapté à un dispositif DVFP



Présentation du cycle d'intervention DVFP

Activités liées aux phases du cycle de projet pour un dispositif DVFP

➤ 1. Veille/Préparation

- Mécanisme de veille de la situation des pays à risque de crise.
- Identification au sein des crises surveillées des éléments qui pourraient amener le déclenchement d'un diagnostic et d'une analyse, pouvant potentiellement mener à la conception et au déploiement d'un dispositif DVFP.
- En cas de présence de Handicap International dans un pays à risque de crise, définition d'un plan de contingence et des actions de préparation.

➤ 2. Diagnostic initial et analyse

Suite à une crise, dans un contexte potentiellement favorable à un dispositif DVFP, collecte et analyse des informations pour prendre la décision de déployer un dispositif DVFP.

➤ 3. Conception

- Élaboration du projet intégrant le dispositif DVFP, au sein d'une stratégie plus générale.
- Définition précise des objectifs, résultats, activités, contraintes et opportunités, pour le mécanisme central et les volets complémentaires.
- Élaboration des mécanismes de suivi et des outils, et sélection des critères de qualité.

➤ 4. Mise en œuvre

- Préparation opérationnelle et mise en œuvre/suivi des activités prévues dans le dispositif DVFP : d'abord le mécanisme central Identification/Évaluation/Référencement, puis les volets complémentaires.
- Si nécessaire, adaptation des éléments du diagnostic initial, dans tous les secteurs.
- Autant que possible, collecte initiale d'indicateurs appelée « Baseline information ».

➤ 5. Évaluation

- Étude et mesure de résultats et d'effets.
- Mise en œuvre et analyse des études de satisfaction, etc.
- Évaluations intermédiaire et finale, selon différents critères qualitatifs et quantitatifs.

➤ 6. Capitalisation

Dans le cas d'un projet qui apporte des éléments nouveaux (approche, processus, outils, etc.) :

- Identification du savoir qui a été créé, développé.
- Analyse du savoir pour pouvoir l'expliquer.
- Modélisation du savoir pour pouvoir le partager et le rendre réutilisable par d'autres.

B

Les trois phases clés

Toutes les étapes du cycle de projet sont importantes, mais certaines exigent de rester particulièrement vigilant pour éviter un glissement hors cadre du projet. Concernant un dispositif DVFP, ces étapes critiques se retrouvent essentiellement lors des phases de préparation (en cas de présence de Handicap International dans un pays à risque de crise), de conception et de mise en œuvre.

Phases	Étapes clés	Risques
Préparation (dans les pays à risque de crise)	<ul style="list-style-type: none"> Plan de contingence (dans les pays où Handicap International est déjà présent) : cartographie des acteurs et des services, identification de points focaux « Urgence », etc. Projets de Réduction des Risques 	Si cette partie est mal gérée, les risques sont : <ul style="list-style-type: none"> Manque de réactivité pour répondre à une urgence Manque de capacités des personnes et des institutions locales à faire face à une crise
Conception	La conception, la présentation et l'intégration du dispositif DVFP dans la proposition de projet	Si cette partie est mal gérée, les risques sont : <ul style="list-style-type: none"> Présentation « sectorielle » au lieu de multisectorielle Sous-financement du mécanisme central Identification/Évaluation/Référencement (IER) Impossibilité de modification du réseau de DVFP (localisation, etc.) Impossibilité d'ajout de nouveaux volets complémentaires en cours de projet Non-prise en compte de la cartographie des acteurs rendant le mécanisme IER infructueux
Mise en œuvre	La mise en place initiale du mécanisme central (IER), en particulier sur les aspects de répartition des responsabilités des membres de l'équipe	Si cette partie est mal gérée, le risque est : Lourdeur de fonctionnement, voire inefficacité du dispositif central Exemple : référencements externes inefficaces car phase d'identification mal effectuée, personnes vulnérables non identifiées car structure non visible dans la communauté, multiplication des évaluations, etc.
	La mise en place des outils de suivi et d'évaluation	Si cette partie est mal gérée, les risques sont : <ul style="list-style-type: none"> Compromission du suivi des indicateurs Absence d'informations aidant à la prise de décision concernant l'évolution du dispositif
	L'ajustement du projet (et en particulier le contenu et la localisation des services) aux évolutions du contexte	Si cette partie est mal gérée, le risque est : Compromission de la pertinence même du projet, qui ne sera plus adapté aux besoins
	La préparation et le déroulement de la phase de transition/sortie en fin de projet	Si cette partie est mal gérée, le risque est : Impact négatif du fait de la disparition brusque et non préparée des services

Les leçons apprises de nos expériences nous incitent à rester vigilants sur ces moments clés du cycle de projet et de l'intervention

DVFP. Nous allons voir plus en détail dans les parties suivantes comment y être attentif à chaque phase de l'intervention.

Phase de veille et/ou de préparation

A

Principes de la phase de veille

La veille est la pratique qui vise à observer de manière permanente les environnements dans lesquels intervient ou pourrait intervenir l'organisation en vertu de son mandat, et plus généralement les acteurs de l'aide humanitaire et de la solidarité internationale. Plus précisément, cette action de veille a pour but :

- ▀ D'identifier, analyser et, dans la mesure du possible, anticiper l'évolution des situations pouvant potentiellement justifier une intervention d'urgence,
- ▀ De trier, hiérarchiser l'ensemble de ces informations et de les restituer pour aider à la décision.

Deux types de décision font suite à une veille humanitaire :

- ▀ **l'intervention en première intention**, dans le cas d'une crise d'ampleur exceptionnelle (intervention immédiate en même temps que la conduite d'un diagnostic rapide),
- ▀ **le déclenchement d'un diagnostic initial** pour décider si l'on doit/peut intervenir ou non.

La veille peut être réalisée par des équipes de Handicap International qui sont soit à l'extérieur du pays (par exemple depuis le siège), soit à l'intérieur du pays (programme en cours). Lorsque les équipes sont déjà présentes dans un pays, et que ce pays est à risque de crise, le programme de Handicap International en place peut développer des actions de préparation.

B

Principes de la phase de préparation

Ces actions de préparation visent notamment les deux objectifs suivants :

- ▀ **Que l'équipe de Handicap International soit préparée à répondre aux nouveaux besoins survenus suite à une crise**, ceci grâce notamment à un plan de contingence « programmes ». Ce plan de contingence peut inclure une cartographie des services, des acteurs et des bailleurs ; la formation des équipes sur place à la conduite d'évaluations rapides ; la définition en avance des rôles et responsabilités de chacun en cas d'urgence, etc. Ainsi, l'équipe est préparée, autant que possible, à intervenir en cas de crise. La possibilité de déploiement d'un dispositif DVFP doit être abordée dans le plan de contingence.
- ▀ **Que les populations et les institutions du pays soient en mesure d'absorber les aléas d'une crise et de répondre par eux-mêmes aux nouveaux besoins.** Cette action passe notamment par la mise en œuvre de projets de réduction des risques (appelés communément projets de *Disaster Risk Reduction* ou DRR). En appuyant des mesures de préparation des institutions et de la société civile à une crise, on peut réduire le temps de réponse et améliorer la qualité de la réponse à une urgence directement sur place.

Ainsi, le déploiement d'un DVFP peut être plus rapide et efficace si des équipes sur place ont déjà pu faire un travail d'identification des services et des acteurs dans lequel pourra s'insérer le dispositif. Ce travail pourra notamment être fait, soit lors de l'élaboration du plan de contingence, soit au travers d'un projet de réduction des risques.



C

Facteurs contextuels favorables au déploiement du dispositif DVFP

Certains éléments objectivés pendant la phase de veille et/ou de préparation peuvent laisser supposer l'existence d'un terrain particulièrement propice au déploiement d'un dispositif DVFP. Mais cette hypothèse ne va souvent réellement se confirmer qu'à la suite de la phase de diagnostic et

d'analyse de la situation. En effet, à l'opposé de certaines actions simples (distribution, intervention précoce au sein des hôpitaux), il est plus difficile (mais pas impossible) de proposer le déploiement d'un dispositif DVFP en première intention sans données approfondies du contexte humanitaire.

Ainsi, si une crise survient lors de la phase de veille et que l'on n'a pas encore d'informations collectées directement sur le terrain par nos équipes, on s'intéressera aux critères énoncés dans le tableau suivant pour déterminer si le terrain est a priori favorable au déploiement d'un dispositif DVFP.

Critères favorables au déploiement d'un DVFP

Création de nouveaux besoins, qu'ils soient de base comme spécifiques, avec peu de probabilité qu'ils puissent être couverts rapidement	Contexte avec un historique de discrimination forte de certaines populations vulnérables	Contexte avec de grandes inégalités géographiques en termes de services
Déplacements importants de population en cours ou probables	Forte probabilité de délinquance des services habituels suite à la crise	Déploiement de services supplémentaires en réponse à l'urgence dans lesquels peut s'inscrire un mécanisme de référencement

L'ensemble de ces critères sont favorables au déploiement du dispositif DVFP. Cependant, dans la majorité des cas, ils sont insuffisamment précis pour initier la mise

en place d'un dispositif sans informations additionnelles : il faut alors diligenter un diagnostic de la situation avec une équipe d'évaluation sur place¹¹.

Phase de diagnostic et d'analyse

A

Principes

La phase de diagnostic et d'analyse correspond à **l'évaluation initiale** du contexte et de la situation (et donc à l'évaluation des besoins des populations affectées par la crise). Le diagnostic se fait soit par du personnel de Handicap International déjà présent sur place s'il est disponible et en capacités, soit par une équipe de Handicap International déployée spécifiquement sur le lieu de la crise. C'est l'étape de collecte des informations nécessaires pour confirmer ou infirmer la décision de conception d'un projet, incluant potentiellement un dispositif DVFP. Elle porte essentiellement sur la **recherche et l'analyse d'informations permettant une décision d'intervention réfléchie** et la conception d'un projet qui réponde aux critères de qualité visés.

Elle se décompose en deux sous-phases :

- ▀ **le diagnostic initial** : il permet d'identifier, de qualifier et de quantifier l'ensemble des potentiels besoins résultant d'une crise.
- ▀ **l'analyse** : elle permet d'identifier des problématiques (dynamiques, etc.), ainsi que des axes d'intervention potentiels, dans le respect du mandat de l'organisation. Finalement, une stratégie d'intervention sera proposée.

La méthodologie de diagnostic initial est détaillée dans le « Guide de diagnostic initial en urgence »¹², et ne sera donc pas reprise ici dans le détail. On insistera davantage sur les éléments propres à la stratégie DVFP.

B

Diagnostic initial : éléments méthodologiques

Quelque soit le type de crise, un diagnostic initial de situation est donc mené, permettant d'identifier les zones d'intervention, les communautés ou les quartiers cibles, et de définir notre projet (incluant donc potentiellement le dispositif DVFP, au sein d'une stratégie plus générale). Cette phase de diagnostic, constituée d'évaluations multisectorielles, doit avoir lieu le plus rapidement possible après la crise, généralement dans les trois premières semaines suivant la crise. Dans le cas d'une intervention en première intention, grâce aux informations préliminaires des évaluations rapides, mais sans attendre les résultats du diagnostic, des premières activités de premiers secours (« life saving ») et de prévention d'apparition d'incapacités peuvent être mises en œuvre afin de couvrir les besoins de base et les besoins spécifiques des populations les plus vulnérables affectées par la crise. Ces activités pourront par la suite être intégrées au dispositif DVFP.



Il n'y a pas lieu d'attendre d'avoir tous les moyens nécessaires en termes de ressources humaines et de matériels pour mettre en place au moins quelques lieux d'accueil ou déployer des équipes mobiles du réseau DVFP. C'est un mécanisme d'urgence, évolutif, s'adaptant au contexte : le contenu pourra donc être complété et réajusté rapidement en fonction des résultats du diagnostic plus approfondi.



Le diagnostic s'effectue idéalement en plusieurs étapes, qui vont de l'analyse contextuelle globale à l'identification des zones et des communautés potentielles d'intervention. Le diagnostic initial est un processus complexe, qui implique diverses prises de décisions¹³. Nous n'en soulignons ici que les grandes lignes, applicables dans la plupart des cas. À noter que l'équipe d'évaluation peut être composée de personnels de Handicap International envoyés depuis le siège et/ou déjà présents sur place¹⁴, ainsi que de professionnels recrutés sur place et formés aux notions fondamentales dans la conduite d'évaluations rapides.

Analyse contextuelle globale

L'équipe d'évaluation va en premier lieu dessiner les contours de la situation en recueillant des informations auprès de divers rapports de situation, ou via des réunions avec les acteurs nationaux et les acteurs sur place (autorités, organisations locales et internationales, organismes de coordination, etc.). Ces informations concernent **la situation politique, économique, sociale, culturelle et sécuritaire du pays**, permettant de comprendre l'environnement de la crise. Puis les équipes vont collecter les données générales (nombre de personnes tuées/blessées, etc.) et dresser un **tableau de la situation humanitaire globale** des zones affectées par la crise (comprenant une cartographie générale des acteurs de la réponse).

Identification des zones géographiques les plus vulnérables

Une fois ce tableau général dressé, l'équipe va affiner les informations relatives aux lieux affectés, en essayant de déterminer les zones potentielles d'intervention. Via les rapports et discussions avec les parties présentes (institutions ou organisations locales et internationales, publiques et privées), l'équipe va pouvoir **identifier, dans chaque zone affectée, les besoins humanitaires,**

l'accessibilité physique et sécuritaire et le niveau de couverture des besoins par des services nationaux et internationaux.

Le niveau de besoins et le taux de couverture par les autres parties prenantes permettront de sélectionner les zones les plus vulnérables.

Identification des villages¹⁵/quartiers¹⁶ les plus vulnérables dans les zones sélectionnées

Dès lors que les zones potentielles d'intervention sont identifiées, l'équipe se rend dans les villages et/ou quartiers de ces zones pour évaluer encore plus précisément les besoins et le niveau de vulnérabilité des populations : types et volume des besoins humanitaires non couverts et couverts, services déjà existants et fonctionnels, étendue des dégâts matériels, présence de mines, etc. Cela permet d'affiner encore un peu plus le ciblage des localités et des populations les plus vulnérables suite à la crise.

Lors de cette étape, l'équipe va évaluer les besoins à plusieurs niveaux : les besoins communautaires et les besoins globaux des familles/individus (n'étant pas dans la phase de mise en œuvre, on n'évalue pas encore les besoins de chaque famille ou individu). Des équipes pluridisciplinaires sont déployées dans les villages/quartiers choisis en fonction du niveau de vulnérabilité évaluée ou des besoins évalués. Chaque équipe effectue une **évaluation technique des besoins**, propose les **activités de réponse à ces besoins** et réalise en même temps une **étude de faisabilité d'une potentielle intervention**.

Il s'agit bien de collecter les informations, du macro au micro, sur le niveau de vulnérabilité des zones affectées et sur les possibilités de réponse dans le cadre de notre mandat et de nos moyens. L'analyse des informations sera faite dans un second temps, afin de dégager une stratégie d'intervention.

Modalités de l'évaluation selon la sphère géographique¹⁷ en urgence

Niveau	Types d'information à collecter	Méthodes et outils de collecte	Propositions pouvant être faites avec ces informations
Global et zonal	<ul style="list-style-type: none"> • Étendue des dommages/dégâts • Cartographie des services existants • Cartographie des acteurs présents (internationaux et locaux) • Services publics en place et politiques de santé et de protection existantes • Possibilités d'accès aux zones géographiques affectées • Points de comparaison avec des crises similaires précédentes (interventions capitalisées) • Éléments relatifs à la sécurité • Niveau d'acceptation des autorités • Disponibilité des ressources locales (logistiques, humaines...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluations des autres acteurs, rapports des structures de coordination (OCHA) • Informations pré-existantes sur le contexte • Rapports de réunion avec les autorités, structures étatiques, etc. • Rapports d'évaluations terrain 	<ul style="list-style-type: none"> • Choix des zones potentielles d'intervention • Choix des lieux potentiels pour les DVFP • Ébauche des typologies de projets
Communauté¹⁸	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la vulnérabilité, de la perte de certains services essentiels (santé, eau et assainissement), et des capacités de résilience • En fonction de l'impact de la crise, évaluation par secteur (Habitat, Santé, Moyens d'existence d'urgence, etc.) • Moyens d'accès aux communautés • Facteurs d'exclusion ethniques, religieux, etc. 	Rapports d'évaluation de Handicap International et des autres acteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Sélection des localités/communautés potentielles pour une intervention • Demande d'évaluations sectorielles complémentaires • Précisions et ajustement sur des lieux potentiels de relais DVFP (fixes et mobiles) • Choix des potentiels volets complémentaires
Foyer	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation globale¹⁹ du niveau de vulnérabilité (potentiellement par secteur) • Évaluation globale de l'accès aux services de base • Évaluation globale des situations d'exclusion, incluant l'analyse des barrières créées ou augmentées par la crise et empêchant l'accès aux services 	<ul style="list-style-type: none"> • Groupes de discussion ciblés (qui peuvent être séparés par âge et par sexe si pertinent) • Échantillon de personnes évalué de manière aléatoire, ou ciblé sur base d'un questionnaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Précisions sur le choix des potentiels volets complémentaires et volume de besoins • Précisions sur les lieux potentiels et les types de structures nécessaires pour le déploiement d'un réseau de relais DVFP

Ainsi, le diagnostic initial part d'une évaluation globale (type macro) pour affiner progressivement le détail des informations à des niveaux de plus en plus micro. Lors de cette évaluation, en identifiant les besoins non couverts, on va progressivement proposer les réponses les plus adaptées : soit au niveau de la communauté, soit au niveau des individus.

Si l'urgence est particulièrement aiguë, dès lors que l'on a collecté les informations globales et zonales, on peut commencer à envisager la **mise en place d'un premier dispositif DVFP dans l'urgence**, notamment afin d'identifier au plus vite les besoins et les bénéficiaires de notre réponse. Avec ou sans dispositif DVFP, des **activités d'urgence** (par exemple, prise en charge des personnes blessées, distribution d'articles ménagers essentiels/transfert d'argent, abris communautaires d'urgence, distribution d'eau, etc.) peuvent être menées immédiatement en parallèle de l'affinement de l'évaluation.



En résumé

Le diagnostic initial va donc permettre :

- ▬ de comprendre le contexte global de la crise,
- ▬ d'évaluer les besoins des zones/communautés/populations affectées par la crise,
- ▬ d'évaluer le taux de couverture de ces besoins,
- ▬ d'identifier les zones/communautés/populations les plus vulnérables,
- ▬ de dessiner le contour du projet DVFP : identification des zones d'intervention, définition des interventions/services à mettre en place (volets complémentaires),
- ▬ en cas d'intervention en première intention, le diagnostic va permettre d'ajuster la suite de l'intervention (par exemple ajuster/compléter le réseau DVFP).



- ▬ **Le niveau d'évaluation dépendra du type de crise et du milieu.** Par exemple, en zone urbaine, on effectue des évaluations par « quartier » plutôt que par communauté ; dans un contexte de camps de déplacés, la communauté peut être assimilée à l'ensemble du camp. Il faut donc préalablement définir la notion de communauté en fonction du milieu (urbain/rural) et des liens sociaux.
- ▬ **L'analyse des moyens nécessaires est indispensable à la définition des activités et des zones d'intervention.** Le déploiement d'équipes mobiles peut être une contrainte logistique forte à prendre en considération pour limiter les zones d'action. Elle doit également inclure la capacité de recrutement et l'accès physique (logistique et sécuritaire).

C

Analyse du diagnostic : aide à la décision

DVFP : stratégie de réponse préférentielle de Handicap International

Pour rappel, voici quelques éléments de la stratégie fédérale de Handicap International (2011–2015).

« Dans les contextes d'urgence, Handicap International continue à répondre de manière immédiate dans les secteurs qu'elle a déjà développés : organisation des secours, coordination et gestion de camps, couverture des besoins de base et reconstruction ».

- ▬ Il est donc nécessaire de toujours considérer, par principe, d'**intervenir sur l'ensemble du champ des besoins créés par une crise**, autant pour les besoins spécifiques que pour les besoins de base.

« L'action des DVFP, qui comprend l'identification et la réponse aux besoins des personnes vulnérables, en particulier les personnes handicapées, va être étendue. La méthode en sera consolidée et promue pour une prise en compte par les autres acteurs humanitaires nationaux et internationaux ».

« Dans les urgences, nous systématiserons la mise en œuvre des relais handicap et vulnérabilité (Disability and Vulnerability Focal Points ou DVFP) ».

- ─ Le dispositif DVFP est donc la stratégie préférentielle identifiée afin d'**assurer la réponse aux besoins de base et aux besoins spécifiques**, en contexte d'urgence, pour les populations particulièrement vulnérables.
- ─ Le dispositif DVFP est quasi toujours considéré, mais il n'est **pas systématiquement déployé**. Quand il est déployé, il peut être composé de **contenus extrêmement variables** selon les contextes (en particulier dans ses volets complémentaires), même si le **mécanisme IER (Identification/Évaluation/Référencement) est invariablement présent**.

Facteurs décisionnels pour la mise en place d'un DVFP

Les éléments collectés lors de la phase de veille et de diagnostic nous permettent de cerner au mieux la situation de crise, celle-ci étant plus ou moins favorable au déploiement d'un dispositif DVFP.

Ce qui est en faveur du déploiement d'un dispositif DVFP

- ─ L'accès aux services (en l'occurrence aux réponses visant à couvrir les besoins vitaux) n'est pas assuré, ou reste « excluant » pour les personnes/familles vulnérables.
- ─ On constate l'existence de besoins spécifiques, créés par la crise (blessure, exposition nouvelle à certains risques, etc.) et non couverts, qui doivent être couverts de manière temporaire.
- ─ Il existe des services sur place, mais inaccessibles aux personnes vulnérables, rendant le mécanisme Identification/Évaluation/Référencement pertinent et indispensable.
- ─ Le déploiement du dispositif DVFP sur la zone est envisageable et peut être de bonne qualité (ressources humaines, capacité opérationnelle, logistique et administrative, autorisations, etc.).
- ─ Il existe une occurrence de mouvements de populations (personnes déplacées ou réfugiées).
- ─ La population cible identifiée et/ou le niveau de ciblage correspondent au dispositif DVFP :
 - Niveau de ciblage visant foyers et/ou individus.
 - Zone géographique délimitée, permettant une approche de proximité. Les gens viennent ou envoient un proche pour se faire identifier.
 - Population ciblée rentrant dans les critères prédéfinis.

Phase de conception

Ce qui est en défaveur du déploiement d'un dispositif DVFP

- ─ Les personnes vulnérables/exclues sont déjà clairement identifiées.
- ─ Les besoins vitaux (de base ou spécifiques) des personnes vulnérables/exclues sont clairement identifiés.
- ─ L'accès à la couverture des besoins vitaux (de base ou spécifiques) est correctement assuré pour les personnes les plus vulnérables, y compris les personnes handicapées, par les autres acteurs.
- ─ Il y a peu ou pas de présence de services effectifs dans le périmètre de l'intervention, ce qui rendrait nulle notre efficacité dans le référencement.
- ─ On anticipe un manque de capacités sur la zone (en particulier en lien avec l'accès effectif, les contraintes logistiques, la disponibilité/le recrutement des ressources humaines, le suivi opérationnel, etc.), et ce pour l'ensemble des besoins.
- ─ Le dispositif DVFP constituerait un doublon avec un/des service(s) déjà existant(s) et effectif(s).
- ─ Le dispositif DVFP ne serait pas en cohérence par rapport aux autres actions déployées par Handicap International sur la zone.
- ─ Les actions envisagées en lien avec les besoins identifiés ciblent plus volontiers une intervention tournée vers la communauté : intervention psychosociale, eau, hygiène et assainissement (EHA), abris, cohésion sociale, etc.
- ─ Les bailleurs sont réticents à financer ce type de dispositif, ce qui peut arriver notamment dans le cas d'une crise chronique.

Chaque contexte est bien sûr différent, mais ces quelques éléments nous aident à mieux comprendre dans quels cadres et sous quelles conditions le dispositif DVFP peut être déployé. Dès lors que l'on va décider que le terrain est favorable à un dispositif DVFP, on passe ensuite à la phase de conception du projet : c'est à ce moment-là que l'on va dessiner les contours du projet (par exemple, comment déployer le mécanisme IER, quels volets complémentaires mettre en place, etc.).

On entend par phase de conception l'étape d'élaboration du projet. C'est la troisième phase du cycle de projet dont la qualité dépend des informations relevées au cours du diagnostic et de leur analyse. Cette phase impacte de manière prépondérante la qualité des actions mises en œuvre par la suite. Elle porte essentiellement sur la **construction de la stratégie (notamment les objectifs et les activités, au vu des contraintes et opportunités) qui permettra de répondre aux besoins ciblés**. Nous ne reviendrons pas ici sur tous les éléments qui permettent de concevoir un projet, mais nous nous intéresserons essentiellement à ceux qui s'inscrivent dans le cadre de la conception d'un dispositif DVFP²⁰.

A

Décision du nombre, de la localisation et des types de relais du réseau DVFP

Une des étapes de la conception d'un réseau DVFP consiste à identifier et délimiter le nombre de relais, leur localisation et le type de structure d'accueil à mettre en place. C'est en réalité une étape particulièrement importante pour s'assurer de l'efficacité du système d'identification des bénéficiaires et de référencement aux services.

Définir le nombre

L'expérience nous apprend qu'il faut **au minimum un DVFP pour 10 000 personnes affectées** (et non pas 10 000 personnes bénéficiaires). Le nombre de DVFP doit être augmenté si la nature de la crise est susceptible de générer une augmentation des besoins pour un même échantillon de population, comme par exemple un tremblement de terre.

Définir la localisation

Les DVFP sont des structures qui se doivent d'être **le plus accessibles possible, placées au cœur des communautés affectées** (zones rurales, camps, quartiers, etc.) mais aussi physiquement accessibles (pour les personnes à mobilité réduite, les personnes âgées, etc.). Le complément par des équipes mobiles se révèle souvent indispensable, afin d'atteindre les personnes les plus exclues et ayant des difficultés à se déplacer, ainsi que les zones les plus isolées. Il est important de s'assurer d'une **couverture géographique la plus complète possible**. Il est souvent possible d'anticiper la couverture géographique en fonction des routes et voies d'accès, du relief et des habitudes de la population.

Définir le type de structure

Il existe plusieurs types de relais DVFP :

- **Structures collectives sous tentes (« Rub hall »²¹) ou préfabriqués :** temporaires et facilement déplaçables.
- **Structures « en dur » :** structures déjà existantes, potentiellement dans un espace déjà identifié comme étant un lieu de services pour les personnes vulnérables (centres de santé, locaux d'associations, lieux de rassemblements communautaires, etc.). Ancrer un DVFP dans ces lieux peut aussi aider à un transfert potentiel des activités par la suite.
- **Structures itinérantes :** on parle alors d'un circuit régulier de visites, à des jours prédéterminés, dans des endroits bien identifiés. La stratégie « itinérante » permet de couvrir des zones éloignées. Si les DVFP sont uniquement mis en place au sein de structures déjà existantes, cela peut permettre de pérenniser une partie des activités complémentaires des DVFP en s'appuyant sur les ressources communautaires.

Des équipes IER sont positionnées au sein de ces structures DVFP, mais peuvent également travailler en dehors de ces structures, de deux manières possibles :

- **Équipes mobiles :** membres de l'équipe en charge du mécanisme IER qui peuvent se déplacer au sein de la communauté,
- **Mais aussi des travailleurs sociaux ou communautaires :** dans ce cas, la personne est positionnée dans un endroit stratégique (un endroit d'accueil ou d'enregistrement), et s'occupe uniquement de l'évaluation rapide et du référencement vers un DVFP qui procédera à une évaluation plus complète.

En phase de conception de projet, on définit donc le nombre, la localisation et le type de structure des relais DVFP, mais on doit d'emblée inscrire le dispositif dans une dynamique évolutive : les relais doivent pouvoir être adaptables afin d'évoluer en fonction du contexte (ceci doit être précisé en début de projet). En effet, les relais DVFP doivent constituer un **dispositif flexible**, afin de rester au plus proche des personnes vulnérables et de leurs besoins²². Par exemple, toute zone affectée et non couverte par le rayonnement du réseau constitué par les DVFP doit amener à s'interroger sur l'addition ou la relocalisation de relais DVFP.

L'évolutivité du dispositif DVFP est un élément clé de sa réussite et de son efficacité.



Leçons apprises concernant la structuration des relais DVFP

Situation rencontrée	Leçons apprises
Si le nombre de personnes blessées est très important (type séisme)	<ul style="list-style-type: none">• Placer les DVFP en lien évident entre hôpitaux et communautés, de préférence dans des structures communautaires de santé• Placer les DVFP dans une structure pouvant accueillir un volet complémentaire Réadaptation physique et fonctionnelle• Identifier des personnes référentes dans les hôpitaux
Si la population est constituée de réfugiés/déplacés, en site ou en camps	<ul style="list-style-type: none">• Placer un ou plusieurs DVFP à proximité des services déjà existants au sein des camps, en particulier ceux assurant l'enregistrement et l'identification• Mettre en place des équipes mobiles attachées aux relais, pouvant évoluer dans le camp
<ul style="list-style-type: none">• Si la population réfugiée/déplacée est en familles d'accueil• S'il y a absence de déplacés/réfugiés, et donc s'il existe une certaine stabilité de la population	S'appuyer sur des DVFP fixes, insérés dans des structures existantes neutres et accessibles (centres de santé, structures communautaires, etc.)
<ul style="list-style-type: none">• Si la zone géographique à couvrir est très large et disséminée,• Si la fréquentation est moyenne, sans notion de personnes blessées (pas besoin d'un service régulier),• Si la population est peu mobile (d'un DVFP à un autre)	<ul style="list-style-type: none">• Envisager des DVFP itinérants• Considérer des zones non interdépendantes, donc en quelque sorte le déploiement de plusieurs projets séparés
Si le contexte est très évolutif	Considérer des DVFP en tentes ou structures modulables, facilement déplaçables
Si c'est un contexte de crise chronique peu évolutif	S'appuyer sur des DVFP fixes, au sein de structures déjà existantes (centres de santé, etc.)
Si la crise est de très forte ampleur	Démarrer très rapidement avec quelques DVFP clés, même si tout n'est pas parfaitement en place, et mettre à l'échelle dès que possible
Si la crise est en zone urbaine	<ul style="list-style-type: none">• S'appuyer sur des DVFP fixes, au sein de structures déjà existantes représentant un point d'ancrage identifié par la population que l'on veut cibler (associations, réseaux, etc.)• Penser à une logique géographique et une dynamique sociale de « quartiers »
Si la crise est en zone rurale	<ul style="list-style-type: none">• Considérer un mélange de DVFP fixes (villages clés) et de DVFP itinérants, sur les grands axes de la zone• Penser à une logique géographique et une dynamique sociale de communauté, de villages



Penser d'emblée à la stratégie de sortie des relais DVFP

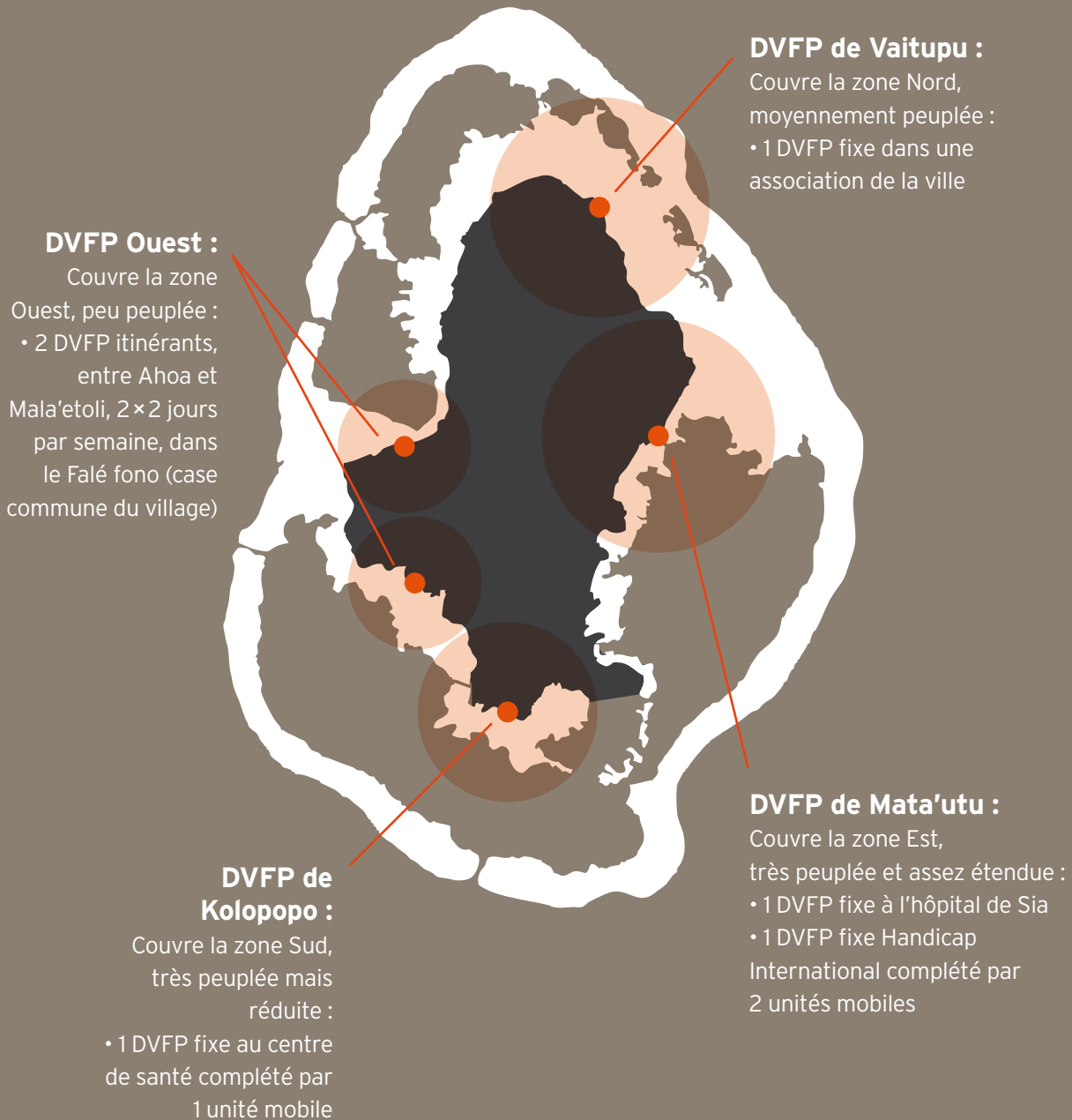
- ─ La structure fixe est le point d'accueil préférentiel pour de nouveaux bénéficiaires. Si la décision de fermeture est prise (plus de nécessité de couvrir des besoins essentiels en réponse à l'urgence, qu'ils soient de base ou spécifiques), c'est la fermeture de ces structures fixes qui va initier la transition ou la stratégie de sortie. Il est nécessaire de définir des critères précis (s'appuyant par exemple sur le seuil de fréquentation des relais ou l'évolution de la typologie des visites) en deçà desquels la présence d'une équipe n'est plus nécessaire ou pertinente.
- ─ La mise en place de DVFP itinérants efficaces nécessite l'identification et l'analyse des structures existantes, une stratégie zonale et thématique. Cette stratégie doit inclure la limite de l'intervention (géographique et opérationnelle), et donc également des indicateurs pour le retrait au même titre que pour les DVFP fixes.
- ─ La stratégie de sortie (et ses critères) peut être partagée avec les partenaires, les autorités... si cela ne met pas en danger la mission.



Le ou les lieux choisis pour implanter des relais DVFP, les personnes et les équipes choisies doivent également être sélectionnés en vertu du principe d'impartialité prôné par Handicap International. Ceci est particulièrement important dans les contextes de conflit. Le dispositif DVFP visant essentiellement à une meilleure prise en compte des personnes les plus vulnérables et exclues, le choix des lieux mais également des personnes qui vont animer les DVFP vont être d'une importance capitale dans l'accès aux personnes exclues. Un mauvais choix de lieux ou de personnes référentes pourrait tendre à reproduire des situations d'exclusion existant dans la communauté.

Carte imaginaire de disposition de DVFP sur l'île de Wallis

Disposition de DVFP sur l'île de Wallis, en fonction de la géographie et de la densité de la population, suite à un tremblement de terre et un tsunami fictifs.



B

Pertinence de proposer à un partenaire « d'accueillir » un DVFP

D'une manière générale, l'approche partenariale dans l'urgence n'est pas une obligation, mais elle doit toujours être considérée. Dans toute urgence, il y a une nécessité de coordination entre acteurs, qu'ils soient locaux, nationaux ou internationaux, mais cela ne débouche pas forcément sur un partenariat. Celui-ci peut apporter beaucoup de richesses lors d'une phase d'urgence, mais **chaque potentialité de partenariat doit être examinée au cas par cas selon le contexte.**

Lors de la phase de préparation, si des équipes de Handicap International sont présentes, il est ainsi recommandé d'évaluer les capacités de partenaires potentiels (par exemple dans le cadre d'un plan de contingence ou d'un projet DRR). Cependant, si des partenariats sont en place dans un contexte de développement, ces relations préexistantes seront réexaminées en fonction des compétences attendues en contexte d'urgence et des capacités effectives après la survenue d'une crise.

Avantages

Les acteurs de la solidarité de proximité, comme les organisations à base communautaire, permettent aux opérateurs internationaux de bénéficier d'emblée d'une meilleure connaissance du terrain, des populations et de leurs besoins, et peuvent permettre un accès à certaines zones isolées ou à risque. Ils aident à s'assurer de la pertinence de l'adéquation des réponses identifiées aux besoins (acceptation culturelle par exemple), à la compréhension du jeu d'acteurs locaux, à l'identification de ressources, etc. Hautement motivés à aider les populations, souvent premiers intervenants en réponse

à une urgence, les partenaires locaux facilitent grandement les liens avec les autorités locales et gouvernementales : ils permettent donc une meilleure appropriation et acceptation du projet. Lorsqu'ils ont une envergure nationale, les partenaires peuvent faciliter la démultiplication des interventions, et donc accroître leur impact potentiel auprès des bénéficiaires. La prise en charge d'un DVFP par un partenaire local peut également renforcer l'ancrage de ce point focal dans la communauté, de par la réputation et la notoriété du partenaire. Par ailleurs, les partenaires locaux restent sur place, alors que les organisations humanitaires internationales ont vocation à partir : travailler avec un partenaire local permet de transférer des compétences et d'assurer une meilleure continuité éventuelle de certains projets ou approches.

Inconvénients

L'expérience du terrain nous apprend cependant qu'**il est nécessaire de rester pragmatique, car les partenaires locaux ne sont pas nécessairement préparés ou ne possèdent pas toujours les capacités à répondre à l'urgence.**



Leçons apprises

- Un partenaire présentant une structure organisationnelle fragile n'est souvent pas en mesure de faire face au changement radical que représente une action d'urgence, tant en termes de type que de volume d'activités. Il faut veiller à respecter ses capacités.
- Un partenaire local peut avoir tendance à privilégier ses propres besoins, notamment ceux des membres de son organisation, et ce d'autant plus s'il a été directement touché par la crise. C'est un élément à évaluer et à suivre en lien avec le principe d'impartialité.

- ─ Le temps de l'urgence, qui induit des analyses et des prises de décision rapides, s'accorde mal avec le temps nécessaire à l'établissement d'un partenariat de qualité (difficulté de bien évaluer si le mandat du partenaire et celui de l'organisation concordent, difficulté d'évaluation des compétences et des capacités mutuelles, manque de temps de formation et d'accompagnement, etc.). C'est pourquoi, dès que cela est possible, il est important d'identifier et de préparer les partenariats en amont, au travers de projets de Réduction des Risques.
- ─ Si les termes du partenariat sont mal cadrés au départ, celui-ci peut engendrer des problèmes de gestion, tant opérationnelle (dans le déroulement du projet) qu'administrative et financière, et devenir un frein à l'efficacité pourtant essentielle à l'action d'urgence.
- ─ Dans un contexte de crise, les potentiels partenaires locaux peuvent être eux-mêmes parties prenantes dans des problématiques locales qui font barrière à la mise en œuvre des activités d'urgence (prise de position forcée dans un conflit, pressions locales subies pour avoir accès aux faibles ressources disponibles en contexte de crise, etc.).

Le cas échéant, choix du partenaire local

Il est donc nécessaire de sélectionner avec soin, le cas échéant, les partenaires et le type de partenariat. Le but est de **créer un cadre d'accompagnement** mutuel respectant et optimisant les compétences et les aspirations de chacun sans fragiliser l'un ou l'autre des partenaires.

Ainsi, on choisira de manière privilégiée dans un contexte d'urgence un partenaire local déjà **ancré dans l'opérationnel**.

Il est important d'identifier un partenaire possédant déjà une structure organisationnelle fonctionnelle et dont le partenariat impliquera souvent des sphères d'activités très précises (exemples : aides techniques, soutien psychosocial) avec une

coordination centralisée par l'organisation. Il est souvent difficile de trouver un partenaire capable d'**assumer l'ensemble des fonctions d'un DVFP**. L'expérience nous montre que les **partenaires ayant une envergure nationale et des extensions locales** (gros réseaux d'OPH, réseaux nationaux des Croix Rouges – Croissants Rouges, etc.) sont souvent les plus pertinents pour assumer cette responsabilité.

Enfin, il faut bien garder à l'esprit que la **finalité première de l'action d'urgence** n'est pas le renforcement des partenaires locaux, mais d'abord et avant tout **la réponse rapide aux besoins des personnes vulnérables et de leurs familles affectées par la crise**.

C

Choix des différents volets complémentaires à déployer au sein du dispositif

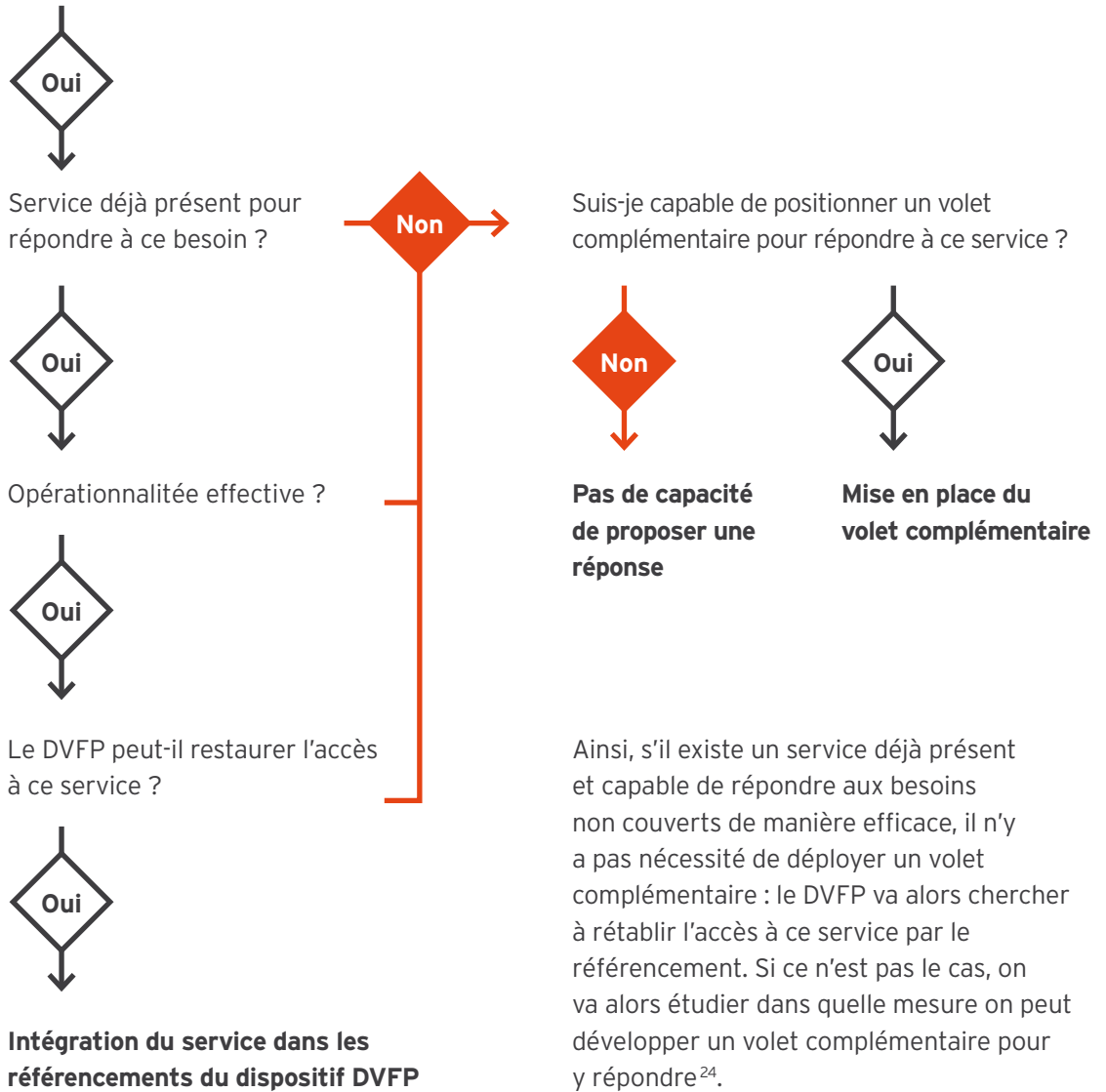
Dès lors que l'on décide de déployer un dispositif DVFP, celui-ci inclut automatiquement la mise en place d'un mécanisme IER. Cependant, le déploiement des volets complémentaires n'est pas automatique et exige donc une analyse des éléments du diagnostic.

Définir la nécessité ou non de déployer un volet complémentaire

Lors de l'évaluation, nous avons collecté des informations nous permettant de déterminer s'ils existent des besoins non couverts dans certaines zones. Dès lors que l'on a établi cette réalité, on cherche à identifier s'ils existent des services accessibles et opérationnels²³ pour répondre à ces besoins, ou si l'on doit déployer un volet complémentaire pour assurer une réponse directe.

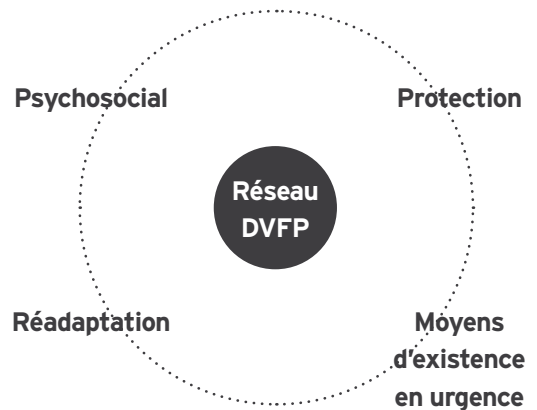
Logigramme décisionnel d'intégration de service ou d'ouverture de volet DVFP

BESOIN EXISTANT ET NON COUVERT ?



Décider du déploiement de tel ou tel volet complémentaire

Volets complémentaires les plus fréquemment déployés dans un dispositif DVFP²⁵



Activités et contexte de déploiement des volets complémentaires

(en partant du principe que le besoin est établi et non couvert)

Volets	Activités	Contenu	Dans quelles situations ?
Réadaptation physique et fonctionnelle	Soins de réadaptation physique et fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Soins et conseils visant à restaurer/entretenir les capacités fonctionnelles (kinésithérapie, ergothérapie) • Informations complémentaires, conseils, éducation au patient et à ses aidants 	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'un nombre important de personnes blessées, en lien avec la crise (conflit, séisme, etc.), risque de création/aggravation d'incapacités • Interruption/déstructuration/engorgement des services de santé suite à la crise • Pas de services ni de professionnels de réadaptation physique et fonctionnelle au niveau communautaire sur la zone
	Aides techniques	<ul style="list-style-type: none"> • Fourniture d'articles visant à compenser des capacités perdues, tels que : <ul style="list-style-type: none"> - aides à la mobilité (fauteuils roulants, béquilles, cannes, etc.) - orthèses et prothèses - articles spécifiques tels aides à la toilette ou articles de positionnement (chaise toilette, bassin, matelas anti escarres, etc.) • Conseils et brochures informatives 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte ou absence d'aides techniques parmi les personnes handicapées/âgées/avec maladies invalidantes • Nombre important de personnes blessées
	Petits soins de plaies	<ul style="list-style-type: none"> • Petits bandages, pansements • Don d'un kit « soin de plaie » • Conseils et brochures informatives 	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'un nombre important de personnes blessées, en lien avec la crise (conflit, séisme, etc.), risque de création/aggravation d'incapacités • Interruption/déstructuration/engorgement des services de santé suite à la crise • Pas de services ni de professionnels de réadaptation physique et fonctionnelle au niveau communautaire sur la zone
Psychosocial ²⁶	Premiers secours psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Écouter et orienter les personnes les plus affectées par la crise afin de leur apporter un soutien immédiat • Identifier les personnes les plus vulnérables qui nécessitent un accompagnement 	Présence d'un nombre élevé de personnes exposées à un ou des événement(s) potentiellement traumatisant(s) : pertes multiples liées à la crise entraînant un stress aigu, anxiété, désespoir, peur, désorientation, etc.

Phase de conception

Volets	Activités	Contenu	Dans quelles situations ?
Psychosocial	Entretien individuel/familial	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les principales problématiques et comprendre les éléments de l'environnement des personnes les plus vulnérables • Assurer un accompagnement individuel et une évaluation de l'état des personnes les plus vulnérables afin d'apporter un soutien psychologique et psychosocial sur du court terme 	Nombre important de personnes présentant une détresse psychologique élevée et nécessitant un accompagnement adapté
	Médiation familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Restaurer la communication, soutenir la circulation de la parole au sein de la famille • Accompagner la famille dans la définition d'un plan d'action pour initier le changement et lui permettre de chercher par elle-même une solution (au besoin, travailler avec la famille sur la restauration des rôles familiaux affectés par la crise) 	Liens familiaux endommagés par une situation de rupture, de séparation ou de modification des rôles de chacun au sein de la structure familiale
	Groupes d'entraide communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner les personnes affectées à ré-apprendre à vivre avec autrui • Accompagner les personnes en grande souffrance psychologique dans leur rétablissement via le soutien à la ré-activation par eux-mêmes de leurs ressources sociales, communautaires, etc. 	Déstructuration des ressorts de la vie communautaire, absence de projets collectifs et de participation à la vie sociale
	Groupes à médiation thérapeutique	Espace de (ré) création visant l'expression des affects, la socialisation dans un climat de confiance et de sécurité, en utilisant différents médias possibles (jeux, théâtre, chants, dessins, etc.)	Impact de la crise créant un fort traumatisme, ne permettant pas aux personnes et groupes de se reconstruire normalement. L'utilisation de médiations (danse, théâtre, dessins, etc.) permet d'exprimer sous d'autres formes le vécu traumatique et de se remettre en lien avec soi et les autres
	Groupes de discussion	Recueillir des informations qualitatives au cours d'une discussion ciblée avec un groupe de personnes, dans un temps relativement court, et à partir de la confrontation aux réalités vécues	Absence d'informations et incompréhension des attentes et des perceptions des personnes par rapport à une certaine réalité ne permettant pas de construire une intervention psychosociale adaptée. Cette étape vise à pouvoir rendre possible la conception de l'intervention psychosociale



Volets	Activités	Contenu	Dans quelles situations ?
Psychosocial	Groupes de parole	Participation à un groupe de pairs favorisant la dynamique de groupe, les interactions et les liens entre les participants afin de permettre le renforcement des capacités à agir, et diminuer le niveau de détresse	Situation éprouvante entraînant un niveau de détresse psychologique élevée, des affects et représentations négatifs
	Entretien individuel/familial	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier/évaluer/informer les personnes les plus vulnérables ou à risque • Orienter les personnes vers l'assistance/soutien (externe ou interne) • Renforcer les capacités d'action et d'autoprotection des personnes à risque (stratégies de survie) • Fournir de l'aide pour garantir que les besoins urgents sont satisfaits 	Individu/famille ne pouvant pas faire face aux impacts de la crise et se trouvant en situation de grande vulnérabilité (exposition aux menaces)
Protection	Réunification familiale	Prévenir la séparation dès le début de la situation d'urgence, notamment séparation des personnes handicapées ou des enfants de leurs familles	Forte dispersion des personnes, absence de moyen de communication et de repères
	Sensibilisation/prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller, enquêter, partager des informations sur les questions de protection • Former/sensibiliser les autorités étatiques et non étatiques aux droits • Mener un plaidoyer auprès des différents acteurs sur la zone • Groupes de guidances parentales, enseignants, tuteurs, animateurs afin d'accompagner les enfants victimes de violence ou à risque, en particulier les enfants handicapés 	Structures étatiques et non étatiques n'étant pas en mesure de procurer un environnement propice au plein respect des droits de la personne
	Espaces sûrs (« safe space ») dont Espace Inclusif Amis des Enfants	Mettre en place un espace sûr inclusif et transitoire pour les personnes les plus vulnérables afin de renforcer leur estime de soi et de limiter les risques de violences, d'abus et d'exploitation	Augmentation/apparition de risques d'abus et de violence sur les personnes les plus vulnérables pendant la période d'urgence

Phase de conception

Volets	Activités	Contenu	Dans quelles situations ?
Protection	Groupe de discussion	Animer des groupes dans la communauté autour de thématiques spécifiques (violences liées au genre, le handicap, les relations de pouvoir, etc.) afin de mieux construire l'intervention en Protection avec les personnes affectées par la crise	Tissu social fragilisé, destruction/absence des liens et/ou du soutien communautaire
	Fourniture d'AME/ transfert d'argent	<ul style="list-style-type: none"> Fourniture d'articles et kits visant à couvrir les besoins de base, de manière complémentaire aux autres programmes de distribution (exemples : matelas, couvertures, kit hygiène, cuisine, réparation abris, kit choléra, etc.) Si le contexte est favorable, transfert d'argent ou coupons (marché ouvert ou foire) visant à couvrir les besoins essentiels 	<ul style="list-style-type: none"> Perte/destruction/insuffisance des AME Insuffisance de moyens et de sources de revenus Autres distributions/transferts d'argent insuffisants ou n'atteignant pas les personnes et groupes les plus vulnérables
Moyens d'existence en urgence	Fourniture d'AME spécifiques pour les personnes handicapées	Fourniture d'articles et kits de base, adaptés aux besoins plus spécifiques des personnes handicapées (exemples : couvertures supplémentaires, jerrycan adapté, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Perte/destruction/insuffisance des AME adaptés aux besoins plus spécifiques des personnes handicapées Insuffisance de moyens et de sources de revenus Autres distributions insuffisantes ou n'atteignant pas les personnes et groupes les plus vulnérables

Activités transversales à tous les volets

Sensibilisation

Diffusion d'information

Plaidoyer pour l'inclusion et la protection des personnes les plus vulnérables

Référencement (interne/externe)

Prise en compte des notions de protection (genre, « ne pas nuire », etc.) et d'inclusion (dont l'accessibilité)

Comme dit précédemment, en fonction des contextes, le DVFP peut inclure d'autres volets ou d'autres activités, dans le cadre de l'action d'urgence de Handicap International (par exemple, les activités de Prévention aux risques épidémiques).

C'est donc en évaluant la situation de chaque contexte, à plusieurs niveaux, que sera décidé de déployer ou non des volets

complémentaires. Notons que chaque volet s'inscrit dans un secteur précis et donc dans des approches techniques définies par secteur au sein de la réponse d'urgence et globale de Handicap International.

➤ Davantage de détails sur ces volets dans la **partie Fiches pratiques**.



Phase de mise en œuvre et de suivi des actions

On entend, par phase de mise en œuvre et de suivi du projet, l'étape qui consiste à réaliser ce qui a été prévu dans le document de projet. Les situations étant complexes et changeantes, la qualité de la mise en œuvre du projet dépend souvent de la capacité des équipes à actualiser et affiner la compréhension du contexte (diagnostic continu) et à vérifier de façon permanente l'adéquation du projet aux besoins. Cette phase porte donc essentiellement sur **la mise en œuvre des activités prévues** mais également sur **la mise en place d'un système de suivi pertinent et efficace**. Ce système doit en effet garantir **un suivi continu** sur la mise en œuvre du projet ainsi que sur la situation et sur **les effets et impacts anticipés du projet**.

Cette phase de mise en œuvre et de suivi prépare en grande partie la qualité de la suite du projet, que ce soit sa clôture ou sa continuation sous une autre forme.

A

Mise en place du mécanisme Identification/Évaluation/Référencement

Mécanisme IER : pilier du dispositif DVFP

Ce mécanisme permet d'identifier les bénéficiaires, d'évaluer leurs besoins et de les référencer au service adéquat pour répondre à ce besoin.

Le mécanisme IER est en effet l'un des éléments clés d'un dispositif DVFP dans la mesure où :

- ▀ il permet d'identifier et d'accéder aux personnes vulnérables pour évaluer leur situation,
- ▀ cet axe constitue **le lien entre tous les services** et représente donc l'outil de réponse aux besoins des bénéficiaires,
- ▀ la population cible du référencement est constituée de **l'ensemble des bénéficiaires du réseau DVFP** sans distinction. Un référencement se met en place dès lors qu'un besoin est identifié, et ce, que ce soit au niveau du foyer (EHA, habitat) ou au niveau individuel (soins de réadaptation physique et fonctionnelle, psychosocial, etc.).

Le mécanisme IER permet donc, pour chaque niveau d'intervention (de la communauté, du foyer et individuel) de proposer une réponse adaptée aux besoins évalués. C'est pourquoi :

- ▀ il se met en place **dès le début du projet** et doit exister **sur toute sa durée**,
- ▀ il commence systématiquement par la **cartographie des acteurs et services** sur la zone d'intervention. La cartographie se compose des éléments suivants : types de services, compétences des équipes, capacités d'absorption, de gestion et de suivi, durée d'action, etc.

Différents types et modes de référencement

Voici une liste des différentes modalités possibles de référencement :

- ▀ **Orientation** : simple orientation du bénéficiaire vers des services existants sans mise en place de suivi. Cela concerne des besoins non prioritaires.
- ▀ **Référencement interne** : orientation du bénéficiaire vers les services Handicap International (DVFP/autres projets) avec un système de suivi du référencement.
- ▀ **Référencement externe** : orientation du bénéficiaire vers des services externes identifiés (santé, habitat...) avec un système de suivi du référencement.

Pour être efficace, le référencement doit s'appuyer sur une méthodologie adaptable à chaque contexte d'intervention et être doté d'outils de suivi des acteurs et des bénéficiaires.

Étapes de mise en place d'un mécanisme IER

La mise en place concrète suivra les étapes suivantes (**phase de préparation**) :

1. Sélection – recrutement et formation des équipes,
2. Recensement et cartographie des acteurs et des services sur la zone,
3. Atelier avec les partenaires de référencement,
4. Diffusion d'informations (sensibilisation du grand public).

Puis le cycle du mécanisme IER se mettra en place (**phase d'intervention**) :

5. Identification des bénéficiaires,
6. Évaluation des besoins à couvrir et définition des priorités de référencement,
7. Orientation des bénéficiaires,
8. Référencement des bénéficiaires et suivi.

Actions clés de la phase de préparation du mécanisme IER

En dehors de la formation des équipes, la **réalisation d'une « cartographie » précise** des acteurs (ONG, services publics, etc.) présents dans la zone est une action prioritaire. La mise à jour des informations est faite tout au long du projet afin de tenir la liste des services (référencements) actualisée. En effet, les établissements ne sont pas toujours présents ou gratuits dans la durée, et leurs activités changent parfois en fonction des professionnels qui y interviennent. Un **formulaire** permet d'enregistrer toute modification notée sur le terrain et de les faire passer aux personnes en charge de faire le suivi. Ceci permet également de faire le lien avec les informations issues de la coordination sectorielle en général (approche cluster) et ses sous-groupes (sous-clusters, groupes de travail).

L'**appropriation du mécanisme de référencement** par les équipes dédiées, les bénéficiaires ainsi que par les acteurs/ services est un élément essentiel qui garantit la réussite du processus de référencement. Cette appropriation se fait par le biais de **formations** des équipes, d'**ateliers** avec les partenaires et de **diffusions d'informations** auprès des bénéficiaires.



Actions clés pour la préparation à la mise en place du mécanisme IER

Actions	Descriptif	Quand
Formation	<ul style="list-style-type: none"> • La formation des équipes du DVFP doit se faire d'emblée afin que l'ensemble du processus soit compris, notamment en termes de méthodologie et d'outils • Une actualisation pourra être faite au fil de l'évolution du projet • Immédiatement après, la cartographie des acteurs doit être faite 	<ul style="list-style-type: none"> • En amont du jour de démarrage du projet • À renouveler si nécessaire pendant le projet
Cartographie des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Définir une stratégie pour le recensement et la localisation des acteurs et services • Réaliser une géo localisation des services existants au niveau local (périmètre et typologie des acteurs à identifier, préférentiellement à définir en fonction de la zone et du type de crise) • Définir la fréquence à laquelle les actualisations de la carte obtenue seront réalisées 	<ul style="list-style-type: none"> • À partir du début et sur toute la durée du projet • À la suite de la première cartographie et au fil de l'actualisation des informations et de l'évolution des services au sein du DVFP et projets internes
Ateliers	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation aux activités de Handicap International • Formalisation des liens entre les acteurs identifiés et Handicap International 	À mettre en place suite à la première cartographie des services (après 1 mois)

Il faut noter que certaines actions de la phase de préparation doivent/peuvent être réitérées régulièrement au cours du projet (par exemple, la formation, une actualisation de la cartographie) et selon cette actualisation, un nouvel atelier d'échanges sera organisé.



Les personnes les plus exclues le sont aussi car elles n'ont pas ou peu de proches en mesure de faire le lien avec les acteurs humanitaires. Elles sont exclues à un tel point qu'elles ne sont pas seulement invisibles aux yeux des acteurs de l'aide, mais aussi aux yeux de la communauté elle-même. Elles ne sont en fait reliées à rien ni à personne ou de manière ténue. La dynamique du DVFP s'appuie sur une démarche spontanée des personnes vulnérables ou un référencement par les proches ou la communauté. Cette dynamique est extrêmement efficace en temps de crise pour le plus grand nombre, mais notre vigilance doit être extrême pour intégrer ces personnes totalement exclues et isolées.

Il faut donc prendre garde à :

- sensibiliser les équipes à ce risque,
- encourager les équipes mobiles complémentaires attachées à chaque DVFP à réellement explorer la communauté à la recherche de ces personnes (travail complémentaire assimilable à du travail social de proximité, hors du mécanisme principal du dispositif DVFP),
- veiller à ne pas reproduire certaines discriminations existantes, en étant attentif à la pluralité, la mixité, l'ouverture lors du recrutement des équipes et aux contenus des messages d'information et d'appel communiqués à la communauté.

Phase de mise en œuvre et de suivi des actions

Actions clés de la phase d'intervention du mécanisme IER

Une fois que les actions de la phase de

préparation sont terminées, on peut lancer l'activité à proprement dite. On est alors dans la phase d'intervention, dont les actions vont se répéter tout au long du projet.

Actions clés pour la mise en œuvre du mécanisme IER

Actions	Descriptif	Quand
Identification des bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none">• Via les référencements externes• Via les équipes mobiles• Via les personnes référentes• Via les relais	Tout au long du projet
Évaluation des besoins à couvrir et définition des priorités	<ul style="list-style-type: none">• Évaluation individuelle (entretien individuel/visite) des besoins du bénéficiaire• Analyse des besoins• Définition des besoins prioritaires du bénéficiaire et de son plan d'action	
Orientation et référencement des bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none">• Référencement vers différents services• Les référencements sont vérifiés systématiquement par les personnes en charge	
Suivi du service rendu	<ul style="list-style-type: none">• Recueil et croisement des informations auprès du partenaire et du bénéficiaire. Ce suivi permet de s'assurer que le service a été effectivement rendu et de manière qualitative (enquête de satisfaction)• Enregistrement des informations dans la base de données de suivi des bénéficiaires (ceci se fait tout au long du processus)	



La phase de suivi est essentielle, car c'est elle qui permet de clôturer le dossier d'un bénéficiaire en s'assurant que le besoin a bien été couvert.

Parallèlement à la mise en œuvre du mécanisme IER, les activités des volets complémentaires sont également cadrées et lancées.

↪ Se référer aux parties Volets complémentaires dans les Fiches pratiques.

B

Outils de mise en œuvre du dispositif DVFP

Les outils principaux pour la mise en place et l'exécution sont détaillés dans le tableau suivant. Ils pourront varier selon les projets.

Outils	Détails
Liste des acteurs et services	<p>Les informations importantes à collecter pour chaque partenaire potentiel de référencement incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Date de l'information/prise de contact/personne ressource • Nom de l'organisation, lieux et adresse • Nom et numéro de téléphone/adresse e-mail d'au moins un référent/contact • Secteur de services, types de services, dont : <ul style="list-style-type: none"> – Qualité estimée de chaque service – Condition d'accès à chaque service – Localisation et accessibilité de chaque service – Langues parlées • Durée envisagée de la présence de chaque organisation sur le terrain • Autres informations utiles comme la nature souhaitée des échanges, les documents essentiels à produire, etc. <p>Ces informations sont remplies dans une fiche partenaire qui doit être actualisée régulièrement</p>
Accord de collaboration	Outils précisant l'engagement de retour sur référencement, en particulier quand on envisage un référencement complet incluant un suivi
Cartographie	Utilisation d'une carte de la zone sur laquelle sont localisés les différents acteurs et services de référencement (en prenant en compte leur accessibilité)
Outils de communication	Brochures, bannières, messages radio, etc. (rendre accessible l'information à tous)
Ateliers d'information et d'échange	<p>Ateliers de travail sur le référencement avec les partenaires devant aborder :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le dispositif DVFP • Le référencement • Le partage d'informations sur les services existants (externes et internes) • La présentation et « validation » des outils de liaison • La mise en place de la collaboration
Fiche d'évaluation individuelle*	Outil utilisé au moment de l'évaluation des besoins des bénéficiaires identifiant les priorités de référencement
Liste des bénéficiaires, de leurs besoins et informations sur leur suivi	<ul style="list-style-type: none"> • Enregistrement des données de la fiche d'évaluation individuelle dans une base de données « bénéficiaires » • Extraction de la base de données avec coordonnées des personnes et besoins à couvrir • Si nécessaire, partage de la liste aux services (externe/interne) concernés
Fiche de liaison*	Outil à utiliser avec les services de référencement pour s'assurer du parcours du bénéficiaire et de la remontée et du suivi de l'information
Fiche de suivi*	<p>Outil permettant de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définir un plan d'action pour chaque bénéficiaire (objectifs, attentes respectives, durée de l'accompagnement) qui constitue un contrat moral d'engagement des parties • Suivre les services rendus au bénéficiaire et clôturer son dossier

* La compilation de la fiche d'évaluation individuelle, la fiche de liaison et la fiche de suivi constitue ce qui est généralement appelé le « **Pack Bénéficiaires** ».
Pour certains volets, on pourra y joindre une fiche de décharge.

Un exemple d'un « Pack Bénéficiaires » DVFP se trouve dans la partie Fiches pratiques.

C

Organisation des ressources humaines pour un dispositif DVFP

Le dispositif DVFP est composé d'**équipes opérationnelles de coordination** (chef de projet, coordinateur zonal, chef de relais, responsable de volet), d'**équipes en charge de la mise en œuvre du mécanisme IER** (les travailleurs sociaux) et éventuellement d'**équipes en charge de la mise en œuvre des volets complémentaires** (travailleurs « volet »).

Ainsi, le chef de relais est généralement le responsable hiérarchique des travailleurs sociaux et des travailleurs « volet », et est donc garant de la qualité des activités dans sa zone d'intervention²⁷. Il a également un rôle de représentation et est le lien avec les partenaires locaux. Il doit maîtriser le dispositif DVFP et les différents outils de suivi.

Profils possibles pour un dispositif DVFP

Chef de projet DVFP

- Responsable de la mise en œuvre et de la qualité du projet DVFP dans le pays d'intervention,
- Coordination : lien entre coordinateurs de zone et responsables « projet »,
- Stratégie : diagnostics réguliers pour adaptation au contexte.

Coordinateur des relais DVFP (par zone)

- Responsable de la mise en œuvre et de la qualité du DVFP dans sa zone d'intervention,
- Stratégie zonale : représentation et analyse des services dans sa zone,
- Renforcement de capacités (accompagnement des chefs de relais).

Chef de relais

- Responsable de la qualité de l'intervention de son relais/lieu d'accueil : fonctionnement et liens avec les autres acteurs,
- Supervision directe des équipes IER et volets complémentaires,
- Suivi des indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

Travailleur social

- Met en œuvre les activités IER : identification et évaluation des bénéficiaires, référencement, suivi.

Responsable de volet

- Responsable de la qualité méthodologique et technique du volet mis en œuvre. Il travaille en lien fonctionnel avec les coordinateurs et les chefs de relais, et supervise techniquement les travailleurs de volet.

Travailleur de volet

- Responsable de la mise en œuvre directe du volet. S'il s'agit d'un volet Réadaptation physique et fonctionnelle, on parlera de travailleur Réadaptation ou de kinésithérapeute et ergothérapeute. Pour un volet Psychosocial, on parlera de travailleur Psychosocial, etc.

Responsable référencement/base de données

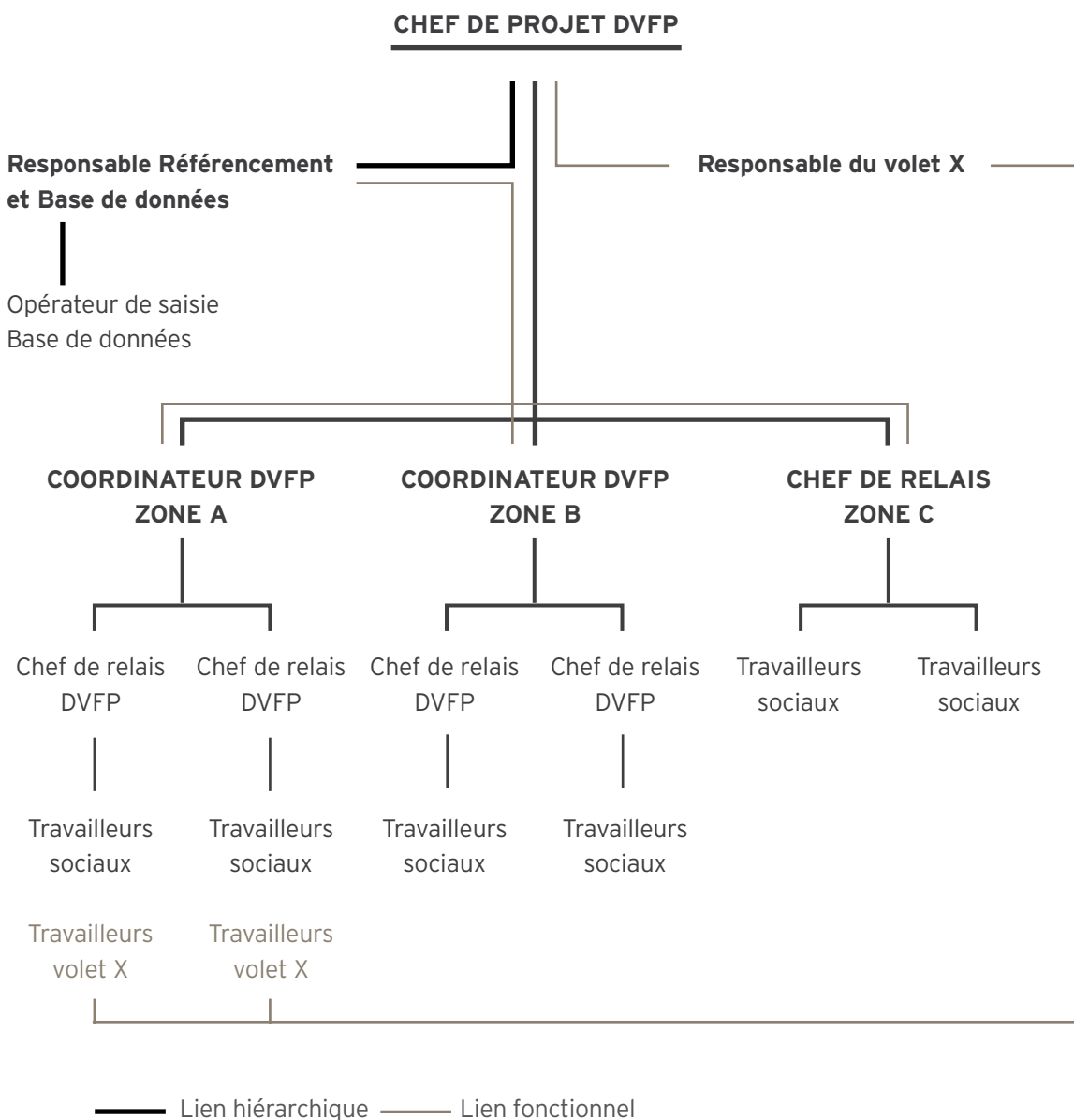
- En charge de la mise en place de l'activité « référencement » (adaptation des outils, système de mise à jour de la base de données, liens avec les services « cartographie ») sur l'ensemble des zones d'intervention. Il peut avoir sous sa responsabilité des opérateurs de saisie en charge d'enregistrer les données récoltées sur le terrain par les équipes et de mettre à jour la base de données « bénéficiaires ».



- Au-delà des outils garantissant le bon déroulement d'un référencement, il est important d'évaluer la qualité du référencement. Pour cela, il est recommandé de définir une personne en charge du suivi du mécanisme IER autre que le chef de projet, particulièrement sur la phase d'urgence.
- En phase d'urgence, ne pas hésiter à recruter deux personnes différentes pour le suivi du référencement et la gestion de la base de données (colonnes vertébrales du mécanisme).

Exemple d'organigramme d'un réseau de relais DVFP

L'organigramme du dispositif DVFP varie évidemment en fonction du volume et du type de relais ainsi que des activités des volets complémentaires, mais cet exemple donne une idée générale du fonctionnement du réseau et des liens entre les membres de l'équipe. Les liens hiérarchiques et fonctionnels sont d'ailleurs également modulables selon les contextes, les périodes et les volets complémentaires.





- Recruter du personnel national sur des postes de chefs de relais est un atout, notamment en termes de connaissance des zones, des acteurs, des pratiques, etc.
- À noter que certains travailleurs « volet » (par exemple les kinésithérapeutes et ergothérapeutes) sont souvent recrutés à l'international en phase d'urgence (première réponse), car cette expertise est généralement peu présente sur les pays d'intervention. C'est pourquoi il est important de mener très rapidement une évaluation « présence/pertinence/disponibilité » des personnels techniques nationaux.
- Comme lors de tout projet dans le cadre d'une réponse de première urgence, il est recommandé d'accompagner psychologiquement les équipes expatriées et nationales. Ne pas oublier que les équipes nationales sont aussi des victimes de la crise.

D

Calendrier de déploiement d'un dispositif DVFP

Le tableau de la page suivante propose un exemple de calendrier d'action pour le déploiement d'un dispositif DVFP dans le cadre d'une urgence aiguë (les durées des différentes phases proposées ici sont approximatives, car relatives au type de crise).

À noter que les périodicités citées ici sont très largement inspirées d'une situation de catastrophe naturelle ; les périodicités seront bien plus variables ou extensibles dans une situation de crise chronique ou de conflit.

Période et objectif	Population cible	Actions	Étape pour définir la phase suivante
<p>Urgence aiguë (3 semaines)</p> <p>Sauver des vies, couvrir les besoins essentiels et limiter ou atténuer la génération de handicap</p>	<p>Population affectée par la crise</p>	<p>Action directe simultanée besoins de base et besoins spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'il y a des blessés : mise en place immédiate d'un volet Réadaptation physique et fonctionnelle d'urgence et potentiellement soins de plaie. Référencement : majoritairement médical • Possibilité d'intervenir immédiatement avec des kits DVFP (dont AME, aides techniques) 	<p>Diagnostic initial</p>
<p>Urgence (variable selon les crises, de 2/3 jusqu'à 5/6 mois)</p> <p>Restaurer la couverture des besoins de base et des besoins spécifiques (limiter ou atténuer la génération de handicap)</p>	<p>Population vulnérable avec des besoins de base et spécifiques</p>	<p>Mise en place du dispositif DVFP : mécanisme IER + volets complémentaires si pertinents (à partir du diagnostic initial)</p>	<p>Diagnostic intermédiaire à 4/6 mois pour décider de la fermeture du projet à la fin de cette phase 1 ou de l'écriture d'une phase 2 (redéfinir alors les activités et la population cible)</p>
<p>Relèvement précoce ou retour à l'état antérieur (6/9 mois)</p> <p>Accompagner pour améliorer les capacités des individus, familles et communautés affectés par la crise</p>	<p>Population vulnérable avec des besoins de base et spécifiques</p>	<p>Si fermeture de la phase 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparation et fin de la prise en charge spécifique et de base (éventuellement, passation des activités) • Référencement (identification de structures relais) <p>Si transition sur phase 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développement d'activités communautaires • Référencement • Identification et renforcement de capacités de structures relais 	<p>Phase de transition</p>

Phase d'évaluation des actions

A

Rappel des principes du suivi et de l'évaluation

Handicap International a un devoir de suivi et d'évaluation de ses projets, tel que défini dans sa Politique de Suivi et Évaluation (S&E). Cette politique comporte six obligations :

- ─ L'utilisation d'outils avec caractéristiques minimales,
- ─ Rendre compte régulièrement de l'avancée du projet,
- ─ Suivre et améliorer la qualité du projet,
- ─ Évaluer le projet,
- ─ Gérer une base documentaire du projet,
- ─ Suivre la mise en œuvre de la politique S&E.

Définitions

Un suivi a pour but de vérifier que les activités du projet restent adaptées aux besoins, qu'elles sont mises en œuvre comme prévu et qu'elles ont l'effet souhaité.

Le suivi continu permet alors d'apporter des ajustements aux activités en cours.

Une évaluation consiste à examiner le projet de manière systématique et impartiale dans le but d'en dégager des enseignements, d'améliorer les pratiques et les politiques en vue de nouvelles interventions et de mieux rendre compte des résultats obtenus.

Suivi des indicateurs : une obligation pour tout projet

Il est nécessaire d'avoir **un minimum obligatoire de critères et d'indicateurs standardisés**, dès le démarrage (si possible, constitution d'une base de référence, communément appelée « baseline »), pour

mesurer et suivre de manière systématique l'ensemble des projets, incluant donc le projet DVFP.

Le suivi des indicateurs renvoie à trois obligations principales :

- ─ Obligation de mesure des activités, de l'achèvement des objectifs et de l'effet des actions (critères et indicateurs en lien avec chaque contrat),
- ─ Développement d'une approche qualité sur les projets, par l'évaluation des résultats et des effets positifs et négatifs,
- ─ Obligation de comptage des bénéficiaires vis-à-vis de l'institution (transparence et redevabilité de nos actions).

Les indicateurs de suivi d'activités et de résultats doivent être **élaborés en phase de conception du projet**. Il faudra donc veiller à **collecter la « Baseline »** (les données de base avant projet) de certains de ces indicateurs en début du projet, en particulier si l'on a l'intention de réaliser une étude d'effets. Cela peut être fait pendant l'évaluation des besoins d'une population cible que l'on pourra ensuite réutiliser lors de l'évaluation finale.

La qualité du suivi dépendra de :

- ─ la méthodologie de collecte des informations qui doit rester simple (éviter les doublons, ne pas multiplier les données),
- ─ la transmission des informations aux différents niveaux,
- ─ l'analyse des données qualitatives et quantitatives aux différents niveaux.

Le propre du DVFP est d'être flexible. Dans cette logique, il est crucial de pouvoir analyser l'évolution des différents indicateurs à des moments différents du projet. Comme pour tout projet d'urgence, l'effet de l'action sera plus facile à mesurer au cours d'une étude spécifique dédiée à mi et fin de projet.



B

Indicateurs de suivi d'un dispositif DVFP

Chaque projet doit définir des indicateurs à suivre, qui sont mesurés régulièrement (régularité de la collecte des données à définir selon le contexte, le projet et l'indicateur).

Liste non exhaustive d'indicateurs types à suivre dans le cadre d'un dispositif DVFP²⁸

	Logique d'intervention	Indicateurs de résultat/d'activités	Sources de vérification/outils	Commentaires
Objectif général	<p>Contribuer à réduire la mortalité et la morbidité des personnes vulnérables</p> <p>Améliorer l'accès aux services essentiels, les conditions de vies et la capacité de résilience des personnes vulnérables affectées par la crise</p>			
Objectifs spécifiques	<p>Assurer une réponse rapide aux besoins immédiats, de base et spécifiques, des populations vulnérables affectées par la crise</p> <p>Amélioration de la couverture des besoins via un mécanisme d'identification/d'évaluation et de référencement adapté (interne et externe)</p>	<p>% des personnes vulnérables identifiées et référées qui connaissent une amélioration de la couverture de leurs besoins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire de satisfaction (déclaratif) • Compilation/ notation d'un certain nombre d'indicateurs sélectionnés dans les fiches d'évaluation individuelle initiales et finales • % d'atteinte des objectifs des plans d'action individuels 	

Phase d'évaluation des actions

	Logique d'intervention	Indicateurs de résultat/d'activités	Sources de vérification/outils	Commentaires
Résultats	Mécanisme IER			
	Amélioration de l'identification des personnes vulnérables, de leurs besoins et de leur accès aux services existants	% des personnes référées qui ont reçu au moins un des services pour lequel elles ont été référées	Dossier des bénéficiaires/ fiches de référencement/fiches partenaires	Attention : Cet indicateur dépend trop des autres acteurs Il faut être sûr de mettre en place un système de suivi
	XX personnes vulnérables sont identifiées, l'ensemble de leurs besoins est évalué et elles bénéficient d'un référencement approprié et efficace	Nombre d'accords signés avec des partenaires qui s'engagent à fournir les services appropriés aux personnes référées par Handicap International	Accords signés avec les partenaires	
		Existence d'un répertoire des acteurs à jour sur zone	Répertoire à jour avec contacts et mandats des acteurs	
		Nombre de personnes accueillies dans un point fixe, une structure relais	Registre du point fixe, du relais	
		Nombre de personnes identifiées et référées	Fiches d'évaluation/ de référencement/ dossier bénéficiaires/ base de données	
		Nombre de partenaires sensibilisés au dispositif DVFP et qui y sont intégrés	Accords signés avec les partenaires/fiches de présence sur séances de sensibilisation	
		Nombre de relais fonctionnels	Photo/registres	
		Existence et maintien à jour d'une base de données de suivi des bénéficiaires	Base de données bénéficiaires/base de données suivi	
		Nombre de plans d'action individuels (PAI) signés	PAI signés	
		Nombre de référencements réalisés et nombre de référencements réussis	Fiches de référencement/base de données	



	Logique d'intervention	Indicateurs de résultat/d'activités	Sources de vérification/outils	Commentaires
Résultats	Réadaptation physique et fonctionnelle			
	Amélioration des capacités et par conséquent de l'indépendance fonctionnelle des personnes handicapées	Taux de récupération des personnes qui ont été suivies en rééducation	Dossiers des bénéficiaires/Plan de traitement en rééducation avec bilan pré/post et intermédiaire	
	XX personnes handicapées/blessées bénéficient d'une prise en charge afin de réduire des incapacités long terme et d'améliorer leur indépendance fonctionnelle	% des bénéficiaires montrant une amélioration de leur indépendance fonctionnelle	Dossiers des bénéficiaires/Identifier un certain nombre d'indicateurs clés pré et post intervention dans les fiches d'évaluation individuelles initiales et finales	
	XX personnes handicapées et leurs aidants améliorent leurs connaissances et par conséquent leur capacité à se prendre en charge au sein de la famille	% de bénéficiaires et/ou d'aidants qui reproduisent les gestes appris pour maintenir leurs capacités	Évaluations finales (incluant la démonstration des gestes de base appris au cours des séances)/ Sous-indicateurs : capacité à maintenir en bon état les aides techniques	
		% de bénéficiaires ayant amélioré leurs capacités à réaliser les activités de la vie quotidienne	Évaluation initiale/finale	
		% des plans d'action individuels mis en œuvre et atteints	PAI	
		Nombre de sessions de réadaptation effectuées (tous services confondus)	Rapport/ suivi d'activité/ suivi base de données	
		Nombre de personnes ayant bénéficié de soins de réadaptation		
		Nombre de messages/séances de prévention/éducation partagés avec les bénéficiaires/aidants	Contenu/nombre de sessions/photos/fiches de présence	
		Nombre d'aides techniques distribuées (aide à la mobilité, à la toilette, etc.)	Dossiers bénéficiaires/ certificats de don	

Phase d'évaluation des actions

	Logique d'intervention	Indicateurs de résultat/d'activités	Sources de vérification/outils	Commentaires	
	Psychosocial				
Résultats	Les personnes vulnérables affectées par la crise, leur famille et leur famille d'accueil sont plus à même de faire face à la situation	% de personnes déclarant une meilleure capacité à faire face à la situation	Fiche d'évaluation finale		
		% de bénéficiaires améliorant leur participation sociale	Fiches d'évaluation initiales/finales (sur des questions objectives et déclaratives sur le nombre de participation à des événements familiaux/villageois...)		
	Amélioration du bien-être émotionnel et de la participation sociale	Les incapacités psychosociales sont réduites et prévenues	% de bénéficiaires montrant des améliorations concernant les indicateurs de fonctionnement psychosocial et de bien-être émotionnel	Fiches d'évaluation initiales/finales (sur des questions objectives et déclaratives en lien avec les indicateurs de détresse psychologique) ²⁹	
			% de bénéficiaires montrant une diminution du nombre d'indicateurs de détresse psychologique		
		% de personnes déclarant une meilleure capacité à se projeter dans l'avenir			
		% des plans d'action individuels mis en œuvre et atteints	PAI		
			Nombre et fréquence de groupes de parole	Rapport d'activités/photos/fiches de présence	
			Nombre et fréquence de groupes de discussion		
			Nombre d'activités à médiation thérapeutique		
			Nombre de personnes ayant participé aux activités psychosociales (à décliner par activité)		
		Nombre d'individus/familles ayant bénéficié d'un accompagnement psychosocial	Dossiers des bénéficiaires		



	Logique d'intervention	Indicateurs de résultat/d'activités	Sources de vérification/outils	Commentaires
Résultats	Protection			
	Prévention des violences et abus sur les personnes vulnérables (à risque)	% des personnes isolées identifiées qui retrouvent du lien social (facteur de protection)	Identification dans le « Pack Bénéficiaires » de l'entourage de la personne isolée (quelles personnes/ quels liens)	Les problématiques de prise en charge sont incluses à travers l'IER
	Renforcement des capacités d'autoprotection des personnes vulnérables et de leurs familles	% de bénéficiaires sachant utiliser les articles distribués avec un but de protection	Enquête de <i>monitoring</i> / évaluation finale	Voir comment on peut différencier le sentiment de sécurité de la sécurité effective
	XX personnes vulnérables ont accès à un espace protégé (activités d'espace sûr – safe space)	% de bénéficiaires qui connaissent les risques et se sentent en meilleure capacité de les prévenir		
		% de personnes vulnérables identifiées et particulièrement à risque qui ont accès à un espace protégé	Dossier des bénéficiaires/fiches d'évaluation initiales/fiche de présence/ base de données/photo	Par exemple pour un Espace Ami des Enfants, ouvert à tous les enfants, Handicap International se doit d'identifier et d'inviter spécialement les enfants les plus vulnérables Les Espaces Protégés peuvent aussi être des espaces protégés pour d'autres publics cibles (ex. : dans des aires d'arrivées de réfugiés).
	Nombre de groupes sociaux de protection créés et actifs		Par exemple, des groupes de femmes se sont créés pour ne plus aller réaliser certaines activités seules	

Phase d'évaluation des actions

	Logique d'intervention	Indicateurs de résultat/d'activités	Sources de vérification/outils	Commentaires
	Protection (Suite)			
		Nombre d'articles/Kits de protection distribués	Certificat de don	
		Nombre de personnes bénéficiant d'un suivi individuel/familial	Dossiers des bénéficiaires	
		Nombre de sessions d'information/sensibilisation sur les risques spécifiques aux personnes vulnérables, personnes handicapées, personnes blessées	Outils de sensibilisation/photos/fiches de présence	
		Nombre de personnes venant régulièrement aux Espaces Protégés	Fiches de présence/photos	
	Moyens d'existence en urgence			
Résultats	Amélioration des conditions de vie/hygiène des personnes qui ont des besoins spécifiques via la couverture de leurs besoins matériels	% des intrants distribués qui sont utilisés conformément à leur usage habituel par les ménages à la fin du projet	Enquêtes de <i>monitoring</i> post distribution	
	Amélioration des conditions de vies des bénéficiaires	% d'augmentation du taux de connaissance des pratiques d'hygiène	Enquête Connaissances, Attitudes, Pratiques (CAP)/fiches d'évaluation individuelles initiales et finales sur les pratiques	
	Amélioration des connaissances/bonnes pratiques relatives à l'hygiène	% de personnes sensibilisées en mesure d'identifier au moins X symptômes des maladies hydriques	Questionnaires post sensibilisation/enquête de monitoring	
	XX personnes vulnérables ayant accès à de meilleures conditions de vie et d'hygiène	% des familles enquêtées par échantillonnage déclarant avoir un meilleur accès à des ressources supplémentaires depuis l'intervention	Enquête de monitoring	
		Nombre d'articles/kits besoins de base distribués	Rapports de distribution/certificats de don	



Logique d'intervention	Indicateurs de résultat/d'activités	Sources de vérification/outils	Commentaires
Moyens d'existence en urgence (Suite)			
	Nombre de personnes et de familles ayant bénéficié de kits/articles/assistance monétaire	Rapports de distribution/ certificats de don	
	Nombre de familles vulnérables affectées par la crise bénéficiant d'une assistance monétaire inconditionnelle leur permettant une meilleure couverture de leurs besoins de base		
	Nombre de personnes/ aidants éduqués à l'utilisation d'articles/kit distribués	Rapports de sensibilisation, fiches d'évaluation individuelles initiales et finales	
Plaidoyer Inclusion			
Amélioration de la prise en compte des personnes vulnérables/personnes handicapées dans les programmes des acteurs, ainsi que dans les documents de coordination humanitaire (possibilité en fonction du contexte d'inclure les autorités)	XX documents ou structures de coordination humanitaire (plan d'action humanitaire, documents de référence <i>clusters</i> ...) intègrent la problématique spécifique des personnes en situation d'exclusion dont les personnes handicapées	Nombre de documents de coordination faisant référence aux principes et outils d'inclusion	
	% des acteurs accompagnés/sensibilisés démontrant une meilleure compréhension de l'inclusion	Pré/post test formation/application des recommandations/photos d'ouvrages ou d'activité	
	% de partenaires accompagnés techniquement qui ont adapté leurs infrastructures et/ou leurs activités (accessibilité physique, de l'information, méthodologie/design...) de façon à inclure les plus vulnérables et les personnes handicapées.	Documents des partenaires/photos/rapports de visite	

Phase d'évaluation des actions

	Logique d'intervention	Indicateurs de résultat/d'activités	Sources de vérification/outils	Commentaires
	Plaidoyer Inclusion (Suite)			
Résultats		Nombre de modifications concrètes réalisées		
		Nombre de documents externes (partenaires/ communauté humanitaire) transmis et revus par Handicap International pour intégrer les notions d'inclusion		
		Nombre de sessions de sensibilisation pour les acteurs	Fiche de présence/ contenus/photos	
		Type et quantité de matériel IEC (Information, Éducation, Communication) développé	Matériel IEC	
		Nombre de sessions de formation pour les acteurs présents	Fiche de présence/ contenus/photos	



Certaines autres activités seront mises en place dans le cadre d'un DVFP comme par exemple : activités de prévention choléra, éducation aux risques des mines en contexte d'urgence, activités génératrices de revenus, etc. Se référer aux indicateurs type par activités.



- Il est important de définir des mécanismes de collecte et d'analyse réalistes.
- L'équipe projet doit assurer une analyse qualitative des données à différents niveaux et au cours du temps pour un ajustement efficace.
- L'étude d'impact nécessite une préparation : ne pas la négliger. Elle doit être effectuée par un intervenant externe.

Phase de fermeture du projet

Les indicateurs de suivi nous permettent de suivre le bon déroulement du projet et ses résultats. Autant que possible (selon le temps d'intervention et le montant imparti au projet d'urgence), il est recommandé d'effectuer en externe une évaluation finale du projet.

Le suivi des activités et des résultats du projet permet également de mener une analyse sur la poursuite du dispositif à un moment donné, et de se poser les questions d'éventuels ajustements du dispositif, voire de sa fermeture.



Évaluation du projet

Procéder à l'évaluation du projet, c'est prendre du recul pour avoir une meilleure vision des effets du projet sur la vie des familles, sur l'efficacité, la pertinence et l'efficacité des projets, l'atteinte des objectifs et l'analyse de l'approche utilisée. C'est pourquoi il est recommandé de faire appel à une personne externe (un évaluateur indépendant) pour réaliser l'évaluation du projet.

A

Éléments à considérer pour une stratégie de sortie du dispositif DVFP

Le DVFP est un dispositif d'intervention déployé en contexte d'urgence ou post-urgence qui permet de proposer une réponse temporaire à une situation particulière. Comme tout projet d'urgence, un dispositif DVFP dans sa globalité n'a pas vocation à être pérennisé dans le temps.

Critères de sortie d'un dispositif DVFP

L'évolution du contexte

- Émergence/restructuration de services externes durables
- Évolution de la crise vers un contexte de reconstruction/développement
- Accès humanitaire dégradé (insécurité)

L'évolution des besoins

- Les besoins vitaux sont mieux couverts :
 - par type de bénéficiaires (incluant âge, genre, etc.)
 - par zones géographiques
 - par services/secteurs

L'évolution du positionnement des acteurs internationaux et nationaux

- Possibilité de transférer les services vers d'autres acteurs/institutions
- Des stratégies institutionnelles nationales sont envisagées

La cohérence entre l'évolution du projet et le cadre institutionnel et méthodologique

- Le projet n'est plus en cohérence sur les points suivants :
 - durée, phases
 - mode opératoire
 - évolution du type de services apportés, volets
 - niveau de prise en charge des bénéficiaires

Phase de fermeture du projet

Lorsque l'on constate ces évolutions, on doit entamer une phase de réflexion sur le devenir des activités DVFP, autant pour le mécanisme central IER que pour les volets complémentaires. Cette phase de réflexion permet de définir une stratégie de sortie du dispositif.

Plusieurs options d'ajustement ou de modification du projet sont possibles :

- ▀ Transfert d'un volet complémentaire DVFP vers un projet d'urgence autonome,
- ▀ Transfert et évolution des activités vers un projet de développement ou vers des services institutionnels,
- ▀ Clôture des activités.

B

Quand entamer la réflexion sur la stratégie de sortie ?

Cas d'un dispositif DVFP établi en phase d'urgence

Afin de définir le moment opportun de décision, il faut observer en particulier l'évolution des deux paramètres suivants :

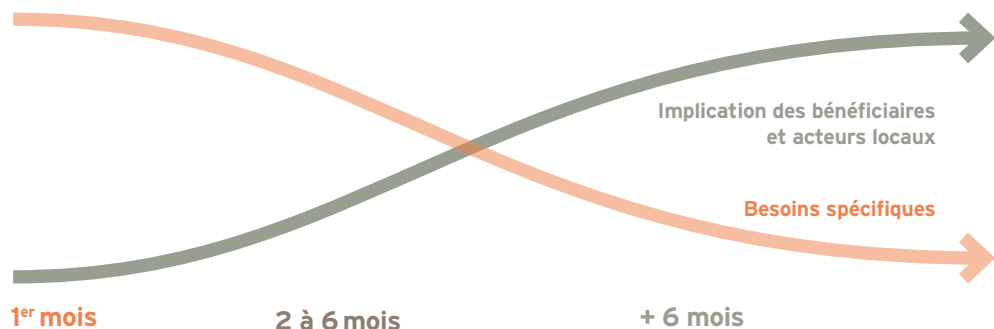
- ▀ L'évolution des besoins des bénéficiaires,
- ▀ L'évolution de la couverture des besoins par d'autres services/acteurs.

Comme le montre le schéma ci-dessous, le croisement des courbes indique le moment idéal pour entamer la réflexion et prendre les décisions d'évolution ou de fermeture du dispositif DVFP. Il s'agit du moment où les besoins diminuent et où leur couverture est plus efficace.

Courbes d'évolution des besoins et de leur couverture lors des différentes phases d'une urgence

Caractéristiques	<p>Sauver les vies</p> <p>Couvrir les besoins physiologiques et sécuritaires</p> <p>Empêcher l'apparition/l'aggravation immédiate</p>	<p>Assurer une couverture holistique des besoins fondamentaux des personnes et familles</p> <p>Prendre en charge les besoins spécifiques liés à la crise</p>	<p>Permettre l'autonomie des personnes, familles, communautés</p> <p>Restaurer les capacités des communautés</p>
Phases	<p>Urgence aiguë</p> <p>1^{er} mois</p>	<p>Post-urgence</p> <p>2 à 6 mois</p>	<p>Relèvement précoce</p> <p>+ 6 mois</p> <p>(Transition vers le développement)</p>

Besoins fondamentaux et spécifiques



Cas d'un dispositif DVFP dans un contexte de crise chronique

Comme dans le cas précédent, l'évolution des besoins et de leur couverture sont les deux paramètres principaux à suivre pour décider de l'orientation du dispositif. L'évolution étant moins prévisible en cas de crise chronique, cette observation entraînera des ajustements plus réguliers pour être au plus près des changements contextuels.

Dans ces deux cas, la stratégie d'évolution du projet doit être décidée lors d'un atelier stratégique, avec les équipes internes et éventuellement avec de potentiels acteurs de reprise des activités DVFP.

C

Préparation de la fermeture du dispositif DVFP

En fonction de l'option retenue à l'issue du projet DVFP, différentes étapes sont à prévoir.

Dans chaque cas, il est nécessaire de toujours définir la méthodologie par volet de projet (ou activités) et par zone d'intervention. Nous allons détailler les étapes de fermeture à suivre dans les deux cas possibles : le transfert ou la clôture finale des activités.

Cas où certaines activités sont transférées à un partenaire ou intégrées à un projet spécifique à plus long terme

- Élaboration du plan de passation.
- Transfert des activités concernées au partenaire :
 - Transfert des documents de référence : historique, méthodologie, évaluations, leçons apprises, moyens nécessaires, etc.
 - Transfert des outils opérationnels : base de données, dossiers des bénéficiaires, outils de suivi, etc.

- Transfert de personnel et/ou de matériel le cas échéant.
- Communiquer avec les bénéficiaires et les équipes.

Liste des possibles évolutions des activités d'un dispositif DVFP

Mécanisme ou Volet DVFP	Possible évolution
Mécanisme Identification/Évaluation/Référencement	<p>CLIO (Centre Local d'Information et d'Orientation)/centre de ressources</p> <p>Accompagnement d'association de la société civile capable de proposer des services ou d'orienter vers les services</p>
Réadaptation physique et fonctionnelle d'urgence	<p>Réadaptation à base communautaire</p> <p>Intégration de la réadaptation physique et fonctionnelle dans les services de santé communautaires</p> <p>Projet de prévention et de prise en charge du handicap dans la santé maternelle et infantile</p> <p>Projet de formation sur les compétences en réadaptation physique et fonctionnelle, incluant une dimension communautaire</p>
Protection	<p>Protection sociale pour les personnes vulnérables/personnes handicapées</p> <p>Projet de protection à long terme</p> <p>Projet d'insertion socio professionnelle</p>
Psychosocial	<p>Projet psychosocial à long terme</p> <p>Projet de santé mentale communautaire</p>

Phase de fermeture du projet

Cas où les activités prennent fin

- ▀ Définir la stratégie de sortie :
 - Envisager une réduction d'activités progressive,
 - Envisager une évolution progressive du mode opératoire en vu de la fin des activités (approche communautaire pluridisciplinaire).
- ▀ Définir une communication particulière avec les bénéficiaires et les équipes.
- ▀ Communiquer auprès des partenaires et institutions concernés.
- ▀ Archiver les outils opérationnels : base de données, dossiers des bénéficiaires, outils de suivi, etc.



- ▀ Formaliser les analyses stratégiques et décisions qui en découlent par écrit.
- ▀ Veiller à l'implication et à la compréhension de l'ensemble du personnel de la stratégie de sortie (appropriation des orientations).
- ▀ S'assurer de disposer des moyens nécessaires (temps/ressources humaines et financières) pour mettre en œuvre correctement la phase de fermeture.
- ▀ Les critères et limites d'intervention ne doivent pas être définis lorsque la fermeture d'un volet est décidée. Ils doivent être clairement définis et intégrés par les équipes dès le début du projet.

Phase de capitalisation des expériences

« Capitaliser, c'est transformer le savoir en connaissance partageable »³⁰.

La capitalisation a pour objectif de formaliser le savoir acquis, de le partager et de le rendre réutilisable au niveau collectif.

Comme pour tout projet, des actions de capitalisation doivent être entamées bien avant la fin du projet DVFP, afin de s'assurer que les connaissances ainsi que les leçons apprises sont formalisées et transmises pour partage. C'est une phase primordiale pour garantir le bon déroulement des projets futurs. Il est cependant parfois plus pertinent de limiter les ambitions de capitalisation à la formalisation d'une expérience particulière (réussie ou non) que de vouloir embrasser l'ensemble du projet avec des moyens limités.

Il n'existe pas de spécificité au projet DVFP à ce sujet ; il est donc recommandé de se référer à la littérature spécialisée dans ce domaine, et notamment au guide méthodologique de Handicap International « **Mener une capitalisation d'expérience** »³¹.



Conclusion

Le dispositif DVFP se veut donc un projet de **réponse aux besoins des populations vulnérabilisées par une crise. Cette réponse s'appuie sur une analyse des services existants** : le mécanisme Identification/Évaluation/Référencement permet, d'une part, d'accéder aux populations les plus vulnérables et les plus exclues, et d'autre part, de les référer vers des services, internes ou externes, pouvant répondre à ces besoins.

Les **volets complémentaires optionnels** proposés par Handicap International constituent une composante essentielle du dispositif dans la mesure où les services existants sont souvent déstructurés ou insuffisants pour répondre aux besoins dans un contexte de crise.

La particularité du dispositif DVFP, par rapport à d'autres mécanismes d'urgence, tient essentiellement dans les faits suivants :

- Il **s'adapte à la configuration des services existants**, évitant ainsi de créer des doublons ou permettant de suppléer à des carences d'un service fonctionnel.
- Il **cible les personnes les plus exclues** et permet de **les intégrer dans les mécanismes d'assistance**, grâce à son réseau de relais.
- Il est fondamentalement **flexible** tout en étant en mesure de **déployer des activités conséquentes** (Réadaptation physique et fonctionnelle, Moyens d'existence en urgence, Psychosocial, etc.).

Le dispositif DVFP dans son ensemble tire donc sa force de deux éléments essentiels :

- d'un côté, la **mise à disposition d'un cadre structurant** pour l'action de réponse d'urgence et,
- d'un autre côté, la **capacité à rester flexible**, indispensable pour s'adapter à chaque contexte.

La situation d'urgence n'étant pas un processus statique mais en constante évolution, le dispositif DVFP est également voué à s'adapter continuellement : ce guide a ainsi vocation à rester dynamique et à évoluer de manière permanente.



RDC, 2013

Fiches pratiques

VOLET COMPLÉMENTAIRE RÉADAPTATION PHYSIQUE ET FONCTIONNELLE AU SEIN D'UN DISPOSITIF DVFP	74
VOLET COMPLÉMENTAIRE PSYCHOSOCIAL AU SEIN D'UN DISPOSITIF DVFP	78
VOLET COMPLÉMENTAIRE PROTECTION AU SEIN D'UN DISPOSITIF DVFP	85
VOLET COMPLÉMENTAIRE MOYENS D'EXISTENCE EN URGENCE AU SEIN D'UN DISPOSITIF DVFP	91
EXEMPLE D'UN CADRE LOGIQUE SIMPLIFIÉ D'UN PROJET DVFP	96
EXEMPLE D'UN « PACK BÉNÉFICIAIRES » DVFP	97

Volet complémentaire

Réadaptation physique et fonctionnelle au sein d'un dispositif DVFP

Cette fiche n'a pas vocation à traiter du secteur de la réadaptation physique et fonctionnelle en urgence de manière globale, mais à développer les grandes lignes et les particularités des activités de réadaptation physique et fonctionnelle au sein d'un dispositif DVFP.

Définition et objectifs du volet Réadaptation physique et fonctionnelle

Définition

« La réadaptation physique et fonctionnelle « **vise à rétablir [le fonctionnement optimal] ou à compenser la perte fonctionnelle, ainsi qu'à prévenir ou ralentir la dégradation fonctionnelle** dans tous les aspects de la vie d'une personne. (...) Les mesures de rééducation fonctionnelle englobent :

- ▀ des mouvements, des exercices et des stratégies de compensation,
- ▀ des mesures éducatives,
- ▀ du soutien et des conseils [à l'individu et à son entourage proche],
- ▀ des aménagements de l'environnement,
- ▀ la mise à disposition de ressources et d'aides techniques » (appareillage, aides à la mobilité, aides à la vie quotidienne et à la communication).

Pour ce faire, les techniques et méthodes de réadaptation physique et fonctionnelle sont variées, réalisées en séances individuelles ou collectives, dans des espaces adaptés et équipés ou dans l'espace de vie de la personne. »³²

Objectifs

- ▀ Prévenir et réduire les incapacités fonctionnelles des personnes affectées par la crise.

- ▀ Restaurer les moyens d'une participation sociale des personnes affectées par la crise.

Populations cibles

- ▀ Personnes handicapées de manière temporaire et/ou définitive : incapacités motrices, sensorielles, psychiques, déficiences intellectuelles³³,
- ▀ Personnes avec plaies basiques³⁴,
- ▀ Personnes blessées et prises en charge médicalement,
- ▀ Les aidants familiaux.

Description sommaire des activités composant ce volet

Activités en lien avec le mécanisme IER

- ▀ **Identification** des partenaires de santé : cartographie des services existants,
- ▀ Établissement formel du **processus de référencement** entre Handicap International et les partenaires de santé,
- ▀ Identification et **évaluation** de la situation des personnes : au sein des relais, à domicile, au sein de l'hôpital, centres de santé, etc.,
- ▀ **Détermination des besoins** de chaque individu : traitement de rééducation, éducation/conseils sur le fonctionnement au quotidien, aménagement de l'environnement, utilisation et entretien des aides techniques, etc.,
- ▀ **Référencement** et orientations internes/externes : hôpitaux/centres de santé, centre de réadaptation physique et fonctionnelle, etc.

Activités de réponse en réadaptation physique et fonctionnelle

- ▀ **Prise en charge** : soins de rééducation (mobilisation, appareillages, suivi pré- et post-appareillage, aides techniques, etc.), suivi de soins de plaies,
- ▀ **Éducation et conseils**,
- ▀ **Suivi** des patients à domicile, au sein de leur communauté,
- ▀ **Décharge**.

Positionnement de Handicap International sur cette thématique

« La réadaptation liée à la santé forme le **cœur de compétence historique de Handicap International**. En 1980, c'est en Thaïlande que deux médecins français ont créé l'association dont la première mission a été de venir en aide aux réfugiés cambodgiens vivant dans les camps le long de la frontière entre les deux pays. Les premiers services d'appareillage ont vu le jour à cette époque. Les matériaux utilisés, simples et disponibles sur place, ont été les atouts permettant à l'association d'apporter une aide à la fois immédiate, concrète et efficace, et de former des équipes locales compétentes : d'abord techniciens appareilleurs, puis rééducateurs et kinésithérapeutes.

Cette **démarche centrée sur la réadaptation physique et fonctionnelle s'est ensuite élargie pour considérer la réadaptation au sens large, incluant la dimension sociale de la personne pour une prise en charge plus globale**, aboutissant à la formalisation des autres champs d'intervention de Handicap International au niveau des programmes et du siège.

La réadaptation reste posée parmi les priorités de Handicap International dans sa stratégie fédérale 2011–2015 :

- ▀ « L'accès des personnes handicapées aux services de réadaptation dans les situations [d'urgence] de reconstruction et de développement ».
- ▀ Le « soutien [à] l'émergence des filières professionnelles de réadaptation et [à] la formation locale des professionnels ».
- ▀ Le plaidoyer « auprès des institutions et des bailleurs de fonds, pour qu'ils assument leur responsabilité de fournir les ressources indispensables [pour la réadaptation] »³⁵.

Mise en œuvre du volet Réadaptation physique et fonctionnelle dans un projet DVFP

Les éléments de décision amenant à déployer un volet Réadaptation physique et fonctionnelle dépendent des critères suivants :

- ▀ La nature de la crise (impactant notamment sur le nombre et le type de blessés),
- ▀ La typologie des besoins des personnes,
- ▀ L'absence d'autres acteurs proposant ces services dans leur globalité,
- ▀ L'absence d'autres acteurs capables de compléter certains services manquant dans la chaîne globale de prise en charge.

Ces éléments sont déterminants dans le choix de la mise en place, de tout ou partie, ou non de ce volet.

Quand intervenir ?

L'intervention doit avoir lieu le plus rapidement possible après la survenue de la crise, afin d'éviter une aggravation de la situation des personnes affectées, notamment en termes d'incapacités fonctionnelles.

Les moyens humains et logistiques de l'intervention

Pour chaque activité envisagée, il est primordial d'anticiper d'une part les besoins en termes humains, logistiques et financiers, et d'autre part de planifier la mise en œuvre et le suivi incluant la formation, la définition des outils, etc.

Volet complémentaire Réadaptation physique et fonctionnelle au sein d'un dispositif DVFP

Voici pour chaque type d'activité, les points essentiels auxquels il faut penser en termes de ressources humaines (RH) et de logistique.

Activités	Moyens RH	Moyens logistiques et outils de suivi
Soins de rééducation	<ul style="list-style-type: none"> • Kinésithérapeute • Ergothérapeute • Assistant de rééducation 	<ul style="list-style-type: none"> • Équipement de rééducation • Fiche Bilan
Fourniture d'aides techniques	Chargé de distribution formé	<ul style="list-style-type: none"> • Catalogue de spécification technique de chaque article • Espace de stockage • Commande • Certificat de don • Fiche de stock
Soins de plaies basiques (notamment en termes de suivi)	<ul style="list-style-type: none"> • Aide-soignant • Infirmier 	<ul style="list-style-type: none"> • Kit Soins de plaies • Certificat de don
Prothèses et orthèses pour membre supérieur ou inférieur	<ul style="list-style-type: none"> • Ergothérapeute • Orthoprothésiste • Agent de rééducation 	<ul style="list-style-type: none"> • Kit Orthèse • Fiche de stock • Équipement de rééducation • Certificat de don • Atelier pour prothèse (Handicap International ou externe)
Suivi à domicile/ communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Kinésithérapeute • Ergothérapeute • Assistant de rééducation 	<ul style="list-style-type: none"> • Moyen de locomotion • Dossier bénéficiaire
Éducation et conseils	Technicien/Assistant de réadaptation	Fiches techniques
Formation continue de professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Ergothérapeute • Kinésithérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiches techniques • Matériels de formation

Axes d'intervention composant le volet Réadaptation physique et fonctionnelle

Voici les activités possibles au sein du volet Réadaptation physique et fonctionnelle :

- Soins de rééducation,
- Fourniture d'aides techniques : aides à la mobilité³⁶, aides à la toilette et à l'hygiène, articles de positionnement, kit soins de plaies,
- Soins de plaies basiques,
- Appareillage orthopédique (demandant une expertise spécifique),
- Suivi à domicile/au sein de la communauté,
- Éducation et conseils,
- Formation de professionnels (différents degrés).

À noter que pour une intervention d'urgence (notamment en première intention), des « Kits DVFP » sont pré-positionnés à Dubaï et peuvent être mobilisés pour la première réponse. Pour la partie Réadaptation physique et fonctionnelle, ces kits contiennent, entre autres, du matériel permettant de fournir des aides à la mobilité, tels que des fauteuils roulants, des béquilles axillaires ou anglaises ou encore des cannes. Le kit, envoyé rapidement sur un terrain d'intervention, peut permettre de répondre immédiatement à des besoins spécifiques en complément à d'autres réponses.



Suivi du projet et outils utilisés

Issu du « Pack Bénéficiaires », différents outils/formats permettent d'assurer un suivi optimal des personnes et des services rendus.

Fiches papier

- Fiche individuelle d'évaluation initiale et finale : situation précise de la personne et de son besoin en termes de réadaptation physique et fonctionnelle,
- Fiche de suivi : plan de traitement, fréquences des visites, contenu éducation – conseil donné, etc.,
- Fiche de référencement,
- Certificat de don,
- Fiche de décharge.

Formats électroniques

- Base de données d'enregistrement des bénéficiaires,
- Base de données de suivi des services.

Stratégie de clôture ou de transition du volet Réadaptation physique et fonctionnelle

Dès la mise en place du volet complémentaire et des activités qu'il comprend, il est indispensable de réfléchir à la stratégie de sortie. Les indicateurs de sortie doivent être définis en début de projet.

Pour mener cette réflexion, on envisage essentiellement trois questions (pour chaque activité du volet) :

- Le besoin est-il permanent ? Récurrent ?
- Le service pourrait-il être viable et pérenne ? Si oui, de quelle manière ?
- Est-il possible de transférer les services aux autres projets de Handicap International dans la zone ou à des services externes (nationaux ou internationaux) ?

Cadre international et références

- Document cadre **Réadaptation physique et fonctionnelle** (Handicap international, 2013) : www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DC10Readaptation.pdf
- Document cadre **Les services d'aides roulantes à la mobilité et leurs dispositifs d'installation et de positionnement** (Handicap International, 2013) : www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DC09AidesRoulantes.pdf
- **Guide pour les services de fauteuils roulants manuels dans les régions à faibles revenus** (OMS/ISPO/USAID, 2008) : whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242547481_fre.pdf
- **L'enfant handicapé au village** (David Werner/Hesperian Foundation) (document révisé, 2009).
- **Boîte à outils Réadaptation Post-Désastre** (Handicap International Chine, sans date).

Volet complémentaire

Psychosocial au sein d'un dispositif DVFP

Cette fiche n'a pas vocation à traiter du secteur Psychosocial en urgence³⁷ de manière globale, mais à développer les grandes lignes et les particularités des activités psychosociales au sein d'un dispositif DVFP.

Définition et objectifs du volet Psychosocial

Définition

Une **santé mentale** suffisamment bonne peut être définie comme suit : « La capacité de vivre avec soi-même et avec autrui, dans la recherche du plaisir, du bonheur et du sens de la vie, dans un environnement donné mais non immuable, transformable par l'activité des hommes et des groupes humains, sans destructivité mais non sans révolte, soit la capacité de dire « non » à ce qui s'oppose aux besoins et au respect de la vie individuelle et collective, ce qui permet le « oui », ce qui implique la capacité de souffrir en restant vivant, connecté avec soi-même et avec autrui. »³⁸

Objectifs

En lien avec les principes d'intervention en santé mentale et/ou en soutien psychosocial (Ne pas nuire, Respect des droits des personnes, Autonomisation³⁹, Participation des populations locales affectées), les objectifs de ce volet sont :

- **Promouvoir le bien-être** des personnes vulnérables. Cet objectif peut se décliner en sous-objectifs :
 - **Diminuer le niveau de détresse psychologique** des personnes ayant été exposées à un ou à des événement(s) potentiellement traumatisant(s)⁴⁰,
 - **Apporter un soutien et une protection immédiats** aux personnes ayant été exposées à un ou à des événement(s) potentiellement traumatisant(s),
 - Permettre le **renforcement des capacités à agir** des personnes vulnérables,
- **Renforcer le lien communautaire.**

- **Prévenir ou réduire** la probabilité de développement d'incapacités psychosociales et/ou psychiques de long terme et leurs conséquences.

Populations cibles

- L'ensemble des **personnes pour qui des éléments de la situation de crise sont facteurs de détresse psychologique** (incluant les personnes ayant des incapacités psychosociales ou à risque d'en développer),
- Les **personnes présentant des troubles mentaux ou à risque d'en développer, notamment du fait de leurs expériences potentiellement traumatiques et de l'absence de soutien approprié** (les personnes ayant des incapacités psychiques ou à risque d'en développer)⁴¹,
- Les **personnes les plus vulnérables et isolées** n'ayant pas suffisamment d'appui ou de support, les **personnes handicapées, blessées et déplacées, les personnes âgées, les enfants non accompagnés et les personnes souffrant de maladies chroniques dont les personnes avec des troubles mentaux**, qui pourraient ne pas pouvoir chercher l'aide dont ils ont besoin ou rencontrer des problèmes d'accès à cette aide (du fait d'interactions négatives entre des facteurs personnels et des facteurs environnementaux),
- Les **pairs-aidants** : il est important de mettre en place des dispositifs de soutien pour ces personnes car leur engagement et leurs responsabilités auprès des individus vulnérables peuvent les entraîner parfois vers un épuisement personnel qui se manifeste quelquefois par une irritabilité, une négligence, un désintérêt et une maltraitance envers soi ou envers les autres.



Description sommaire des activités composant ce volet

En transversal dans le mécanisme IER du DVFP et dans l'ensemble des différents volets complémentaires éventuels :

- Intégration des premiers secours psychologiques (observer, écouter, mettre en lien) au sein du mécanisme IER en fonction des besoins,
- Informer les personnes vulnérables des différents services accessibles dans le champ de la santé mentale et du soutien psychosocial, en ayant une attention particulière à la manière dont on réfère les personnes en besoin vers des services de santé mentale et de soutien psychosocial.

Activités de réponse en santé mentale et soutien psychosocial

➤ Promouvoir le bien-être des personnes vulnérables

- Écouter (une intervention psychosociale peut rapidement se mettre en place après les premières heures d'une urgence, par exemple à travers des actions d'écoute et de premiers secours psychologiques),
 - Proposer des activités de relaxation et de soutien psychologique,
 - Mettre en place des activités de médiation thérapeutique,
 - Favoriser le retour aux activités de la vie quotidienne (retour à l'école, retour au travail, etc.) lorsque la situation le permet,
 - Éviter l'institutionnalisation des personnes avec des troubles mentaux en dehors des crises psychopathologiques sévères,
 - Proposer des activités pratiques aux personnes en détresse psychologique pour contrôler leur angoisse (exemple : expliquer aux personnes qui ont connu un cyclone comment faire pour protéger leurs proches, leurs biens, etc.).
- **S'assurer que les activités proposées sont accessibles et adaptées aux besoins**
- Utiliser des moyens de communication accessibles aux personnes handicapées,
 - Trouver des solutions alternatives pour les personnes qui ne peuvent pas du tout se déplacer,

- Mettre en place des activités adaptées aux différentes spécificités des populations affectées.

➤ Renforcer le lien communautaire

- Favoriser la mise en place d'activités accessibles aux personnes handicapées pour renforcer le lien social (exemple : espaces sûrs et inclusifs pour les enfants⁴²),
- Favoriser l'inclusion des personnes vulnérables, en particulier les personnes handicapées (dont les personnes souffrant de troubles mentaux) dans la communauté,
- Le plus tôt possible, s'assurer de la participation des capacités locales en impliquant les associations communautaires, ainsi que les associations de personnes handicapées dans la mise en place des activités pour assurer la pérennité de l'action,
- Favoriser, lorsqu'il y a lieu, la restauration des capacités soignantes de la communauté.

Positionnement de Handicap International sur cette thématique

Le volet Psychosocial au sein du positionnement global de Handicap International

En matière de santé mentale et de soutien psychosocial, Handicap International a une expérience de terrain depuis les années 1990, aussi bien en contextes d'urgence que de post-urgence et de développement. D'une mission première qui visait la prévention et les soins de troubles mentaux incapacitants liés à la guerre et aux génocides, les actions se sont progressivement élargies pour s'axer prioritairement sur l'accompagnement des détresses psychologiques liées à de nombreuses problématiques d'ordre sociopolitique (pauvreté, exclusion, précarité liées à l'exil, la migration, la guerre, les génocides)⁴³.

Aujourd'hui, Handicap International s'intéresse, de manière générale, à **toute situation entraînant ou pouvant entraîner une détresse psychologique et/ou des troubles mentaux** ou, comme le formule Jean FURTOS⁴⁴, toute situation qui entraîne potentiellement une diminution « des capacités de vivre avec soi-même et avec autrui ».

Volet complémentaire Psychosocial au sein d'un dispositif DVFP

Le volet Psychosocial au sein du dispositif DVFP pour atteindre les plus vulnérables

Suite à une situation de crise à grande échelle, une action s'appuyant sur des interventions de santé mentale et/ou de soutien psychosocial est nécessaire pour accompagner les personnes sujettes à ces problèmes de santé mentale afin de prévenir leurs risques d'apparition, de les accompagner le cas échéant. Pour Handicap International, il ne s'agira pas de prendre en charge médicalement les personnes nécessitant une prise en charge médicamenteuse, mais de les orienter et de les soutenir dans leur accès aux services existants pré-identifiés. L'action menée doit être attentive aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables, notamment aux populations handicapées (dont personnes présentant des incapacités physiques, sensorielles, intellectuelles, psychosociales et/ou psychiques, ainsi que les personnes ayant des maladies invalidantes) et les personnes vulnérabilisées du fait d'interactions négatives entre leur âge et/ou leur genre et l'environnement de crise dans lequel elles se trouvent (parmi elles des personnes âgées, des enfants et des femmes). Les projets de santé mentale et de soutien psychosocial dans les contextes d'urgence et de post-crise n'ont pas pour objectif de « traiter » les causes des différents types d'incapacités, mais d'**accompagner les individus vers un mieux-être et d'essayer de prévenir de potentielles incapacités de long terme.**

Mise en œuvre du volet Psychosocial dans un projet DVFP

Les éléments de décision amenant à déployer un volet psychosocial dépendent des critères suivants :

- ▀ La nature de la crise (impactant notamment sur le type de traumatisme et le nombre de personnes touchées),
- ▀ La typologie des besoins des personnes,
- ▀ L'absence/la présence d'autres acteurs proposant ces services, et la nature de ces services si existants.

Ces trois éléments sont déterminants dans le choix de la mise en place, de tout ou partie, ou non de ce volet.

Quand intervenir ?

La plupart des situations d'urgence entraînent des bouleversements physiques et psychiques des personnes, des familles et impactent fortement les liens sociaux mais aussi les structures de soins préexistants. L'intervention doit avoir lieu le plus rapidement possible après la survenue de la crise, afin de prévenir une aggravation de la santé mentale des personnes affectées et/ou des liens sociaux.

Comment intervenir ?

La mise en œuvre du volet psychosocial s'appuie sur l'**identification du niveau de besoins et de services à soutenir ou à mettre en place** (services de besoins de base et de sécurité, services non spécialisés et services spécialisés). Le développement des activités (décrites précédemment) est ensuite conçu selon une double approche qui vise à orienter l'intervention à la fois vers les besoins spécifiques de la personne et l'amélioration de sa prise en compte dans son environnement global.

Quels moyens humains ?

Les activités sont menées par des **travailleurs psychosociaux** et des **animateurs**, dirigés par des **psychologues** responsables du volet et donc de la planification et de la mise en œuvre des activités. Les **conseillers techniques psychosociaux** sont en lien fonctionnel avec l'équipe et sont garants de la qualité de l'intervention ainsi que de sa « conformité » avec le mandat de l'organisation dans le champ de la santé mentale et du soutien psychosocial (le tout en lien étroit avec les Référents Techniques du siège).

Rôle des travailleurs psychosociaux :

- ▀ identifier les personnes vulnérables et leurs familles,
- ▀ leur proposer une intervention adaptée et personnalisée en s'appuyant sur les ressources de la personne et de son entourage familial et communautaire,
- ▀ faciliter le lien entre les acteurs de la communauté,
- ▀ participer aux réunions d'équipe et aux formations proposées par Handicap International,



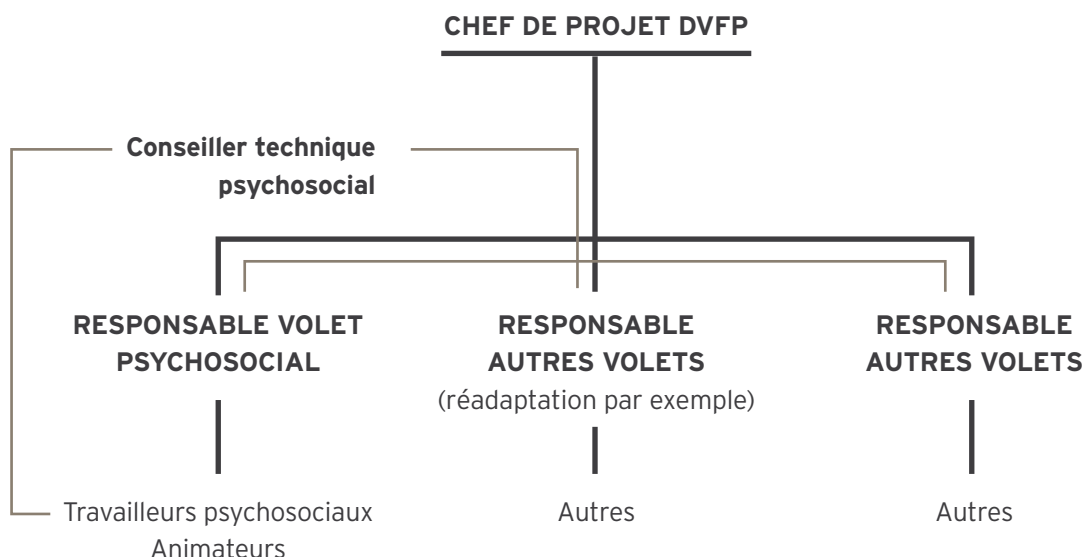
- assurer un suivi des rapports d'activités,
- mener les activités pré-définies et sur lesquelles ils auront été formés (animation de groupes de discussion, de groupes de parole, de groupes d'entraide communautaire, etc.).

Les travailleurs psychosociaux ont pour objectif de soutenir les capacités des individus, des familles et des communautés à faire face à la situation. Leur travail s'ancre dans la restauration du lien social comme facteur de soutien des individus. Ils travaillent sur les **interactions entre les dimensions émotionnelles et sociales des individus affectés par une crise.**

Exemple d'organigramme en lien avec un dispositif DVFP

(À mettre en lien avec l'équipe du mécanisme IER)

— Lien hiérarchique — Lien fonctionnel



Le travail psychosocial implique que les équipes soient non seulement en prise dans une relation d'aide, mais également en proximité des affects des personnes qu'elles accompagnent, ce qui peut les renvoyer à des situations complexes impactant leur propres émotions et influençant leur pratique. Afin d'accompagner les travailleurs à garder un positionnement approprié dans la relation d'aide mais également à se protéger, il est nécessaire de mettre en place – en fonction des besoins et des contextes – une analyse de la pratique, et autant que possible une supervision clinique en complément de la supervision technique existante.

Axes d'intervention composant le volet Psychosocial

Voici ci-après une liste non exhaustive des activités à déployer potentiellement lors de la mise en œuvre d'un volet Psychosocial. Ces activités se rapportent aux différents niveaux de services devant répondre à différents niveaux de besoins, en lien avec des phases d'intervention différentes (temporalité par rapport au moment de la crise). Par ailleurs, il est important de noter que toutes les activités peuvent ne pas être intégrées au volet. En effet, cela dépend du contexte, de la situation et des services existants. La déclinaison par phase est ici une suggestion, car la stratégie et les activités à mettre en place vont dépendre de chaque situation.

Volet complémentaire Psychosocial au sein d'un dispositif DVFP

Niveaux	Activités	1 ^{er} mois (urgence aiguë)	2-6 mois (post- urgence)	+ 6 mois (relèvement précoce)
Services besoins de base et sécurité	Sensibilisation et diffusion d'information	✓	✓	✓
	Identification et accompagnement de la couverture des besoins de base	✓	✓	
	Kits protections et aménagement	✓	✓	✓
Services non spécialisés	Médiations familiales		✓	✓
	Groupe de discussion		✓	✓
	Groupe de parole		✓	✓
	Groupe de guidance parentale		✓	✓
	Formation des personnes ressources		✓	✓
	Espaces sûrs		✓	✓
	Premiers secours psychologiques	✓	✓	
Services spécialisés	Groupe d'entraide communautaire		✓	✓
	Réunion d'équipe pluridisciplinaire	✓	✓	✓
	Supervision clinique	✓	✓	✓
	Analyse de la pratique professionnelle		✓	✓
	Entretien individuel/familial	✓	✓	✓
	Accompagnement social personnalisé		✓	✓

Par ailleurs, il existe deux activités transversales primordiales qui s'inscrivent dans toutes les phases de l'urgence, dans le cœur du DVFP comme dans une interaction

avec l'ensemble des volets complémentaires éventuels : le référencement et le plaidoyer pour l'inclusion.



Activités transversales	Phase 1	Phase 2	Phase 3
Référencement	✓	✓	✓
Plaidoyer pour l'inclusion	✓	✓	✓

Suivi du projet et outils utilisés

Issu du « Pack Bénéficiaires », différents outils et formats permettent d'assurer un suivi optimal des personnes et des services rendus.

Fiches papier

- Fiche individuelle d'évaluation initiale et finale : situation précise de la personne et de son besoin en termes d'accompagnement psychosocial avant notre « intervention » et après cette dernière, afin de pouvoir évaluer l'effet de celle-ci,
- Fiche de suivi : plan d'action, fréquences des visites, compte rendu,
- Fiche de référencement,
- Fiche de décharge (à mettre en lien avec l'évaluation finale de situation individuelle).

Formats électroniques

- Base de données d'enregistrement des bénéficiaires,
- Onglet de suivi des services.

Stratégie de clôture ou de transition du volet Psychosocial

Dès la mise en place du volet complémentaire et des activités qu'il comprend, il est nécessaire de penser à l'impact de l'intervention. En effet, les personnes vulnérables sont souvent dépendantes et fragiles. La relation asymétrique entre « l'aidant »⁴⁵ (qui a le pouvoir d'aider) et le « bénéficiaire » peut renforcer cette dépendance, jusqu'à aggraver l'état psychologique initial de la personne si la relation de dépendance venait à s'arrêter brutalement. En cela, le passage nécessaire du statut d'aidé à celui d'acteur est un pas essentiel dans l'affranchissement vis-à-vis de cette dépendance.

Pour anticiper cette phase de sortie, il est recommandé :

- D'impliquer les « bénéficiaires » autant que possible dans l'élaboration, la mise en place et l'évaluation des activités de santé mentale et de soutien psychosocial. Cela leur permettra de s'approprier le projet et d'en devenir les « acteurs »,
- De donner des responsabilités de mise en œuvre et de suivi du projet à des personnes locales en capacité de le faire,
- D'être clair avec les personnes concernées sur la durée potentielle du projet et sur ses limites afin de faciliter la décharge ou le référencement externe.

Cadre international et références

- **Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence** (IASC, 2007) : www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_guidelines_french.pdf
- **Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Liste de contrôle à l'usage des acteurs de terrain** (IASC, 2007) : www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_checklist_french.pdf
- **Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence : ce que les acteurs de santé humanitaires doivent savoir** (IASC, 2010) : www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know_french.pdf
- **Les premiers secours psychologiques : Guide pour les acteurs de terrain** (OMS, 2011) : www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/index.html

Volet complémentaire Psychosocial au sein d'un dispositif DVFP

Infos complémentaires

- Guide méthodologique **Interventions psychosociales et de santé mentale en contextes d'urgence et de post-crise** (Handicap International, 2013) : www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/GM10Psychosocial.pdf
- Document cadre **Santé mentale en contextes de post crise et de développement** (Handicap International, 2011) : www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DC03_Sante_mentale.pdf
- Document de capitalisation **Accompagner les traumatismes individuels par le retissage des liens sociaux et communautaires : un exemple d'approche en santé mentale communautaire après le génocide des Tutsi au Rwanda** (Handicap International, 2009) : www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/CapiRwanda.pdf
- **Assessing mental health and psychosocial needs and resources : Toolkit for humanitarian settings** (OMS, 2012) : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76796/1/9789241548533_eng.pdf
- Outil **Who is Where, When, doing What (4Ws) in Mental Health and Psychosocial Support : Manual with Activity Codes** (IASC, 2012) : www.who.int/mental_health/publications/iasc_4ws.pdf
- **Autres outils d'évaluation :** <http://mhps.net/resources/assessment-monitoring-evaluation-and-research>



Volet complémentaire

Protection au sein d'un dispositif DVFP

Cette fiche n'a pas vocation à traiter du secteur Protection en urgence de manière globale, mais à développer les grandes lignes et les particularités des activités de protection au sein d'un dispositif DVFP.

Définition et objectifs du volet Protection

Définition

« Toutes les activités visant à assurer le plein respect des droits de la personne, conformément à la lettre et à l'esprit du droit pertinent, c'est-à-dire les droits de l'homme, le droit international humanitaire et le droit des réfugiés. Les organisations humanitaires et de défense des droits de l'homme doivent mener ces activités de manière impartiale (et non sur la base de la race, de l'origine nationale ou ethnique, de la langue ou du sexe)». ⁴⁶

Objectifs

« Pour Handicap International, protéger consiste à :

- **Prévenir les causes et les conséquences des violences et abus qui peuvent concerner une population donnée :**
 - en agissant sur les facteurs de risque (dont les causes) des violences et abus notamment liés au genre, à l'âge, au handicap,
 - en limitant les risques de violences dans les actions mises en œuvre,
 - en soutenant les acteurs porteurs de protection (personnes, familles, communautés, spécialistes, acteurs étatiques) interagissant dans un ou plusieurs systèmes donnés.
- **Soutenir les survivants de violence et d'abus par une prise en charge holistique de la personne (santé, psychologique, sociale, éducative, économique et juridique).**

Ces actions de protection sont souvent accompagnées par des actions de plaidoyer et de témoignages aux niveaux national et international. » ⁴⁷



Mémo Formes de violences

« On distingue les formes de violence suivantes sur lesquelles nous allons avoir une attention particulière (sans toutefois limiter nos actions de protection à ces seules formes de violence) :

- Les **violences liées au genre** : tout acte nuisible/préjudiciable perpétré contre le gré de quelqu'un, et qui est basé sur des différences socialement prescrites entre hommes et femmes.
- Les **violences liées à l'âge** : tout acte de violence perpétré contre le gré de quelqu'un, et qui est basé sur l'âge de la personne. Les violences à l'encontre des enfants et des personnes âgées font ici l'objet d'une attention particulière.
- Les **violences liées au handicap** : tout acte de violence perpétré sur une personne en raison de sa déficience ou de son incapacité.

Ces violences s'expriment par des agressions physiques, psychologiques, sexuelles, verbales, domestiques, par de la torture, des pratiques traditionnelles nuisibles, de la négligence, du harcèlement, de l'isolement, de l'exploitation, par le trafic de personnes, des discriminations socio-économiques, politiques, ou encore par la privation de liberté. Elles peuvent entraîner des **incapacités temporaires et/ou irréversibles, physiques et psychologiques, potentiellement génératrices de handicap ou pouvant mener à la mort.** » ⁴⁸

Volet complémentaire Protection au sein d'un dispositif DVFP

Populations cibles

- **Les femmes, les hommes, les filles et les garçons** affectés par la crise et victimes de violence, avec un regard attentif aux différentes situations de vulnérabilité, et en particulier à la situation de handicap, et une prise en compte des particularités de l'expression de la violence en fonction de caractéristiques de **genre**, d'**âge** et de **handicap**.
- Ainsi, **toute personne ayant besoin de protection et plus largement l'ensemble des populations vulnérabilisées**, et par conséquent à risque, sera potentiellement ciblée par nos interventions de protection (principalement de prévention, mais également de prise en charge indirecte essentiellement via le mécanisme IER).

Description sommaire des activités composant ce volet

Activités intégrées dans le mécanisme IER

- **Identifier** les personnes les plus vulnérables/à risque et les partenaires (juridiques, sociaux, etc.). Ici, il s'agira non seulement d'identifier les personnes à risque de violence, négligence, abus, mais également les personnes effectivement victimes de violence,
- **Évaluer** la situation des personnes (au sein des relais, dans les communautés, etc.), les typologies de besoin et de réponse potentielle, mais également l'urgence de cette réponse. Les problématiques de protection (à risque de violence ou violence avérée) nécessiteront de mettre en place un accompagnement encore plus personnalisé dans l'accès aux services que pour d'autres types de besoin,
- **Inform**er les personnes vulnérables des différents services accessibles,
- **Référer** en externe si les services sont déjà présents, et dans ce cas les soutenir et les protéger afin de garantir un accès aux services qui ne mette pas en situation de risque, ou référer en interne si les services n'existent pas.

Activités de de prévention et de réponse en protection

- **Surveiller, enquêter, partager** des informations sur les questions de protection,
- **Regrouper** les familles séparées au cours du déplacement (recherche et réunification familiale),
- **Donner les moyens/renforcer les capacités d'action et d'autoprotection** des personnes les plus vulnérables,
- **Former/sensibiliser** les autorités étatiques et non étatiques aux droits (communautés)
- **Mener un plaidoyer**.

Ces activités peuvent passer par des distributions de kits Protection, des entretiens individuels/familiaux, de la médiation familiale, de la sensibilisation, la création d'Espaces Sûrs ou la mise en place et l'animation de groupes de parole.

Positionnement de Handicap International sur cette thématique

Le volet Protection au sein du positionnement global de Handicap International

La protection contre les violences est une problématique transversale qui concerne l'ensemble des projets de Handicap International. La protection des populations vulnérables est mentionnée dans la stratégie fédérale pluriannuelle (2011–2015) comme étant une priorité de l'organisation, particulièrement dans les situations d'urgence où les enjeux de protection contre les violences et l'exploitation sont élevés. Depuis 1990, Handicap International répond directement aux problématiques de protection de l'enfant dans plusieurs pays (Algérie, Roumanie, Haïti, Pakistan) et de violences liées au genre (Éthiopie, Cambodge, Burundi, Côte d'Ivoire, Kenya, Rwanda et Madagascar) à travers des projets mis en œuvre en contextes d'urgence, de post-crisis et de développement.



Le volet Protection au sein du dispositif DVFP pour atteindre les plus vulnérables

Dans le cadre d'une urgence, des situations de violence contre les personnes peuvent s'être développées et perdurer, notamment dans un environnement déstructuré par la crise. Dans ce cadre-là, nos actions de protection visent à :

- **Accompagner les personnes victimes de violences ou de menaces de violence, d'exploitations et d'abus**, que ces personnes soient des femmes, des hommes, des filles ou des garçons, en ayant un regard attentif aux différentes situations de vulnérabilité, en particulier à la situation de handicap. Ceci soit à travers le mécanisme IER soit à travers un mécanisme similaire de mise en lien et d'accompagnement personnalisé vers les services à l'intérieur du volet complémentaire Protection,
- **Prévenir les violences** (à travers le volet complémentaire Protection si nécessaire) **et prévenir leurs conséquences invalidantes** (notamment à travers le lien avec des services externes et/ou les volets complémentaires Psychosocial et/ou Réadaptation physique et fonctionnelle en fonction des besoins).

Mise en œuvre du volet Protection dans un projet DVFP

Les éléments de décision amenant à déployer un volet Protection

Le manque d'accès aux services, les déplacements, les violences perpétrées en situation de crise peuvent entraîner des incapacités temporaires et/ou irréversibles, physiques et psychologiques, potentiellement génératrices de handicap ou pouvant mener à la mort. L'augmentation et l'aggravation des violences contre les personnes, de leur niveau de vulnérabilité et de dépendance sont des indicateurs de la nécessité de mettre en œuvre un volet Protection dès le début du projet.

Quand intervenir ?

Si le besoin est identifié, l'intervention doit avoir lieu le plus rapidement possible après la survenue de la crise, afin de :

- **Prévenir les causes des violences :** il s'agit de réduire les facteurs de risque à travers des actions de prévention,
- **Prévenir les conséquences des violences**, notamment les incapacités potentielles (incapacités physiques, psychosociales, psychiques, etc.).

Quels moyens humains ?

- Les activités sont menées par des **agents de protection ou travailleurs sociaux** formés, supervisés par le responsable du volet en charge de la planification et la mise en œuvre des activités. Il peut également y avoir un assistant de protection (psychologue de formation) vers qui sont référés les cas plus sensibles/complexes pour évaluation.
- **Rôle des agents de protection :** identifier les personnes à risque de violation des principes de protection et/ou actuellement victimes ; évaluer les besoins en protection et participer à l'établissement du plan d'action en fonction des besoins identifiés ; référer les personnes vers les équipes des autres volets ou partenaires externes en assurant un accompagnement particulier des bénéficiaires vers les différents services dont ils ont besoin ; sensibiliser, distribuer des kits de protection en cas de besoin.

Axes d'intervention composant le volet Protection

En phase d'urgence, le volet protection est largement axé autour d'actions⁴⁹ de prévention et de réponse à travers le référencement. Le mécanisme de référencement s'inscrit dans le cadre du dispositif DVFP, mais avec des modalités spécifiques de suivi/accompagnement afin de garantir le maximum de confidentialité et de protection. Enfin, les activités Protection sont très liées aux activités des autres volets, notamment les volets Psychosocial et Réadaptation, dans l'objectif de prévenir les conséquences éventuelles de violences (prévention des incapacités de long terme pour les victimes).

Volet complémentaire Protection au sein d'un dispositif DVFP

Niveaux	Activités	Premier mois (Urgence aiguë)	2 – 6 mois (Post-urgence)	+ 6 mois (Relèvement précoce)	
Services de base et sécurité	Sensibilisation et diffusion d'information	✓	✓	✓	
	Identification et accompagnement de la couverture des besoins de base	✓	✓		
	Plaidoyer	✓	✓	✓	
	Kits protections et aménagements	✓	✓	✓	
Services non spécialisés	Formation des personnes ressources		✓	✓	
	Espaces sûrs		✓	✓	
	Référencement	✓	✓	✓	
	Réunion d'équipe pluridisciplinaire	✓	✓	✓	
	Analyse de la pratique		✓	✓	
	Activités mises en place dans le volet Psychosocial pour les victimes de violence				
	Groupe de discussion		✓	✓	
	Entretien individuel/familial	✓	✓	✓	
Accompagnement social personnalisé		✓	✓		

Par ailleurs, il existe deux activités transversales primordiales qui s'inscrivent à chaque niveau de l'intervention et

aux diverses phases de l'urgence : le référencement et le plaidoyer pour l'inclusion.

Activités transversales	Phase 1	Phase 2	Phase 3
Référencement	✓	✓	✓
Plaidoyer pour l'inclusion	✓	✓	✓



Cependant, le contenu de ces activités va être spécifique en phase de post-urgence. Les activités relatives à la **promotion des capacités d'autoprotection des individus et des communautés** pouvant être mises en place en phase de post-urgence sont :

- ─ Identification et sollicitation des personnes et groupes ressources existants pouvant jouer un rôle important dans la communauté,
- ─ Identification et compréhension des mécanismes d'autoprotection et de résilience (*coping mechanisms*) préexistants à la crise,
- ─ Compréhension des changements de la dynamique sociale pouvant augmenter le risque de violence (en collaboration avec les acteurs de la communauté),
- ─ Accompagnement de la restauration et/ou de la mise en place de mécanismes « protecteurs » respectueux de la culture, réduisant les risques de violence,
- ─ Animation de groupes de discussion dans la communauté autour de différentes thématiques sur les relations de pouvoir (homme/femme ; adulte/enfant ; personne handicapée/adulte/enfant) et leurs changements suite à la crise,
- ─ Action de sensibilisation à travers des émissions de radio/télé sur les causes et les conséquences des risques de violences sur les personnes vulnérables, en lien avec la crise,
- ─ Mise en place d'espaces sûrs amis des enfants (Child Friendly Spaces) ou d'autres espaces sécurisant pour les personnes particulièrement à risque,
- ─ Sensibilisation des enfants, parents, enseignants, animateurs et autres tuteurs sur les risques de violence dans les écoles ou dans les structures scolaires provisoires,
- ─ Identification et/ou accompagnement de système de rapports et de prise en charge des problématiques de protection (risques et violences avérées) dans et autour des écoles,
- ─ Formation des enseignants et animateurs à l'identification et à l'accompagnement des enfants victimes de violence, en particulier les enfants handicapés.

Enfin, il est important de noter qu'une politique institutionnelle de lutte contre les violences et abus sexuels a été diffusée sur l'ensemble des programmes Handicap International en février 2012, et doit s'accompagner sur tous les terrains (et tout type de projets) de systèmes de *reporting* et de réponse en cas de non-respect et/ou d'abus.

Suivi du projet et outils utilisés

Issu du « Pack Bénéficiaires », différents outils/formats permettent d'assurer un suivi optimal des personnes et des services rendus.

Fiches papier

- ─ Fiches individuelles d'évaluation initiale et finale : situation précise de la personne et de son besoin en termes de protection, mise en lumière de facteurs de risque potentiel (à la fois des facteurs personnels notamment en lien avec l'âge, le genre et les capacités/incapacités, mais aussi avec des facteurs environnementaux tels que l'isolement, le fait d'être chef de ménage, etc.).
- ─ Fiche de suivi : plan d'action, fréquences des visites, compte rendu.
- ─ Fiche de référencement.
- ─ Fiche de décharge.

Formats électroniques

- ─ Base de données d'enregistrement des bénéficiaires,
- ─ Onglet de suivi des services.

Dans le cadre de la mise en place d'un **système de suivi et d'évaluation**, et dans le but d'analyser et d'évaluer la prise en compte de la thématique Protection et d'apporter des recommandations pour réduire les risques de violence au sein de ces mêmes projets⁵⁰, on sera attentif aux points suivants :

- ─ L'identification des risques de protection existant dans les différentes activités mises en place au sein du DVFP,
- ─ La définition des types d'informations nécessaires pour assurer une surveillance des risques de protection associés aux différents projets.

Volet complémentaire Protection au sein d'un dispositif DVFP

Stratégie de clôture ou de transition du volet Protection

Dès la mise en place du volet et des activités qu'il comprend, il est nécessaire de penser aux limites de l'intervention et des activités proposées. Les indicateurs de sortie doivent être définis en début de projet.

Pour anticiper cette phase de sortie, il est recommandé de :

- Donner des responsabilités de mise en œuvre et de suivi du projet à des personnes locales en capacité de le faire (notamment leur capacité de non-discrimination, leur neutralité, etc.),
- Être clair avec les personnes concernées sur la durée potentielle du projet afin de faciliter la décharge ou le référencement externe,
- Centrer nos actions sur le renforcement des capacités d'autoprotection des personnes les plus vulnérables et les capacités des communautés à protéger les personnes les plus à risque.

Enfin, pour mener la réflexion sur la stratégie de sortie, on envisage essentiellement ces trois questions (pour chaque activité du volet) :

- Le besoin est-il permanent ? Récurrent ?
- Le service pourrait-il être pérenne ? Si oui, de quelle manière ?
- Est-il possible de transférer les services aux autres projets de Handicap International dans la zone ou à des services externes (nationaux ou internationaux) ?

Cadre international et références

- **Rapport mondial sur la violence et la santé** (Organisation mondiale de la Santé, 2002) : www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf
- **Standards minimums pour la protection de l'enfance dans l'intervention humanitaire** (Groupe de travail sur la protection de l'enfance – GTPE – 2012) : <http://cpwg.net/minimum-standards/ms-resources>

Infos complémentaires

- **Mission, champ d'action, principes d'interventions et identité visuelle** (Handicap International, 2010).
- **Strengthening Protection in War : A Search for Professional Standards** (CICR, 2001).
- **Standards professionnels pour les activités de protection menées par les organisations humanitaires et de défense des droits de l'homme lors de conflits armés et d'autres situations de violence** (CICR, 2013) : www.icrc.org/fre/assets/files/other/icrc-001-0999.pdf
- **Protection des bénéficiaires contre l'exploitation et les abus sexuels** (Handicap International, 2011).
- Note d'orientation **Protection contre les violences liées au genre, à l'âge et au handicap en contextes d'urgence et de développement** (Handicap International, 2014) : www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/N003Protection.pdf



Volet complémentaire

Moyens d'Existence

en Urgence au sein

d'un dispositif DVFP

Cette fiche n'a pas vocation à traiter des moyens d'existence en urgence de manière globale, mais à développer les grandes lignes et les particularités de ces activités au sein d'un dispositif DVFP.

Définition et objectifs du volet Moyens d'existence en urgence

Définition

Couverture des besoins de base essentiels à la survie d'un ménage. Cette assistance peut être mise en place grâce une distribution en nature ou via des méthodes d'assistance monétaire.

Objectifs

- Contribuer à réduire la mortalité et la morbidité des familles/personnes affectées,
- Prévenir et/ou réduire la vulnérabilité des familles ou individus bénéficiaires.

Populations cibles

- Personnes ou familles vulnérables n'ayant pas ou peu d'accès aux articles ménagers essentiels (AME),
- Populations ou familles vulnérables ayant des ressources économiques insuffisantes pour subvenir à leurs besoins de base,
- Personnes ou foyers vulnérables ayant des besoins spécifiques en lien avec les articles ménagers essentiels.

Description sommaire des activités composant ce volet

Activités en lien avec le mécanisme IER

- Identifications externes (hôpitaux, centres communautaires, organisations partenaires...),
- Évaluation, bilan, diagnostic multisectoriel des personnes/familles bénéficiaires,
- Références externes auprès des acteurs du secteur AME ou mise en place d'un volet de réponse opérationnel.

Activités de réponse Moyens d'existence en urgence

- Fourniture d'AME ou assistance monétaire (par transfert d'argent ou par coupons) auprès des populations ciblées,
- Formation/sensibilisation à l'utilisation des articles distribués,
- Suivi et monitoring des activités.

Positionnement de Handicap International sur cette thématique

Le volet Moyens d'existence en urgence au sein du positionnement global de Handicap International

Ce volet s'inscrit dans le positionnement de Handicap International de réponse aux besoins des populations affectées par des crises, puisque Handicap International a vocation à :

- Apporter une réponse adéquate aux victimes de catastrophes naturelles et situations de conflit, partout dans le monde et autant que possible dans les 72 heures,
- Fournir une assistance aux groupes vulnérables (réfugiés, personnes déplacées, personnes blessées, personnes âgées, enfants, familles nombreuses isolées, etc.) touchés par une crise. Au sein des groupes vulnérables, Handicap International cible en particulier les personnes handicapées et répond à leurs besoins de base et besoins spécifiques.

Volet complémentaire Moyens d'Existence en Urgence au sein d'un dispositif DVFP

Le volet Moyens d'existence en urgence au sein du dispositif DVFP pour atteindre les plus vulnérables

Le dispositif DVFP est la stratégie de réponse préférentielle de Handicap International pour identifier les besoins urgents et répondre aux besoins non couverts, que ce soit par des distributions en nature (articles en kit) ou par des méthodes d'assistance monétaire (transfert d'argent ou coupons).

Les personnes vulnérables et particulièrement les personnes à mobilité réduite sont moins visibles dans les contextes d'urgence. Via le mécanisme d'identification individuel (mécanisme IER) mis en place au sein du dispositif DVFP, les équipes de Handicap International évaluent les besoins de base non couverts de ces personnes vulnérables et y répondent directement ou via des référencement vers d'autres acteurs. Cette intervention permet aux personnes ou familles bénéficiaires non seulement de subvenir à leurs besoins de survie de base (un abri, un contenant pour cuisiner ou pour aller chercher de l'eau, une couverture pour se protéger du froid, etc.), mais aussi de pouvoir concentrer leurs ressources sur d'autres besoins. Si la réponse aux besoins de base d'une majeure partie de la population n'est pas couverte, l'intervention choisie sera la mise en place d'un projet à part entière et non pas d'un volet complémentaire DVFP complétant uniquement les besoins non couverts.

Mise en œuvre du volet Moyens d'existence en urgence dans un projet DVFP

Les éléments de décision amenant à déployer un volet Moyens d'existence en urgence dépendent des critères suivants :

- ▀ Le nombre de personnes répondant aux critères de la population cible de ce volet,
- ▀ L'absence d'autres acteurs proposant ces services,
- ▀ L'absence ou l'insuffisance de couverture adaptée aux besoins spécifiques des personnes vulnérables.

Quand intervenir ?

L'intervention doit avoir lieu le plus rapidement possible étant donné la nécessité de répondre aux besoins de base des personnes bénéficiaires immédiatement après la crise, afin d'éviter une aggravation de la situation de ces personnes. Cette intervention peut être réitérée par la suite en fonction des besoins des populations et de leur couverture (saison, afflux de nouveaux bénéficiaires...).

Quels liens avec les autres composantes du DVFP ?

En phase de démarrage particulièrement, mais aussi tout au long du projet, le volet Moyens d'existence en urgence nécessite une forte coordination en interne avec le chef de projet DVFP : ce dernier est le garant du lien entre le mécanisme IER, les volets complémentaires et les partenaires. De manière générale et pour éviter les duplications de visites auprès du bénéficiaire, les équipes du volet Moyens d'existence en urgence doivent se coordonner avec les équipes des autres volets opérationnels afin d'être un soutien cohérent et aussi complet que possible.

Les liens avec les autres départements de Handicap International

Le volet Moyens d'existence en urgence peut exiger des implications logistiques et administratives importantes qui doivent être anticipées. Ainsi, si l'on effectue une distribution d'AME, la composante logistique de l'intervention est particulièrement forte : une fois la stratégie d'intervention élaborée, le lien avec le service logistique doit être renforcé, ceci afin de définir le plan d'approvisionnement (qualité, quantité, délais). Idéalement, le projet tournera avec un stock dédié réapprovisionné de manière régulière en fonction des seuils d'alerte.

À l'inverse, si l'on met en place un projet de transfert d'argent ou d'assistance par coupons (foire ou marché ouvert), c'est la composante administrative et financière qui est particulièrement présente : les équipes du volet Moyens d'existence en urgence doivent anticiper les questions administratives



(contrat avec la banque notamment) et travailler étroitement avec les équipes administratives.

Quelles ressources humaines pour le volet Moyens d'existence en urgence ?

En fonction des besoins, les distributions pourront être effectuées par les travailleurs sociaux des équipes IER, ou via du personnel recruté, formé et dédié à ce volet.

Si le volume d'activité nécessite une équipe spécifique pour la distribution, et considérant que le processus IER est fait en amont via les équipes de travailleurs sociaux, les responsabilités des équipiers en charge des distributions en porte-à-porte seront :

- **Responsable de volet** : planifie les distributions et organise en lien avec la logistique les ressources nécessaires au bon déroulement du volet,
- **Agents distributeurs** : distribuent les kits/articles auprès de chaque famille, font signer les documents de don,
- **Agents sensibilisateurs** : s'occupent de sensibiliser les familles sur l'objet de la distribution et sur la bonne utilisation des articles distribués.

Axes d'intervention composant le volet Moyens d'existence en urgence

L'objectif du volet Moyens d'existence en urgence étant la réponse aux besoins en articles ménagers essentiels des personnes vulnérables, l'intervention peut se faire soit par la distribution de kits/articles, soit par la distribution de coupons à échanger contre des articles auprès des vendeurs locaux, soit par le transfert d'argent.

La distribution directe d'AME demeure la méthode d'intervention la plus fréquente, notamment afin de proposer une réponse rapide et ciblée sur les besoins identifiés. Idéalement, celle-ci se fait via la distribution de kits. Cependant, afin de couvrir des besoins non couverts liés à certaines vulnérabilités, il est possible d'offrir un service ajusté et spécifique (distribution d'articles). Le **mode de distribution** d'articles ménagers dans un projet DVFP se veut donc **ciblé** en fonction des

résultats d'une évaluation initiale et **adapté** aux besoins non couverts (kits standards, spécifiques ou articles séparés).

Dans le cadre du DVFP, la **méthode de distribution** directe choisie est la distribution **porte-à-porte** plutôt qu'une distribution dans un espace communautaire dédié (école, terrain...), ceci afin d'assurer une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des personnes à mobilité réduite notamment⁵¹. Au contraire d'une distribution systématique, elle ne nécessite donc pas de réquisition d'un site de distribution spécifique. Les équipes de distributions passent dans chacune des maisons/tentes des bénéficiaires pour leur fournir le kit/les articles et les informations nécessaires à leur bonne utilisation. La liste ci-dessous⁵² reprend les types de kits concernés par ce volet, et leurs articles respectifs :

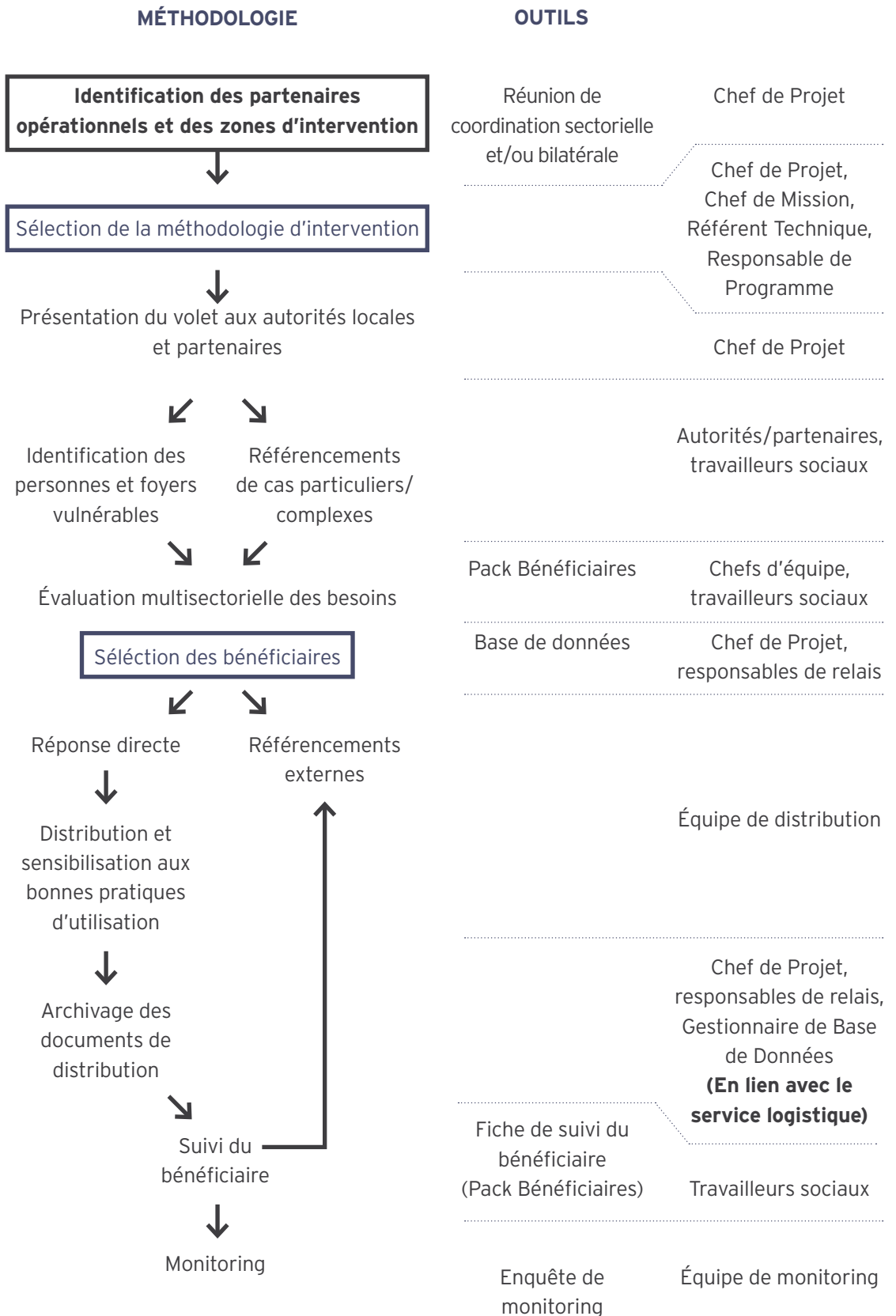
- **Kits cuisine** : ustensiles de cuisine, marmites/casseroles, couverts, gobelets, récipients,
- **Kits hygiène** : serviette de toilette, savon d'hygiène corporelle, savon de ménage, bassines, rasoir, articles d'hygiène féminine, couches, papier toilette,
- **Kits linge** : linges de corps (attention aux tailles et au genre), vêtements chauds,
- **Kits hiver/isolation/habitat** : bâches, tentes, cordes, moquette,
- **Kits literie** : matelas en mousse, natte, draps, oreillers, couvertures.

En parallèle à la distribution des kits, les équipes passent des **messages d'information** et de **sensibilisation adaptés à tous** sur la bonne utilisation des articles fournis (comme par exemple la bonne utilisation de l'Aquatabs⁵³, d'une moustiquaire, etc.). Les messages de sensibilisation seront non seulement passés de manière orale, mais également de manière écrite à l'aide de dessins explicites.

Suivi du projet et outils utilisés

Le tableau suivant résume les étapes de mise en œuvre d'un volet Moyens d'existence en urgence et les outils et processus associés à chaque étape :

Volet complémentaire Moyens d'Existence en Urgence au sein d'un dispositif DVFP



Stratégie de clôture ou de transition du volet Moyens d'existence en urgence

Dès la mise en place du volet complémentaire et des activités qu'il comprend, il est indispensable de réfléchir à la stratégie de sortie. Les indicateurs de sortie doivent être définis en début de projet.

Pour mener cette réflexion, on envisage essentiellement ces trois questions (pour chaque activité du volet) :

- ▀ Le besoin est-il permanent ? Récurrent ?
- ▀ Le service pourrait-il être pérenne ?
Si oui, de quelle manière ?
- ▀ Est-il possible de transférer les services aux autres projets de Handicap International dans la zone ou à des services externes (nationaux ou internationaux) ?

Cadre international et références

- ▀ Le manuel Sphère **La charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire** (Projet Sphère, 2011) : www.spherehandbook.org/fr
- ▀ **Manuel des situations d'urgence** (UNHCR, 2001) : www.refworld.org/pdfid/3deddf654.pdf

Exemple d'un cadre logique simplifié d'un projet DVFP⁵⁴

Titre de l'action

Intervention d'urgence en réponse aux besoins immédiats des personnes vulnérables affectées par la crise

Objectif principal

Améliorer l'accès aux services de base et la capacité de résilience des personnes vulnérables affectées par la crise

Logique d'intervention	Indicateurs vérifiables	Sources de vérification	Risques et hypothèses
Objectif spécifique Assurer une réponse rapide aux besoins immédiats, de base et spécifiques, des populations vulnérables affectées par la crise			
Résultat 1 Les personnes vulnérables affectées par la crise, leur famille et leurs familles d'accueil voient la couverture de leurs besoins immédiats améliorée, via un dispositif d'information et de référencement adapté	80 % des personnes identifiées par Handicap International sont référées vers des services existants (internes à Handicap International ou externes) 70 % des personnes référées ont reçu au moins un des services pour lequel leur référencement a été effectué	Base de données	Les services identifiés dans le cadre des évaluations dans la zone X cessent d'être fonctionnels L'espace humanitaire est préservé
Résultat 2 Les personnes vulnérables affectées par la crise, leur famille et leurs familles d'accueil voient leur niveau de vulnérabilité réduit et sont plus à même de faire face à la situation, via la réponse directe à leurs besoins spécifiques	70 % des personnes assistant à des groupes de soutien psychosocial montrent des améliorations au niveau du bien-être émotionnel 85 % des personnes vulnérables ayant reçu une aide directe améliorent leur indépendance	<ul style="list-style-type: none"> • Fiches d'évaluations individuelles • Base de données • Liste de présence • Dossier des bénéficiaires 	



FICHE D'ÉVALUATION VULNÉRABILITÉ

N° Enregistré BDD

Individuel ID # : _____

Foyer ID # : _____

INFORMATION SUR L'ÉVALUATION

1. **Date :** _____
2. **Lieu de l'évaluation :** _____

3. **Évaluateurs** (nom et poste)
 - A. _____

 - B. _____

4. **Lieu de la première évaluation**
 - Communauté
 - Site de regroupement _____

 - Relais DVFP _____

 - Autre _____

5. **Modalités d'identification**
 - Direct HI** (le bénéficiaire est identifié directement par l'équipe d'HI)
 - Auto identification**
 - Après d'un point focal
 - Après de l'équipe mobile
 - Par la Hotline
 - Liste de la communauté
 - Référé par**
 - ONG _____
 - Service de santé _____
 - Point focal _____
 - Autre _____

INFORMATIONS GÉNÉRALES

6. **Nom complet du chef de famille :**

7. **Téléphone :** _____
8. **Évaluation famille**
 Évaluation individuelle
9. **Si évaluation individuelle, nom complet de la personne** _____

10. **Lieu de vie** actuel de la famille :

 - A. Cercle :
 - B. Commune :
 - C. Village/quartier :
11. **Si famille/personne déplacée,** précisez le lieu de vie d'origine

 - A. Région :
 - B. Cercle :
 - C. Commune :
12. **Nombre de personnes dans la famille :**

	Femme	Homme
0-5 ans	12a	12b
6-12 ans	12c	12d
12-18 ans	12e	12f
19-60 ans	12g	12h
> 60 ans	12i	12j
13. **Nombre de personnes :**
 - Blessée :
 - Handicapée :
 - Malade chronique :
 - Enceinte de plus de 7 mois :
 - Allaitante :
14. **A. Nombre total de familles** vivant dans le même foyer/logement :

 - B. Si famille d'accueil,** nombre de personnes déplacées internes accueillies :

15. **Statut de la famille :** Déplacée
 D'accueil Retournée Autre
16. **Hébergement**
 - Propriétaire En famille d'accueil
 - Locataire Hébergé gratuitement
 - Pas d'abri

ACCÈS AUX SERVICES

TYPE DE BESOIN		Si l'accès n'est pas complètement satisfaisant (0, 1 ou 2), indiquez la nature de l'obstacle (se référer à la grille de cotation – voir DAU)							
		INDISPONIBILITÉ		INACCESSIBILITÉ			ENVIRONNEMENT DÉFAVORABLE		
SERVICES DE BASE CONCERNANT TOUT LE MONDE		Absence du service	Défaillance du service	Défaut d'information	Problème d'accès physique	Barrières financières	Absence de soutien communautaire	Exclusion	Difficultés liées à la crise ?
NOURRITURE	17. <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	17a. <input type="checkbox"/>	17b. <input type="checkbox"/>	17c. <input type="checkbox"/>	17d. <input type="checkbox"/>	17e. <input type="checkbox"/>	17f. <input type="checkbox"/>	17g. <input type="checkbox"/>	17h. <input type="checkbox"/>
SANTÉ	18. <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	18a. <input type="checkbox"/>	18b. <input type="checkbox"/>	18c. <input type="checkbox"/>	18d. <input type="checkbox"/>	18e. <input type="checkbox"/>	18f. <input type="checkbox"/>	18g. <input type="checkbox"/>	18h. <input type="checkbox"/>
ABRI/HABITAT	19. <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	19a. <input type="checkbox"/>	19b. <input type="checkbox"/>	19c. <input type="checkbox"/>	19d. <input type="checkbox"/>	19e. <input type="checkbox"/>	19f. <input type="checkbox"/>	19g. <input type="checkbox"/>	19h. <input type="checkbox"/>
EAU POTABLE	20. <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	20a. <input type="checkbox"/>	20b. <input type="checkbox"/>	20c. <input type="checkbox"/>	20d. <input type="checkbox"/>	20e. <input type="checkbox"/>	20f. <input type="checkbox"/>	20g. <input type="checkbox"/>	20h. <input type="checkbox"/>
WC/HYGIÈNE	21. <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	21a. <input type="checkbox"/>	21b. <input type="checkbox"/>	21c. <input type="checkbox"/>	21d. <input type="checkbox"/>	21e. <input type="checkbox"/>	21f. <input type="checkbox"/>	21g. <input type="checkbox"/>	21h. <input type="checkbox"/>
PROTECTION	22. <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	22a. <input type="checkbox"/>	22b. <input type="checkbox"/>	22c. <input type="checkbox"/>	22d. <input type="checkbox"/>	22e. <input type="checkbox"/>	22f. <input type="checkbox"/>	22g. <input type="checkbox"/>	22h. <input type="checkbox"/>
ÉDUCATION (enfant seulement)	23. <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	23a. <input type="checkbox"/>	23b. <input type="checkbox"/>	23c. <input type="checkbox"/>	23d. <input type="checkbox"/>	23e. <input type="checkbox"/>	23f. <input type="checkbox"/>	23g. <input type="checkbox"/>	23h. <input type="checkbox"/>
SCORING TOTAL 24.		25. La famille a-t-elle une source de revenus ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				26. Si oui, quel type de revenus ? <input type="checkbox"/> chantiers <input type="checkbox"/> agricole <input type="checkbox"/> commerce <input type="checkbox"/> artisanat <input type="checkbox"/> élevage <input type="checkbox"/> pêche <input type="checkbox"/> aide humanitaire <input type="checkbox"/> autre			
		27. La famille a-t-elle été enregistrée comme déplacée auprès des autorités compétentes ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non							
SERVICES CONCERNANT LES BESOINS SPÉCIFIQUES		Absence du service	Défaillance du service	Défaut d'information	Problème d'accès physique	Barrières financières	Absence de soutien communautaire	Exclusion	Difficultés liées à la crise ?
RÉADAPTATION	28. <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	28a. <input type="checkbox"/>	28b. <input type="checkbox"/>	28c. <input type="checkbox"/>	28d. <input type="checkbox"/>	28e. <input type="checkbox"/>	28f. <input type="checkbox"/>	28g. <input type="checkbox"/>	28h. <input type="checkbox"/>
PSYCHOSOCIAL	29. <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	29a. <input type="checkbox"/>	29b. <input type="checkbox"/>	29c. <input type="checkbox"/>	29d. <input type="checkbox"/>	29e. <input type="checkbox"/>	29f. <input type="checkbox"/>	29g. <input type="checkbox"/>	29h. <input type="checkbox"/>
AUTRE	30. <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	30a. <input type="checkbox"/>	30b. <input type="checkbox"/>	30c. <input type="checkbox"/>	30d. <input type="checkbox"/>	30e. <input type="checkbox"/>	30f. <input type="checkbox"/>	30g. <input type="checkbox"/>	30h. <input type="checkbox"/>



98

Vulnérabilité face à l'accès aux services = Scoring total ≤ 14 + au moins 2 besoins de base < 2 ou au moins 1 besoin spécifique < 2 . oui non

Commentaires

Donner des détails sur les obstacles et les difficultés

Besoins identifiés

Donner des détails sur les besoins de la famille et de la personne concernée par les besoins spécifiques

FACTEURS PERSONNELS

31. Facteurs relatifs à l'âge et au genre

A. Sexe : Femme Homme

B. Âge : _____ ans

32. Facteurs relatifs aux limitations

fonctionnelles

A. Personne blessée

B. Personne handicapée

C. Personne âgée (> 60 ans)

D. Personne ayant une maladie chronique

E. Femme enceinte de plus de 7 mois

33. Facteurs relatifs aux aspects sociaux/isolement

A. Célibataire/isolé(e)
(sans soutien familial)

B. Chef de famille

C. Personne à risque de discrimination (ex. ethnie)

34. Facteurs relatifs à l'expérience vécue

Suspecté Vérifié

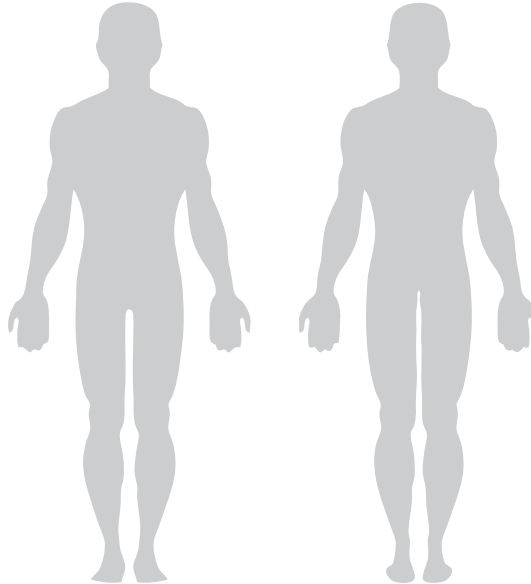
A. Victime d'exaction/violence

B. Victime de VLG

C. Témoin d'événement trauma.

D. Autre problème de protection

39. Problème physique/ Partie du corps affectée



Fracture

Blessure/plaie

Malformation/Déformation

AVC/cérébrolésé

Amputation

Paralyse liée au système nerveux central (sauf médullaire)

Paralyse liée au système nerveux périphérique

Paralyse liée à une atteinte de la colonne vertébrale

Autre

40. Origine du problème

De naissance

Maladie

Âge

Explosion/bombe

Mine/REG

Arme à feu/balle

Accident

Agression

Autre (précisez)

41. Au moins une incapacité liée à la crise ?

Oui Non

Date de survenue :

INCAPACITÉS

(Plusieurs choix possibles)

35. Incapacité physique/sensorielle/cognitive

Partielle Complète

A. Se mouvoir

B. Voir

C. Entendre

D. Parler

E. Apprendre

36. Difficultés santé mentale

A. Contrôler ses émotions

B. Prendre soin de soi

C. Relation avec autrui

37. Depuis quand ? Récent Long terme

38. Perception

Conscient de la réalité

Partiellement ou totalement

déconnecté de la réalité

ÉVALUATION INDÉPENDANCE FONCTIONNELLE (Si Présence d'une limitation fonctionnelle)

42. Niveau de réalisation des activités

- 0 Réalise l'activité seul sans difficulté
1 Réalise l'activité seul avec difficulté
2 Ne peut pas réaliser l'activité seul
- A. ___ Se laver
B. ___ S'habiller
C. ___ Manger/boire
D. ___ Aller aux toilettes/latrine
E. ___ Se déplacer à l'intérieur
F. ___ Se déplacer sur une longue distance
G. ___ Communiquer
H. ___ Act. Familiale/communautaire
I. ___ Jouer (pour les enfants)

43. Informations sur l'aidant ou les aidants

- A. Relation avec la personne :
 membre de la famille voisin ami
- B. Besoins de former/conseiller l'aidant ou les aidants ?
Oui Non

44. Environnement physique et lieu de vie

- A. Y a-t-il des obstacles aux déplacements sur le lieu de vie ?
Oui Non
- B. Y a-t-il des aménagements simples à envisager ?
Oui (précisez) Non

ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE

(si changement de comportement depuis le début de la crise)

45. Ce qui a changé dernièrement

- A. Sommeil
 Pas de difficulté Difficultés Insupportable
- B. Concentration
 Pas de difficulté Difficultés Insupportable
- C. Participation aux activités
 Pas de difficulté Difficultés Insupportable

46. Sentiments/peurs

(pas du tout, un peu, très souvent)

- A. Isolement
- B. Tristesse
- C. Honte/culpabilité
- D. Persécution
- E. De se retrouver seul
- F. Séparation de sa famille
- G. Autres craintes (Précisez)
- H. Pleurs incontrôlés
- I. Comportement agressif
- J. En danger dans la famille
- K. En danger
dans la communauté

47. Observations de l'évaluateur

- A. Apparence/présentation
 Pertinent, approprié Non pertinent, inapproprié
- B. Discours
 Pertinent, approprié Non pertinent, inapproprié
- C. Comportement
 Pertinent, approprié Non pertinent, inapproprié

48. Comment décrivez-vous vos relations sociales ?

- Bonnes/riches Moyennes/limitées
 Pauvres/inexistantes

49. Nuisance potentielle pour lui-même ou pour autrui

- Pas de risque identifié
 Peut potentiellement se faire du mal
 Peut potentiellement faire du mal à autrui

Si nuisance potentielle : référer immédiatement

50. CAS PRIORITAIRE

51. Référencement :

- A. Interne
 famille
 individuel
- B. Externe
 famille
 individuel
 pas de référencement



RÉCAPITULATIF DES BESOINS

INFORMATION/ORIENTATION RÉFÉRENCIEMENT

Information sur les services

À quel sujet ?

**Référencement à un service
de Protection**

Quelle organisation ou quel service ?

Dans quel but ?

Référencement à un service de Santé

Quelle organisation ou quel service ?

Dans quel but ?

**Référencement à un service Santé
mentale/Psychosocial**

Quelle organisation ou quel service ?

Dans quel but ?

**Référencement à un service
de réponse aux besoins de base**

Quelle organisation ou quel service ?

Dans quel but ?

Référencement à d'autres services

Quelle organisation ou quel service ?

Dans quel but ?

AUTRES BESOINS ÉVALUÉS

RÉADAPTATION PHYSIQUE ET FONCTIONNELLE

Séance de réadaptation pour le

bénéficiaire : Au relais fixe À domicile

**Durée prévisible du suivi réadaptation
(en semaines) :**

Formation de l'aidant :

À quel sujet ?

Conseil de prévention :

À quel sujet ?

PSYCHOSOCIAL

Groupe de discussion

Groupe de parole

Autre

DONS (précisez le nombre)

Aides à la mobilité

- Canne simple
- Béquilles anglaises (paire)
- Béquilles axillaires (paire)
- Déambulateur – taille :
- Fauteuil roulant – taille, type :
- Canne pour aveugle/malvoyant
- Autre :

Aides à la toilette

- Urinal homme Urinal femme
- Bassin Chaise de toilette
- Kit incontinence Autre :

Autres AME spécifiques

- Matelas
- Coussin/oreiller
- Chaise pour enfant
- Autre :

Réponse aux besoins de base

- Kit cuisine
- Kit hygiène
- Kit abri
- Seau, bassine
- Autre :

PLAN D'ACTION

**PRINCIPAUX PROBLÈMES IDENTIFIÉS
PAR L'ÉQUIPE ET PAR
LE BÉNÉFICIAIRE ET/OU SA FAMILLE**

OBJECTIFS/RÉSULTAT À ATTEINDRE

ACTIVITÉS POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF

Responsabilités de l'équipe HI

**Responsabilités du bénéficiaire et/
ou de sa famille**

Signature d'un membre de l'équipe HI

Signature du bénéficiaire

DATE

**Signature d'un membre de la famille
(Si nécessaire)**



FICHE DE SUIVI RÉFÉRENCEMENT

 Individuel ID # :

 Nom du bénéficiaire

 Foyer ID # :

DATE TYPE D'ACTION

- Visite bénéficiaire sur le lieu de vie
- Visite au relais fixe
- Appel téléphonique bénéficiaire
- Rencontre acteur
- Correspondance acteur
- Appel téléphonique acteur

Nom organisation/service :

Nature du service :

Service reçu : Oui Non

NATURE DE L'ACTION

- Information donnée sur un service
- Référencement vers service interne
- Référencement vers service externe
- Lien avec le service
- Vérification auprès du bénéficiaire
- Vérification auprès de l'acteur

COMMENTAIRES/DÉTAILS

BESOIN D'UNE AUTRE ACTION DE SUIVI

Oui Non

Enregistré BDD

Date de la prochaine visite :

DATE TYPE D'ACTION

- Visite bénéficiaire sur le lieu de vie
- Visite au relais fixe
- Appel téléphonique bénéficiaire
- Rencontre acteur
- Correspondance acteur
- Appel téléphonique acteur

Nom organisation/service :

Nature du service :

Service reçu : Oui Non

NATURE DE L'ACTION

- Information donnée sur un service
- Référencement vers service interne
- Référencement vers service externe
- Lien avec le service
- Vérification auprès du bénéficiaire
- Vérification auprès de l'acteur

COMMENTAIRES/DÉTAILS

BESOIN D'UNE AUTRE ACTION DE SUIVI

Oui Non

Enregistré BDD

Date de la prochaine visite :

DATE TYPE D'ACTION

- Visite bénéficiaire sur le lieu de vie
- Visite au relais fixe
- Appel téléphonique bénéficiaire
- Rencontre acteur
- Correspondance acteur
- Appel téléphonique acteur

Nom organisation/service :

Nature du service :

Service reçu : Oui Non

NATURE DE L'ACTION

- Information donnée sur un service
- Référencement vers service interne
- Référencement vers service externe
- Lien avec le service
- Vérification auprès du bénéficiaire
- Vérification auprès de l'acteur

COMMENTAIRES/DÉTAILS

BESOIN D'UNE AUTRE ACTION DE SUIVI

Oui Non

Enregistré BDD

Date de la prochaine visite :

FICHE DE SUIVI RÉADAPTATION

 Individuel ID # : Foyer ID # :

DATE TYPE D'ACTION

- Visite bénéficiaire sur le lieu de vie
 Visite au relais fixe

NATURE DE L'ACTION

- Soins de kinésithérapie
 Conseil au patient
 Don d'aide à la mobilité
 Don d'aide à la toilette
 Don autre AME spécifique
 Formation/conseil aidant/famille

COMMENTAIRES/DÉTAILS

BESOIN D'UNE AUTRE ACTION DE SUIVI

Oui Non Enregistré BDD

Date de la prochaine visite :

DATE TYPE D'ACTION

- Visite bénéficiaire sur le lieu de vie
 Visite au relais fixe

NATURE DE L'ACTION

- Soins de kinésithérapie
 Conseil au patient
 Don d'aide à la mobilité
 Don d'aide à la toilette
 Don autre AME spécifique
 Formation/conseil aidant/famille

COMMENTAIRES/DÉTAILS

BESOIN D'UNE AUTRE ACTION DE SUIVI

Oui Non Enregistré BDD

Date de la prochaine visite :

DATE TYPE D'ACTION

- Visite bénéficiaire sur le lieu de vie
 Visite au relais fixe

NATURE DE L'ACTION

- Soins de kinésithérapie
 Conseil au patient
 Don d'aide à la mobilité
 Don d'aide à la toilette
 Don autre AME spécifique
 Formation/conseil aidant/famille

COMMENTAIRES/DÉTAILS

BESOIN D'UNE AUTRE ACTION DE SUIVI

Oui Non Enregistré BDD

Date de la prochaine visite :



FICHE DE SUIVI PSYCHOSOCIAL Individuel ID # : Foyer ID # :**DATE TYPE D'ACTION**

- Visite bénéficiaire sur le lieu de vie
 Visite au relais fixe

NATURE DE L'ACTION

- Évaluation psychosociale initiale
 Participation groupe de parole
 Participation groupe de discussion
 Appui/conseil familial
 Évaluation psychosociale finale

COMMENTAIRES/DÉTAILS

BESOIN D'UNE AUTRE ACTION DE SUIVI

Oui Non Enregistré BDD
 Date de la prochaine visite :

DATE TYPE D'ACTION

- Visite sur le lieu de vie
 Visite au relais fixe

NATURE DE L'ACTION

- Évaluation psychosociale initiale
 Participation groupe de parole
 Participation groupe de discussion
 Appui/conseil familial
 Évaluation psychosociale finale

COMMENTAIRES/DÉTAILS

BESOIN D'UNE AUTRE ACTION DE SUIVI

Oui Non Enregistré BDD
 Date de la prochaine visite :

DATE TYPE D'ACTION

- Visite sur le lieu de vie
 Visite au relais fixe

NATURE DE L'ACTION

- Évaluation psychosociale initiale
 Participation groupe de parole
 Participation groupe de discussion
 Appui/conseil familial
 Évaluation psychosociale finale

COMMENTAIRES/DÉTAILS

BESOIN D'UNE AUTRE ACTION DE SUIVI

Oui Non Enregistré BDD
 Date de la prochaine visite :

DATE TYPE D'ACTION

- Visite sur le lieu de vie
 Visite au relais fixe

NATURE DE L'ACTION

- Évaluation psychosociale initiale
 Participation groupe de parole
 Participation groupe de discussion
 Appui/conseil familial
 Évaluation psychosociale finale

COMMENTAIRES/DÉTAILS

BESOIN D'UNE AUTRE ACTION DE SUIVI

Oui Non Enregistré BDD
 Date de la prochaine visite :

FICHE D'ÉVALUATION FINALE

N° Enregistré BDD

Date : Individuel ID # : Foyer ID # :

ACCÈS AUX SERVICES

TYPE DE BESOIN Si l'accès n'est pas complètement satisfaisant (0, 1 ou 2), indiquez la nature de l'obstacle (se référer à la grille de cotation - voir DAU)

		Pas d'information	Problème d'accès physique	Absence du service	Barrières financières	Absence de soutien communautaire	Exclusion	Autre barrière/obstacle (précisez)
SERVICES DE BASE CONCERNANT TOUT LE MONDE								
NOURRITURE	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SANTÉ	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ABRI/HABITAT	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EAU POTABLE	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC/HYGIÈNE	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROTECTION	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÉDUCATION	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVICES CONCERNANT LES BESOINS SPÉCIFIQUES								
RÉADAPTATION	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSYCHOSOCIAL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRE	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires

Donner des détails sur les obstacles et les difficultés résiduelles.

ÉVALUATION FONCTIONNELLE D'INDÉPENDANCE FINALE

Niveau de réalisation des activités

0 : Réalise l'activité seul, 1 : Réalise l'activité seul avec difficulté, 2 : Ne peut pas réaliser l'activité seul

- Se laver
- S'habiller
- Manger/boire
- Aller aux toilettes/latrine
- Se déplacer à l'intérieur
- Se déplacer sur une longue distance
- Communiquer
- Activités familiale/communautaire
- Jouer (pour les enfants)

Commentaires sur les activités de vie quotidienne

(obstacles, facilitateurs, besoins)



RÉCAPITULATIF DES SERVICES REÇUS ET CERTIFICAT DE DÉCHARGE

N°

 Enregistré BDD

Date :

 Individuel ID # : Foyer ID # :

INFORMATION/ORIENTATION RÉFÉRENCIEMENT

Information sur les services

À quel sujet ?

**Référencement à un service
de Protection**

Service reçu : Oui Non

Quelle organisation/quel service ? Dans quel but ?

Référencement à un service de Santé

Service reçu : Oui Non

Quelle organisation/quel service ? Dans quel but ?

**Référencement à un service Santé
mentale/ Psychosocial**

Service reçu : Oui Non

Quelle organisation/quel service ? Dans quel but ?

**Référencement à un service
Besoins de Base**

Service reçu : Oui Non

Quelle organisation/quel service ? Dans quel but ?

Référencement à d'autres services

Service reçu : Oui Non

Quelle organisation/quel service ? Dans quel but ?

RÉADAPTATION PHYSIQUE ET FONCTIONNELLE

Séances de réadaptation

Nombre de séances :

___ Au relais fixe ___ À domicile

Durée du suivi réadaptation (en semaines) :

Formation de l'aidant

Nombre de sessions : ___

À quel sujet ?

Conseil de prévention

Nombre de sessions : ___

À quel sujet ?

PSYCHOSOCIAL

Groupe de discussion

Nombre de participations : ___

Groupe de parole

Nombre de participations : ___

Autre

AUTRES SERVICES REÇUS

DONS (précisez le nombre)

Aides à la mobilité

 Canne simple Béquilles anglaises (paire) Béquilles axillaires (paire) Déambulateur – taille : Fauteuil roulant – taille, type : Canne pour aveugle/malvoyant Autre :

Aides à la toilette

 Urinal homme Urinal femme Bassin Chaise de toilette Kit incontinence Autre :

Autres AME spécifiques

 Matelas Coussin/oreiller Chaise pour enfant Autre :

Réponse aux besoins de base

 Kit cuisine Kit hygiène Kit abri Seau, bassine Autre :

**D'après le(s) bénéficiaire(s), est-ce que le(s)
service(s) reçu(s) l'ont aidé à mieux faire
face à la situation ?** Oui Non

DATE, SIGNATURES HI ET BÉNÉFICIAIRE





Haiti, 2010

Annexes

ACRONYMES	112
-----------	-----

NOTES	113
-------	-----

Acronymes

AME	Articles Ménagers Essentiels
BDD	Base de données
CAP	Connaissances, Attitudes, Pratiques
DFP	Disability Focal Points
DVFP	Disability & Vulnerability Focal Point
EHA	Eau, Hygiène et Assainissement
IEC	Information, Éducation, Communication
IER	Identification/Évaluation/Référencement
HI	Handicap International
OBC	Organisation à Base Communautaire
OPH	Organisation de Personnes Handicapées
PAI	Plan d'Action Individuel
PPH	Processus de Production du Handicap
REG	Restes Explosifs de Guerre
Relais H&V	Relais Handicap & Vulnérabilité
VLG	Violence Liée au Genre

Notes

- ↳ 1. Appelées communément en anglais les stratégies « outreach ».
- ↳ 2. Handicap International a l'habitude d'utiliser l'acronyme DVFP pour nommer ce dispositif. C'est également le choix qui a été fait pour ce document.
- ↳ 3. Se référer au Guide méthodologique « L'accès aux services pour les personnes handicapées », Handicap International, 2010 : www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/HI_GM_Accessibilite_screen_A4.pdf
- ↳ 4. Depuis, des dispositifs DVFP se sont mis en place presque systématiquement à chaque nouvelle crise, comme par exemple au Mali et dans la réponse à la crise syrienne (en Jordanie et au Liban).
- ↳ 5. Les volets complémentaires doivent entrer dans le cadre du mandat de Handicap International.
- ↳ 6. La gestion des informations personnelles respectent les principes de base de confidentialité. Toute communication de ces données à d'autres services se fait avec l'accord préalable des personnes concernées.
- ↳ 7. Pour plus de détails, se référer à la partie Guide pratique : Phase de mise en œuvre et de suivi des actions, et aux fiches pratiques sur les différents volets complémentaires de la troisième partie.
- ↳ 8. Définitions inspirées du document de Handicap International : Mission, champ d'action, principes d'intervention, charte, identité visuelle.
- ↳ 9. Dans le sens où l'on conçoit un projet qui intègre le mécanisme central et l'ensemble des volets, et non pas dans le sens d'un projet tel que financé par un bailleur de fonds.
- ↳ 10. Certaines des définitions de ce guide sont reprises du guide Compas Qualité développé par le Groupe Urgence, Réhabilitation, Développement (URD), groupe fondé en 1993, institut indépendant spécialisé sur les pratiques et les politiques humanitaires et post-crisis.
- ↳ 11. Évaluer si le contexte est favorable au déploiement d'un Dispositif DVFP peut également se faire lors de la phase de préparation. Cependant, cette évaluation devra être mise à jour après la survenue de la crise, celle-ci pouvant modifier fortement l'environnement.
- ↳ 12. À paraître en 2014.
- ↳ 13. Consulter le « Guide de diagnostic initial en urgence » pour plus de détails.
- ↳ 14. D'où l'importance pour les équipes de Handicap International déjà sur place d'être préparées et formées aux outils d'évaluation rapide et aux réponses possibles en contexte d'urgence.
- ↳ 15. Zone rurale.
- ↳ 16. Zone urbaine.
- ↳ 17. Se référer également à l'Étape 1 : Recueil et analyse des données, du guide méthodologique « L'accès aux services pour les personnes handicapées », Handicap International, 2010 : www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/HI_GM_Accessibilite_screen_A4.pdf
- ↳ 18. La notion de « communauté » est très variable selon les contextes (zone urbaine, zone rurale, etc.).
- ↳ 19. Une évaluation globale permet de dégager les tendances au niveau des besoins des familles sur la zone. Il ne s'agit pas encore ici d'une évaluation individuelle de la vulnérabilité de chaque ménage ou de chaque individu.
- ↳ 20. On rappelle ici qu'il est indispensable de déployer systématiquement le mécanisme d'identification des personnes/familles, d'évaluation des besoins et de référencement, sinon il ne s'agit pas d'un dispositif DVFP.
- ↳ 21. Tentés « Marabout » suffisamment grandes pour être utilisées comme abris communautaires d'urgence, lieux de stockage ou, dans notre cas, comme relais DVFP.
- ↳ 22. Une possibilité d'évolution au cours d'un projet DVFP sur deux phases

- pourrait être (voir également Partie D. Calendrier de déploiement d'un dispositif DVFP, de la partie Phase de mise en œuvre et de suivi des actions) :
- Phase 1 (démarrage jusqu'à 3–6 mois selon l'ampleur de la crise) : DVFP fixes et équipes mobiles,
 - Phase 2 (3–6 mois jusqu'à 6–9 mois) : rajout de DVFP itinérants dans une zone déterminée (stratégie définie au cours de la première phase),
 - Après 9 mois : élargissement à d'autres zones et thématiques,
 - 3 derniers mois : stratégie de sortie.
- ↳ 23. Autant que possible, on évalue également au cas par cas la qualité des services proposés selon les normes par secteur (par exemple les normes de l'OMS concernant l'EHA, les normes ISO, etc.).
- ↳ 24. Pour rappel, les volets complémentaires doivent toujours s'inscrire dans le cadre du mandat de Handicap International défini par la stratégie fédérale 2011–2015.
- ↳ 25. Cependant, si le besoin est établi, d'autres volets ou d'autres activités peuvent être déployés, comme par exemple les activités de prévention Choléra.
- ↳ 26. Concernant ce volet, se référer également au guide méthodologique « Interventions psychosociales et de santé mentale en contextes d'urgence et de post-crise », Handicap International, 2013 : www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/GM10Psychosocial.pdf
- ↳ 27. Il travaille étroitement avec le Responsable de Volet qui doit également garantir la qualité méthodologique et technique du volet complémentaire mis en place.
- ↳ 28. Certains de ces indicateurs sont à décliner en plusieurs critères que nous n'avons pas énumérés ici.
- ↳ 29. Se référer aux outils existants sur l'évaluation de la détresse psychologique.
- ↳ 30. Pierre de Zutter. « Des histoires, des savoirs et des hommes : l'expérience est un capital ». Paris : Charles Léopold Mayer, 1994.
- ↳ 31. À paraître en 2014 sur Skill Web : www.hiproweb.org
- ↳ 32. Document cadre Réadaptation physique et fonctionnelle, Handicap International, 2013. www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DC10Readaptation.pdf
- ↳ 33. « Par personnes handicapées on entend 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 », Document cadre Réadaptation physique et fonctionnelle, Handicap International, 2013.
- ↳ 34. Concerne essentiellement le suivi des plaies basiques et les conséquences inhérentes suite à une blessure.
- ↳ 35. Document cadre Réadaptation physique et fonctionnelle, Handicap International, 2013.
- ↳ 36. Ce qui implique notamment des activités de formation et de suivi.
- ↳ 37. Pour de plus amples informations sur les modalités d'intervention en santé mentale et soutien psychosocial en situation d'urgence, se référer au Guide méthodologique Interventions psychosociales et de santé mentale en contextes d'urgence et de post-crise, Handicap International, 2013 : www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/GM10Psychosocial.pdf
- ↳ 38. Article 2.8 de la Déclaration de Lyon, octobre 2011 : Congrès des 5 continents – Quand la mondialisation nous rend fous – Pour une écologie du lien social.
- ↳ 39. Empowerment.
- ↳ 40. Risque de menace sur la vie (la sienne ou celle d'autrui), risques de blessures et/ou perte effective d'intégrité physique ou psychologique liées à la

- crise entraînant une peur intense, un stress aigu, de l'anxiété, du désespoir, ou une désorientation, etc.
- ↳ 41. Concernant ces populations cibles, l'intervention dans le cadre d'un projet DVFP ciblera des actions de prévention et de référencement (sans prise en charge directe).
 - ↳ 42. Education Cluster INEE, IASC, Global Protection Cluster (2011). Guidelines for Child Friendly Spaces in Emergencies : www.unicef.org/protection/Child_Friendly_Spaces_Guidelines_for_Field_Testing.pdf
 - ↳ 43. Document Cadre Santé mentale en contextes de post-crise et de développement, Extrait p. 38 (légèrement modifié), Handicap International, 2011.
 - ↳ 44. Directeur de l'observatoire national de la santé mentale et de la précarité (ONSMP).
 - ↳ 45. On parlera ici d'aidant ou d'accompagnant, car la grande majorité de nos interventions, si elles ont une visée thérapeutique, ne prétendent néanmoins pas toutes arriver à « soigner » mais bien plus à « prendre soin de », à réduire l'impact négatif d'une crise sur le bien-être des personnes.
 - ↳ 46. S. S. Giossi Caverzasio (éd.). Strengthening Protection in War : A Search for Professional Standards : Summary of Discussions among Human Rights and Humanitarian Organizations, ateliers au CICR, 1996–2000, CICR, Genève, 2001.
 - ↳ 47. Note d'orientation Protection contre les violences liées au genre, à l'âge et au handicap en contextes d'urgence et de développement, Handicap International, 2014.
 - ↳ 48. Note d'orientation Protection contre les violences liées au genre, à l'âge et au handicap en contextes d'urgence et de développement, Handicap International, 2014.
 - ↳ 49. Pour de plus amples informations sur les modalités d'intervention en protection, se référer à la Note d'orientation Protection contre les violences liées au genre, à l'âge et au handicap en contextes d'urgence et de développement, Handicap International, 2014.
 - ↳ 50. Par la mise en œuvre de la politique de protection, Handicap International veut exprimer sa détermination à lutter contre l'exploitation et les abus sexuels qui pourraient être commis par du personnel humanitaire envers les bénéficiaires de l'aide et à mettre en œuvre une série de mesures visant à réduire ces risques au sein de ses programmes dans tous les contextes.
 - ↳ 51. Pour rappel, si les besoins en AME sont particulièrement importants, il est recommandé de développer plutôt un projet AME séparé du DVFP : dans ce cadre-là, on peut effectuer des distributions de masse.
 - ↳ 52. Liste non exhaustive à adapter en fonction des contextes, des saisons, et des us et coutumes des publics cibles.
 - ↳ 53. Comprimé effervescent permettant la désinfection de l'eau d'alimentation.
 - ↳ 54. Inspiré du cas du Mali.
 - ↳ 55. Ce pack est disponible dans sa version Excel auprès de la Direction de l'Action d'Urgence.

Crédits

Crédits photographiques

Couverture : © Till Mayer/Handicap International (République Démocratique du Congo, 2013)

Page 8 : © Till Mayer/Handicap International (République Démocratique du Congo, 2013)

Page 24 : © Brice Blondel/Handicap International (Syrie, 2013)

Page 72 : © Till Mayer/Handicap International (République Démocratique du Congo, 2013)

Page 113 : © William Daniels/Handicap International (Haïti, 2010)

Éditeur

Fédération Handicap International

138, avenue des Frères Lumière

CS 88379

69371 LYON cedex 08

publications@handicap-international.org

Imprimeur

NEVELLAND

GRAPHICS c.v.b.a. – s.o

Industriepark–drongen 21

9031 Gent

Belgique

Imprimé en juin 2014

Dépôt légal : juin 2014



Les Relais Handicap et Vulnérabilité (Disability and Vulnerability Focal Points ou DVFP)

Ce guide propose les principes généraux d'intervention, des conseils méthodologiques et des fiches pratiques sur la mise en place d'un dispositif de Relais Handicap et Vulnérabilité (Disability and Vulnerability Focal Points ou DVFP) en contexte d'urgence. Il est destiné à tout professionnel de Handicap International en responsabilité de développer, mettre en œuvre ou analyser ce type d'interventions.

FÉDÉRATION HANDICAP INTERNATIONAL
138, avenue des Frères Lumière
CS 88379
69371 LYON cedex 08

T. +33 (0) 4 78 69 79 79
F. +33 (0) 4 78 69 79 94
publications@handicap-international.org