

Pourquoi le secteur de l'approvisionnement en eau et des installations sanitaires doit-il tenir compte des personnes handicapées ?



Figure 2.1. Un puits de surface commun typique en Ouganda, qui fait souffrir le dos.

Ce chapitre s'adresse principalement aux lecteurs qui n'ont eu que peu de contact avec les personnes handicapées et avec les problèmes liés au handicap, et/ou qui n'ont qu'une expérience limitée de l'insertion des personnes handicapées dans le monde du travail. Ces lecteurs comptent probablement parmi eux des professionnels du secteur de l'eau et de l'assainissement (WATSAN), des agents du développement communautaires et des agents de la santé publique.

2.1 Les personnes handicapées sont une composante de toute communauté

Dans le monde entier, les personnes handicapées sont une composante de toute communauté. Elles sont parmi les plus pauvres, les plus marginalisées et les plus défavorisées, et sont souvent dissimulées au reste de la communauté. Malheureusement, les personnes handicapées ont un accès très restreint aux services WATSAN de base, ce qui a pour conséquence de les maintenir dans leur isolement, leur mauvaise santé et la pauvreté.

L'objectif des infrastructures et du développement, à l'image des programmes WATSAN, vise à améliorer le bien-être de chaque personne au sein d'une communauté, qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes, de personnes riches ou en situation de pauvreté, jeunes ou âgées, handicapées ou valides. De ce fait, tous les programmes et activités WATSAN prennent en compte les besoins et le point de vue des personnes handicapées. Par exemple, les activités WATSAN ciblées sur les personnes économiquement faibles doivent tenir compte des personnes handicapées économiquement faibles, les activités ciblées sur les femmes en situation de pauvreté doivent inclure les femmes handicapées en situation de pauvreté, et ainsi de suite.

De plus en plus, les fournisseurs de services WATSAN admettent que, pour réduire la pauvreté, il faut cibler les groupes les plus démunis, les plus défavorisés et les plus vulnérables de la population, afin de fournir un accès plus équitable aux services élémentaires. Il est donc nécessaire de prendre en considération les personnes handicapées.

2.2 Les services aménagés sont dans l'intérêt de tous

Un accès amélioré à l'eau et aux installations sanitaires offre de nombreux avantages aux personnes handicapées et à leur famille, notamment :

- Davantage de dignité et de confiance en soi pour les personnes handicapées ; la capacité à mener une activité de façon autonome, là où elles comptaient auparavant sur le soutien des autres.
- Une santé et une nutrition de meilleure qualité.
- Une pauvreté réduite et un bien-être amélioré : les personnes handicapées et leur famille gagnent en temps et en effort, ce qui leur permet de se consacrer à d'autres activités, comme la génération de revenus, les tâches ménagères ou les études.

Chaque communauté se compose d'individus différents aux besoins très divers. Les femmes ont des préoccupations et des exigences différentes de celles des hommes, les personnes âgées ont des besoins différents de ceux des enfants, etc. Ainsi, les femmes, les enfants et les hommes handicapés ont de nombreux besoins, dont beaucoup sont proches de ceux d'autres femmes, enfants et hommes valides.

Dans le monde, l'approche traditionnelle de la prestation de services consiste à répartir les gens et leurs besoins en deux groupes, « normaux » et « spéciaux ». Les services dits « normaux » s'adressent à la majorité de la population, les installations ou services dits « spéciaux » sont destinés aux personnes handicapées et sont parfois considérés comme un « plus ». Ces services « normaux » prennent rarement en compte la réalité de la diversité des besoins humains et, de ce fait, de nombreux membres de la communauté sont dans l'incapacité ou rencontrent des difficultés à les utiliser.

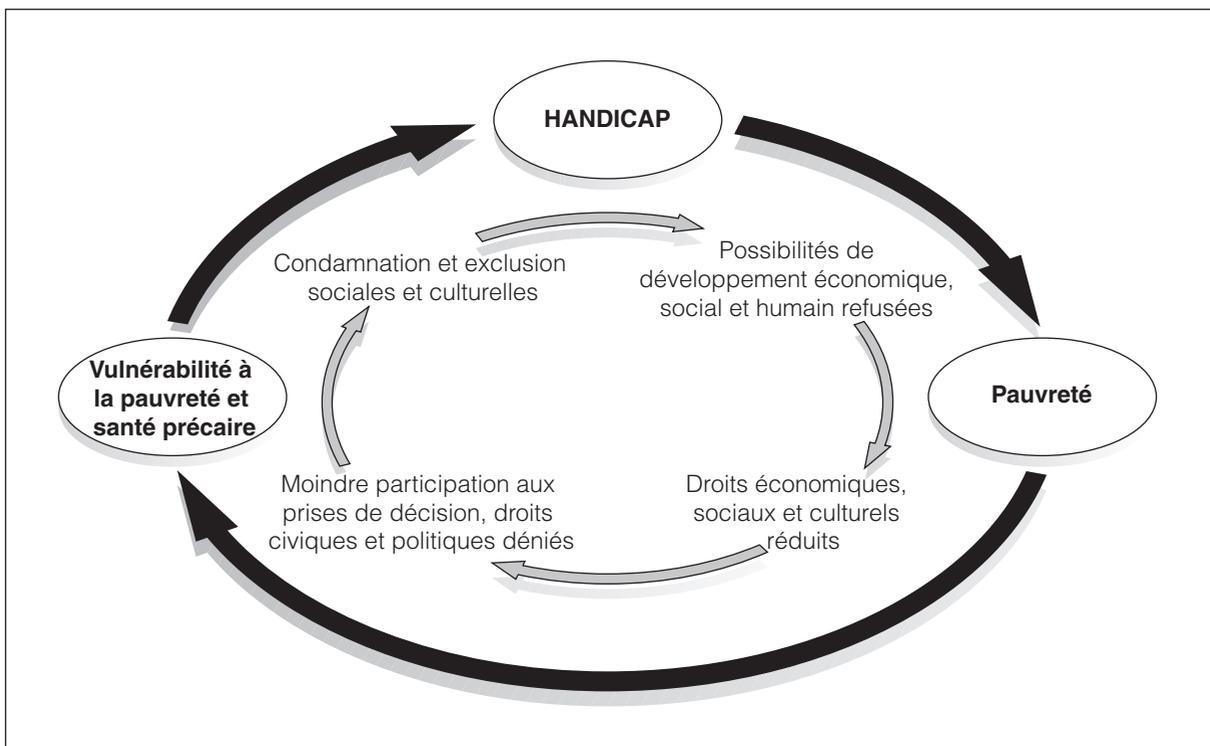


Figure 2.2. Pauvreté et handicap : un cercle vicieux (1).



Figure 2.3. Porter de l'eau en montée.

La majeure partie des personnes handicapées n'a pas besoin d'installations « spéciales », leurs besoins peuvent être satisfaits par des services classiques auxquels on apporterait une réflexion supplémentaire et quelques ajustements mineurs. L'aménagement des installations et des services WATSAN bénéficierait donc à l'ensemble de la communauté. Ces derniers pourraient inclure les personnes fragiles et âgées, les femmes enceintes, les jeunes filles, les parents d'enfants en bas âge et les personnes blessées ou malades, notamment celles atteintes du VIH/ SIDA. Ces personnes peuvent avoir des problèmes d'équilibre ou de coordination, des facultés de saisie affaiblies, une flexibilité limitée, des difficultés à s'accroupir ou soulever une charge. La plupart de ces contraintes nécessitent l'accès aux installations WATSAN. En conséquence, ces personnes vont probablement rencontrer les nombreux problèmes d'exclusion auxquels font face les personnes handicapées, même si elles ne sont pas décrites comme telles.

2.3 Le handicap est un problème lié à la pauvreté

La pauvreté ne se résume pas à la faiblesse des revenus, elle inclut également la limitation des opportunités et des choix, ainsi que l'exclusion sociale. Ces phénomènes s'appliquent tout particulièrement aux personnes handicapées (2). La pauvreté est à la fois une cause et une conséquence du handicap (Figure 2.2):

- Les personnes les plus démunies risquent davantage d'être confrontées au handicap. Pourquoi ?
 - La malnutrition, la mauvaise qualité de l'eau, les conditions de vie inadaptées, une mauvaise hygiène et un assainissement médiocre, des services de santé limités, la pollution environnementale, la guerre, les conflits et les catastrophes naturelles, le manque d'information, le VIH/SIDA et les conditions de travail dangereuses sont autant de facteurs de risques de déficiences.
- Les personnes handicapées sont très probablement en situation de pauvreté. Pourquoi ?
 - A cause de soins inadaptés pour réduire les déficiences, du manque d'équipements convenables, comme des béquilles, du manque d'accès à l'éducation ou à l'emploi, de l'isolement et de la discrimination. Les personnes handicapées risquent davantage d'être contaminées par le VIH/SIDA, car elles n'ont qu'un accès restreint aux informations de santé et ne sont pas vraiment en mesure de se protéger (3).

L'impact du handicap est ressenti par toute la famille, en raison :

- des pertes de revenus pour les membres de la famille qui apportent leur soutien aux personnes handicapées ;
- de la santé dégradée des personnes handicapées, qui engendre des frais supplémentaires de traitements et de médication ainsi qu'une charge de travail plus importante pour la famille ;
- de la dégradation de la santé et du bien-être de la famille, de l'accroissement de leur vulnérabilité et de leur pauvreté .



Figure 2.4. Des latrines en Tanzanie dotées de marches raides et de portes étroites.

Le manque d'assainissement et d'eau potable est un facteur essentiel du maintien des populations dans la pauvreté, de dégradation de la santé et d'incapacité à améliorer leur mode de vie. Pour les personnes handicapées les plus démunies, l'impact de ce manque peut être deux fois plus important. Par exemple, dans les communautés où les femmes doivent sortir la nuit pour faire leurs besoins naturels, les déplacements dans l'obscurité peuvent se révéler très dangereux, surtout pour une femme handicapée. Dans de nombreuses zones rurales où la diarrhée fait partie du quotidien de chacun, cette dernière peut induire une charge de travail supplémentaire pour les membres d'une famille en charge d'une personne handicapée et dépendante.

Par conséquent, il semble évident que les ambitions de développement, tels que les Objectifs du Millénaire pour le développement (4), visant à réduire la pauvreté, à améliorer la santé et l'accès à l'eau potable, ne seront jamais atteints de façon équitable tant que les personnes handicapées en seront exclues (5) (voir la section 3.4. Objectifs du Millénaire pour le développement).

2.4 L'accès aménagé a un intérêt économique positif

Le coût économique de l'exclusion des personnes handicapées dépasse de loin celui de leur insertion. Le coût de l'exclusion est essentiellement supporté par la famille, mais également par l'ensemble de la communauté. Ceci se traduit notamment en termes de pertes de contribution économique et sociale de la personne handicapée et de sa famille envers la communauté. En matière de prestations de services, la création d'installations et de services « spéciaux » souvent distincts a un coût très élevé, et le manque de financement implique fréquemment que seule une petite minorité de personnes handicapées en bénéficie.

Une approche aménagée des installations et des services s'avère plus rentable. Si leur insertion est planifiée dès l'origine, le coût supplémentaire est minimal, souvent réduit à 0,2 % (6, 7). Même lorsque leur insertion n'a pas été prévue dès l'origine et lorsque les installations existantes doivent être adaptées pour être mieux aménagées, cette adaptation n'implique pas de techniques complexes ou de coûts élevés.

2.5 L'accès à l'eau et aux installations sanitaires fait partie des Droits de l'Homme

« Pouvoir s'approvisionner en eau potable est un besoin élémentaire et, par conséquent, un droit fondamental. » Kofi Annan (8)

« Nous [...] confirmons notre engagement sans faille en faveur de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène, en tant que droits humains et éléments essentiels au développement humain durable. » (9)



Figure 2.5. Les marches d'accès aux toilettes.

Le droit à l'eau potable est inscrit dans l'Article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme des Nations Unies (10) et dans l'Article 27 de la Convention internationale des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (11). Une Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées est également en cours d'élaboration. Dans la version actuelle, l'Article 23 mentionne tout particulièrement l'« accès à l'eau potable » comme élément d'un niveau de vie acceptable (12).

Pour la majorité des personnes handicapées vivant dans les communautés à faible revenu, les droits humains à la vie, à la nourriture, à l'eau et à l'abri sont une lutte quotidienne. La satisfaction de ces besoins et l'accès aux droits fondamentaux dont elles disposent (et donc l'accès à une qualité de vie acceptable) passe par leur intégration dans des services et des programmes conventionnels.

2.6 Je suis ingénieur, mais pas «spécialiste» du handicap ; que puis-je faire ?

Comme nous l'avons indiqué, les personnes handicapées ont les mêmes besoins et les mêmes droits que toute autre personne : des conditions de vie acceptables dont l'assainissement et l'accès à l'eau potable, à l'éducation et aux services de santé, à des moyens de communication et à des transports décentes. La majorité des personnes, notamment les personnes fragiles et âgées, les parents d'enfants en bas âge et les personnes handicapées, pourraient apprécier de satisfaire leurs besoins élémentaires et améliorer leur vie grâce aux services et programmes conventionnels, si le point de vue des personnes handicapées était plus souvent pris en compte.

Les personnes handicapées n'attendent pas des installations plus efficaces ou plus nombreuses que les autres, elles souhaitent seulement être intégrées, de sorte qu'elles puissent disposer d'une égalité d'accès. L'équité, l'égalité d'accès et d'opportunité ne signifient pas que tout le monde doit être traité exactement de la même façon. Pour satisfaire les mêmes besoins élémentaires, certaines personnes peuvent avoir besoin d'une solution légèrement différente. Par exemple, pour qu'une personne présentant des difficultés à marcher ait un accès égal à l'eau (en d'autres termes, qu'elle passe le même temps à prendre de l'eau que ses voisins), le point d'eau doit être situé plus près de son domicile que de celui de ses voisins. Les services doivent être suffisamment flexibles pour pouvoir fournir plusieurs options.

Certaines personnes handicapées ont besoin de soins et de certains équipements pour leur venir en aide. Néanmoins, si ce soutien individuel est fourni sans disposer de services accessibles, il n'a souvent que peu ou pas d'utilité pour la personne handicapée concernée (Figure 2.6).

Il n'est pas possible pour un service WATSAN conventionnel de satisfaire les demandes et les besoins individuels de chacun. Certains besoins sont trop complexes et hors de portée de l'ingénieur en santé publique. Cependant, toutes les personnes handicapées n'ont pas besoin de services « spéciaux ». Plus

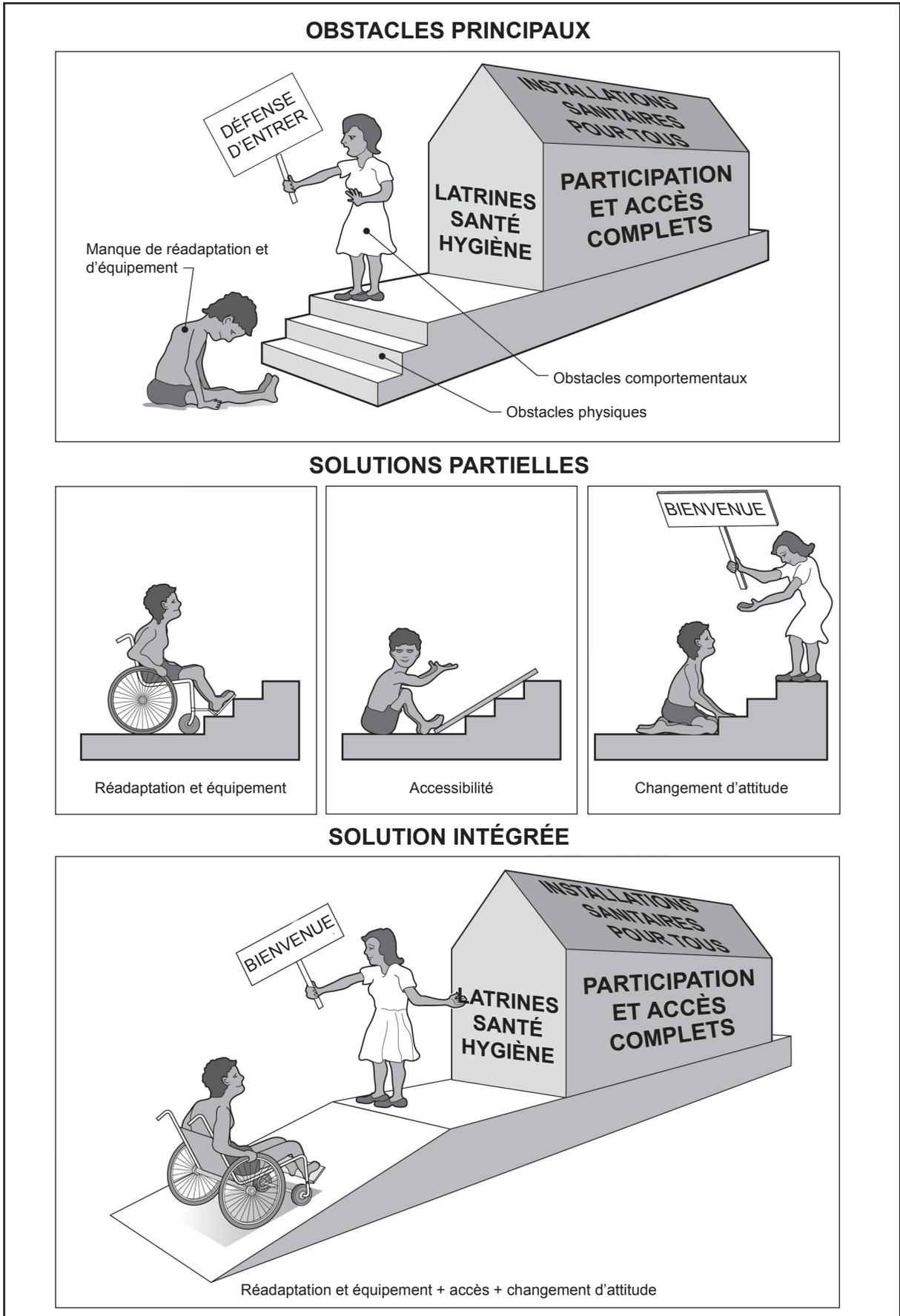


Figure 2.6. L'approche holistique de l'insertion des personnes handicapées (adapté de Werner, 1987).



Figure 2.7. De nombreux chemins ruraux sont des défis pour les utilisateurs en fauteuil roulant.

d'information, de sensibilisation et de réflexion de la part des fournisseurs de services peuvent faire la différence entre l'intégration ou l'exclusion d'une personne handicapée.

Cela signifie que les fournisseurs de services ne peuvent pas simplement transférer la responsabilité des personnes handicapées aux « spécialistes ». Ne pas agir est inacceptable. Tous les fournisseurs de services doivent envisager des moyens afin de s'assurer que les personnes handicapées ne sont pas exclues de leurs services et programmes.

Même si les ingénieurs disposent des connaissances et compétences conceptuelles, ils ne sont pas toujours conscients des besoins des personnes handicapées. En outre, les personnes handicapées, même si elles ne sont pas familières avec la discipline (bien qu'il existe des ingénieurs handicapés), connaissent leurs besoins en matière d'accès. Ainsi, lorsque les urbanistes et les ingénieurs lancent le processus de conception d'un projet WATSAN, ils devraient consulter les organisations de personnes handicapées (OPH) locales, notamment les groupes de femmes handicapées, pour connaître leur avis.

2.7 Les personnes handicapées ne constituent qu'une petite minorité, nous devons privilégier la majorité

Selon les estimations des Nations Unies, il existe plus de 500 millions de personnes handicapées dans le monde. Environ 80 % d'entre elles vivent dans des pays à faible revenu (12, 13). On estime que la part des personnes handicapées varie entre 4 et 10 % de la population (14), bien qu'une enquête récente au Bangladesh ait démontré qu'elle atteignait 14 % (15). Ces chiffres sont en hausse, en raison de facteurs comme les conflits violents, les accidents, le VIH/SIDA, la pollution environnementale et le vieillissement de la population. Dans les pays à faible revenu, la proportion de personnes âgées devrait passer de 8 à 19 % d'ici 2050 (16).

Cependant, au sein de la population la plus pauvre des pays à faible revenu, 1 personne sur 5 est probablement handicapée (17). Cela signifie que chaque famille ou presque touchée de façon durable par la pauvreté est affectée d'une façon ou d'une autre par le handicap.

2.8 Pas de discrimination : l'intégration pour tous

Le secteur WATSAN développe des stratégies et des approches afin de comprendre les différentes perspectives et les différents besoins des communautés. Il vise également à y répondre dans le cadre du processus de planification et de conception de projet. Malheureusement, le processus de prestations de services exclut souvent et involontairement de nombreuses personnes handicapées ; ainsi, leurs préoccupations et leurs besoins restent lettre morte.

L'exclusion est parfois délibérée, directe et explicite, lorsque par exemple, la participation de certains groupes n'est pas autorisée. Mais l'exclusion est majoritairement indirecte et résulte d'un manque de sensibilisation ou de réflexion (voir Encadré 2.1). Ainsi, l'organisation de réunions dans des lieux où seuls les hommes sont admis exclut les femmes. De même, l'organisation d'une réunion au deuxième étage d'un bâtiment dépourvu d'ascenseur ou de rampe d'accès exclut les personnes présentant des difficultés à marcher. Les facteurs sociaux peuvent également conduire à l'exclusion. Par exemple, la participation à une réunion des groupes vulnérables comme les femmes, les femmes âgées, les personnes handicapées et les membres d'une caste inférieure est limitée puisque, traditionnellement, ils ne s'expriment que lorsqu'une question directe leur est posée.

L'effet de l'exclusion est le même, que celle-ci soit voulue ou non. Cela conforte l'idée que le point de vue des personnes handicapées doit devenir le mode de réflexion privilégié pour améliorer la condition de l'ensemble de la communauté. En effet, le point de vue des personnes handicapées représente la meilleure façon de rendre les bâtiments et les services plus accessibles à tous.

Encadré 2.1. Exclusion indirecte

Un projet de sensibilisation et d'éducation sur le VIH/SIDA, ciblé sur les adolescents et les jeunes d'Indonésie, les a tous accueillis sans exception... ou presque. Les organisateurs ont admis que sur les 5 000 jeunes ayant eu recours à ce service au cours de l'année écoulée, ils n'en connaissaient pas un qui soit handicapé. Après quelques précisions, il s'est avéré que l'axe principal de communication auprès des jeunes par le biais d'affiches, de travailleurs sociaux et d'autres conseillers, passait par les établissements d'enseignement secondaire. Lorsque l'on a souligné qu'aucun jeune handicapé ne s'était présenté dans les établissements d'enseignement secondaire conventionnels de cette province, les organisateurs ont admis qu'ils devraient trouver d'autres axes de communication auprès de ces jeunes, grâce, par exemple, à un centre local de formation professionnelle. (*expérience personnelle de l'auteur*)

Encadré 2.2. Installations dangereuses

Un sexagénaire présentant une déficience physique utilisait de simples morceaux de bambou placés au-dessus d'une fosse en guise de toilettes. Ces dernières étaient très anciennes et n'offraient aucun respect de son intimité. Il ne pouvait pas se permettre de les faire réparer et ne les utilisait donc que la nuit. Lorsqu'il s'est installé sur les bambous un soir où il était allé aux toilettes, ceux-ci se sont cassés et le sexagénaire est tombé dans la fosse remplie de déchets sales et nauséabonds. Personne ne l'a entendu crier au secours. On ne l'a retrouvé que le lendemain matin lorsque quelqu'un aperçut les cheveux du vieil homme dans la fosse. Il était mort dans la nuit (18).



Figure 2.8. Des latrines suspendues au Bangladesh : un défi d'agilité pour tous.

2.9 Comment les personnes handicapées s'organisent-elles ?

Certaines personnes handicapées s'organisent, d'autres pas. Certaines développent leurs propres solutions, en utilisant et en adaptant les matériaux locaux pour fabriquer des équipements qui leurs conviennent. D'autres reçoivent le soutien de services dédiés au handicap, qui peuvent fournir des équipements spéciaux et de l'aide. Pourtant, comme l'eau et l'assainissement sont des problèmes privés et personnels, ces solutions ne sont souvent pas partagées avec d'autres personnes susceptibles d'en bénéficier. La plupart des personnes handicapées doivent alors chercher des solutions dans l'isolement.

De nombreuses personnes handicapées ne trouvent pas de solutions et sont contraintes de faire appel à des pratiques non hygiéniques toutes préjudiciables à leur santé et à celle de leur famille, comme la défécation dans les buissons, l'utilisation nocturne des latrines (Encadré 2.2) ou l'utilisation de sources d'eau non potables.

Encadré 2.3. Plus besoin de nettoyer le bassin destiné aux personnes alitées

M. Mofizuddin ne pouvait pas entrer dans les vieilles latrines à fosse familiales avec son fauteuil roulant et il devait donc utiliser un bassin. Chaque jour, sa femme devait vider et nettoyer le bassin, tâche qu'elle trouvait sale et déplaisante. Aujourd'hui, une OPH locale a fourni à la famille des latrines conçues pour que M. Mofizuddin puisse les utiliser en toute autonomie. Toute la famille apprécie ces latrines : elles sont lumineuses, bien ventilées et sans mauvaises odeurs, donc agréables. Mais le principal avantage pour sa femme reste leur finition lisse en béton qui leur permet de rester plus facilement propres. L'entretien de ces latrines implique moins de travail et constitue une tâche plus agréable que celle de devoir vider et nettoyer un bassin. (*étude de cas 9.2, page 161*)

Encadré 2.4. Réduire la charge de travail d'une mère

Mme Kabiito a quatre enfants handicapés dans l'incapacité de marcher ou de parler. Elle est enseignante et les laisse chaque jour aux soins de leur sœur afin qu'ils puissent jouer et profiter de la propriété familiale. Au cours de la journée, ils font leurs besoins dans leurs shorts. Lorsqu'elle rentre chez elle, Mme Kabiito doit laver les quatre enfants et leurs vêtements.

Désormais, Mme Kabiito bénéficie d'un tabouret percé qu'elle apprend progressivement à ses enfants à utiliser. Elle place le tabouret au-dessus d'un récipient, dans un endroit où elle peut surveiller l'enfant tout en effectuant d'autres tâches. L'apprentissage progressif des enfants à faire leurs besoins dans le récipient et non dans leurs shorts a permis de diminuer la charge de travail de Mme Kabiito, qui a moins de vêtements à laver (19).



Figure 2.9. Des latrines familiales en Ouganda.

Soutien familial : un problème relatif au sexe de l'individu

Dans de nombreuses communautés, particulièrement celles où les liens familiaux traditionnels sont puissants, les familles considèrent qu'il est de leur devoir et de leur responsabilité de se soutenir mutuellement. Cela inclut le soutien aux personnes handicapées et aux proches fragiles et âgés, aux enfants en bas âge et aux personnes malades. Pour la famille, ce soutien peut créer des difficultés lorsque la charge de travail s'alourdit. Pouvoir rendre les tâches de soutien plus faciles, plus agréables, plus rapides et plus hygiéniques s'avère alors utile pour toute la famille.

L'amélioration de l'accès pose un problème important en fonction du sexe de l'individu. Les améliorations pour les personnes handicapées apportent souvent des améliorations pour les femmes et les enfants, car c'est à eux qu'incombent le plus fréquemment les tâches de soutien (Encadré 2.3). Le soutien est souvent l'œuvre d'un enfant de la famille (généralement une jeune fille) qui, par conséquent, se déscolarise (Encadré 2.4).

2.10 Pourquoi ne savions-nous pas ?

Tout d'abord, les bonnes questions n'ont probablement pas été posées car, dans la majorité des cultures, les problèmes d'hygiène personnelle ne font pas l'objet de discussions en public. La plupart des gens ne soulèvent donc pas le problème et n'ont donc pas conscience que d'autres options sont possibles. Enfin, la plupart des personnes handicapées sont isolées et dissimulées au regard des autres en raison de la mauvaise compréhension et de l'ignorance de leur communauté (voir la section 4.3).

La plupart des personnes handicapées, notamment celles présentant des difficultés à se déplacer, les personnes fragiles et âgées et les personnes non voyantes, trouvent qu'il est difficile de quitter leur domicile pour accéder à des services ou assister à des réunions et en sont donc absentes. Les membres de la famille qui soutiennent une personne handicapée, généralement les femmes, peuvent être dans l'impossibilité de la laisser seule sans surveillance pour représenter cette personne à une réunion. Par ailleurs, le transport de la personne handicapée peut s'avérer trop compliqué.

Rester en famille : traditionnellement, il relève de la responsabilité de la famille d'apporter son soutien à l'un de ses membres handicapé, de sorte que certains membres de la famille peuvent se sentir coupables de créer des problèmes par crainte d'être accusés d'éviter leur responsabilité.

Références

1. DFID (2000), *Disability, Poverty and Development*. Etude technique. Ministère britannique du développement international. <http://www.dfid.gov.uk/Pubs/files/disability.pdf>
2. DFID (2001), *Poverty: Bridging the Gap. Guidance Notes*. Publications. Ministère britannique du développement international.
3. de Vries, C. (2004), *Disabled Persons are more vulnerable to HIV*. Dutch Coalition on Disability and Development, Utrecht, Pays-Bas. <http://www.dccd.nl>
4. Banque Mondiale (2003), *Objectifs du Millénaire pour le développement*. http://www.developmentgoals.org/Hiv_Aids.htm
5. Forum européen des personnes handicapées (2002), *Development Cooperation and Disability*. Forum européen des personnes handicapées, Bruxelles. <http://www.edf-fehp.org>
6. Metts, R.L. (2000), *Disability Issues, Trends and Recommendations for the World Bank*. Banque Mondiale, New York.
7. Bureau du Président adjoint (1997), *Integrated National Disability Strategy White Paper*. Gouvernement d'Afrique du Sud : <http://www.gov.za/whitepaper/1997/disability.htm>
8. WaterAid et Rights and Humanity (2004), *The Right to Water*. <http://www.righttowater.org.uk>.
9. Conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement (WSSCC) (2004), Forum mondial WASH. Déclaration de Dakar. <http://www.wsscc.org/dataweb.cfm?code=516>.
10. Nations Unies (1948), *Déclaration universelle des droits de l'Homme*. Nations Unies, Genève. <http://www.un.org/Overview/rights.html>
11. Nations Unies (1989), *Convention internationale relative aux droits de l'enfant*. Nations Unies, New York. <http://www.crin.org/docs/resources/treaties/uncrc.htm>
12. Groupe de travail du Comité spécial chargé d'élaborer une convention internationale sur les droits des personnes handicapées. New York, 5 - 16 Janvier 2004. Rapport du Groupe de travail au Comité spécial. A/AC.265/2004/WG/1, Nations Unies. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/>
13. DAR, OMS (2003), *Disability and Rehabilitation*. <http://www.who.int/ncd/disability/index.htm>
14. Helander, E. (1999), *Prejudice and Dignity: an Introduction to Community-Based Rehabilitation*. Second edition. UNDP, New York.
15. Actionaid Bangladesh (1996), *Four Baseline Surveys on Prevalence of Disability*. Disability & AIDS Coordination Unit. Actionaid, Dhaka, Bangladesh.
16. HAI (2002), *State of the world's older people 2002*. HelpAge International, Londres, Royaume-Uni. <http://www.helpage.org>
17. Elwan, A. (1999) *Poverty and Disability: a survey of the literature*. Banque Mondiale, Washington, Etats-Unis.

- 2
18. Lewis, I., Jones, H. et Reed, R. (sous la direction de) (2002), *Water supply and sanitation access and use by physically disabled people: e-conference synthesis report*. WEDC, université de Loughborough et DFID, Royaume-Uni.
 19. Jones, H.E. et Reed, R.A. (2003), *Water Supply and Sanitation Access and Use by Physically Disabled People*. Report of field-work in Uganda. WEDC, université de Loughborough et DFID, Royaume-Uni.