

Prise en compte des Personnes Handicapées dans la réponse humanitaire en RDC

Enquête CAP multisectorielle couplée avec les Questions du Washington Group



Site de Likasi, Hub de Kalemie, Copyright: Boniface Ilunga

Etude réalisée par **Oversee Advising Group (OAG)**
info@myoag.org | www.myoag.org
Octobre 2021

Titre de l'étude	Enquête CAP multisectorielle couplée avec les Questions du Washington Group
Période de l'étude	Avril – Aout 2021
Pays	RDC
Commanditaire	HANDICAP INTERNATIONAL RDC
Région	Afrique Centrale/Direction Géographique Magritte
Equipe de l'étude	Blanche Mattern, consultante principale – cheffe de mission Crispin BASHIGE - Consultant national - Hub Goma SALOMONA BAGABO Rodrigue - Consultant national - Hub Bukavu KIBONGE KUMBA Djento - Consultant national - Hub Kananga Boniface LUNGA - Consultant national - Hub Kalemie Hubal Pfumtchum, Contrôle qualité, Coordinateur de projet
Durée de l'étude	60 jours

Remerciements spécialement à :

- M. Ebénézer AGORDOME, Spécialiste Inclusion, Handicap International
- Ghislaine BUJIMBI, Cheffe de projet Inclusion, Handicap International
- Les Techniciens inclusion de Handicap International dans les 4 hubs
- Tous ceux qui ont continué à la revue du document au sein de Handicap International

SOMMAIRE

ACRONYMES	4
LISTE DES TABLEAUX	4
ENCADRE	5
LISTE DES FIGURES	5
INTRODUCTION	7
1. MÉTHODOLOGIE	9
1.1. LOCALISATION DE L'ÉTUDE	9
1.2. POPULATION DE L'ÉTUDE	9
1.3. DESIGN DE L'ÉTUDE	9
1.4. COLLECTE DE DONNEES	10
1.5. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES	12
1.6. LIMITES ET BIAIS DE L'ÉTUDE	12
1.7. ÉTHIQUE	12
2. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR L'ACCÈS À LA RÉPONSE HUMANITAIRE EN RDC	14
2.1. SITUATION DU HANDICAP ET DES BARRIÈRES D'ACCES DANS LES HUBS	14
2.2. CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES ACTEURS HUMANITAIRES	19
2.3. ANALYSE DES BARRIÈRES A L'ACCES A LA REPONSE	31
2.4. COMMENT RENDRE LA REPONSE PLUS INCLUSIVE ?	55
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	57
BIBLIOGRAPHIE	59

Acronymes

ADCAP	Age and Disability Capacity Programme
IASC	International Accounting Standards Committee
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CDPH	Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées
EAH	Eau Assainissement et Hygiène
FGD	Focus Group Discussion
HI	Humanité & Inclusion – Handicap International
IRC	Internation Refugees Committee
NCA	Norwegian Church Aid
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPH	Organisation de Personnes Handicapées
QWG	Questions du Washington Group
RDC	République Démocratique du Congo
SECAL	Sécurité Alimentaire
VBG	Violences Basées sur le Genre

Liste des tableaux

Tableau 1: Plan de collecte..... 11

Tableau 2: Données démographiques désagrégées sur la population enquêtée 14

Tableau 3: Données démographiques désagrégées sur la population handicapée enquêtée 14

Tableau 4: Données désagrégées par genre déclarant des difficultés par dimension du WG..... 15

Tableau 5: Données désagrégées par âge déclarant des difficultés par dimension du WG 15

Tableau 6: Répartition de la population handicapée enfant par groupe d'âge..... 17

Tableau 7: Connaissance des déficiences selon la CDPH 20

Tableau 8: Connaissances et pratiques sur les abris inclusifs 22

Tableau 9: Attitudes sur les abris inclusifs 23

Tableau 10: Connaissances et pratiques en EAH inclusive..... 24

Tableau 11: Attitudes en EAH inclusive..... 24

Tableau 12: Connaissances et pratiques en SECAL inclusive 24

Tableau 13: Attitudes en SECAL inclusive 25

Tableau 14: Connaissances et pratiques en protection inclusive..... 25

Tableau 15: Attitudes en protection inclusive 25

Tableau 16: Connaissances et pratiques en protection inclusive (VBG)..... 26

Tableau 17: Attitudes en protection inclusive (VBG)..... 26

Tableau 18: Connaissances et pratiques en protection inclusive (enfance) 27

Tableau 19: Attitudes en protection inclusive (Enfance)..... 27

Tableau 20: Connaissances et pratiques en éducation inclusive..... 29

Tableau 21: Attitudes en éducation inclusive 29

Encadré

Encadré 1: Exemple de bonnes pratiques	30
--	----

Liste des figures

Figure 1: Nombre de personnes déclarant des difficultés par dimension pour l'ensemble de la population	16
Figure 2: Nombre de personnes déclarant des difficultés par dimension pour la population adulte	16
Figure 3: Nombre de personnes déclarant des difficultés par dimension pour la population adulte de Bukavu (à gauche) et Goma (à droite)	Erreur ! Signet non défini.
Figure 4: Nombre de personnes déclarant des difficultés par dimension pour la population adulte de Kalémie (à gauche) et Kananga (à droite)	17
Figure 5: Nombre d'enfants déclarant des difficultés par dimension pour la population enfant	18
Figure 6: Nombre de personnes déclarant des difficultés par dimension pour la population enfant de Bukavu (à gauche) et Goma (à droite)	18
Figure 7: Nombre de personnes déclarant des difficultés par dimension pour la population enfant de Kalémie (à gauche) et Kananga (à droite)	19
Figure 8: Connaissance des groupes de difficultés fonctionnelles	20
Figure 9: Connaissance des besoins des personnes handicapées en situation d'urgence	21
Figure 10: Pratique des organisations	30
Figure 11: Mise en œuvre d'une communication inclusive	31
Figure 12: Accès général à la réponse pour les personnes handicapées	32
Figure 13: Accès général à la réponse par Hub	32
Figure 14: Barrières à l'accès à la réponse générale	33
Figure 15: Barrières à l'accès à la réponse	34
Figure 16: Aide reçue tout hub confondu	35
Figure 17: Aide reçue Bukavu	35
Figure 18: Aide reçue Goma	36
Figure 19: Aide reçue Kalémie	36
Figure 20: Aide reçue Kananga	37
Figure 21: Difficultés d'accès à l'aide	37
Figure 22: Type de difficulté d'accès (global)	38
Figure 23: Type de difficulté d'accès (Bukavu et Goma)	38
Figure 24: Type de difficulté d'accès (Kalémie et Kananga)	39
Figure 25: Accès à la réponse	40
Figure 26: Barrière à l'accès et difficultés (général)	41
Figure 27: Barrière à l'accès et difficultés (Bukavu)	42
Figure 28: Barrière à l'accès et difficultés (Goma)	42
Figure 29: Barrière à l'accès et difficultés (Kalémie)	43
Figure 30: Barrière à l'accès (Kananga)	43
Figure 31: Difficultés d'accès – abri (adultes)	44

Figure 32: Difficultés d'accès – abri (enfants).....	45
Figure 33: Difficultés d'accès – EAH (adultes).....	46
Figure 34: Difficultés d'accès – EAH (enfants).....	47
Figure 35: Difficultés d'accès – SECAL (adultes).....	48
Figure 36: Aide alimentaire reçue (enfants).....	49
Figure 37: Incidents sécuritaires.....	50
Figure 38: Accès aux services de protection.....	50
Figure 39: Difficultés d'accès aux services de protection.....	51
Figure 40: Difficultés d'accès aux services de protection.....	51
Figure 41: Incident sécuritaire chez l'enfant.....	52
Figure 42: Accès aux services de protection de l'enfance.....	53
Figure 43: Accès à l'éducation.....	54
Figure 44: Arbre décisionnel, issu de Méthodes d'échantillonnage et calcul de la taille de l'échantillon selon la méthodologie SMART, Juin 2012.....	Erreur ! Signet non défini.

1. INTRODUCTION

Depuis le milieu des années 1990, la République Démocratique du Congo (RDC) s’est enlisée dans une série de crises humanitaires chroniques entraînant régulièrement d’importants mouvements de population. Ces crises aux origines à la fois humaines (violences armées, conflits politiques ou interethniques) et naturelles (catastrophes naturelles, épidémies) ont entraîné une accélération de l’augmentation des besoins d’assistance aux communautés et par conséquent une dégradation considérable de la situation humanitaire. Cette situation est d’autant plus exacerbée pour les populations les plus vulnérables qui sont généralement les personnes âgées, les femmes enceintes/allaitantes, les enfants de moins de cinq ans et les personnes handicapées. Au niveau mondial, l’OMS estime que 15% des personnes vivent avec un handicap, et que cette proportion augmente en situation de crise¹. Ainsi, la RDC n’échappe pas à ce constat et les prévalences sur les zones de crises doivent être attendues comme supérieures au seuil global de 15%.

Pour autant, force est de constater que l’aide humanitaire ne tient pas toujours compte des besoins particuliers des personnes handicapées quand bien même un cadre légal existe, comme la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées (CDPH), ratifié par la RDC le 30 septembre 2015. Ainsi, l’article 11 de la CDPH stipule que les États parties doivent assurer la protection et la sûreté des personnes handicapées dans la situation de risque, y compris les conflits armés, les crises humanitaires et les catastrophes naturelles². Ce décalage entre les normes internationales et la réalité sur place s’explique notamment par un manque de connaissances au niveau des partenaires techniques et financiers mais aussi par l’absence de données fiables et ventilées.

La RDC ne fait pas figure d’exception, avec très peu de données fiables existantes et encore moins de données désagrégées par type de handicap.

Aussi, Handicap International (HI) intervient depuis plusieurs années dans le pays et a pour objectif de favoriser et consolider l’accès à l’assistance humanitaire et la participation des personnes les plus vulnérables dans la planification et la mise en œuvre de la réponse humanitaire à travers le projet « *Appui aux acteurs humanitaires pour une réponse humanitaire inclusive en RDC* ». C’est dans la lignée de ce projet qu’HI a réalisé une étude Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) en RDC dans les hubs de Kalemie, Bukavu, Goma, Kananga et la ville de Kinshasa.

Cette étude vise à produire des données quantitatives et ventilées (handicap, âge et sexe) sur les différents types de difficultés fonctionnelles, mais également à documenter les barrières et facilitateurs d’accès et de participation des personnes handicapées à la réponse humanitaire en RDC dans le but de contribuer à leur meilleure prise en compte dans les planifications humanitaires, les projets et programmes humanitaires conformément aux Objectifs du Développement Durable. Elle s’inscrit dans la logique de la Convention des Droits Des Personnes Handicapées à travers son article 31 portant sur la nécessité pour les États de procéder à la collecte inclusive de données à tous les niveaux³.

L’objectif général de cette étude est de disposer de données factuelles et fiables sur les barrières et facilitateurs d’accès et de participation des personnes handicapées à la réponse humanitaire en RDC

Plus spécifiquement, il s’agit de :

- ▶ Mettre en lumière les barrières multiformes auxquelles font face les personnes handicapées dans le cadre de l’aide humanitaire en RDC

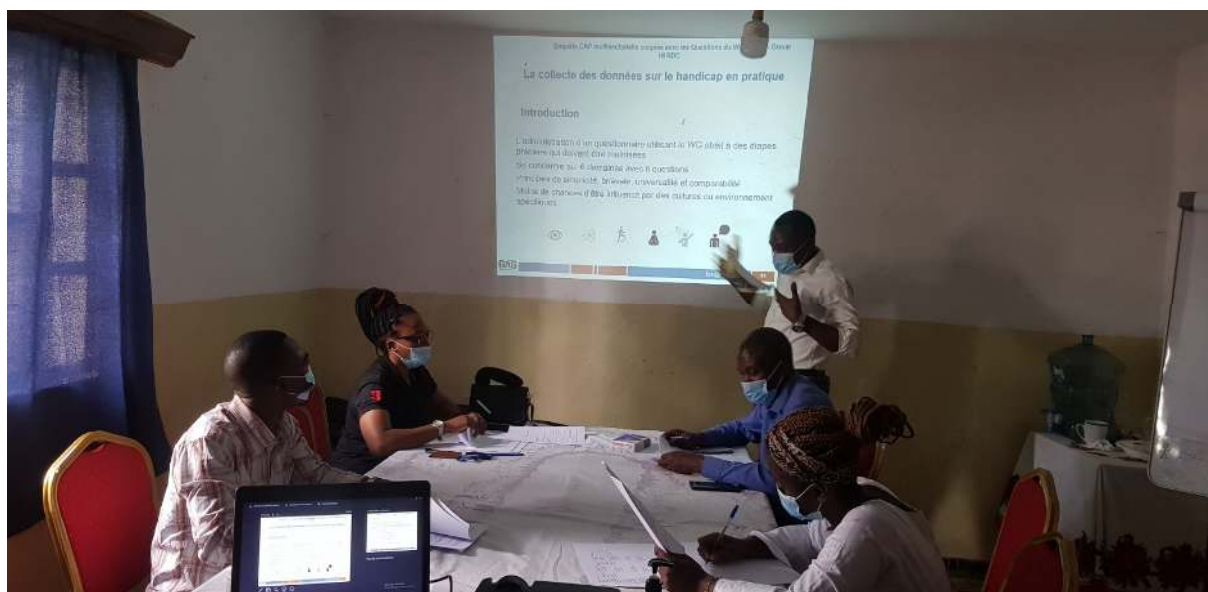
¹ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

² « Situations de risque et situations d’urgence humanitaire. Les États Parties prennent, conformément aux obligations qui leur incombent en vertu du droit international, notamment le droit international humanitaire et le droit international des droits de l’homme, toutes mesures nécessaires pour assurer la protection et la sûreté des personnes handicapées dans les situations de risque, y compris les conflits armés, les crises humanitaires et les catastrophes naturelles. »

³ « Les États Parties s’engagent à recueillir des informations appropriées, y compris des données statistiques et résultats de recherches, qui leur permettent de formuler et d’appliquer des politiques visant à donner effet à la présente Convention. »

- ▶ Cartographier et analyser les habitudes et pratiques courantes dans les zones d'intervention du projet
- ▶ Faire une analyse de la prévalence du handicap dans les hubs humanitaires et faire des projections
- ▶ Analyser les connaissances, attitudes et pratiques d'inclusion au sein de la communauté humanitaire
- ▶ Contribuer à la production de connaissances scientifiques pour un plaidoyer stratégique.

2. MÉTHODOLOGIE



2.1. Localisation de l'étude

L'étude concerne Kinshasa et les 4 hubs opérationnels de Kalemie, Goma, Bukavu et Kananga. L'essentiel de la collecte des données relatives aux hubs a été réalisée sur les sites de déplacés ou de réfugiés notamment à Kabémé et Likasi (Kalemie), Lusenda (Bukavu), le site de Masisi et Masisi Centre (Goma), la ville de Kananga et le site de Nkonko (Kananga).

2.2. Population de l'étude

L'étude s'intéresse à deux types d'acteurs distincts :

D'une part, l'enquête CAP cible **les acteurs humanitaires** basés à Kinshasa et dans les quatre hubs.

D'autre part, l'enquête sur les Questions du Washington Group (QWG) cible quant à elle **les populations** vivant dans Kabémé et Likasi (Kalemie), Lusenda (Bukavu), le site de Masisi et Masisi Centre (Goma), la ville de Kananga et le site de Nkonko (Kananga) en s'intéressant à la fois aux enfants (5-11 ans et 12-17 ans) et aux adultes (18-64 ans et 64 ans et plus).

Enfin, l'enquête sur les barrières à l'accès s'intéresse à la fois **aux acteurs humanitaires et aux populations**.

La population cible est constituée des personnes handicapées (enfants et adultes), des organisations de personnes handicapées (OPH), des parents d'enfants handicapés, des autorités et partenaires techniques/financiers (PTF) relatifs à chaque secteur. Les données sont collectées à l'échelle nationale et à l'échelle du hub au niveau des camps de réfugiés.

2.3. Design de l'étude

L'étude comporte trois phases : Une phase de revue de la littérature et d'élaboration de l'étude, une phase de collecte des données et une phase d'analyse.

- ▶ La phase de revue de la littérature et d'élaboration de l'étude comporte une réunion de cadrage entre les équipes d'OAG et de HI, la validation de l'échantillonnage, l'élaboration et la validation des outils de collecte.
- ▶ La phase de collecte comprend l'enquête CAP réalisée auprès des acteurs humanitaires et couplée à des entretiens qualitatifs; les QWG utilisées auprès des populations déplacées et/ou réfugiées des sites/camps afin de déterminer la prévalence des types de difficultés fonctionnelles tels que définies par les QWG ; et enfin les questions sur les barrières à l'accès

adressées aux personnes identifiées comme handicapées selon les questions du Washington Group et couplées à des Focus Groups et des entretiens

- ▶ La phase d'analyse et de rédaction du rapport reprend l'analyse des réponses aux QWG ainsi que l'analyse quantitative et qualitative des barrières à l'accès à la réponse et de l'étude CAP adressée aux acteurs humanitaires.

La composante qualitative pour les deux types d'acteurs ciblés par l'étude vise à récolter des données sur les barrières et facilitateurs liés à l'éducation, la sécurité alimentaire (SECAL), l'eau, hygiène et assainissement (EHA), la protection et les abris, notamment les barrières comportementales, institutionnelles et physiques.

2.4. Collecte de données

Comme mentionné précédemment, la collecte de données comprend des données quantitatives et qualitatives.

Pour la collecte des données quantitatives au niveau de la population, le questionnaire est constitué des questions du Washington Group et de questions basées (facilitateurs et barrières) sur les normes minimales de l'ADCAP et de l'IASC. Les questionnaires CAP se basent sur les mêmes outils.

Quant aux données qualitatives, des entretiens et FGD se sont déroulés en présentiel en tenant compte des gestes barrières liés au COVID 19.

2.4.1. Outils de la collecte

Les outils de collecte comprennent un guide d'entretien individuel, un guide de discussions, un questionnaire CAP et un questionnaire QWG/barrières. Tous les outils ont été revus et validés avec l'équipe HI.

Le guide d'entretien individuel semi-structuré approfondi

- ❖ **Au niveau National :** Les entretiens se sont déroulés avec les personnes clés des organisations partenaires concernées qui sont :
 - ▶ Handicap International
 - ▶ Les Partenaires techniques et financiers notamment les structures lead et co-lead des cinq clusters (éducation, protection, sécurité alimentaire (SECAL), eau, assainissement, hygiène (EAH), abris) ainsi que les ONG nationales et internationales intervenant dans l'action humanitaire
 - ▶ Trois OPH.

- ❖ **Au niveau Régional :**

Les entretiens ont été conduits avec les personnes ressources au niveau des provinces concernées par l'étude fournis par HI dont : les responsables de sites et responsables sectoriels présents sur la zone (OPH, ONG nationales et internationales).

Focus group discussions (FGD)

Des FGD auprès des personnes ciblées par l'étude dans les quatre hubs (Kalémie, Goma, Bukavu, Kananga) ont été conduits. Les FGD ont été organisés pour les hommes et les femmes handicapés, et pour enfants handicapés et leurs parents. Les FGD ont le plus possible été organisé par type de handicaps et en s'efforçant d'aller vers l'échantillon le plus petit autorisé par la méthodologie (6 personnes) afin de pouvoir au mieux diriger la discussion. Les outils ont été adaptés au mieux pour pouvoir être compris par les participants qui au besoin, ont été accompagnés.

Les personnes interrogées lors des FGD et entretiens ont été le plus souvent possible identifiées à l'aide de l'administration des questions de Washington Group lors de l'enquête quantitative et grâce à l'accompagnement des acteurs locaux et OPH. Lorsque celles-ci n'ont pas permis d'identifier assez de participants, OAG a fait appel aux OPH pour faciliter la rencontre des personnes handicapées et l'organisation des FGD.

La collecte des données qualitatives (entretiens et FGD) a été réalisée à partir des guides. La collecte des données quantitatives a été réalisée grâce à des questionnaires installés dans les applications mobiles (Kobocollect). Les enquêteurs ont adopté des mesures barrières et des kits barrières Covid 19 ont été mis à leur disposition.

Dans le cas du handicap auditif, OAG a pu bénéficier de l'aide de traducteurs et des accompagnants habituels des personnes handicapées.

2.4.2. Equipe et organisation

L'équipe de consultants nationaux et d'enquêteurs a été formée par la consultante principale à l'objectif de l'étude, la maîtrise des outils et la posture à adopter pour réussir la mission. Elle a également été formée aux :

- ▶ Terminologies appropriées en matière de handicap ;
- ▶ Différents types de handicap ;
- ▶ Attitudes à adopter ;
- ▶ Manière d'administrer les questions du WG

L'équipe support d'OAG, située au Cameroun, a également bénéficié d'une formation aux différents types d'outils utilisés sur le terrain.

Les outils ont été testés, traduits puis critiqués afin de répondre au mieux à la situation du terrain. La consultante internationale a formé l'équipe OAG support et les consultants nationaux pour la collecte de données qualitatives et sur les outils de collecte quantitatif (formation de formateurs). Les consultants nationaux ont dispensé la formation des enquêteurs.

Quatre enquêteurs par hub soit un total de 16 ont été recrutés pour travailler sous la responsabilité de 4 consultants nationaux.

La durée du questionnaire WG, et du questionnaire barrières et facilitateurs a été estimée à 20 minutes en moyenne. Pour une approche réaliste, nous avons compté 2 questionnaires par heure. Soit pour une journée de 8h de travail, 16 questionnaires adressés par enquêteur. Ainsi une équipe de 4 enquêteurs a adressé un maximum de 64 questionnaires par jour par HUB.

L'échantillonnage cible étant de 196 personnes, et en prévoyant une demi-journée supplémentaire afin de comptabiliser le temps de trajet et d'éventuels retards, 3,5 jours de collectes ont été comptabilisés pour le hub de Bukavu (avec un seul site ciblé) et 6.5 jours pour les 3 autres hubs de Kalémie, Kananga et Goma (avec chacun 2 sites ciblés).

Le site de Ndendéré n'ayant finalement pas été inclus dans l'étude, l'équipe s'est rendue à Lusenda. Il a fallu comptabiliser 4 jours supplémentaires pour le trajet aller-retour.

Une formation de 2 jours, comprenant le test pilote, a été requise pour mettre les enquêteurs à niveau dans le cadre de cette mission.

Le plan de collecte initial est prévu comme suit :

Tableau 1: Plan de collecte

HUB	Site	Echantillon	N. Enquêteurs	N. Questionnaire par Enquêteur	Total Questionnaire par jour	N. Jour
Kalemie	Site de Kabémé	196	2	16	32	6.125
	Site de Likasi	196	2	16	32	6.125
Goma	Site de Masisi	196	2	16	32	6.125
	Site de Masisi Centre	196	2	16	32	6.125
Bukavu	Site de Lusenda	196	4	16	64	3.06

Kananga	Zone de Nkonko, commune de Nganza	196	2	16	32	6.125
	Ville de Kananga	196	2	16	32	6.125

2.5. Saisie et analyse des données

Pour les données quantitatives, on a procédé à l'apurement des fichiers concaténés afin de déceler d'éventuelles erreurs et incohérences. Les fichiers de données ont été regroupés par concaténation et exportés en un seul vers Excel. Cette opération permettra de sortir les tableaux de moyennes pour les variables quantitatives.

Par la suite, on procède au tri à plat de toutes les variables, à la détection d'éventuelles erreurs de saisie et de programmation et l'édition des tableaux. Une analyse descriptive permet de traiter les données quantitatives. Il s'agit de dégager les tendances, les moyennes et tout autre type de projection.

Le traitement des données qualitatives (FGD et entretiens semi-structurés) s'est fait manuellement à travers d'une analyse des informations prises sur papier lors des discussions. La technique a compris la transcription des enregistrements lorsqu'il a été possible d'enregistrer.

L'analyse des données qualitatives s'est faite selon l'approche descriptive, déductive et inductive de traitement et d'analyse des données qualitatives. La triangulation des données par outil, par site et par catégorie d'acteurs a permis de vérifier et de valider les opinions, perceptions, et préoccupations des personnes consultées.

2.6. Limites et biais de l'étude

Au niveau de l'enquête dans les hubs, un certain nombre de contraintes ont émergé.

Tout d'abord, le site de Likasi a été difficile d'accès avec un encadrement renforcé de l'enquête. Ainsi, le temps disponible dans le camp était très limité et les mouvements très encadrés, rendant difficile la mise en place de la méthodologie de sélection des ménages. Par conséquent, une méthodologie différente a été adoptée avec une sélection des ménages linéaires (les uns après les autres) et très peu de temps alloués aux entretiens. La qualité des données et la méthodologie utilisée n'étant pas optimale, une deuxième visite a eu lieu. La méthodologie prévue n'ayant toujours pas pu être utilisée, il a été décidé de supprimer les données collectées de l'analyse.

La question du handicap est une question difficile à aborder et souvent tabou en RDC, ce qui nuit à la participation des personnes handicapées, notamment dans les évaluations et les études. Ainsi, il est probable que les données soient sous évaluées, bien que tout ait été mis en œuvre au niveau de l'équipe pour s'assurer de s'entretenir avec toutes les personnes des ménages visités.

Enfin, l'éruption du volcan Nyiragongo à Goma et la 3^e vague de contamination à la COVID 19 ont impacté la participation des acteurs à l'enquête. C'est pourquoi, pour pallier cette difficulté liée au contexte, des entretiens ont eu lieu au-delà de la période d'enquête prévue, et certains entretiens ont été menés en distanciel jusqu'à début juillet.

Finalement, même si l'exercice se veut le plus objectif possible mais il est néanmoins important de garder à l'esprit que les réponses des acteurs humanitaires aux enquête CAP leurs sont propres, et qu'elles ne sont pas forcément représentatives de l'ensemble de leur organisation. En effet, les acteurs interrogés ne maîtrisent pas forcément la mémoire institutionnelle ni ne connaissent toutes les barrières et facilitateurs institutionnels existants.

2.7. Éthique

Conformément aux articles 8, 9 et 10 des termes du contrat de prestation de service et en accord avec les politiques institutionnelles de HI, la collecte des données a pris en compte des mesures susceptibles de garantir au processus de l'étude une assise éthique et de protéger la confidentialité et la dignité de ceux qui y participent. Pour assurer le respect des principes éthiques dans la collecte des données, l'équipe de consultants a mis en œuvre des stratégies pour garantir :

- **La confidentialité** : l'équipe chargée de la collecte a veillé sur le fait que les interviews se passent dans un cadre confidentiel pour une interview face à face.
- **Le respect de la personne** : les personnes à interroger dans le cadre de cette étude sont libre d'accepter ou de refuser l'interview. Il n'a pas été question de forcer une personne de répondre au questionnaire ou de lui faire répondre au questionnaire contre toute récompense quelconque.
- **La bienfaisance** : toutes les dispositions possibles ont été prises pour que la collecte n'entraîne pas de problèmes ou différends quelconque dans les zones de la collecte du fait du passage des enquêteurs.

Conformément à la note d'orientation de HI intitulée « Études et recherches à Handicap International : Pour une gestion éthique des données »⁴. L'étude respecte les huit recommandations préconisées par l'organisation :

- ▶ Garantir la sécurité des participants, des partenaires et des équipes
- ▶ Assurer une approche centrée sur la personne/ la communauté
- ▶ Obtenir le consentement libre et éclairé des participants
- ▶ Proposer des mécanismes de référencement
- ▶ Assurer la sécurité des données personnelles et sensibles tout au long de l'activité
- ▶ Planifier et garantir l'utilisation et le partage des informations
- ▶ Assurer l'expertise des équipes impliquées et la validité scientifique de l'activité
- ▶ Obtenir l'agrément des autorités pertinentes et prévoir une revue externe de la proposition

⁴ Handicap International, 2015, « Études et recherches à Handicap International : Pour une gestion éthique des données ».

3. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

La section ci-après présente les résultats de l'enquête sur l'accès des personnes handicapées à la réponse humanitaire en RDC. Elle comprend les projections relatives aux différentes difficultés fonctionnelles suivant les questions du Washington Group, la description quantitative des Connaissances, Attitudes et Pratiques des acteurs humanitaires, la description des barrières identifiées par les personnes handicapées par secteur, ainsi que par les acteurs humanitaires et par type de barrières (physique, comportemental et institutionnel).

3.1. Situation du handicap et des barrières d'accès dans les hubs

La population entretenue dans les différents sites des différents hubs comporte 1370 personnes⁵ dont 390 personnes handicapées selon les questions du Washington Group. Le tableau 2 présente les données démographiques désagrégées pour la population totale entretenue tandis que le tableau 3 présente les données démographiques désagrégées pour la population handicapée.

Au total, les questions sur les barrières d'accès à la réponse humanitaire ont été adressées à 390 personnes.

Tableau 2: Données démographiques désagrégées sur la population enquêtée

Désagrégation par sexe				Désagrégation par âge					Personnes handicapées
Masculin	Féminin		Total	5-11	12-17	18-64	64+	Total	
547	823	390	1370	256	298	696	120	1370	390

Tableau 3: Données démographiques désagrégées sur la population handicapée enquêtée

Désagrégation par sexe				Désagrégation par âge					Personnes handicapées
Masculin	Féminin	Autre	Total	5-11	12-17	18-64	64+	Total	
150	240	0	390	62	59	234	35	390	390

3.1.1. Les questions du Washington Group

Le Washington Group a mis au point un questionnaire conçu pour identifier la population présentant un risque plus élevé que la population en général de faire face à des restrictions à la participation sociale. Ces questions ont été testées et validées au niveau international.

La version courte des questions du Washington Group est un ensemble de questions conçues pour identifier (dans un recensement ou une enquête) des personnes handicapées. Les questions portent sur les difficultés rencontrées par les personnes pour effectuer des activités universelles de base (marcher, voir, entendre, apprendre, prendre soin de soi et communiquer). Cette version courte est considérée comme suffisante pour la population adulte et les enfants de plus de 5 ans, cependant elle n'a pas été spécifiquement conçue pour les enfants et ne couvrent donc pas tous les enfants handicapés.

La version courte des questions du Washington Group permet d'identifier les 6 groupes de difficultés fonctionnelles suivants : la vue, l'ouïe, la mobilité, la cognition, la capacité à prendre soins de soi-même et la communication.

⁵ L'échantillon ciblait 1512 personnes dont 10% de non-répondants, pour obtenir un échantillon cible de 1372 personnes. Au total 1370 personnes ont pu être interviewées.

3.1.2. Prévalence du handicap

3.1.2.1. Prévalence générale

La section suivante présente les projections relatives aux types de difficultés identifiées par le Washington Group : la vue (WG1), l'ouïe (WG2), la mobilité (WG3), la cognition (WG4), la capacité à prendre soins de soi-même (WG5) et la communication (WG6).

L'analyse quantitative a montré que 28% des personnes interrogées déclaraient des difficultés pour au moins une dimension du WG (le répondant répond « beaucoup de difficultés » ou « incapacité totale »), tout âge, genre et hub confondus.

Ce pourcentage correspond à la prévalence du handicap dans les zones humanitaires en RDC.

Comme le montre le tableau 4, le pourcentage de personnes déclarant des difficultés dans au moins une dimension du WG est sensiblement plus élevé chez les femmes (29.16%). Le tableau 5 et la figure 3 montre que le groupe d'âge représentant la plus grande partie des personnes handicapées selon les questions du WG est celui des 18-64 ans.

Tableau 4: Données désagrégées par genre déclarant des difficultés dans au moins une dimension du WG

% de personnes par genre déclarant des difficultés dans au moins une dimension du WG (Formulaires incomplets et sans consentement exclus)	
% de personnes masculines handicapées	27,42%
% de personnes féminines handicapées	29,16%

Tableau 5: Données désagrégées par âge déclarant des difficultés dans au moins une dimension du WG

% de personnes par tranche d'âge déclarant des difficultés dans au moins une dimension du WG (Formulaires incomplets et sans consentement exclus)	
% des 5-11 ans déclarant des difficultés	24,22%
% des 12-17 ans déclarant des difficultés	19,80%
% des 18-64 ans déclarant des difficultés	33,62%
% des plus de 64 ans déclarant des difficultés	29,17%

La figure 1 indique que les difficultés les plus récurrentes dans la population totale ayant répondu à l'étude sont tout d'abord la mobilité (WG3), suivi de la vue (WG1). Il est important de garder à l'esprit qu'un répondant peut faire face à différents types de difficultés et donc être comptabilisé plusieurs fois.

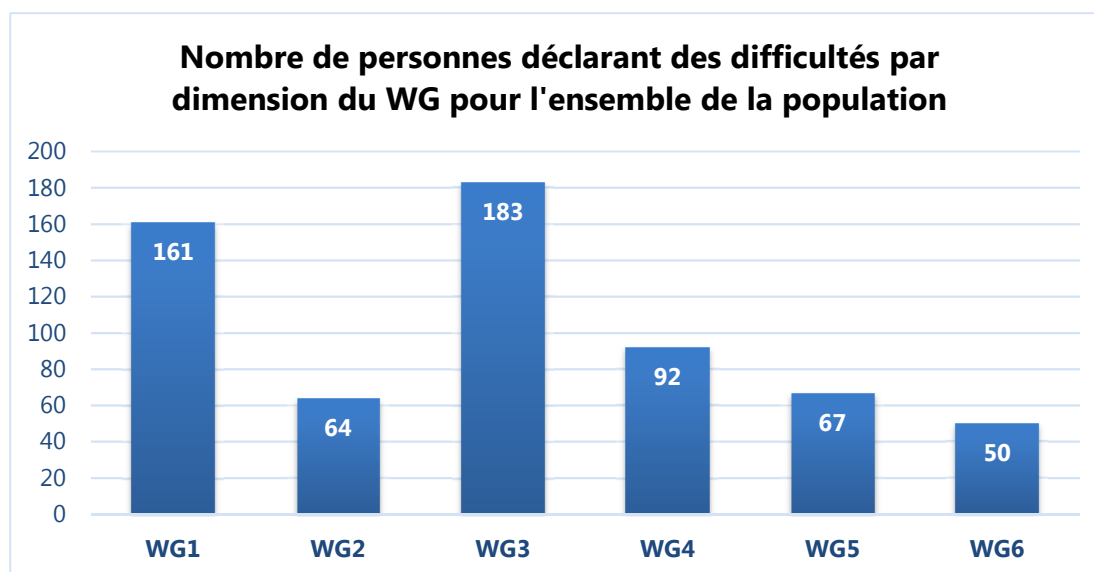


Figure 1: Nombre de personnes déclarant des difficultés par dimension pour l'ensemble de la population interrogée

3.1.2.2. Prévalence du handicap dans la population adulte

Au niveau de la population adulte totale, l'analyse quantitative a montré que 33% des personnes interrogées déclaraient des difficultés dans au moins une des catégories du WG, tout genre et hub confondus.

La répartition des personnes déclarant des difficultés par dimension du WG est très nettement plus importante chez les femmes (64%). Le tableau 8 montre que le groupe d'âge représentant la plus grande partie des personnes handicapées selon les questions du WG est celui des 18-64 ans (87%). Cependant, il faut prendre en compte que la groupe d'âge des plus de 64 ans est numériquement très faible au sein de la population.

La figure 2 indique que les deux dimensions les plus mentionnées par la population adulte sont la mobilité, suivi par la vue.

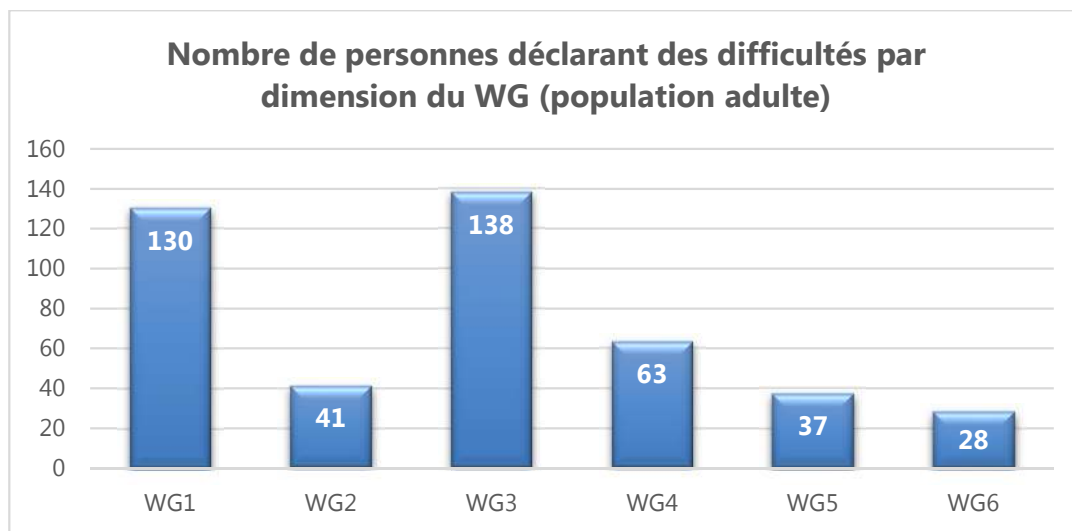


Figure 2: Nombre de personnes déclarant des difficultés par dimension pour la population adulte

Au niveau des hubs, le nombre des personnes déclarant des difficultés par dimension du WG est très disparate.

Ainsi, 51% des personnes interrogées à Bukavu et 44% à Goma déclarent des difficultés dans au moins un groupe de handicap identifiés par le WG. Les hubs de Kalémie et Kananga enregistrent des taux beaucoup plus faibles avec respectivement 29% et 15% de personnes déclarant des difficultés par dimension du WG.

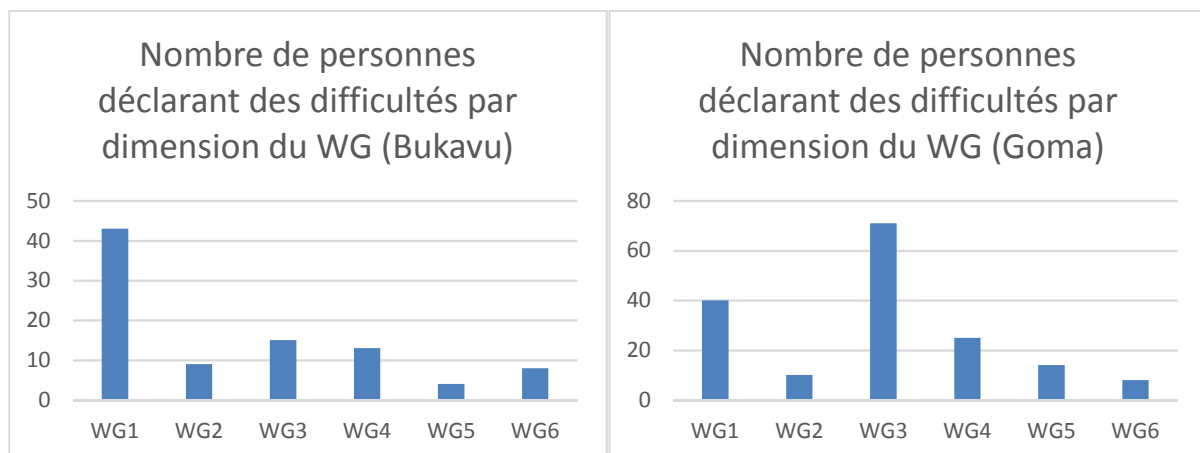


Figure 3: Nombre de personnes déclarant des difficultés par dimension pour la population adulte de Bukavu (à gauche) et Goma (à droite)

Les types de difficultés les plus mentionnées pour Kalémie et Kananga sont similaires à la population générale (mobilité suivie de la vue), alors qu'un type de handicap se détache des autres dans les hubs de Bukavu (la vue) et de Goma (la mobilité). Enfin, le hub de Kananga enregistre également un nombre n'important de personnes déclarant des difficultés à entendre (Oûie, WG2).

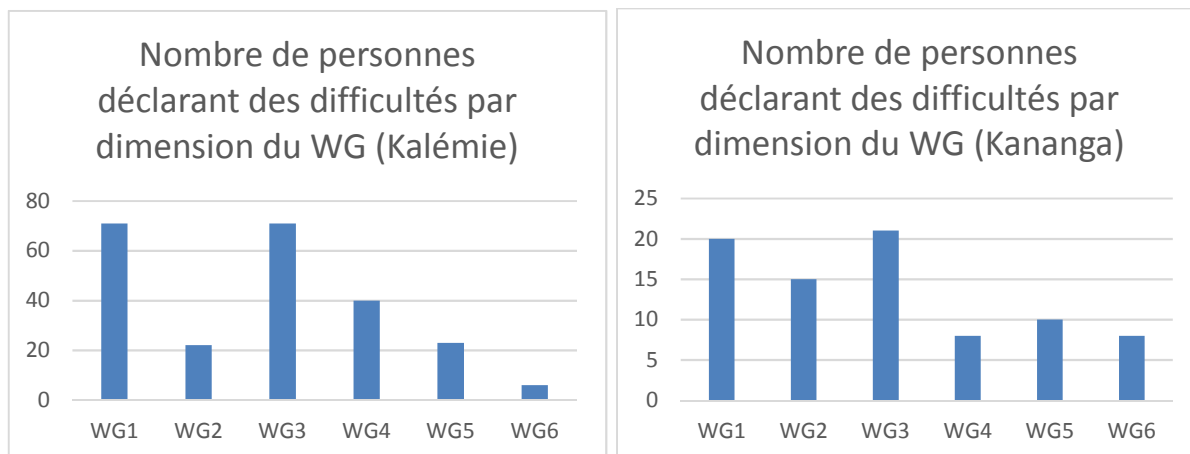


Figure 4: Nombre de personnes déclarant des difficultés par dimension pour la population adulte de Kalémie (à gauche) et Kananga (à droite)

3.1.2.3. Prévalence du handicap dans la population handicapée enfant

Au niveau de la population infantile, l'analyse quantitative a montré que 22% des interrogés déclaraient des difficultés par dimension du WG, tout genre et hub confondus.

La répartition des enfants déclarant des difficultés par dimension du WG et par genre est moins marquée que chez les adultes avec 55% de filles et 45% de garçons déclarant des difficultés, contre 64% de femmes adultes pour 36% d'hommes adultes. Le tableau 6 montre que la répartition des enfants handicapés en fonction des groupes d'âge est sensiblement équilibrée. Il faut cependant notifier que le nombre d'enfants handicapés identifiés par hub est très disparate, tout comme la répartition démographique. Par exemple, zéro enfant âgé entre 5 et 12 ans ont été identifiés à Kalemie, et seuls 11 enfants (6%) des enfants ont été identifiés comme handicapés en Kananga. Les informations qualitatives collectées au niveau des acteurs humanitaires semblent indiquer que deux scénarii soit envisageable : (1) les enfants ne sont pas présents dans le site au moment des entretiens faits en journée, (2) les enfants ne sont pas présentés par leurs parents qui ne les comptabilisent pas comme membres du foyer. Cependant, l'équipe de collecte s'est efforcé de passer à plusieurs reprises et à chercher à comprendre lors de sa présence sur site la raison de cette très faible représentativité et n'a pu tirer comme seule conclusion que ces enfants sont effectivement absents du site. Il n'a pas été possible avec les éléments disponibles d'aller plus en profondeur pour expliquer cette situation et à la vue des données disponibles, il serait hâtif de tirer des conclusions. Des recherches plus approfondies pour comprendre cette situation sont nécessaires.

Tableau 6: Répartition de la population handicapée enfant par groupe d'âge

Répartition par âge (Formulaires incomplets et sans consentement exclus)	
5-11	12-17
51%	49%

La figure 5 indique que les deux dimensions les plus mentionnées par la population enfant sont la mobilité, suivi par la vue. Cette tendance est similaire à la population adulte dont les deux types de handicap les plus souvent identifiés sont également la vue et la mobilité.

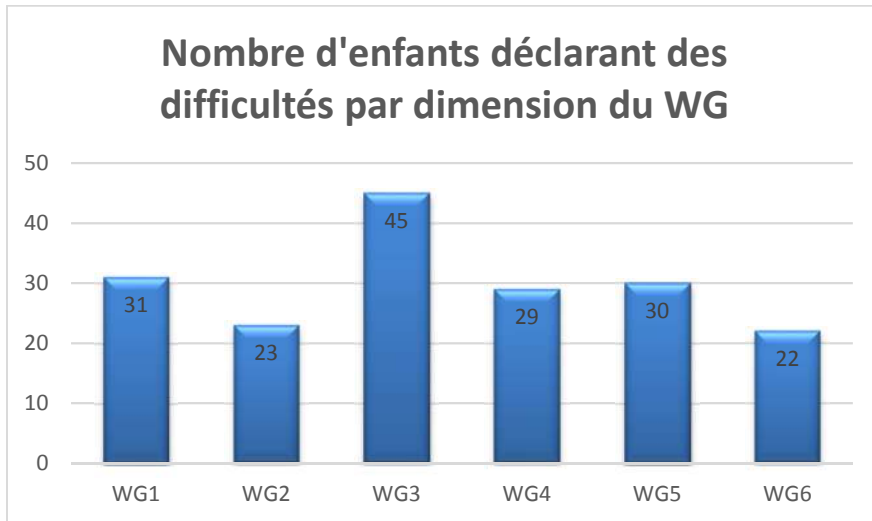


Figure 5: Nombre d'enfants déclarant des difficultés par dimension pour la population enfant

Au niveau des hubs, le nombre des personnes déclarant des difficultés par dimension du WG est très disparate. Contrairement à la population adulte, c'est le hub de Kalemie qui est le plus touché avec 38% de la population enfant mentionnant au moins un handicap, suivi par Goma avec 31% des personnes interrogées. A Bukavu 27% déclarent des difficultés dans au moins un groupe de handicap identifié par le WG. Enfin, la population identifiée dans le Kananga est relativement faible, et même inférieure aux chiffres attendus en se basant sur les projections de l'OMS (15%). En effet, seul 11 enfants sur les 200 interrogés, soit 6%, mentionnent des difficultés dans au moins une dimension du WG. Les types de difficultés les plus mentionnées pour Kalemie et Bukavu sont similaires à la population générale (mobilité et vue), alors qu'un type de handicap se détache des autres dans les hubs de Kananga et de Goma (la mobilité). Sur les 11 enfants identifiés dans le Kananga, 6 mentionnent des difficultés de capacité à prendre soins de soi-même (WG5) et la communication (WG6), 5 mentionnent des difficultés concernant la vue (WG1), l'ouïe (WG2), la mobilité (WG3) et 4 mentionnent des problèmes de cognition (WG4). Il est important de noter qu'un même enfant peut faire face à plusieurs difficultés.

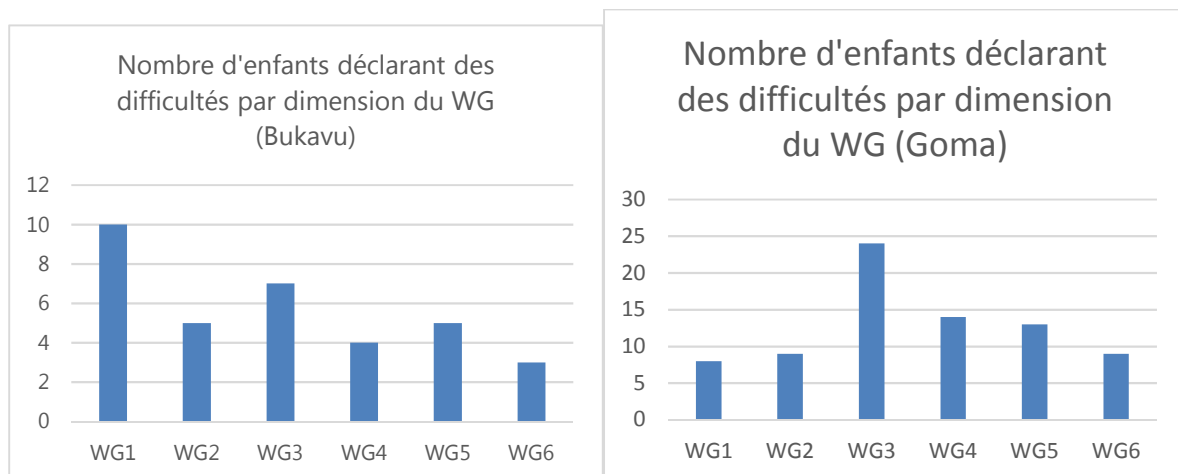


Figure 6: Nombre de personnes déclarant des difficultés par dimension pour la population enfant de Bukavu (à gauche) et Goma (à droite)

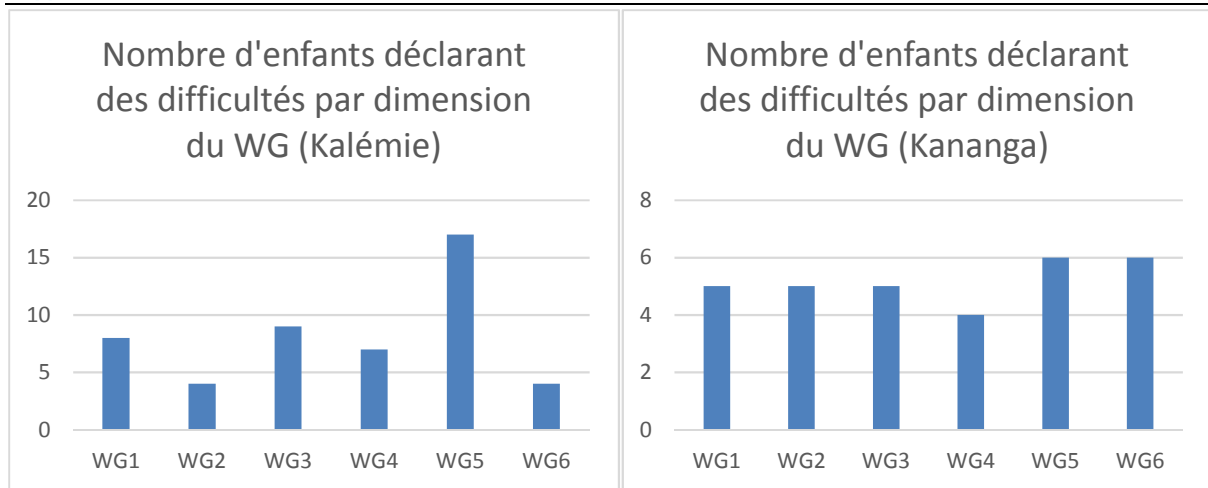


Figure 7: Nombre de personnes déclarant des difficultés par dimension pour la population enfant de Kalémie (à gauche) et Kananga (à droite)

3.2. Connaissances, Attitudes et Pratiques des acteurs humanitaires

Dans le cadre de l'enquête, 54 acteurs ont été entretenus afin d'identifier le niveau de connaissances, les attitudes et les pratiques des acteurs humanitaires présents en RDC. A Kinshasa, les leads des clusters et les membres de la coordination de différentes ONG ainsi que des OPH ont été entretenus. Dans les hubs, l'étude a été adressée aux OPH et aux ONG présentes. Le questionnaire quantitatif CAP s'intéresse à des questions sur la connaissance du cadre légal, du contexte local mais également des normes minimales à appliquer au niveau des réponses sectorielles. Les informations qualitatives s'intéressent à la notion de personnes handicapées telles que définie par la CDPH. Elle interroge l'acteur sur sa compréhension et sa familiarité avec certaines notions telles que l'inclusivité, le concept « leave no one behind », sa compréhension du contexte local et des barrières et facilitateurs existants.

3.2.1. Connaissance générales sur le handicap

Lors des entretiens avec les acteurs humanitaires, mais également avec les personnes handicapées, il est ressorti que sont généralement considérées comme personne handicapée les personnes porteuses d'un handicap visible : handicap moteur/mobilité (difficulté à se mouvoir et amputation) et handicap visuel.

Les données quantitatives confirment que le handicap est souvent lié à quelque chose d'identifiable visuellement avec 50% des participants mentionnant que le handicap est « une déficience sur une partie du corps ». 59.26% adoptent une définition plus inclusive mentionnant des difficultés liées à l'environnement. Pour la majorité des acteurs, la personne handicapée est définie comme quelqu'un ayant une déficience et rencontrant des difficultés dans l'accomplissement des tâches quotidiennes. Peu d'acteurs font état du manque d'adaptation de l'environnement à la personne et, il en découle, du manque d'inclusion.

La définition même d'« inclusif » semble problématique. En effet, l'analyse qualitative tend à montrer une tendance des acteurs à confondre « intégré » et « inclusif ».

Cette confusion est un point central et l'un des résultats clés de l'étude : en effet la majorité des acteurs mentionnent que pour une réponse plus inclusive, la question est surtout d'inclure les personnes handicapées, et non de rendre les activités plus atteignables par toutes et par tous.

2.2.1.1 Connaissance des différents types de handicap et difficultés fonctionnelles

53.7% des participants à l'étude mentionne avoir connaissance de l'existence des questions du Washington Group. Pour autant, la majorité des acteurs mentionne ne pas connaître le contenu des questions quand bien même l'outil est utilisé au niveau de leur structure. Pour autant, seul 1.85% des

répondants sont capables de citer tous les groupes de difficultés fonctionnelles, et les différents groupes ne sont jamais cité par au moins la moitié des acteurs, comme le montre la figure 8.

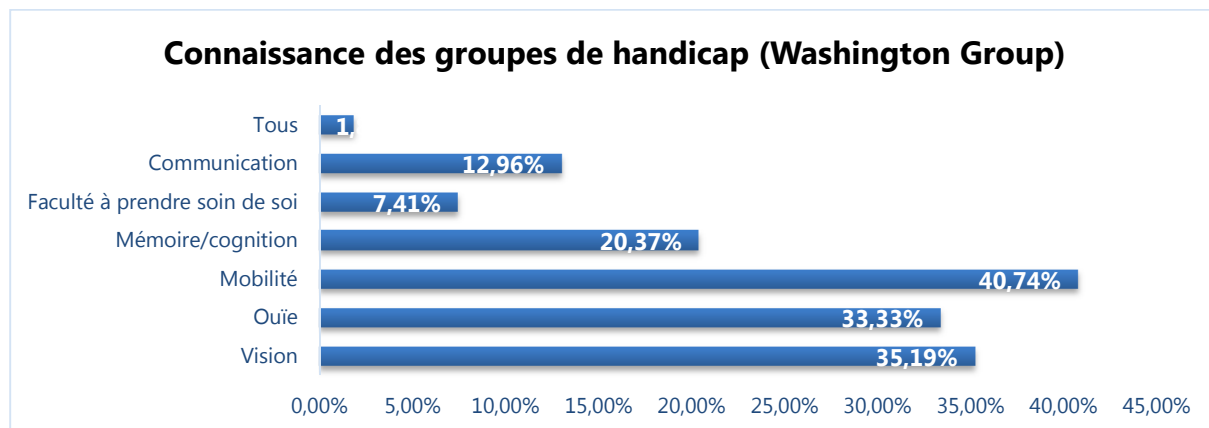


Figure 8: Connaissance des groupes de handicap (Washington Group)

Comme le suggère le tableau 7, les types de déficience tels que reconnus par la CDPH sont mieux connus, avec 29.63% des acteurs mentionnant tous les groupes. Le handicap physique et mental est les plus mentionnés. Il est important de prendre en considération l'aspect de la réponse des participants. En effet, l'enquête qualitative révèle que la majorité des acteurs répond par déduction en faisant référence aux groupes de handicap connus tout en précisant ne pas être sûrs de savoir si c'est en lien avec la CDPH (par exemple « je pense que la CDPH considère la déficience physique » ou encore « le handicap moteur j'imagine »). Également, dans le cadre des handicaps moteur, la plupart des acteurs ne semblent pas considérer l'existence de plusieurs types de handicap moteur.

Tableau 7: Connaissance des déficiences selon la CDPH

Connaissance des déficiences selon la CDPH	
Physique	79,63%
Mentale	66,67%
Intellectuelle	42,59%
Sensorielle	55,56%
Autre	7,41%
Ne Sait Pas	11,11%
Tous	29,63%

2.2.1.2. Connaissance des cadres législatifs et standards opérationnels

96.30% des acteurs mentionnent avoir connaissance de l'existence d'un cadre légal spécifique encadrant les droits des personnes handicapés. Il existe en effet plusieurs textes qui sont totalement dédiés aux personnes handicapées, comme la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH). D'autres textes spécifiques à l'action humanitaire comprennent des sections relatives aux personnes handicapées comme le manuel Sphère.

L'analyse des données quantitatives indiquent que 90.74% des acteurs mentionnent la CDPH et 24.07% la charte humanitaire pour l'inclusion des Personnes Handicapées.

Les autres textes ne sont que très peu cités. Ainsi, ces informations tendent à montrer que les acteurs interrogés ne disposent pas d'une connaissance approfondie de la diversité des documents incluant la question du handicap. Par exemple, seul 7,41% des acteurs interrogés mentionnent le manuel Sphère comme outil incluant des recommandations sur la prise en compte de la question du handicap dans la

réponse humanitaire. Pour autant, le manuel Sphère est un outil de base de la réponse et connu de tous les acteurs.

L'article 11 de la CDPH⁶ est mentionné par 55.56% des acteurs interrogés.

Lors des entretiens, beaucoup d'acteurs nationaux mentionnent que la question des personnes handicapées est prise en compte dans la constitution congolaise. Les données quantitatives indiquent une faible connaissance du cadre légal. **Certains acteurs expliquent également ne pas avoir une grande connaissance du cadre légal, mais que cela n'est pas indispensable à l'exercice de leur fonction.** Pour autant, une connaissance, ne serait-ce que superficielle, est primordiale afin de pouvoir mettre en place des activités de plaidoyer et renforcer l'obligation pour les acteurs de produire une réponse inclusive en appliquant les normes et lois existantes.

2.2.1.3. Connaissance des besoins spécifiques des personnes handicapées dans la réponse

L'enquête qualitative montre que les acteurs ne différencient généralement pas les besoins spécifiques aux personnes handicapées des besoins de la population globale. Les données mentionnées à la figure 9 doivent être lues en gardant ceci à l'esprit. Les informations qualitatives montrent notamment que les acteurs ont tendance à formuler leur réponse en indiquant que les personnes handicapées en situation d'urgence ont « tel type de besoin au même titre que la population générale » et non qu'elles ont « spécifiquement besoin de telle réponse au niveau d'un secteur donné ».

Très peu d'acteurs mentionnent l'accès à l'information, pourtant primordial pour toutes et tous mais essentiels aux personnes handicapées en situation d'urgence. De plus, peu d'acteurs mentionnent pendant l'enquête qualitative le besoin d'outils de communication spécifique. Certains acteurs expliquent qu'il faut bien évidemment renforcer l'accès à la réponse, mais que généralement en situation d'urgence le temps manque pour créer de tels outils.

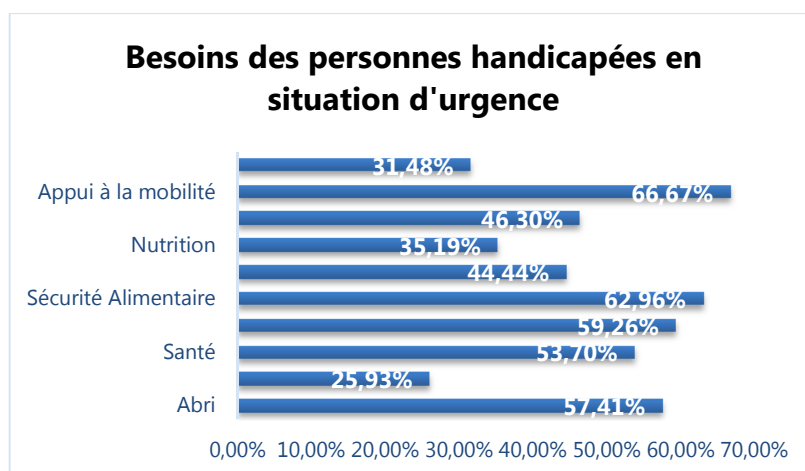


Figure 9: Connaissance des besoins des personnes handicapées en situation d'urgence

2.2.2. Connaissances, Attitudes et Pratiques par secteur d'activité

Les différents acteurs humanitaires interrogés ont répondu à des questions spécifiques à leur domaine d'activité afin de mesurer leurs connaissances, attitudes et pratiques. Ces questions ont été explorées de façons quantitative et qualitative. Les résultats par thématique sont présentés ci-après.

⁶ « Situations de risque et situations d'urgence humanitaire. Les États Parties prennent, conformément aux obligations qui leur incombent en vertu du droit international, notamment le droit international humanitaire et le droit international des droits de l'homme, toutes mesures nécessaires pour assurer la protection et la sûreté des personnes handicapées dans les situations de risque, y compris les conflits armés, les crises humanitaires et les catastrophes naturelles. », article 11 de la CDPH

2.2.2.1. Abri



Positionnement du panneau programme Abri, Kalinga, Hub de Goma

11 acteurs ont répondu aux questions sur la thématique des abris inclusifs. La plupart des acteurs mentionnent que quand bien même il existe des normes encadrant la question des abris, **généralement l'urgence des situations ne permet pas de mettre en place des abris inclusifs**. Les acteurs ont une bonne connaissance des principes de base comme la nécessité que l'abri soit inclusif en termes de conception intérieure et soit accessible géographiquement. Les acteurs interrogés mentionnent majoritairement que l'accès sûr et équitable à un abri est garanti pour les personnes handicapées au niveau de la réponse globale. Cependant, seulement un peu plus de la moitié des acteurs mentionnant la prise en compte des exigences individuelles pour les personnes handicapées par leur organisation sur les zones d'intervention. Autrement dit : **les acteurs ont une bonne connaissance de l'existence de normes spécifiques pour garantir l'accessibilité à un abri et de normes de conception intérieure pour répondre aux besoins individuels. Cependant, en pratique, l'accès sûr et équitable est garanti mais les normes de conception intérieure ne sont majoritairement pas respectées (54.55% des**

acteurs estiment que les abris respectent les exigences individuelles).

Au niveau des attitudes, les acteurs sont plutôt d'accord sur le fait que les difficultés et entraves sont connues (taille, adaptation) ; tel que le montre le tableau 9. Au niveau des pratiques, les réponses semblent être en lien avec les stratégies d'intervention des organisations. Par rapport aux attitudes des acteurs quant à la consultation des OPH dans la mise en place des projets, les réponses sont réparties entre pas du tout (36.36%), un peu (27.27%) et tout à fait d'accord (22.27%). Cependant, la plupart des acteurs répondent au regard du travail général sur le terrain et de leurs observations. Ainsi, les acteurs répondant « tout à fait d'accord » sont généralement celles qui incluent les OPH dans leur réponse opérationnelle.

Tableau 8: Connaissances et pratiques sur les abris inclusifs

Connaissances Abris inclusifs	VRAI	FAUX	NSP
Les abris doivent respecter des normes de conception intérieure spécifique répondant à des besoins individuels (conception intérieure)	90,91%	9,09%	0,00%
Les abris doivent être géographiquement positionnés pour être accessibles (accessibilité géographique). On ne peut pas attribuer n'importe quel abri, peu importe sa position	81,82%	18,18%	0,00%
Pratiques Abris inclusifs	VRAI	FAUX	NSP
Les personnes handicapées bénéficient d'un accès sûr et équitables à des abris dans vos zones d'intervention	81,82%	18,18%	0,00%
Les abris tiennent compte des exigences individuelles des personnes handicapées sur les zones d'intervention	54,55%	45,45%	0,00%



Abris, Likasi, Hub de Kalémie

Tableau 9: Attitudes sur les abris inclusifs

Les difficultés et entraves à la mobilité des personnes en situation de handicaps sont connues (taille, adaptation etc.)		
Pas du tout d'accord	0	0,00%
Pas trop d'accord	0	0,00%
Un peu d'accord	5	45,45%
Tout à fait d'accord	6	54,55%
Les OPH sont consultées dans la mise en place des projets		
Pas du tout d'accord	4	36,36%
Pas trop d'accord	1	9,09%
Un peu d'accord	3	27,27%
Tout à fait d'accord	3	27,27%

2.2.2.2. EAH

22 acteurs ont répondu aux questions relatives à l'Eau Assainissement et Hygiène. Mis à part l'adaptation nécessaire des latrines et douches pour les personnes handicapées, connues par la majorité des acteurs, **la plupart des acteurs ne sont pas à jour sur les connaissances en matière d'accès à des actions d'EAH inclusive**. Par exemple, 45.45% des acteurs pensent que les besoins en eau et en produits d'hygiène sont les mêmes pour toutes et tous alors que certaines personnes handicapées peuvent avoir des besoins en eau plus importants ou encore des besoins par exemple de lotion. En pratique, 59.09% des acteurs répondent que les personnes handicapées n'ont pas accès de plus grande quantité d'eau ni à des produits d'hygiène adaptés. Cependant, **les acteurs mentionnent également des problématiques budgétaires, ou encore un manque d'inclusion des personnes handicapées dans la phase de conception de projet, les évinçant ainsi de la phase de programmation et donc des activités**. Au niveau des attitudes, les acteurs reconnaissent à plus de la moitié la prise en compte des handicaps dans l'identification des barrières à l'utilisation des bornes fontaines et presque à la majorité sont d'accord sur le fait que les besoins spécifiques des personnes handicapées sont reconnus (un peu ou tout à fait d'accord). La majorité des organisations interrogées mentionnent également prendre en compte ces problématiques dans leurs activités sur le terrain.

Globalement, les données quantitatives tendent à être positives et dans le cadre de l'EAH les acteurs mentionnent également s'investir pour une réponse plus inclusive. *Norwegian Church Aid (NCA)* mentionne par exemple la mise en place de bornes fontaines accessibles, de latrines avec siège, de rampes etc.

World Vision alerte sur les pratiques EAH en milieu scolaire où les écoles ne respectent globalement pas les normes d'accessibilité. L'ONG dans ses programmes d'éducation tend à pousser à la mise en place d'activité « Wash in School » accessibles (classes et latrines accessibles avec des rampes par exemple).

Tableau 10: Connaissances et pratiques en EAH inclusive

Connaissances sur l'EAH Inclusive	VRAI	FAUX	NSP
Les latrines et douches nécessitent des adaptations pour être physiquement accessibles et utilisables par toutes et tous	86,36%	13,64%	0,00%
Les besoins en eau et en produits d'hygiène sont les mêmes pour toutes et tous ?	45,45%	50,00%	4,55%
Pratiques sur l'EAH Inclusive	VRAI	FAUX	NSP
Les programmes EAH mettent à disposition des bornes fontaines et des latrines accessibles et/ou adaptées aux différents types de handicap	59,09%	40,91%	0,00%
Les personnes handicapées ont accès à de l'eau en plus grande quantité	36,36%	59,09%	4,55%
Les programmes EAH mettent à disposition des personnes handicapées des produits adaptés (couches, lotions pour la peau etc.)	18,18%	81,82%	0,00%

Tableau 11: Attitudes en EAH inclusive

L'évaluation des besoins prend en compte les différents types de handicaps pour identifier les barrières fonctionnelles à l'utilisation des bornes fontaines et latrines		
Pas du tout d'accord	4	18,18%
Pas trop d'accord	2	9,09%
Un peu d'accord	6	27,27%
Tout à fait d'accord	10	45,45%
Les acteurs humanitaires reconnaissent l'existence de besoins spécifiques aux personnes handicapées dans la conception des programmes (quantité d'eau, NFI)		
Pas du tout d'accord	2	9,09%
Pas trop d'accord	1	4,55%
Un peu d'accord	10	45,45%
Tout à fait d'accord	9	40,91%

2.2.2.3. SECAL

14 acteurs ont répondu aux questions relatives à la Sécurité Alimentaire Inclusive. **Les connaissances et pratiques des acteurs sont plutôt alignées sur les recommandations et normes IASC.** 100% des acteurs connaissent les règles pour considérer un site comme inclusif (accessibilité physique et sécurité d'accès) et 78.57% savent qu'une ration peut être spécifique à un type de handicap en termes de consistance et de valeur nutritive. En termes de pratique, une partie des acteurs n'ont pas connaissance de ce fait dans leur organisation, mais 64,29% affirment que leurs organisations tiennent compte des exigences individuelles en termes d'infrastructure ainsi qu'en termes de transport de vivre, et donc que les pratiques sont plutôt inclusives.

Tableau 12: Connaissances et pratiques en SECAL inclusive

Connaissances SECAL inclusive	VRAI	FAUX	NSP
Les sites de distribution doivent être accessibles physiquement et en toute sécurité pour toute la population pour être considéré comme inclusif	100,00%	0,00%	0,00%
La consistance et la valeur nutritive des rations peuvent être spécifique au type de handicap	78,57%	21,43%	4,55%
Pratiques SECAL inclusive	VRAI	FAUX	NSP
Votre organisation tient compte des exigences individuelles des personnes handicapées en termes d'infrastructures dans ses programmes	64,29%	28,57%	7,14%

Votre organisation tient compte des exigences individuelles des personnes handicapées (en matière de transport des vivres) dans ses programmes	64,29%	21,43%	14,29%
--	--------	--------	--------

Les acteurs sont plutôt d'accord que les attitudes des acteurs en terme de programmes SECAL sont inclusifs avec la prise en compte de mesure pour assurer l'accès aux sites et à une nourriture appropriée.

Tableau 13: Attitudes en SECAL inclusive

Des mesures sont prises pour assurer l'accès aux sites à tous (informations disponibles et adaptation des distributions)		
Pas du tout d'accord	2	14,29%
Pas trop d'accord	1	7,14%
Un peu d'accord	2	14,29%
Tout à fait d'accord	9	64,29%
Les distributions alimentaires utilisent des méthodes qui garantissent l'accès à une nourriture appropriée (quantité, qualité, consistance)		
Pas du tout d'accord	2	14,29%
Pas trop d'accord	2	14,29%
Un peu d'accord	1	7,14%
Tout à fait d'accord	9	64,29%

2.2.2.4. Protection

29 acteurs ont répondu aux questions sur la protection. Majoritairement, les acteurs ont de bonnes connaissances sur la question de la protection inclusive (connaissances des risques et barrières (89.66%) et de l'existence de droits, directives, normes, standards spécifiques (93.10%)). La moitié des acteurs mentionnent adopter des pratiques inclusives (situation des Personnes Handicapées inscrite à l'ordre du jour des réunions de cluster (51.72%) et personnes handicapées impliquées dans les activités du cluster (55.17%)). Les **attitudes sont globalement jugées bonnes avec des acteurs humanitaires s'efforçant de garantir un environnement sûr, inclusif et protecteur et un accès complet aux services de protection juridique et sociale**, comme mentionné dans le tableau 15.

Tableau 14: Connaissances et pratiques en protection inclusive

Connaissances Protection inclusive	VRAI	FAUX	NSP
Vous avez connaissance des risques et barrières auxquels les personnes handicapées font face pour accéder aux services de protection	89,66%	10,34%	0,00%
Existe-t-il des conventions ou des droits, directives, normes, standards spécifiques aux personnes handicapées ?	93,10%	3,45%	3,45%
Pratiques Protection inclusive	VRAI	FAUX	NSP
Le handicap et la situation des personnes handicapées est inscrit en tant que point permanent à l'ordre du jour des réunions du cluster protection	51,72%	41,38%	6,90%
Les personnes handicapées et les OPH sont impliquées dans les activités du cluster protection (réunions de coordination, sensibilisation, évaluation etc.).	55,17%	44,83%	0,00%

Tableau 15: Attitudes en protection inclusive

Les acteurs humanitaires mettent tout en œuvre pour garantir un environnement sûr, inclusif et protecteur pour les personnes handicapées		
Pas du tout d'accord	2	6,90%
Pas trop d'accord	7	24,14%
Un peu d'accord	16	55,17%
Tout à fait d'accord	4	13,79%
Les acteurs humanitaires mettent tout en œuvre pour garantir un accès complet aux services de protection y compris les services essentiels dans la protection juridique et sociale		

Pas du tout d'accord	4	13,79%
Pas trop d'accord	7	24,14%
Un peu d'accord	14	48,28%
Tout à fait d'accord	4	13,79%

2.2.2.5. VBG

18 acteurs ont répondu aux questions sur la protection sur les questions de violences basées sur le genre (VBG). Majoritairement, les acteurs ont de bonnes connaissances sur la question de la protection inclusive concernant les VBGs (connaissances des VBG faites aux femmes et filles handicapées (83,33%) et des principes directeurs de travail avec les VBG (44,44%)). Concernant l'accès aux services de protection, les réponses apportées font plus état d'une opinion (un service distinct doit exister ou non) que d'une connaissance. Les réponses concernant les attitudes sont assez disparates avec une partie des acteurs estimant que l'attitude des acteurs par rapport à l'intégration des personnes handicapées n'a pas lieu (33,33% pas du tout d'accord), et l'autre estimant le contraire (33,33% tout à fait d'accord). Il en va de même pour la capacité à faire des choix (33,33% pas du tout d'accord/pas du tout reconnue) ou alors qu'elle l'est complètement (22,22% tout à fait d'accord/tout à fait reconnue).

Tableau 16: Connaissances et pratiques en protection inclusive (VBG)

Connaissances Protection inclusive (VBG)	VRAI	FAUX	NSP
Vous avez connaissance des principes directeurs de travail avec les survivants de VBG avec ou sans handicaps ?	83,33%	11,11%	5,56%
Pouvez-vous citer des VBG que subissent les femmes et filles handicapées ?	83,33%	16,67%	0,00%
Les survivants de VBG en situation de handicap doivent s'adresser à des services distincts, plus spécialisés, conçus pour les personnes handicapées	44,44%	44,44%	11,11%
Pratiques Protection inclusive (VBG)	VRAI	FAUX	NSP
Dans vos programmes, les OPH et les personnes handicapées sont incluses dans les discussions communautaires portant sur la violence basée sur le genre.	77,78%	11,11%	11,11%
Les procédures opératoires normalisées, les systèmes de gestion de cas et les systèmes de référencement adoptent une approche axée sur les survivants et fournissent des soins responsables, compatissants et confidentiels aux survivants handicapés de VBG	61,11%	27,78%	11,11%

Tableau 17: Attitudes en protection inclusive (VBG)

Les acteurs travaillant sur les VBG ont une attitude favorable à l'intégration des personnes handicapées et celles-ci sont incluses à toutes les étapes du cycle de projet		
Pas du tout d'accord	6	33,33%
Pas trop d'accord	1	5,56%
Un peu d'accord	5	27,78%
Tout à fait d'accord	6	33,33%
Les acteurs travaillant sur les VBG reconnaissent la pleine capacité des survivants handicapés à faire des choix		
Pas du tout d'accord	6	33,33%
Pas trop d'accord	2	11,11%
Un peu d'accord	4	22,22%
Tout à fait d'accord	6	33,33%

2.2.2.6. Protection de l'enfance

20 acteurs ont répondu aux questions sur la protection de l'enfance. Les acteurs ont de bonnes connaissances sur la question de la protection de l'enfance inclusive concernant connaissances des

violences faites aux enfants. Concernant l'accès aux services de protection, les réponses apportées font plus état d'une opinion (un service distinct doit exister ou non) que d'une connaissance. **Le cadre légal est mal connu avec 40% des acteurs mentionnant connaître le cadre légal. De même, les pratiques ne sont pas optimales avec 50% des acteurs mentionnant que les personnes (enfants et leurs parents) handicapés sont inclus dans les évaluations et 30% mentionnant que les programmes et l'information sont accessibles.**

Enfin, les attitudes rapportées sont plutôt encourageantes avec 80% des acteurs mentionnant que les activités sur le terrain encouragent à l'inclusion, tant dis que 75% estiment que les acteurs mettent tout en œuvre pour garantir un environnement sûr, inclusif et protecteur aux enfants handicapés.

Tableau 18: Connaissances et pratiques en protection inclusive (enfance)

Connaissances Protection inclusive (enfance)	VRAI	FAUX	NSP
Vous avez connaissance des principes directeurs de travail avec les enfants handicapés	40,00%	55,00%	5,00%
Pouvez-vous citer des violences que subissent les enfants handicapés ?	95,00%	5,00%	0,00%
Les enfants handicapés doivent s'adresser à des services distincts, plus spécialisés, conçus pour les enfants handicapés	60,00%	40,00%	0,00%
Pratiques Protection inclusive (enfance)	VRAI	FAUX	NSP
Les filles et les garçons handicapés sont inclus dans les évaluations en lien avec la protection de l'enfance. Des méthodes adaptées aux tranches d'âge et aux différents types de handicap doivent être utilisées.	50,00%	45,00%	5,00%
Les programmes et l'information sont accessibles aux enfants en situation de handicap	30,00%	70,00%	0,00%

Tableau 19: Attitudes en protection inclusive (Enfance)

Les acteurs mettent tout en œuvre pour garantir un environnement sûr, inclusif et protecteur aux enfants handicapés		
Pas du tout d'accord	2	10,00%
Pas trop d'accord	3	15,00%
Un peu d'accord	9	45,00%
Tout à fait d'accord	6	20,00%
Les activités encouragent l'inclusion, la sécurité et le respect de la dignité des enfants à toutes les étapes du cycle de projet		
Pas du tout d'accord	2	10,00%
Pas trop d'accord	2	10,00%
Un peu d'accord	9	45,00%
Tout à fait d'accord	7	35,00%

2.2.2.7. Education



Salle de classe, Kananga

22 acteurs ont répondu aux questions relatives à l'éducation inclusive. Les acteurs ont des connaissances disparates sur la question de l'éducation inclusive. Ainsi 90.91% des acteurs interrogés estiment que les programmes d'éducation inclusive contribuent à la connaissance sur le droit à l'éducation tant dis que 50% savent si les acteurs de l'éducation en RDC ont connaissance des méthodes d'éducation inclusive et y sont formés. **Les pratiques sont plutôt négatives avec peu d'école aménagées pour répondre aux besoins des personnes handicapées et l'utilisation de méthode d'apprentissage inclusive. Il est important de rappeler que le système éducatif est déjà mis à mal en RDC et que l'accueil des enfants et l'apprentissage, même pour les enfants valides, est rendue difficile par le manque de ressources humaines qualifiées et de moyens.** Ce constat n'est pas propre à la RDC mais peut être fait pour la plupart des pays en développement, pauvres en ressources (financières, et humaines qualifiées). **L'absence ou le manque de formation des enseignants est une barrière d'ordre technique importante qui a des répercussions sur la qualité de l'éducation pour tous les élèves, et engendre des attitudes négatives, des méthodes pédagogiques inadaptées pour certains élèves. On constate très souvent que le personnel éducatif n'est pas préparé à l'accueil d'un élève handicapé dans l'école ou dans la classe, les enseignants se sentent la plupart du temps désarmé car pas préparé à faire face à la diversité des profils. Ces constats généraux ont été partagés par les acteurs de l'éducation lors de l'étude.** La méthodologie de l'étude n'a pas permis d'interroger l'attitudes des parents ou des élèves, ni les obstacles d'ordre politique. Pour autant, une étude plus approfondie peut s'avérer nécessaire pour capturer de façon précise la situation.

Lors de l'enquête qualitative, un nombre important d'acteurs a tenu à rappeler que des pratiques, qu'ils considèrent comme bonnes, sont adoptées telles que la mise à disposition de kit scolaire ou la prise en

charge des frais scolaire des enfants handicapés. Les acteurs précisent que quand bien même ces pratiques visant à améliorer l'intégration dans le système scolaire existent, elles ont du mal à être mise en œuvre. Le déploiement des activités se heurte à des obstacles tels que le surnombre d'élève et l'état des infrastructures. Les données quantitatives vont dans ce sens avec peu d'écoles adaptées et peu d'utilisation de méthode d'apprentissage alternatif. En termes d'attitudes, pour la moitié des acteurs les croyances, attitudes et pratiques des parents sont prises en compte dans les programmes et l'attitude du corps enseignant face à l'accueil des enfants handicapés est respectueuse. Pour autant, la moitié des acteurs interrogés partagent l'avis opposé. L'étude n'a pas permis de capturer plus d'information qualitative expliquant ce clivage au niveau des attitudes.

Tableau 20: Connaissances et pratiques en éducation inclusive

Connaissances sur l'Education Inclusive	VRAI	FAUX
Les programmes d'EI contribuent à ce que les parents et tuteurs d'enfants handicapés aient connaissance du droit à l'éducation et des opportunités éducatives existantes	90,91%	9,09%
En RDC, les acteurs de l'éducation (enseignants, directeurs, acteurs humanitaires) ont connaissance des méthodes d'éducation inclusive (connaissances théoriques et pratiques) et y sont formés	50,00%	50,00%
Pratiques sur l'Education Inclusive	VRAI	FAUX
Sur les zones d'intervention, les écoles sont aménagées pour répondre aux besoins des enfants handicaps (matériels disponibles, aides techniques fournies, structures accessibles)	27,27%	72,73%
Les programmes utilisent systématiquement des pratiques permettant de faciliter la participation et l'apprentissage de tous les enfants, y compris ceux handicapés, ou avec des besoins éducatifs particuliers	27,27%	72,73%

Tableau 21: Attitudes en éducation inclusive

Les croyances, attitudes et inquiétudes des parents des enfants handicapés sur la capacité de leurs enfants à apprendre sont prises en compte dans la programmation		
Pas du tout d'accord	5	22,73%
Pas trop d'accord	5	22,73%
Un peu d'accord	4	18,18%
Tout à fait d'accord	8	36,36%
Selon vous, l'attitude du corps enseignant en termes d'accueil des enfants handicapés à l'école/dans la classe est positif et respectueux dans les zones d'intervention		
Pas du tout d'accord	3	13,64%
Pas trop d'accord	8	36,36%
Un peu d'accord	7	31,82%
Tout à fait d'accord	4	18,18%

2.2.3. Vers une réponse inclusive ?

2.2.3.1. Etat des lieux selon la compréhension des acteurs

Lors de l'enquête CAP, il a été demandé aux acteurs leur point de vue sur où se situe la réponse humanitaire vis-à-vis de l'inclusion. 79,63% estiment que la question du handicap est prise en compte au niveau national et 87,04% au niveau du plan de réponse humanitaire. Ces résultats sont en partie expliqués par le projet d'appui des acteurs humanitaires mis en œuvre par HI, notamment le fait d'avoir accompagné les acteurs humanitaires à rendre la réponse inclusive.

Il est important de noter que tous les acteurs ont précisé que le handicap était pris en compte, mais très superficiellement. Souvent, les acteurs mentionnent l'existence d'actions ou de textes, mais un manque important de données quantitatives et une prise en charge du sujet trop superficielle. Il est à noter que seulement 22,22% des acteurs interrogés mentionnent l'existence de statistiques spécifiques, et 59,26%

ne sait pas si elles existent tant dis que 59,26% estiment qu’il n’existe actuellement aucune statistiques spécifiques à la question du handicap.

Certains acteurs mentionnent que la question du handicap doit impliquer les hauts responsables du pays et qu’elle commence à recevoir certaines attentions par les décideurs politiques. Pour autant, il n’y actuellement pas d’action concrètes du gouvernement. Certains acteurs connaissent l’existence d’un ministère en charge de la question du handicap (ministère des affaires sociales) mais également s’interrogent sur l’existence ou non d’un budget.

Il semblerait donc que la question du handicap et notamment d’une réponse étatique et humanitaire inclusive soit en cours de mise en place, mais encore à l’étape embryonnaire.

2.2.3.2. Prise en compte du handicap au sein des organisations

L’enquête qualitative montre que les personnes handicapées ne sont pas vraiment mentionnées au niveau des clusters et le handicap rarement à l’ordre du jour. Les entretiens avec les OPH montrent une faible connaissance de ce qu’est un cluster, son fonctionnement, son utilité. Certaines OPH ne savent également pas ce qu’est un cluster.

Au niveau de certains clusters, des efforts sont fait pour mettre la question du handicap à l’ordre du jour mais la question de la transversalité revient régulièrement. Egalement certains acteurs mentionnent que le manque de temps, de ressources humaines et le fait d’être tout le temps pris dans les urgences rend difficile la prise en compte du handicap difficile dans la réponse. Quand bien même les urgences ne doivent pas être un frein à la mise en place de réponse inclusive, les acteurs ressentent une pression trop importante pour arriver à se focaliser sur le travail de refonte nécessaire.

Encadré 1: Exemple de bonnes pratiques

Certains acteurs tels que World Vision prennent en compte la question du handicap car c’est un sujet qui est porté au niveau global. En effet, sur le plan stratégique la question est prise en compte dans leurs outils internes. D’autres acteurs, tels qu’IRC mentionnent utiliser certains indicateurs concernant les personnes handicapées mais également avoir intégré la question dans les évaluations.

Le graphique ci-après montre une faible inclusion du handicap dans les collectes de données et dans le budget des organisations. Pour autant, les organisations mentionnent collaborer avec des personnes handicapées, les impliquer dans le cycle de projet ou encore adopter une stratégie inclusive. La triangulation des données va en faveur d’une plus grande inclusion de la question du handicap qui en est encore à sa phase embryonnaire. Elle montre également des lacunes budgétaires et une collecte des données qui n’est pas encore inclusive. Ce dernier point a des considérations importantes sur la question du ciblage des bénéficiaires.

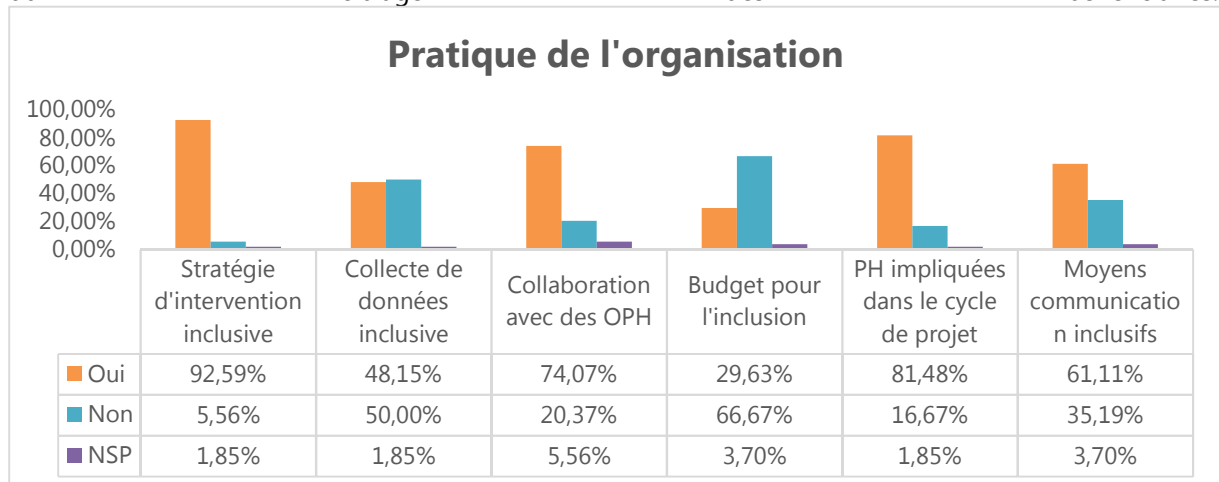


Figure. 10: Pratique des organisations

2.2.3.3. Une communication plus inclusive sur les projets comme facilitateur d'accès à la réponse

L'enquête qualitative montre que les acteurs connaissent les différents outils permettant une communication inclusive : braille, langage des signes, utilisation de relais communautaire. Certains acteurs mentionnent par exemple utiliser une personne de la communauté maîtrisant le braille afin de diffuser les messages d'information et accompagner d'autres personnes de la communauté dans la compréhension de l'information, ou encore d'accompagner à la formation de la lecture de braille pour faciliter l'accès futur aux informations. D'autre utilise des relais communautaires maîtrisant le langage des signes pour pouvoir communiquer avec les communautés. Par exemple, à Lusenda, Bukavu, la méthodologie utilisée lors de l'enquête et également utilisé avec la communauté : une personne maîtrisant le langage des signes et comprenant également la façon de s'exprimer des personnes handicapées ne maîtrisant pas le langage des signes fait l'interface avec l'organisation.

Pour autant les acteurs mentionnent être « un peu d'accord » avec l'existence d'une communication inclusive. En effet, celle-ci est vue comme non efficiente et embryonnaire par manque de temps et de moyens.

Le renforcement de la communication est pourtant un point essentiel de la réponse afin de pouvoir identifier les personnes handicapées mais également les informer de la mise en place d'activités à toutes les étapes du cycle de projet dont la phase d'évaluation des besoins nécessaires pour cibler les activités et les bénéficiaires.

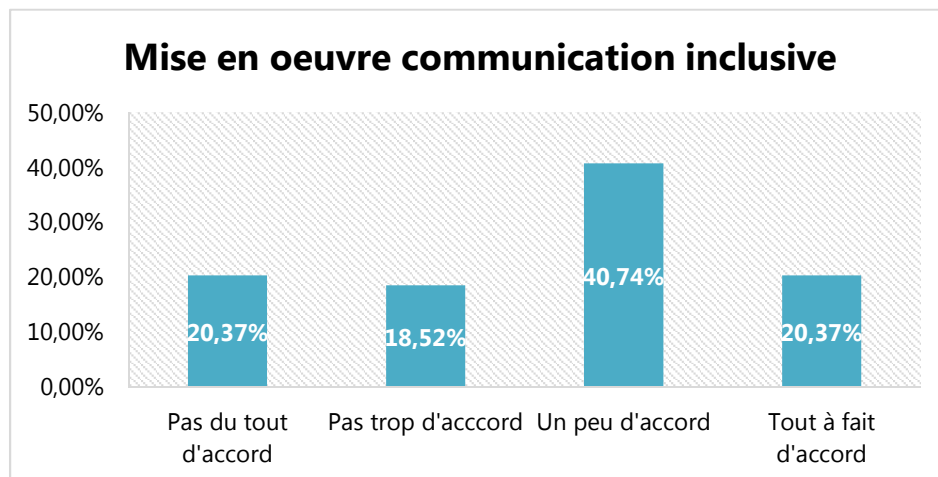


Figure 10: Mise en œuvre d'une communication inclusive

2.3. Analyse des barrières à l'accès à la réponse

L'enquête quantitative a permis d'adresser un certain nombre de questions aux personnes handicapées présentant des difficultés selon les questions du Washington Group. Les réponses ont été triangulées à l'aide des informations obtenues lors de l'enquête qualitative. De plus, des entretiens ont permis de recueillir l'avis des acteurs humanitaires quant aux barrières à la mise en place d'une réponse inclusive. Cette section présente l'analyse des barrières à l'accès à la réponse.

2.3.1. Les barrières identifiées et ressenties par les personnes handicapées et OPH

Prévue pour être désagrégées par genre, groupe d'âge et type de handicap, l'analyse des barrières identifiées par les personnes handicapées et les OPH n'a pas pu être ventilée en ce sens. En effet, les échantillons par site et par hub étaient parfois trop petits pour être significatifs (par exemple pour la Kananga 11 enfants handicapés). Les informations relatives à l'accès général à la réponse sont présentées de façon générale puis par hub pour les adultes et pour les enfants. Les barrières par secteur sont présentées de façon globale pour les adultes et pour les enfants. Toutes les analyses par secteur et par hub sont disponibles sur demande (fichier Excel).

2.3.1.1 Accès général à la réponse pour les personnes handicapées adultes

Les figures 16 et 17 ci-après montrent l'accès à la réponse humanitaire pour les personnes handicapées adultes. De façon générale, 57% mentionne ne pas avoir accès la réponse humanitaire. Pour autant, les résultats généraux ne se veulent pas être une information à prendre telle quelle mais plutôt une projection de ce qu'il peut se passer dans la réalité. Les informations qualitatives permettent de trianguler et d'informer et affiner l'analyse. **Globalement, les personnes interrogées mentionnent un très faible accès à une réponse spécifique et à une réponse générale. Ainsi, les personnes non handicapées pourraient également mentionner ne pas avoir accès à la réponse. L'analyse qualitative semble aller dans le sens que plus les sites sont organisés avec une présence onusienne et humanitaire, plus l'accès à la réponse est bon. Certains sites, tel que Lusenda, pâtissent également de leur situation géographique. En effet, ce dernier est difficile d'accès, ralentissant peut-être l'acheminement de l'aide.**



Figure 11: Accès général à la réponse pour les Personnes handicapées

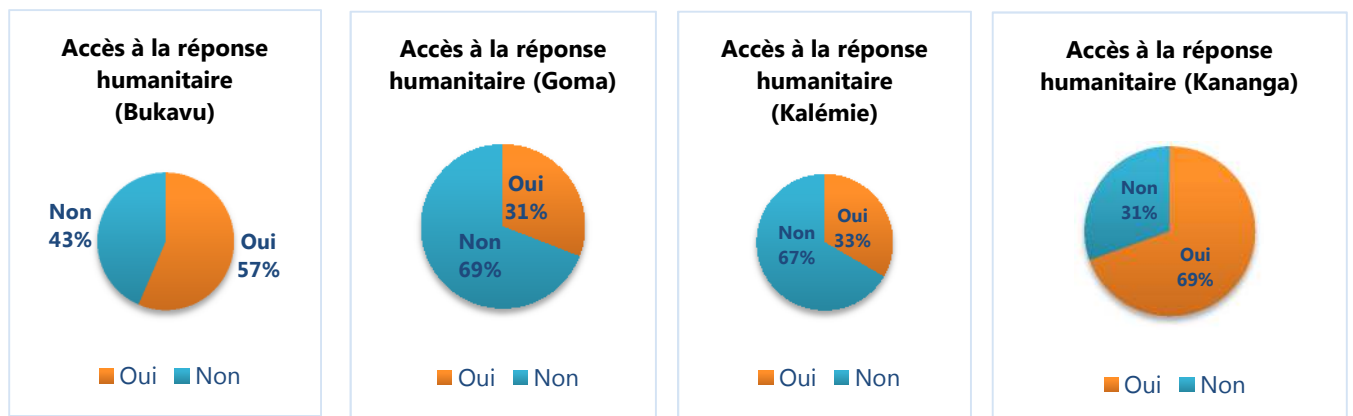


Figure 12: Accès général à la réponse par Hub

Comme mentionnée dans la section précédente, les outils de communication inclusifs sont connus mais faiblement utilisés. De plus, peu d'organisations font état d'une réelle stratégie de communication inclusive. La figure 12 montre que la plus grande barrière identifiée est le manque d'information. Ceci est également visible à la figure 13 concernant les barrières identifiées par hub.

Les participants à l'étude font également état d'une faible inclusion dans les services et d'une faible compréhension sur ce qui est accessible. L'enquête qualitative montre que certains participants ne savaient pas avoir le droit à une aide spécifique ou générale, ou encore ne pas avoir reçu l'information ou savoir où la chercher. La faible inclusion dans les services est souvent liée au manque d'information et de compréhension sur ce à quoi la personne a droit. Ces données quantitatives et qualitatives

montrent que l'une des plus grandes barrières à l'accès à la réponse est la mauvaise ou le manque de communication.

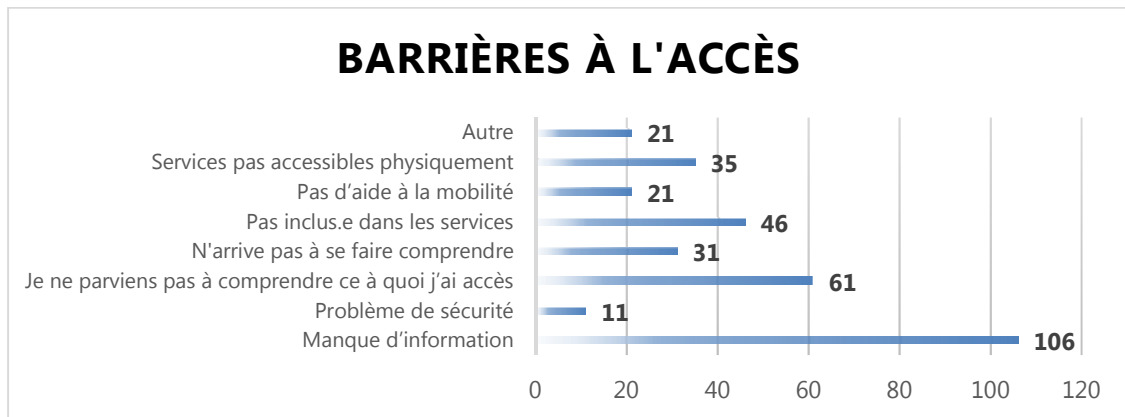


Figure 13: Barrières à l'accès à la réponse générale

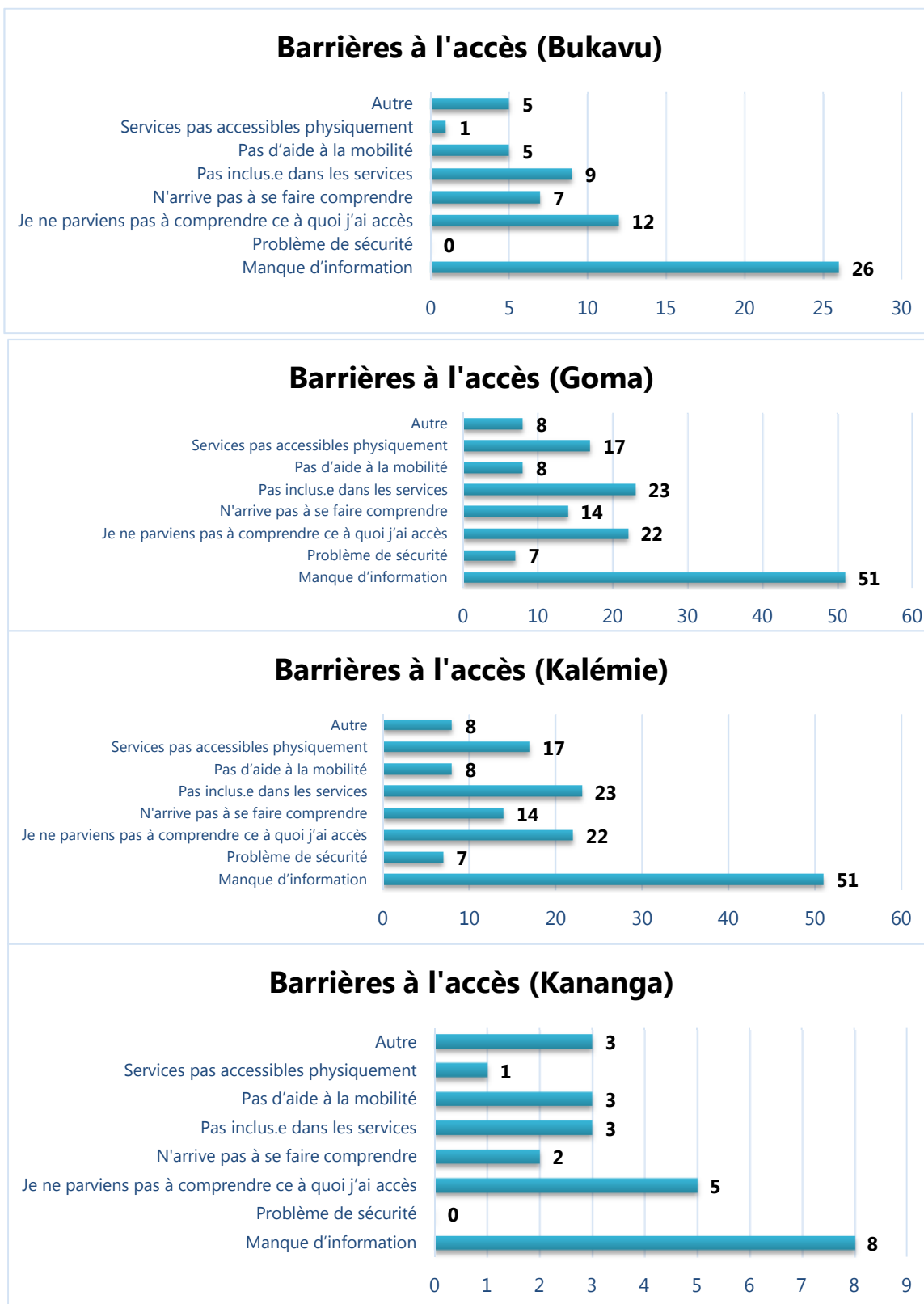


Figure 14: Barrières à l'accès à la réponse

Tout hub confondu, 48% des participants mentionnent avoir eu accès à au moins un type d'aide, principalement des transferts monétaires puis des kits de dignité.

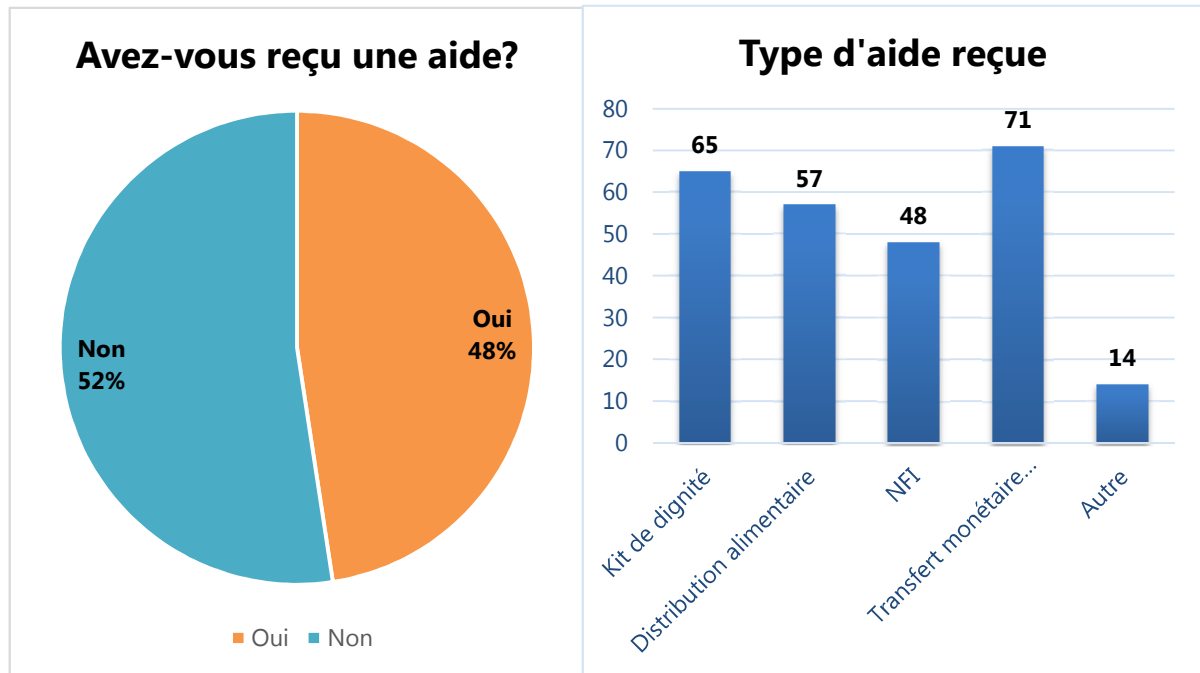


Figure 15: Aide reçue tout hub confondu

83% des participants à l'étude dans le hub de Bukavu mentionne avoir reçu une aide alimentaire, principalement des transferts monétaires et des kits de dignité. Moins de 10% des participants mentionnent avoir reçu une aide alimentaire lors d'une distribution.

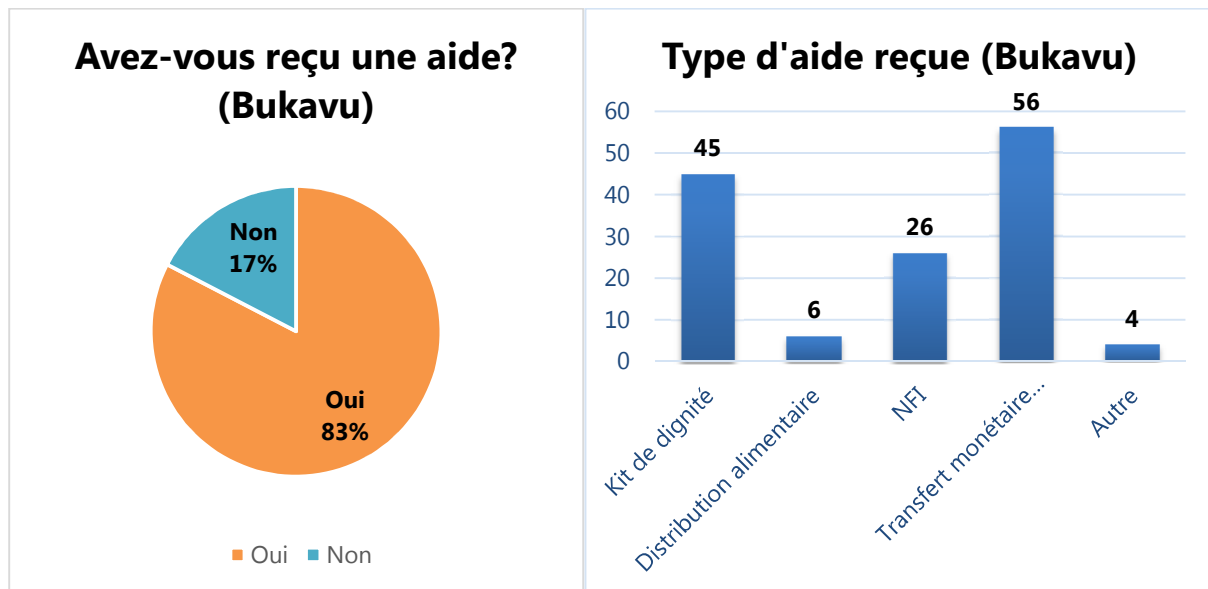


Figure 16: Aide reçue Bukavu

71% des participants du hub de Goma n'ont pas reçu d'aide. Les 29% des personnes ayant reçu une aide ont reçu une aide lors d'une distribution alimentaire. A la lecture des résultats il faut garder à l'esprit la situation d'urgence à Goma lors de l'étude qui pourrait expliquer la faible réception de l'aide.

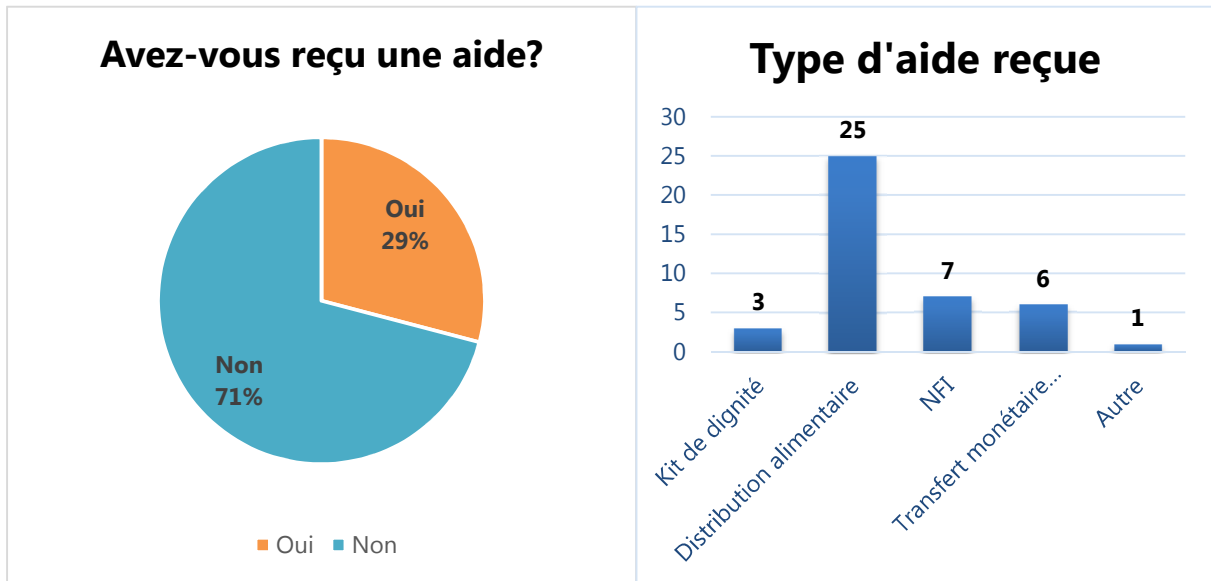


Figure 17: Aide reçue Goma

21% des participants à l'étude mentionne avoir reçu une aide à Kalémie, celle-ci est principalement alimentaire.

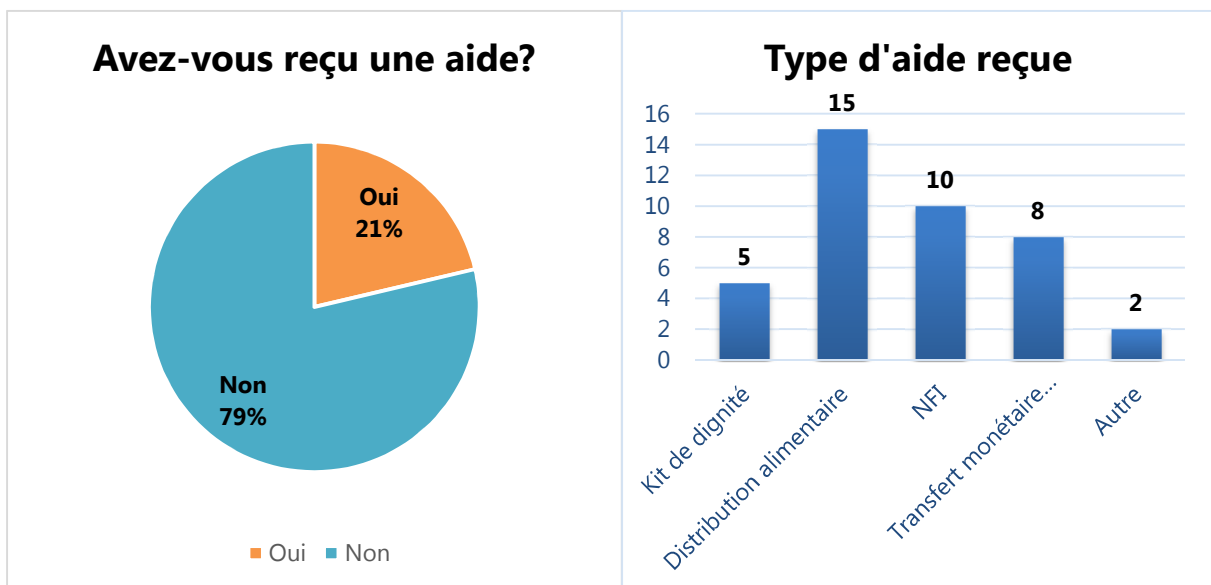


Figure 18: Aide reçue Kalemie

69% des participants à l'étude à Kananga a reçu une aide, principalement au travers d'une distribution alimentaire, suivi d'un kit de dignité.

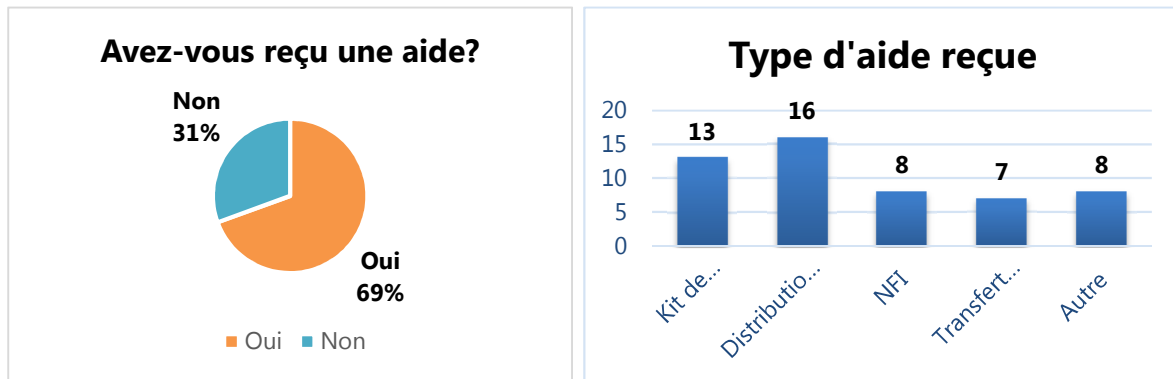


Figure 19: Aide reçue Kananga

67% des participants n'ayant pas reçu d'aide et tout hub confondu mentionnent des difficultés d'accès à la réponse et tous les hubs, exception faite de Kalemie, mentionnent à plus de 50% les mêmes difficultés.

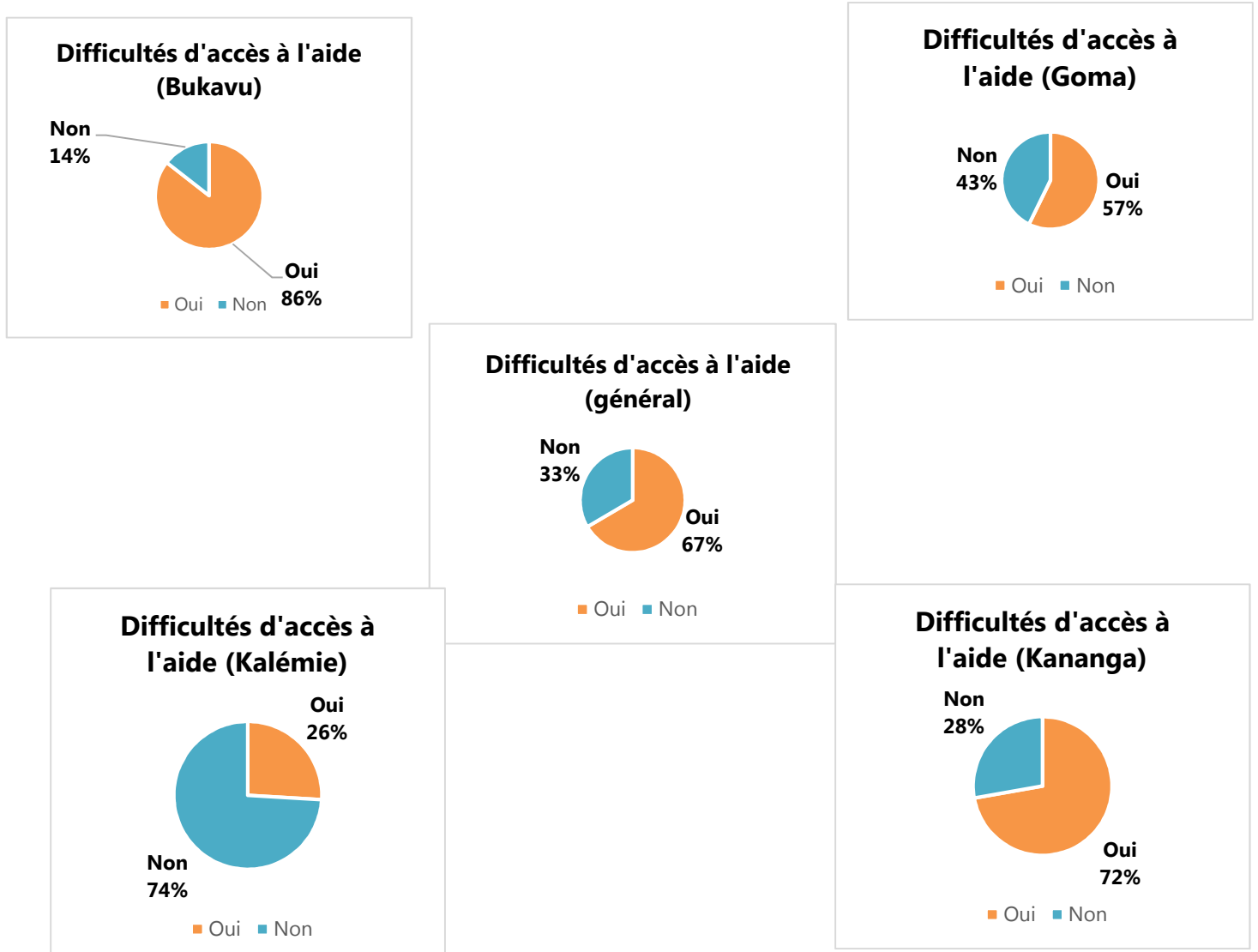


Figure 20: Difficultés d'accès à l'aide

Au niveau général, les participants n’ayant pas reçu d’aide mentionnent avoir des difficultés d’accès pour des raisons d’attente sur place et car ils ne savent pas où aller. Au niveau des différents hubs, les réponses ne sont pas homogènes. Ainsi, les participants mentionnent principalement la discrimination dans le hub de Bukavu, ne pas savoir où aller pour Goma (manque d’indications/problème de communication), l’attente et ne pas savoir où aller en Kalémie et en Kananga, ainsi que des problèmes à se faire comprendre pour le Kananga.

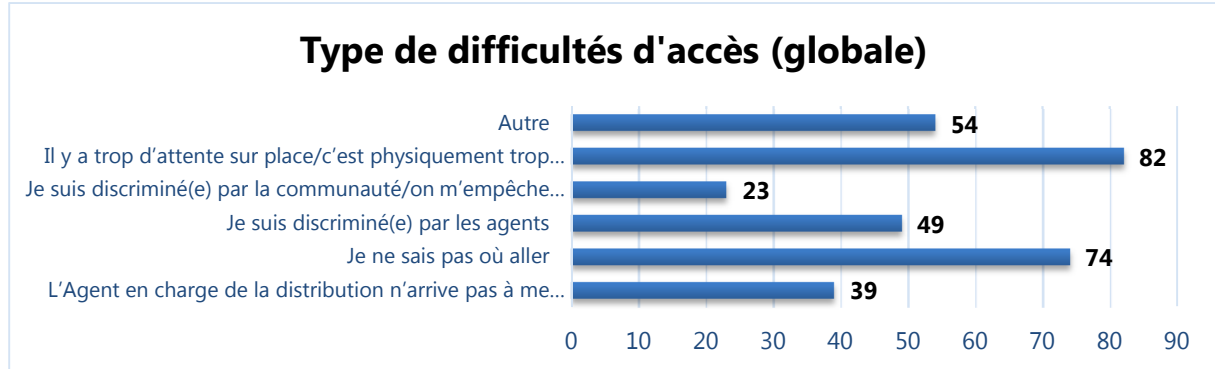


Figure 21: Type de difficulté d'accès (global)

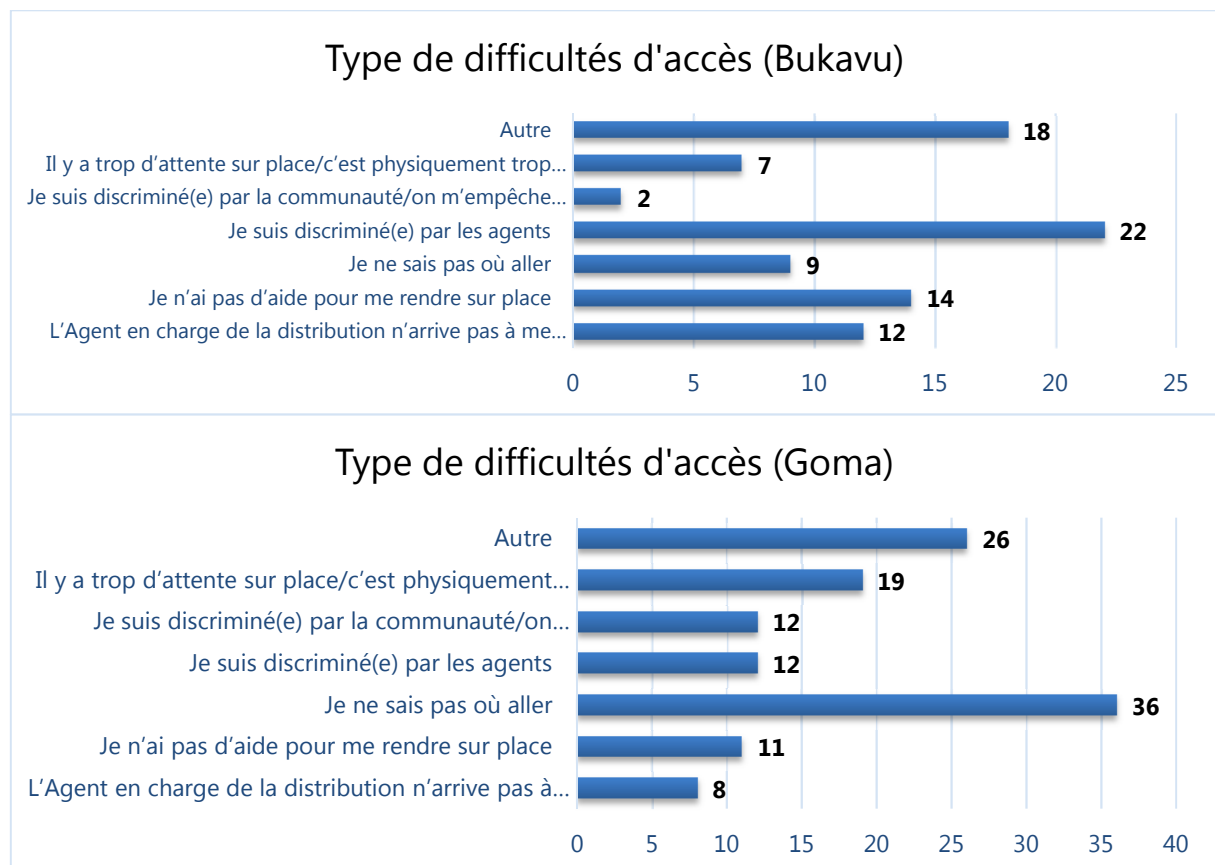


Figure 22: Type de difficulté d'accès (Bukavu et Goma)

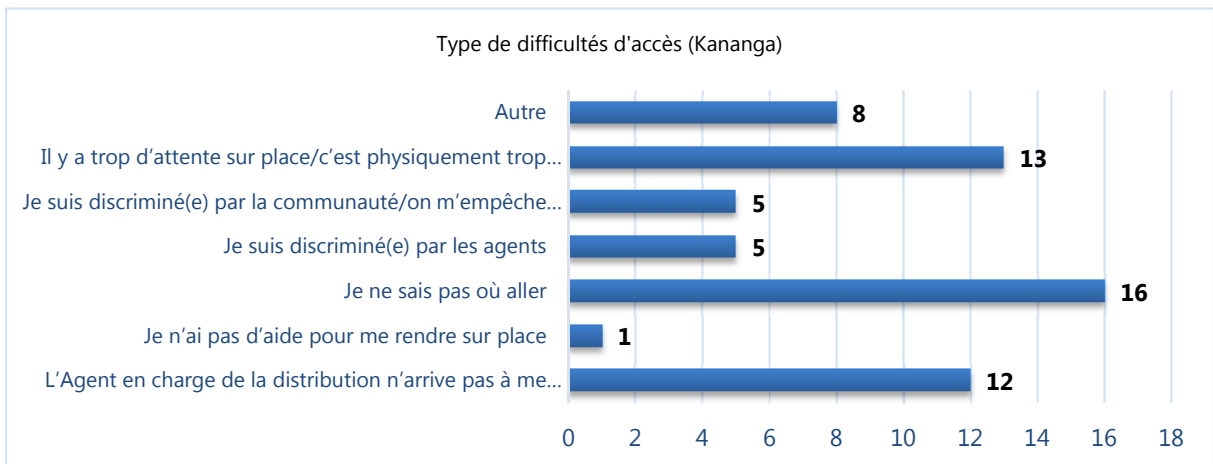
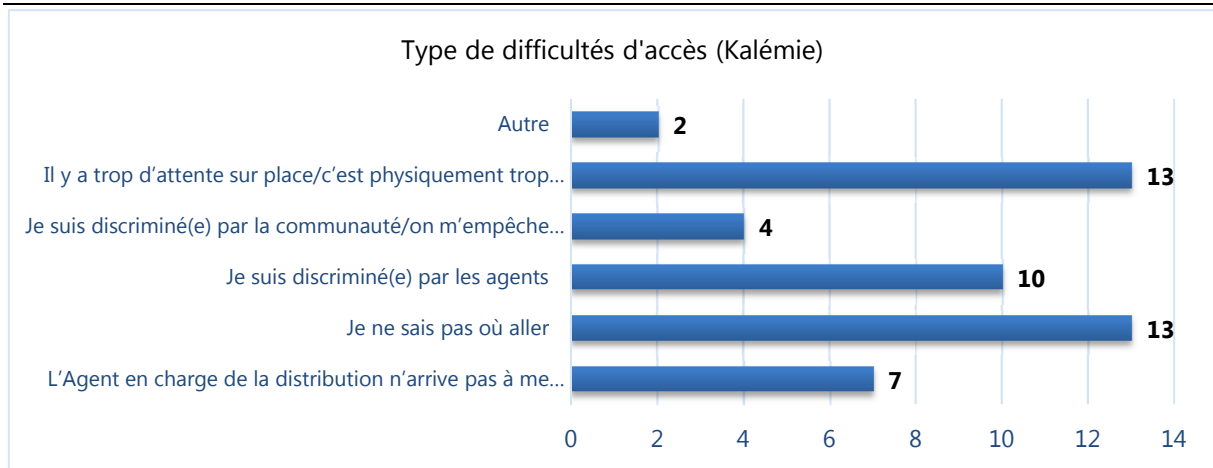


Figure 23: Type de difficulté d'accès (Kalemie et Kananga)

2.3.1.2. Accès général à la réponse pour les enfants handicapés

Au niveau de l'accès général à la réponse humanitaire pour les enfants, la tendance est que ces derniers n'ont pas accès à la réponse⁷. Ainsi la figure 29 montre que seulement 15% de la population enfant totale interrogée a accès à la réponse. Au niveau des hubs, le taux d'accès à la réponse se situe entre 7% pour Kalémie et 34% pour Bukavu.

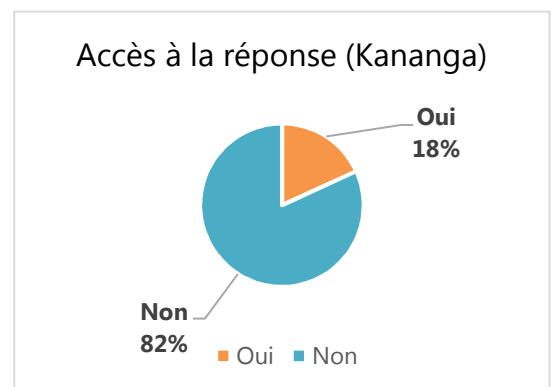
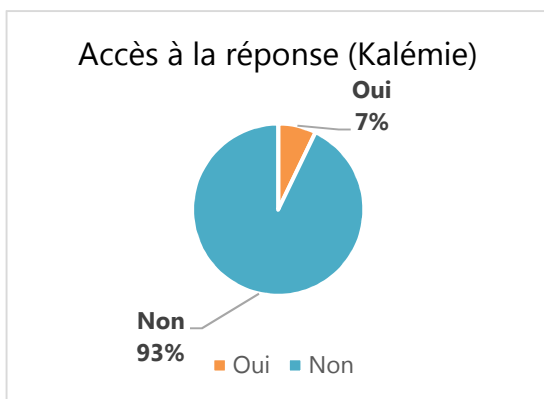
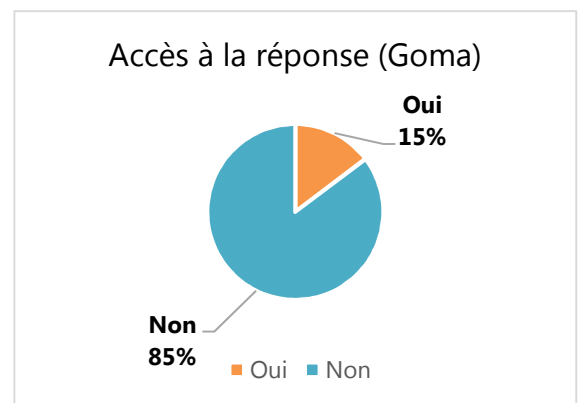
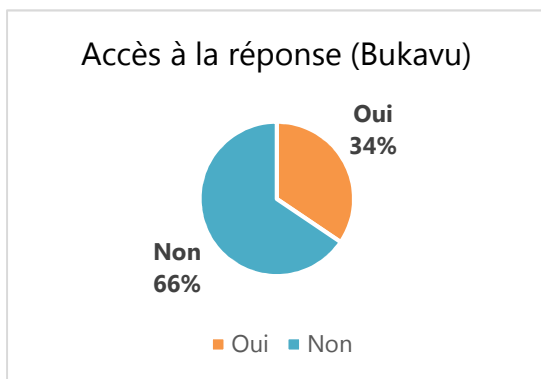
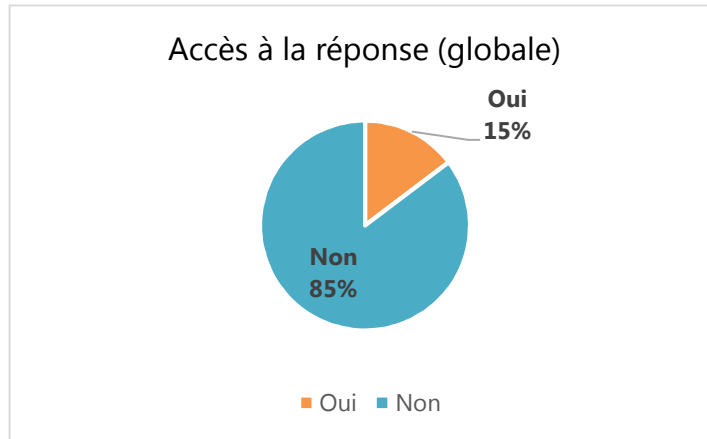


Figure 24: Accès à la réponse

Au niveau des barrières à l'accès à la réponse, le même constat que pour les adultes peut être fait. La principale barrière est le manque d'information suivi par ne pas savoir qu'on avait le droit à une aide, la principale difficulté est le fait de ne pas savoir où aller. L'une des barrières principales peut être donc lié

⁷ Les questions ont été adressées en fonction de l'âge à l'enfant ou à son tuteur, toujours après avoir obtenu le consentement éclairé du répondant.

à la stratégie de communication. Excepté pour Bukavu où la plus grande difficulté est la mobilité, le manque d'information est la barrière principale d'accès à la réponse pour les enfants. La plus grande difficulté est le fait de ne pas savoir où aller. Les réponses comprenant trop de non réponses, les difficultés d'accès ne sont pas présentées pour Kananga. Il s'agit principalement de barrières institutionnelles.

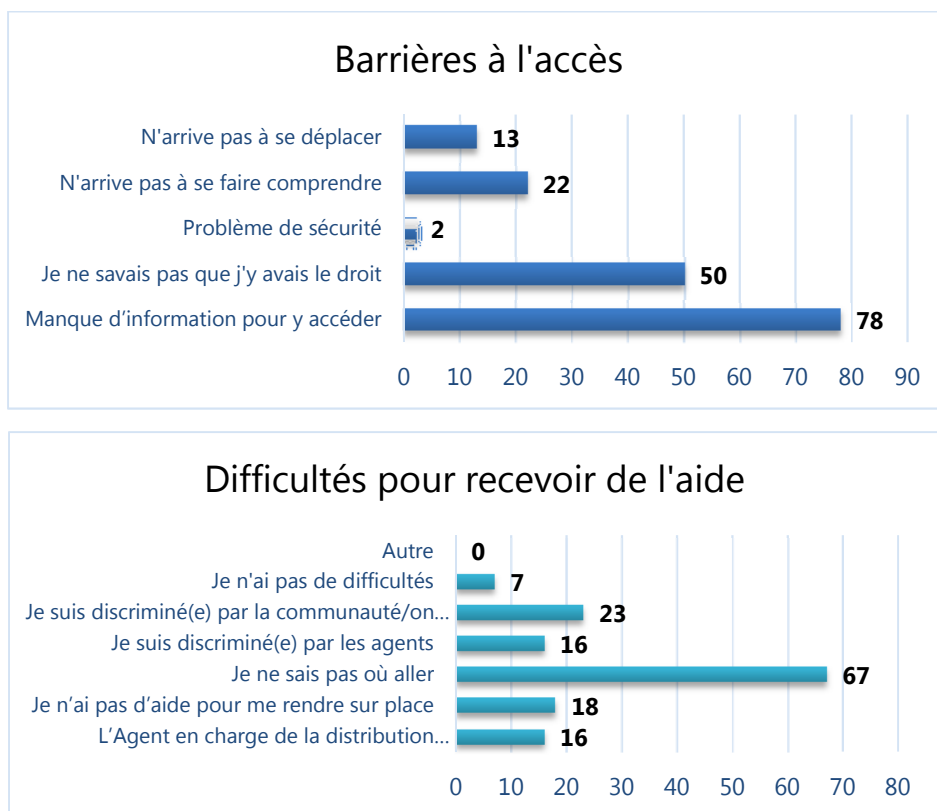


Figure 25: Barrière à l'accès et difficultés (général)

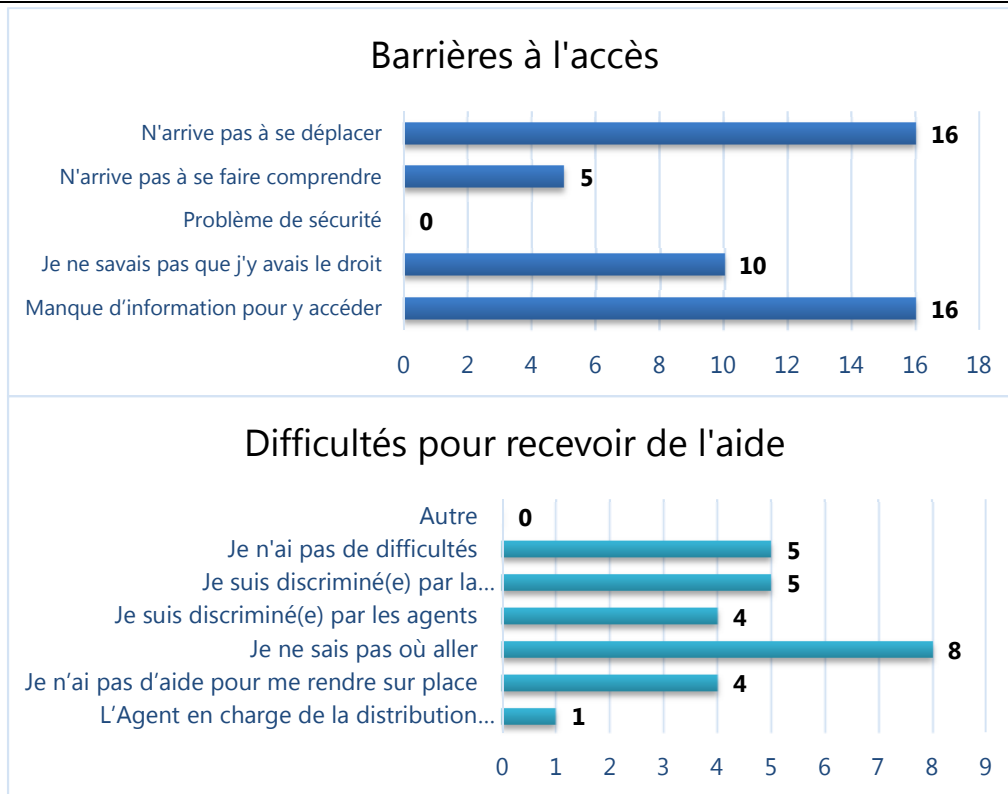


Figure 26: Barrière à l'accès et difficultés (Bukavu)

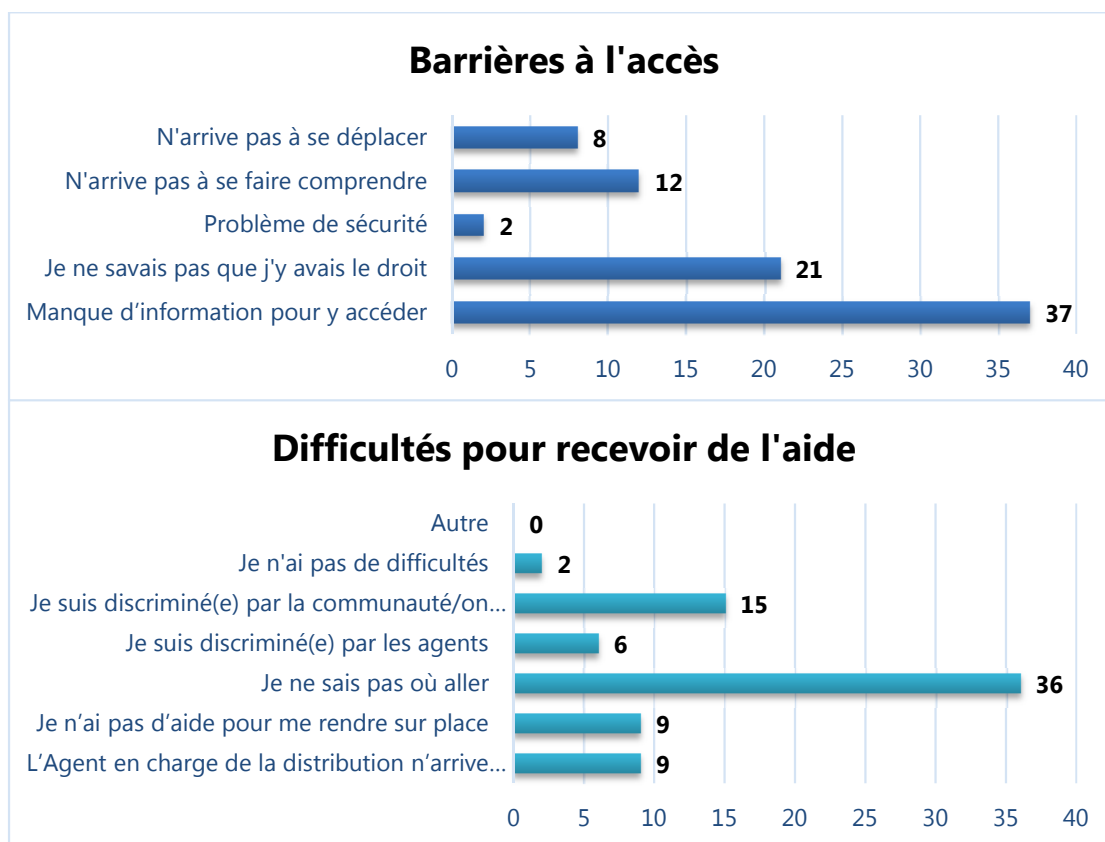


Figure 27: Barrière à l'accès et difficultés (Goma)

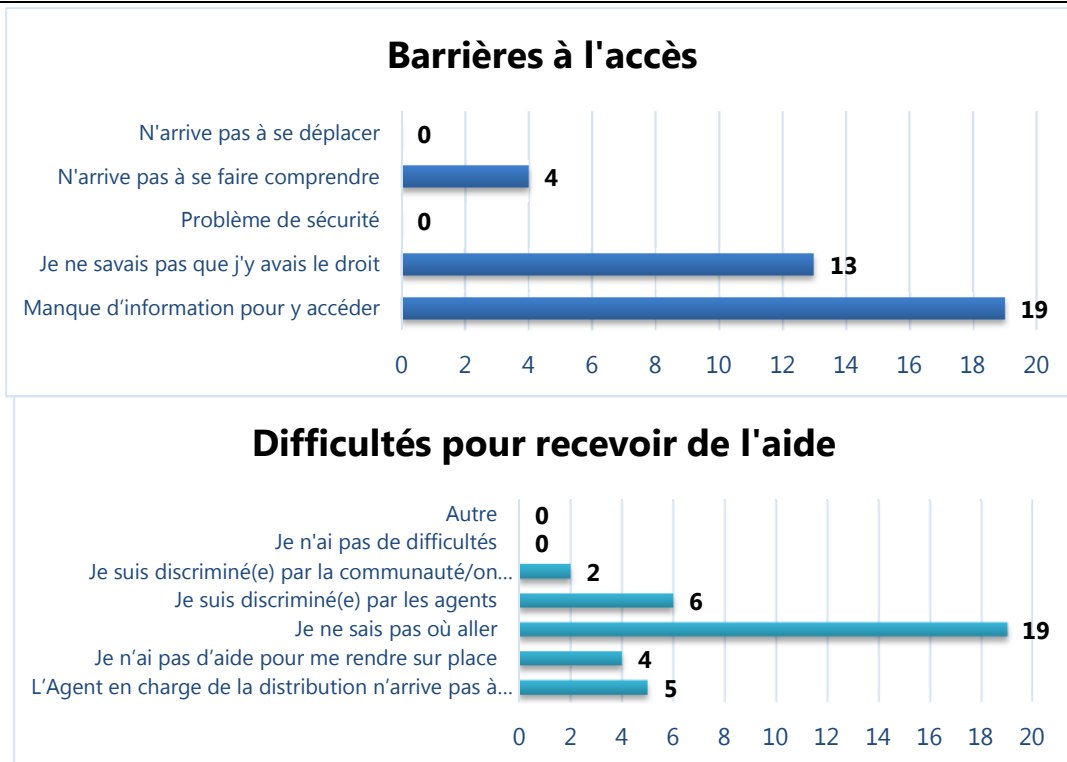


Figure 28: Barrière à l'accès et difficultés (Kalémie)

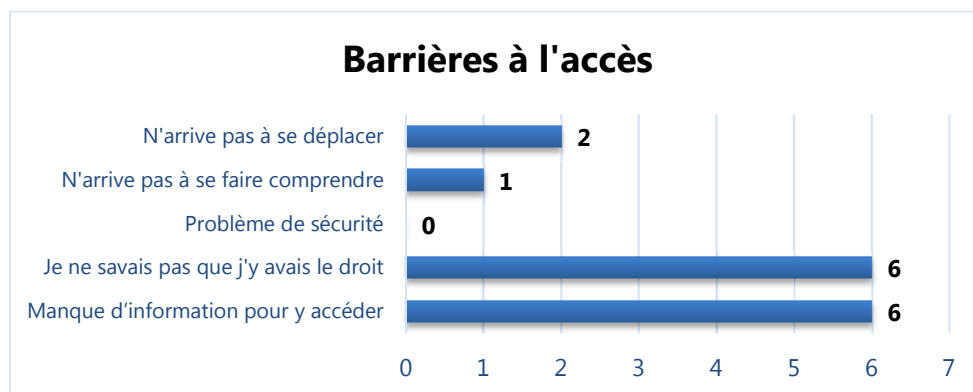


Figure 29: Barrière à l'accès (Kananga)

2.3.1.3. Abri

Au niveau de la réponse abri, la moitié des répondants adultes mentionnent ne pas avoir de difficultés et rare sont ceux qui n'ont pas accès à un abri (2%). Au niveau de ceux mentionnant des difficultés, la difficulté principale est relative à la taille de l'abri par rapport au ménage. L'enquête qualitative indique également qu'il peut être difficile pour certain type de handicap de se mouvoir au sein de l'abri.

La barrière principale à l'accès à une réponse adéquate pour les enfants et les adultes est le fait que les abris ne soient pas pensés pour être inclusif et suffisamment grand pour les ménages comportant une personne handicapée. Il s'agit principalement d'une barrière physique.

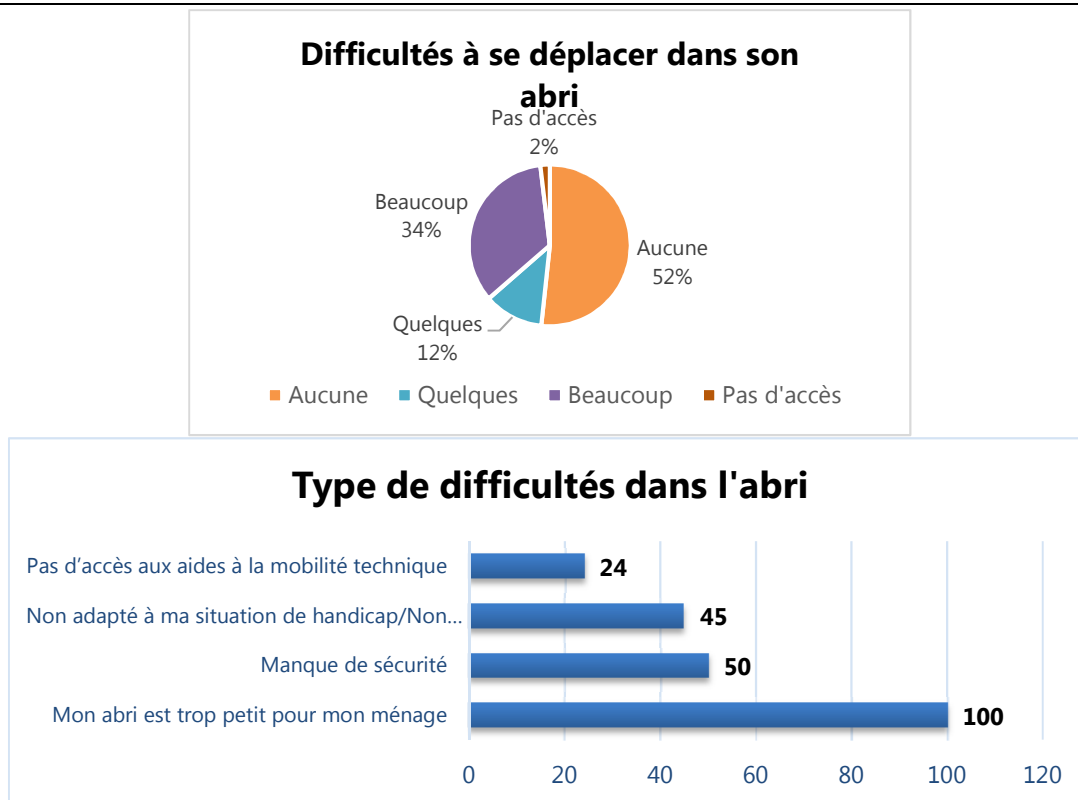


Figure 30: Difficultés d'accès – abri (adultes)

Les enfants indiquent beaucoup plus de difficultés avec seulement 36% n'ayant aucune difficultés et 64% ayant des difficultés. La principale barrière est également la taille de l'abri.

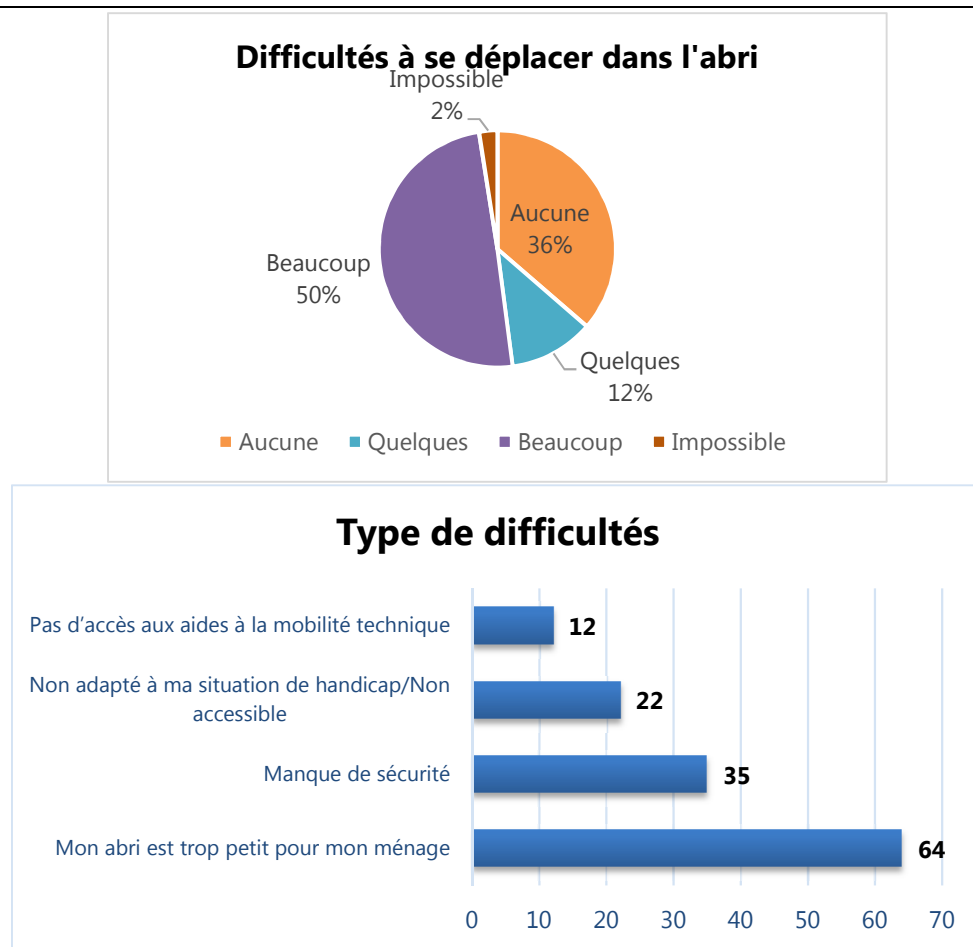


Figure 31: Difficultés d'accès – abri (enfants)

2.3.1.4. EAH

57% de la population adulte interrogée mentionne des difficultés d'accès à l'eau potable. Les barrières d'accès identifiées sont en premier lieu d'ordre physique avec des lieux de pompage non adaptés. Les infrastructures sont en effet soit situés trop loin et sont alors inaccessibles géographiquement ou alors dans une zone qui n'est physiquement pas accessible. Le manque de ressources financières est également un obstacle important, en effet sans moyens les personnes handicapées ne peuvent pas se rendre et/ou se faire accompagner sur les lieux de pompage. Enfin une barrière d'ordre comportemental est mentionnée avec une grande partie de répondants mentionnant être empêché de se rendre sur le lieu de pompage.

52% des adultes mentionnent ne pas avoir accès à des latrines. Une grande partie des usagers mentionnent l'absence d'hygiène, d'intimité, de séparation par genre et enfin le fait que les latrines ne soient pas adaptées. En croisant les informations collectées au niveau acteurs et communauté, il semblerait que la plus grande difficulté rencontrée par les personnes handicapées est relative à l'infrastructure avec des latrines inaccessibles (pas de rampes, de siège, sol glissant etc.).

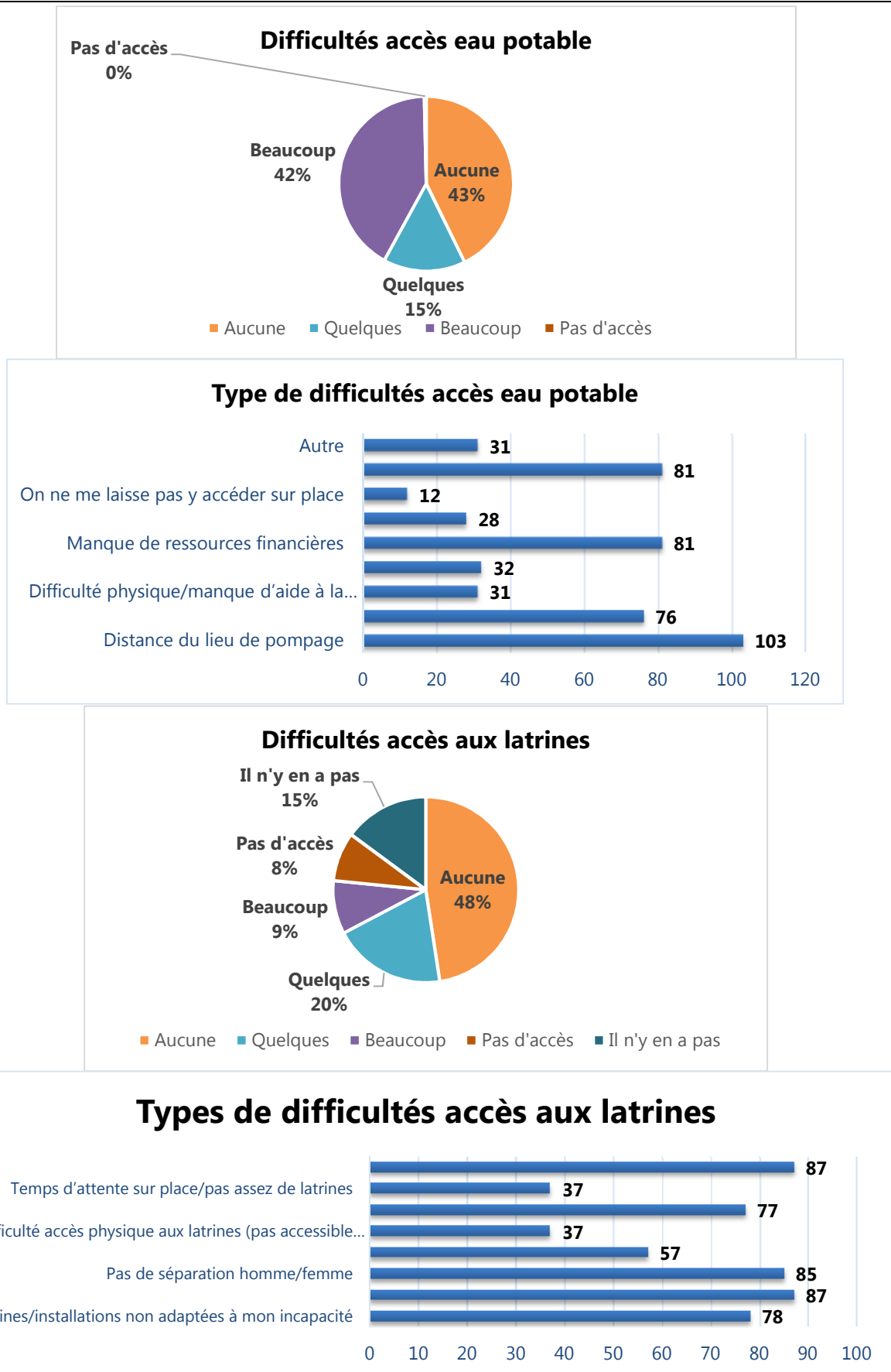


Figure 32: Difficultés d'accès – EAH (adultes)

Au niveau des enfants, 69% mentionnent avoir des difficultés d'accès dont 6% qui n'y ont pas du tout accès et 15% mentionnant l'absence de latrines. Tout comme les adultes, une barrière importante est le manque d'hygiène, la distance géographique, le manque d'intimité mais principalement le fait que les latrines ne soient pas adaptées aux enfants handicapés. Enfin, une autre barrière est constituée par l'absence même des latrines pour enfant.

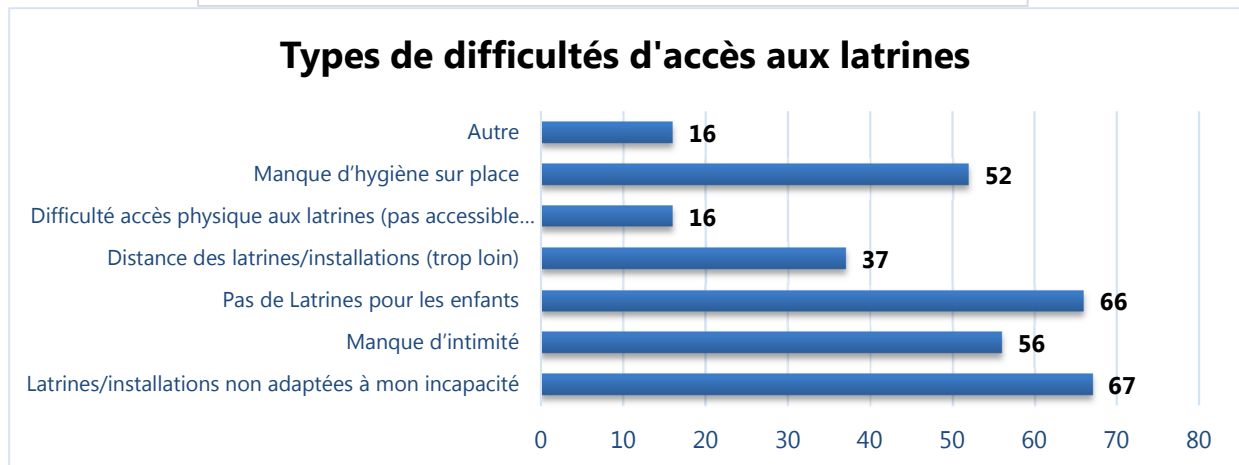
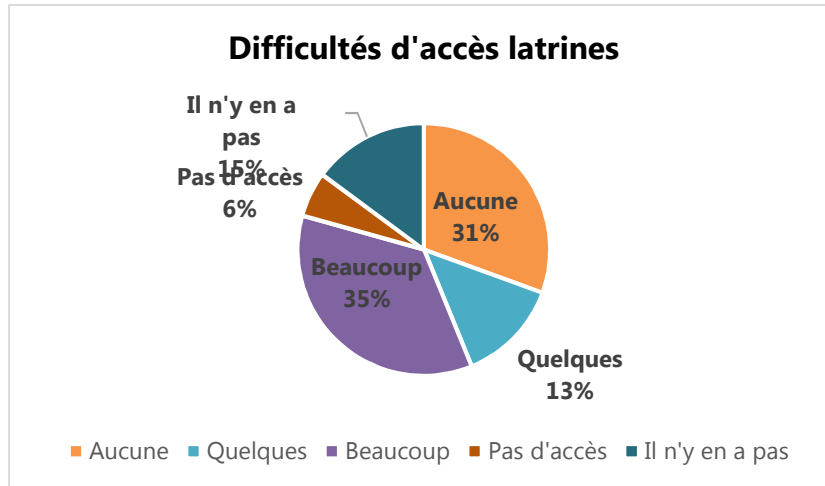


Figure 33: Difficultés d'accès – EAH (enfants)

2.3.1.5. SECAL

29% de la population adulte interrogée pense qu’il n’y a pas de distribution alimentaire et 27% ne sait pas s’il y en a. Or il y a des distributions alimentaires sur tous les sites. Les informations qualitatives font état de participants ne sachant pas où trouver l’information et surtout ne recevant pas l’information. Ainsi certains mentionnent avoir été informé qu’une distribution aurait lieu puis n’avoir jamais eu d’information complémentaire. 66% des personnes interrogées présentent des difficultés d’accès. Encore une fois, un problème de communication est identifié, et une grande majorité des participants mentionnent ne pas savoir s’ils ont le droit ou non à la distribution. Une barrière physique est également mentionnée : lieu non adapté au handicap, ainsi qu’une barrière comportementale : « on m’empêche d’y aller ».

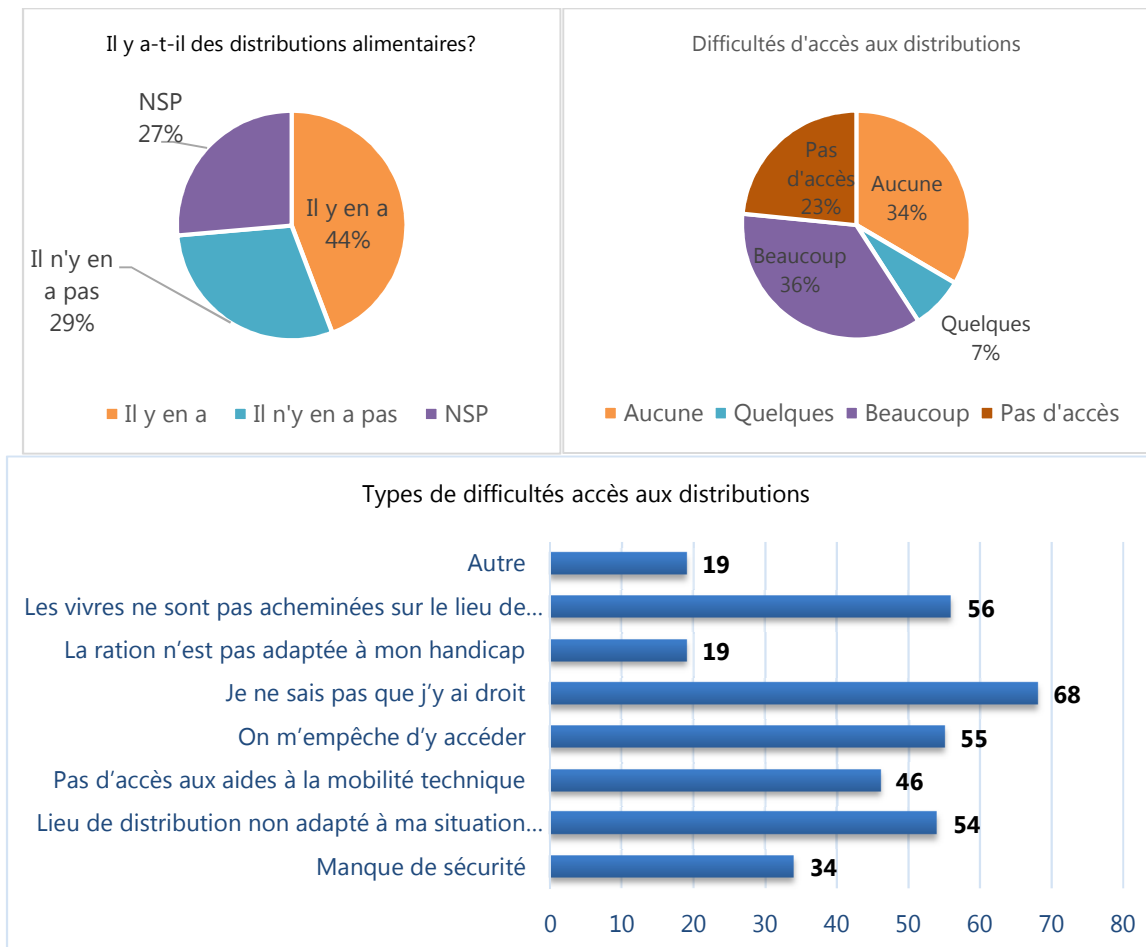


Figure 34: Difficultés d'accès – SECAL (adultes)

68% des enfants interrogés ont reçu une aide alimentaire, dont 21% une ration adaptée. La majorité des aides a été reçue sous forme de ration alimentaire complète. Quand bien même les enfants reçoivent des rations, les acteurs manquent à fournir des rations adaptées aux enfants et à leur handicap. De nombreux parents mentionnent que leur enfant ne peut par exemple pas manger solide ou certains aliments, certains mentionnent que leur enfant a besoin d'aliment spécifique. Au regard des différents résultats de l'étude et de l'opinion des acteurs SECAL, il semblerait que le manque de données spécifiques ainsi que le manque d'inclusion des personnes handicapées et des enfants handicapés au niveau de l'évaluation des besoins constituent un obstacle important à la mise en place d'une réponse inclusive et spécifique, le ciblage n'étant pas forcément correct et les besoins n'étant pas connus et donc pas couverts.

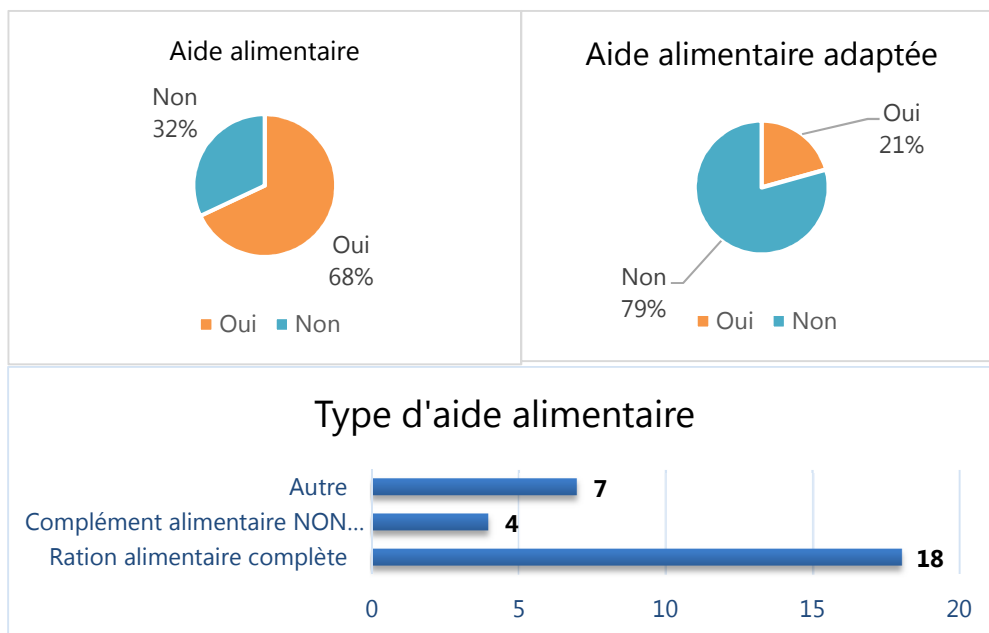
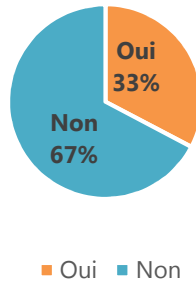


Figure 35: Aide alimentaire reçue (enfants)

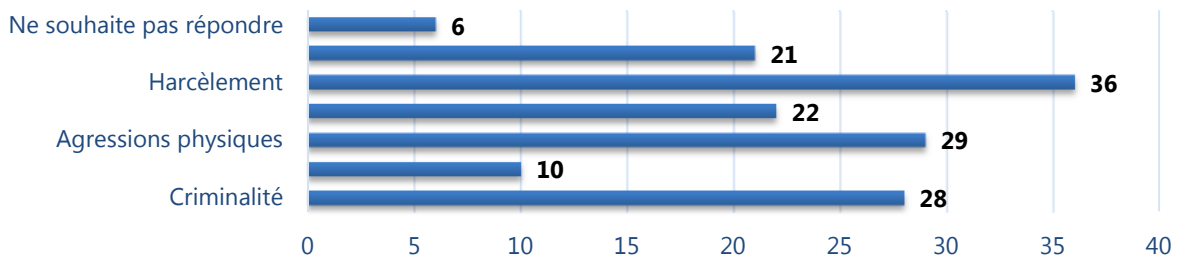
2.3.1.6. Protection

33% de la population adulte interrogée mentionne avoir fait face à un incident touchant à sa protection. La majorité de ces incidents sont relatifs à du harcèlement ou des agressions physiques. 39% des participants estiment que ces incidents sont liés à leur genre et à leur handicap et 17% à leur handicap. 34% ont eu à recourir aux services de protection et 75% ont rencontré des difficultés pour y parvenir. Comme le montre la figure 42, les plus grandes barrières sont d'ordre physique : **les répondants mentionnent ne pas pouvoir se rendre sur place soit pour des raisons d'infrastructures inadaptées ou d'absence d'aide à la mobilité.** La seconde catégorie de barrière est liée à une communication inadaptée et donc inefficace.

Incidents touchant à la protection



Type d'incidents touchant à la protection



Incidents liés au handicap ou au genre

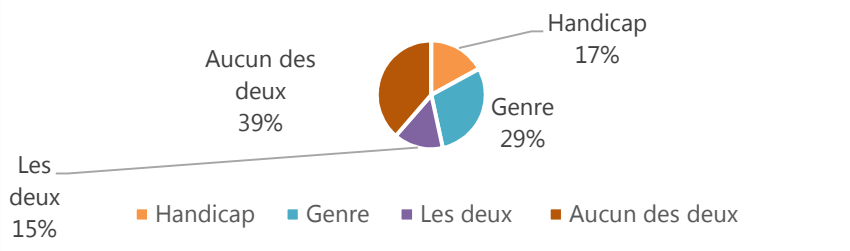
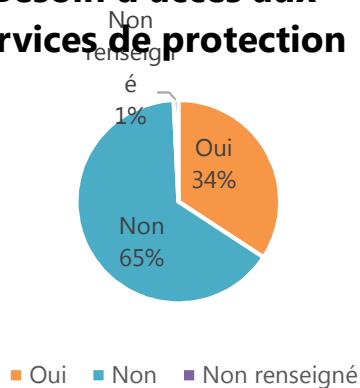


Figure 36: Incidents sécuritaires

Besoin d'accès aux services de protection



Difficultés d'accès aux services de protection

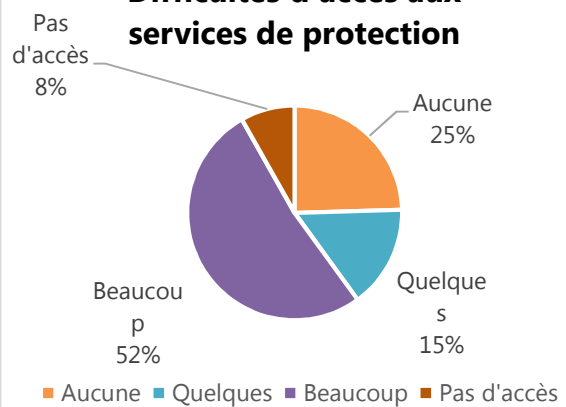


Figure 37: Accès aux services de protection

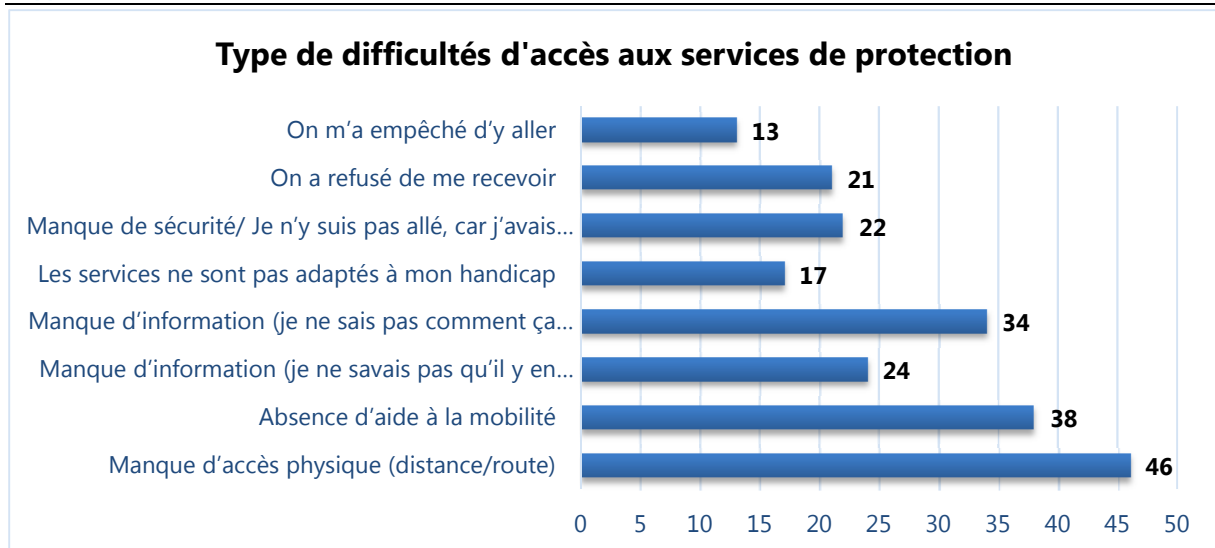


Figure 38: Difficultés d'accès aux services de protection

2.3.1.7. GBV

34% des participants mentionnent avoir eu besoin d'accéder aux services de protection pour des VBG. Les répondants mentionnent des difficultés qui sont incluses dans la figure 40 présenté dans le paragraphe précédent.

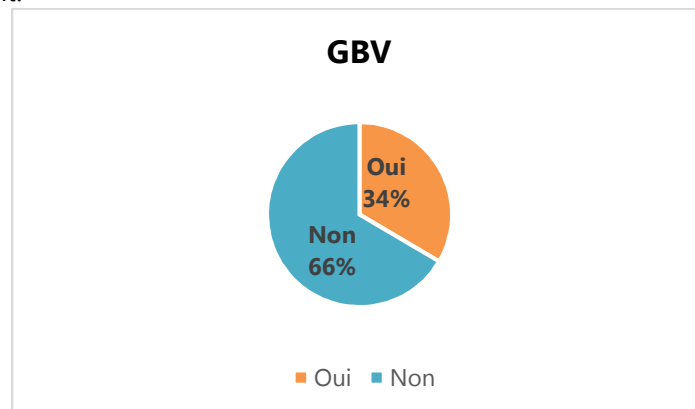


Figure 39: Difficultés d'accès aux services de protection

2.3.1.8. Protection de l'enfance

24% des enfants mentionnent avoir fait face à un incident touchant à leur sécurité, majoritairement d'ordre agression physique. Ces incidents sont vus par 66% des enfants comme liés à leur handicap. De plus, l'enquête qualitative fait état d'enfants se sentant exclus, empêchés ou malmenés en raison de leur handicap.

29% des enfants interrogés mentionnent avoir eu besoin de faire appel aux services de protection de l'enfance et 89% avoir eu des difficultés. Ce chiffre est expliqué principalement par des barrières physiques mentionnés en figure 41 : absence d'aide à la mobilité, services non adaptés au handicap, manque d'accès physique (infrastructure).

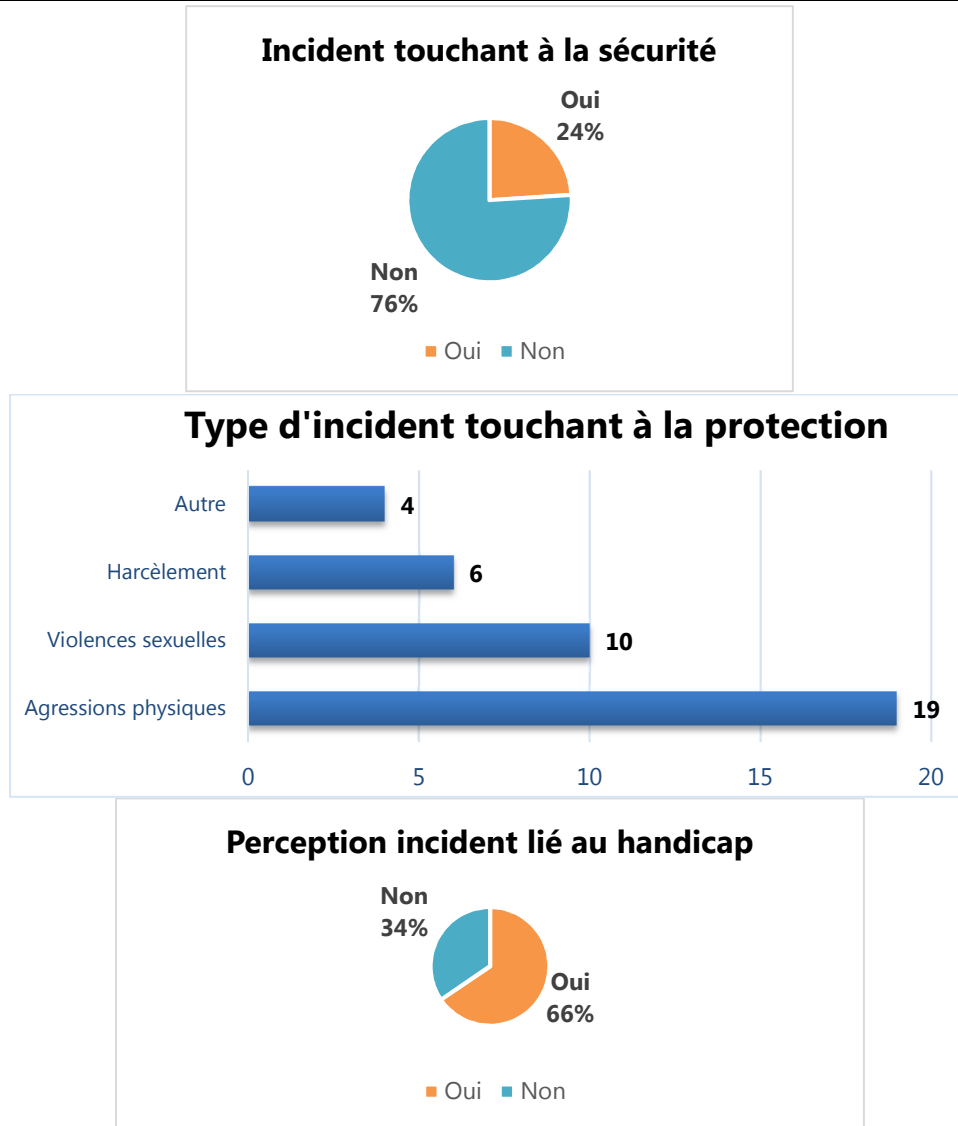
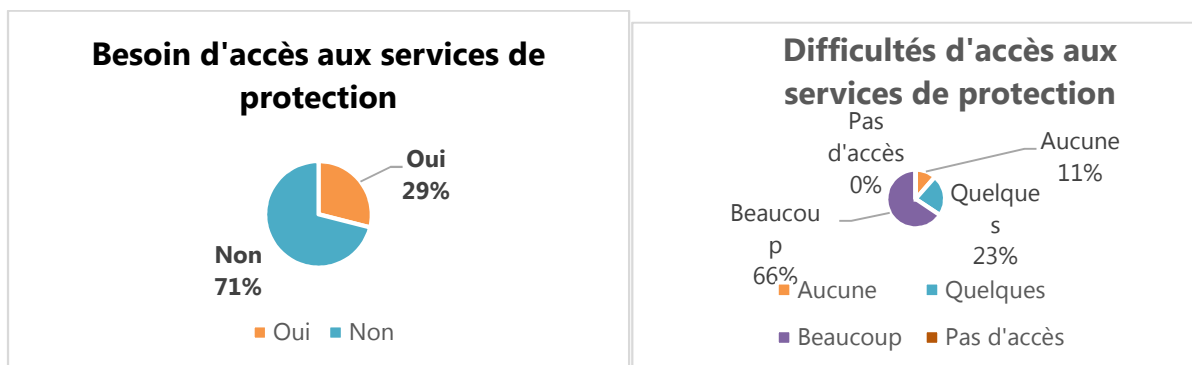


Figure 40: Incident sécuritaire chez l'enfant



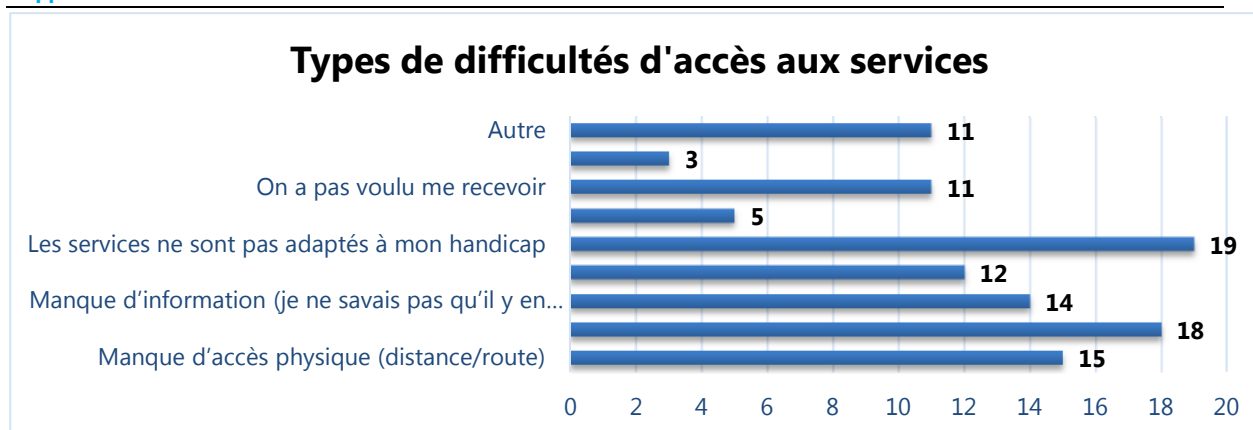


Figure 41: Accès aux services de protection de l'enfance

2.3.1.9. Éducation

64% des enfants interrogés mentionnent faire face à des difficultés d'accès à l'éducation et 15% des enfants interrogés n'ont pas du tout accès à l'éducation.. Quand bien même la raison principale est d'ordre financière, l'enquête qualitative montre que beaucoup d'enfants ne peuvent pas être accueillis dans les établissements en raison de leur handicap : soit l'établissement est trop loin, ou l'infrastructure n'est pas adaptée, enfin dans certain cas l'enfant n'est pas accepté par exemple car il est considéré comme « trop » handicapé. Egalement, dans de nombreux cas les méthodes pédagogiques ne sont pas adaptées. Dans de nombreux cas, la famille, la communauté ou encore l'école refuse de scolariser l'enfant car il est estimé que son éducation ne lui servira à rien en raison de son handicap. Cette discrimination constitue une barrière comportementale très importante dans l'accès à l'éducation.

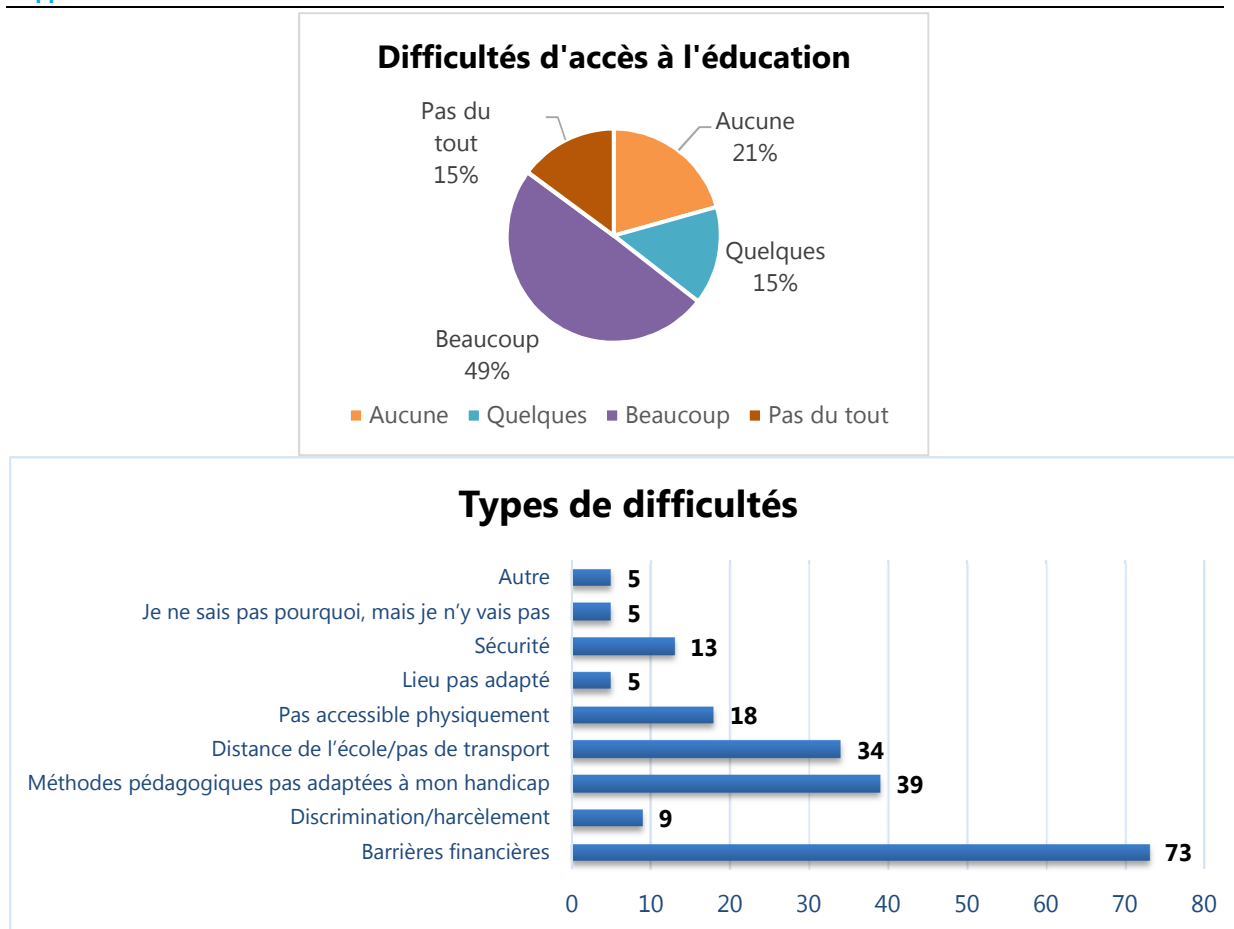


Figure 42: Accès à l'éducation

2.3.2. Barrières majeures selon les acteurs

L'enquête CAP au niveau des acteurs a été couplée à une série d'entretiens. Ces derniers ont permis d'identifier une série de barrières à l'accès et au déploiement à la réponse humanitaire en RDC. Les résultats sont présentés ci-après.

2.3.2.1 Barrières physiques

De nombreuses barrières ont été identifiées sur l'accès et le déploiement à la réponse humanitaire. L'une des barrières physiques/environnementales principales est liée aux infrastructures. Les routes et les transports ne sont pas adaptés rendant l'accès aux écoles, aux abris ou encore aux lieux de distributions compliqués voire impossible. D'autre part, les personnes handicapées font face à l'absence d'aide à la mobilité.

Les sites de distribution peuvent également être inaccessibles voire dangereux d'accès. Par exemple, des barrières géographiques/environnementales peuvent se présenter comme un relief inadapté pour une personne avec une béquille ou alors il faut monter sur une colline alors que la personne est en fauteuil roulant.

Au niveau des écoles, souvent les infrastructures même ne sont pas adaptées : pas de rampes, escaliers pour accéder aux classes. Ainsi, quand bien même l'enfant pourrait se rendre jusqu'au lieu où est l'école, il ne pourrait pas accéder aux salles de cours seul. A titre d'exemple certains acteurs mentionnent que les écoles construites avec le fond humanitaire en RDC ne sont pas inclusives (ne donnent pas accès aux personnes handicapées, latrines trop élevées, escaliers, zones inaccessibles).

Enfin une barrière récurrente à tous les domaines semble être centrale : la communication. En effet, les informations sont très souvent considérées comme inaccessibles. Les personnes handicapées ne

reçoivent pas les informations, ou alors sur un format qui n'est pas intelligible, souvent elles sont exclues des services.

2.3.2.2 Barrières comportementales

Les personnes handicapées se considèrent rejetées, mise à l'écart, réticente à l'assistance. Très souvent elles sont marginalisées. Selon les données qualitatives, la communauté elle-même peut repousser l'aide humanitaire destinée aux personnes handicapées.

Les personnes handicapées sont également souvent victimes d'un complexe d'infériorité qui est non seulement créé par les autres personnes de la communauté, mais également intériorisé à force d'être discriminées. Il semble courant que certaines personnes handicapées mentionnent « *nikifika kule batanicheka* » qui veut dire « si j'arrive là, on va rire de moi » ou encore « *uyunaye alifika mwa ibi aye* » qui signifie « comment celui-ci est aussi arrivé dans cette affaire (activité), on va huer sur moi, je reste ». Ce type d'expression utilisée par les communautés et par les personnes handicapées montre la nécessité d'un réel travail au niveau de la stigmatisation et de la marginalisation des minorités.

Au niveau éducation, les personnels enseignants ne sont pas forcément formés à tous les aspects d'inclusion il y a une tendance à exclure les personnes handicapées.

2.3.2.3 Barrières institutionnelles

Un constat important est le manque de ressources humaines disposant de compétences et connaissances en rapport avec l'inclusion. Il y a peu de personnes au niveau gouvernement et organisations communautaires disposant de ces compétences. Les thématiques « genre » sont mieux comprises. La question de l'inclusion et du handicap quant à elle n'est pas inscrite de façon systématique et transversale, également elle ne dispose que de peu de budget propre.

Au niveau des évaluations, les personnes handicapées ne sont pas assez prises en compte, et peu de données sont collectées pour identifier les cibles et besoins spécifiques.

Les personnes handicapées ne sont pas bien identifiées au niveau communautaire, la collecte de données est rarement inclusive et donc les personnes handicapées sont peu inclus dans la réponse. Les données qualitatives tendent à indiquer que les besoins spécifiques sont mal identifiés, la stratégie de mise en œuvre de la réponse est mal calibrée et le budget est absent.

Certains acteurs mentionnent une trop grande ingérence par exemple de certaines autorités politico-administratives dans les activités, les actions, les interventions humanitaires. Ceci semble freiner la prise en compte des personnes handicapées dans les plans de réponse, les acteurs mentionnant que l'implication des autorités peuvent parfois être exclusive au regard de la population cible. Enfin, il semblerait que certains bailleurs soient encore réticents à la question d'investir sur le handicap.

2.4. Comment rendre la réponse plus inclusive ?

2.4.1. Renforcer les connaissances, améliorer les attitudes et les pratiques

Plusieurs pistes peuvent être envisagées afin de rendre la réponse plus inclusive, notamment la prise en compte des personnes handicapées dès le début du cycle de projet.

L'un des points de départ est d'inclure la question du handicap et de l'inclusion dans les plans stratégiques de toutes les organisations et donc dans les documents stratégiques mais aussi pendant le cycle même de projet, au moment de l'évaluation initiale du projet et de sa mise en œuvre.

Les partenaires nécessitent d'être plus formés à la question du handicap et plus sensibilisés.

En raison du turn over sur les programmes humanitaires, il est important de continuer à sensibiliser les acteurs humanitaires mais également penser à avoir des outils « clés en main » sur les principes de base d'une activité inclusive.

Comme le mentionne la **Transcultural Psychosocial Organization**, les formations organisées par *Handicap International* constituent l'une des réponses à l'inclusion, avec des formations par cluster, par

groupes thématiques afin de renforcer l'inclusion des personnes handicapées au même titre que toute personne dans les interventions.

Il peut être également intéressant de travailler sur un mode d'échange de compétences et d'expériences. Par exemple IRC travaille sur la question des plans de Réduction des Risques et Catastrophes inclusif. La communauté par exemple va être formée à transformer un escalier en rampe ou placer un pont sur une rivière pour rendre la traversée accessible à tous. Ce type de projets, pourraient être un exemple sur une formation de stratégie sensible au changement au niveau communautaire sur la question du handicap.

2.4.2. Potentiels leviers et facilitateurs au déploiement de la réponse

Il existe actuellement plusieurs leviers pour pouvoir faciliter le déploiement d'une réponse inclusive. Le premier est le besoin de quantifier et de budgétiser le coût de l'inclusion.

Un point important est d'investir sur le renforcement des capacités des différents acteurs humanitaires à l'aide de formations et conférences pour pouvoir renforcer la compréhension sur le handicap et l'inclusion.

Un autre levier pourrait être l'utilisation de stratégie de sensibilisation de par ses pairs, avec par exemple des personnes handicapées ayant transcendés certaines situations et qu'elles puissent aller sensibiliser les communautés sur le handicap afin de contribuer à faire changer les perceptions autour de cette question.

Le cadre légal peut être un élément facilitateur important dans le cadre d'une réponse inclusive. Par exemple, un plaidoyer pour faire passer une loi sur les écoles inclusives pourrait être envisagé afin d'interdire la construction d'une école sans normes d'accessibilité.

La systématisation de l'inclusion dans toutes les soumissions doit être envisagée. Les acteurs doivent être formés à savoir comment inclure dans la programmation et la soumission la question du handicap et de l'inclusion. Également, l'inclusion pourrait être un prérequis à toute soumission.

Enfin il est nécessaire de systématiser la collecte de données inclusives comprenant dès les évaluations de départ les questions du Washington group. Les outils de reporting et de suivi doivent également comprendre des indicateurs spécifiques à l'inclusion. Enfin, la question du handicap et de l'inclusion doit être inscrite de façon permanente à l'ordre du jour, au même titre que la question du genre.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Première de ce type en RDC, l'étude présentée s'intéresse à produire des données quantitatives et qualitatives visant à faciliter la mise en place d'une réponse humanitaire plus inclusive : projection chiffrées sur les différents types de difficultés fonctionnelles, barrières à l'accès à la réponse, barrières et facilitateurs du déploiement de la réponse et enfin Connaissances, attitudes et pratiques des acteurs humanitaires.

Elle vient confirmer un changement d'attitude au niveau des acteurs, principalement initié par l'organisation Handicap International via son programme de renforcement des compétences des acteurs humanitaires sur la question du handicap.

Ainsi, les acteurs sont familiers du sujet, et s'orientent de plus en plus vers la mise en place d'une réponse inclusive avec l'intégration des personnes handicapées à toutes les étapes du cycle de projet.

La collecte de données inclusives constitue pourtant un réel défi avec peu d'acteurs maîtrisant les outils essentiels, notamment l'utilisation des questions du Washington group afin de ventiler les données des diverses évaluations initiales.

De plus, les divers acteurs font remarquer le manque de temps dû aux urgences constantes comme une des plus grosses barrières à la mise en place de réponse Inclusive. Pour autant, ceci ne devrait pas être un obstacle d'où l'importance de systématiser et rendre obligatoire la mise en place de démarches programmatiques et de stratégies opérationnelles respectant les critères d'inclusivité dès le démarrage des projets. Notamment, dès la phase d'évaluation initiale.

Enfin, les entretiens avec les divers acteurs et les OPH montrent un réel clivage caractérisé par un manque voir l'inexistence de communication entre les acteurs. Or les OPH, au même titre que les ONGi et nationales, sont les acteurs les plus spécialisés sur la question de l'inclusivité, les plus proches des personnes handicapées et, normalement, les plus informés. Il est important de travailler à rapprocher et faire collaborer les divers secteurs d'intervention.

Fort de ces constats, le présent rapport préconise les recommandations suivantes :

Recommandation	Partie prenante	Echéance		
		Court terme	Moyen terme	Long terme
Participation active aux réunions des clusters	OPH lead clusters	X		
Demande d'accompagnement technique sur les questions de soumission d'appel à projet des OPH vers les bailleurs	OPH	X		
Porter un plaidoyer fort auprès de la coordination de la réponse humanitaire pour systématiser la prise en compte du handicap dans les réponses	ONGs	X	X	X
Continuer les formations des divers acteurs humanitaires	HI	X	x	
Accompagner les acteurs dans la révision de leurs outils et guidelines	HI	x	X	
Mise en place d'une task force et de boîte à outils permettant un accompagnement national et global dans la mise à niveau des stratégies d'intervention de chaque ONG	HI et PTF (partenaires techniques et financiers)		X	

<i>La task force est constituée d'experts inclusion et handicap spécialisés sur divers secteurs d'intervention (par exemple : expert Éducation Inclusive). Elle est constituée de membres de diverses ONG qui se rendent disponible pour accompagner les différents acteurs.)</i>				
Prise en compte dès le démarrage des activités des personnes handicapées (évaluation de départ, suivi, évaluation)	Acteurs humanitaires	X		
S'assurer de la prise en compte des personnes handicapées dans les ciblage en développant des guidelines et des quotas de personnes handicapées à respecter.	Acteurs humanitaires	X		
Systématiser la collecte de données inclusives à tous les niveaux : clusters, OCHA, OPH, ONG, société civile, gouvernement	Acteurs humanitaires	X	x	x
Inscription permanente de la question du handicap et de l'inclusivité à l'ordre du jour des réunions cluster	ICN et aux clusters	X	x	x
S'assurer de la représentation des OPH et de la présence d'au moins un membre dans les comités de soumission	ICN et aux clusters	X		
Budgétisation inclusive, financement du handicap et de l'inclusion	ICN et aux clusters	x	X	x
Systématiser la budgétisation inclusive comme prérequis à toute soumission	ICN et aux clusters	X	x	
Prise en compte durable du handicap dans les HNO/HRP	ICN et aux clusters	x	X	x
Systématiser la collecte de données inclusives comme prérequis à toute soumission	ICN et aux clusters	x	X	x
Financement du secteur public dans la mise à niveau des infrastructures scolaires	Etat Congolais		X	
Application effective des lois et textes internationaux en matière de handicap	Etat Congolais	x	x	X
Application effective de l'article 11 de la CDPH	Etat Congolais	x	x	X

BIBLIOGRAPHIE

- ▶ Directives Intégration des Personnes Handicapées dans l'Action Humanitaire de l'IASC
- ▶ Normes Minimales d'Inclusion de l'âge et du handicap dans l'action humanitaire (ADCAP)
- ▶ Analyse des barrières d'accès et de participation des personnes handicapées a la réponse humanitaire en RDC (HI RDC, Juin 2020)
- ▶ Convention relative aux droits des personnes handicapées et à son protocole facultatif (CIDPH)
- ▶ Fiche de bonnes pratiques sur l'inclusion (EHA, SECAL, HI)
- ▶ Disability in humanitarian context (World Humanitarian Summit, HI, 2015)

Oversee Advising Group
Think Smart