HANDICAP INTERNATIONAL

GENRE ET HANDICAP :
Statut des femmes en situation de handicap dans le domaine de la santé et de l'éducation à Kinshasa, en République démocratique du Congo



© Handicap International – mars 2011
Photo de couverture : © Layla Aerts
Réalisation : Handicap International
Impression :
Editeur responsable :
[Prénom, Nom]
Handicap International
Adresse

Personne de contact : Monique FERGUSON,
E-mail : monique.ferguson@handicap.be

GENRE ET HANDICAP :

Statut des femmes en situation de handicap dans les domaines de la santé et de l'éducation à Kinshasa, République démocratique du Congo

PRESENTEE PAR Mme CATHERINE ODIMBA KOMBE, Consultante

Toute utilisation des données de cette étude doit être accompagnée d'une citation de sa source.

Cette étude Genre et Handicap doit être considérée comme une étude qualitative et pas représentative (dû à des difficultés de méthodologie).

KINSHASA 2011

Réalisé avec le soutien de la Direction Générale de la Coopération au Développement (DGD)

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AMHV : Association des mamans Handicapées vendeuses

CEIEHMA : Centre d'Évaluation et d'Intervention pour Enfant avec Handicap Mental et Autisme

CENAPHI : Centre National de Formation Professionnelle pour les Personnes Handicapées

CEPROMEFHA : Centre pour la Promotion Maman Efinole des Femmes Handicapées

CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement Durable

CORTHOCO : Cordonnerie et Orthopédie du Congo

DSCRP : Document des Stratégies, de Croissance et de Réduction de la Pauvreté

EPSP : Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel

EPT : Éducation Pour Tous

FECOPEHA : Fédération Congolaise des Personnes Vivant avec Handicap

FSH : Femme en Situation de Handicap

FVH : Femme Vivant avec Handicap

HIB : Handicap International Belgique

HVH : Homme Vivant avec Handicap

MSP : Ministère de la Santé Publique

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation non Gouvernementale

OUA : Organisation de l'Union Africaine

PAP : Programme d'Actions Prioritaire

PSH : Personne en Situation de Handicap

PVH : Personne Vivant avec Handicap

RDC : République Démocratique du Congo

SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise

SR : Santé de la Reproduction

SRSS : Stratégie de Renforcement du Système de Santé

SSP : Soins de Santé Primaires

TBC : Tuberculose

VIH : Virus d'Immuno-déficience Humaine

ZS : Zone de Santé

TABLEAU ET GRAPHIQUES

Tableau N°1 : données sociodémographiques des FSH

Tableau N° 2 : état matrimonial des FSH

Tableau N° 3 : formes de violences subis par les FSH (90FSH et 30 filles)

Graphique N°1 : formes de violences subis par les FSH (90FSH et 30 filles)

Tableau N°4 : Activités génératrices revenues exercées par les FVH

Graphique N°2 : Activités génératrices revenues exercées par les FVH

Tableau N° 5 : Capacité des FVH dans l'auto prise en charge sanitaire

Tableau N° 6 : Les solutions palliatives des FSH par rapport aux obstacles liés à leur accès aux soins de santé

Graphique N° 3 : Les solutions palliatives des FSH par rapport aux obstacles liés à leur accès aux soins de santé

Tableau N° 7 : Instance d'aide à la FVH

Graphique N° 4 : Instance d'aide à la FVH

Tableau N° 8 : Obstacles d'accès aux soins de santé

Graphique N° 5 : Obstacles d'accès aux soins de santé

Tableau N°9 : connaissance des FSH de la santé de la reproduction

Graphique N° 6 : connaissance des FSH de la santé de la reproduction

Tableau N° 10 : Sources d'information de la FVH en matière de la santé de la reproduction

Graphique N° 7 : Sources d'information de la FVH en matière de la santé de la reproduction

Tableau N°11 : Moyens d'accès à l'information dont disposent les FSH

Graphique N°8 : Moyens d'accès à l'information dont disposent les FSH

Tableau N°12 : L'accueil de la FSH dans les structures de santé (opinion des FSH)

Graphique N°9 : L'accueil de la FSH dans les structures de santé (opinion des FSH)

Tableau 13 : difficultés liées à la scolarisation des FSH

Tableau N° 14 : Niveau d'éducation atteint par les FVH

Graphique N° 10 : Niveau d'éducation atteint par les FVHTableau N° 15 : structures des dépenses courantes par Ministère et institution (1993-2000)

Tableau N°16 : affectation des crédits budgétaires supplémentaires selon les fonctions

Tableau N°17 : localisation des centres de prise en charge des PSH par commune

RESUME EXECUTIF

Associé au genre, le handicap peut devenir facteur d'une double vulnérabilité économique et sociale. En effet, bien que les personnes handicapées aient souvent été représentées sans distinction de genre, comme des êtres asexués, le fait d'être femme ou homme, fille ou garçon n'est pas sans effet sur les opportunités d'accès à l'éducation, à la santé, à l'emploi, aux sphères de prise de décision ou encore à l'aide humanitaire.

La question du handicap est abordée dans cette étude non pas comme une simple question de santé ou de l'éducation, mais sous l'angle des facteurs sociaux, culturels et politique qui les sous-tendent. Connaître les discriminations spécifiques affectant les femmes en situation de handicap peut permettre à Handicap International Kinshasa d'améliorer sa programmation et par conséquent l'efficacité de ses interventions.L'étude s'est faite dans la ville de Kinshasa à travers 4 districts qu'elle compte et a donné les résultats suivants :

- **STATUT DES FEMMES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LE DOMAINE DE LA SANTE**

Il s'est agi ici de rendre compte des facteurs favorisant ou limitant l'accès des FSH aux services de santé, notamment en ce qui concerne les soins de santé.

Du point du vue culturel

Il est question d'établir un lien entre les perceptions du handicap et ce que cela implique sur l'accès des FSH aux soins de santé. On note que les croyances partagées ont une influence sur l'attitude que développent la société, la famille et les proches en ce qui concerne les personnes vivant avec handicap, et de manière particulière en ce qui concerne les FSH. Elles peuvent déboucher sur l'exclusion et la violence. En état d'exclusion sociale, les FSH ne peuvent pas accéder facilement aux soins de santé.

Sur le plan économique

Ici il a été question de voir dans quelle mesure le pouvoir économiques des FSH leur permet ou pas d'accéder aux soins de santé. Leurs occupations par rapport aux activités de production devaient être identifiées afin d'en mesurer la valeur économique, voire sociale. La plus part d'entre elles, soit 38,8% n'ont pas d'activités génératrices de revenus. Pour celles qui en ont une, le constat est que ces activités sont dans le contexte congolais, des activités à faible valeur économique, qui ne peuvent pas leur permettre de faire face à leurs besoins en matière de soins de santé de manière satisfaisante. Elles sont pour la plupart limitées dans leur accès aux ressources de diverses natures et n'ont pas assez de moyen financier pour faire face aux dépenses des soins de santé.

Sur le plan juridique et politique

Le constat est que plusieurs instruments internationaux en faveur des droits des personnes en situation de handicap existent et peuvent servir d'outil des politiques publiques en faveur des FSH, dans leur accès aux soins de santé et à l'éducation. Il s'est avéré important de voir ceux qui sont applicables en RDC, mais aussi d'identifier les initiatives prises au niveau national en terme juridique ou politique en ce qui concerne les personnes en situation de handicap, et particulièrement les FSH dans le domaine de la santé et de l'éducation. Outre les instruments internationaux ratifiés, au niveau national il s'agit de (s):

- la Constitution de la RDC
- la politique de santé de la reproduction
- La Politique Nationale de la Santé
- La Stratégie de Renforcement du Système de Santé
- 5 piliers définis dans le document du DSCRP parmi lesquels, l'amélioration de l'accès aux services sociaux et la réduction de la vulnérabilité

Seulement il n'existe pas encore des mesures expresses de mise en œuvre de tous ces instruments.

L'analyse de la situation démontre que l'accès aux soins de santé est différencié entre :

- les femmes en situation de handicap et les femmes valides
- les femmes instruites et les femmes non instruites
- les femmes avec autonomie financière ou pouvoir économique significatif et celles qui n'en ont pas
- les femmes proches des structures de santé et celles qui en sont éloignées
- les FSH et les HSH notamment dans le domaine de la santé de la reproduction
- entre les femmes qui bénéficient d'une assistance et celles qui ne l'ont pas

- **STATUT DES FEMMES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LE DOMAINE DE L'EDUCATION**

Les femmes de manière générale ont un faible accès à l'éducation. Cette situation est davantage plus prononcée en ce qui concerne les filles en situation de handicap. Les facteurs qui contribuent à cette situation sont à la fois d'ordre socioculturel, politique et économique. Les préjugés sociaux sur le handicap, le manque des moyens financiers des parents la faiblesse des politiques publiques en ce qui concerne l'infrastructure, le programme scolaire, et du budget alloué à l'éducation contribuent à la faiblesse d'accès à l'éducation des ESH.

Ce qui débouche sur une grande déperdition scolaire chez les FSH. Leur accès à l'enseignement supérieur est très réduit. La plupart d'entre elles ont évoqué le problème de moyens financiers, et la faible importance que certains parents accordent à leur scolarisation. Un autre facteur qui y contribue, c'est la sévérité du handicap qui peut ne pas permettre une adaptation de l'enfant aux méthodes d'enseignement utilisés dans les établissements scolaires de la RDC.

Les recommandations :

Pour les acteurs étatiques

- développer la reconnaissance et la compréhension de l'intersectionnalité du genre et du handicap dans les politiques, projets et programmes du domaine de la santé et de l'éducation.
- explorer la possibilité d'une politique gouvernementale en faveur de l'égalité de traitement des personnes handicapées au-delà du domaine de la santé et de l'éducation et incorporant entièrement la dimension du genre.
- consolider les groupes de travail interservices des intervenants sur le handicap et renforcer la capacité analytique des questions relatives aux femmes handicapées.
- Elaborer une stratégie nationale pour les femmes handicapées tenant compte de tous les thèmes couverts par la Convention de l'ONU.

Pour tous les acteurs impliqués

- Constituer un fonds de données scientifiques et prouvées
- Diffuser des outils et les bonnes pratiques
- Mobiliser les ressources et la volonté politique
- La capacité et les compétences en formation
- Construire des alliances stratégiques
- Développer la compétence des personnes handicapées/ou de leurs tuteurs
- Initier des modalités d'accessibilités des FSH aux soins de santé et à l'éducation

INTRODUCTION

La situation des femmes ou mieux, leur statut dans différents domaine de la vie sociale, est marquée par tout un éventail des rapports sociaux, dont les rapports de sexe et autres ; les études et les pratiques le témoignent amplement. En effet, les hommes et les femmes ne sont pas un ensemble homogène auquel s'appliqueraient les différentes interventions de développement de la même façon. Mais aussi, au-delà de cette dimension de rapports entre les deux sexes, des spécificités intra sexuelles exigent des modalités particulières d'intervention pour que soit abordées de manière globale les questions qui freinent l'ensemble de la population féminine dans leur participation à la vie sociale et l'amélioration du bien-être. La plupart d'études sur l'un ou l'autre sexe oublient de prendre en compte les spécificités liées au croisement avec d'autres caractéristiques telles que l'âge, les dimensions culturelles l'orientation sexuelle, l'appartenance sociale, l'apparence physique ou encore le handicap.

A cet effet, il y a lieu d'affirmer qu'en ce qui concerne le handicap, la population qui le vit est rarement observée et donc mal connue dans le champ des politiques et programmes de développement. En réponse à ce déficit, Handicap International initie cette étude en RDC, pour un éclairage basé sur les données de terrain, à capitaliser dans ses interventions.

Parler du handicap dans le contexte congolais, revient à monter un questionnement sur l'environnement socioculturel, politique, économique, pour ce qu'ils induisent sur le statut des personnes vivant avec handicap. Des constructions sociales se greffent sur le handicap en terme de normes sociales de gestion du handicap, des perceptions sociales du handicap, des liens sociaux, des pratiques sociales et déterminent dans une large mesure le statut actuel des personnes vivant avec handicap dans presque tous les domaines de la vie nationale.

Chacun de ces environnements a des implications sur la vie sociale des personnes vivant avec handicap, et de manière particulière sur les femmes vivant avec handicap, notamment pour leur accès aux soins de santé et à l'éducation. C'est dans cette logique que cette étude va s'interroger sur les rouages concrets qui existent entre le fait handicap des femmes et leur accès aux soins de santé et à l'éducation.

Ainsi la question du handicap sera abordée dans cette étude non pas comme une simple question de santé ou de l'éducation, mais sous l'angle des facteurs sociaux, culturels et politique qui la sous-tendent.

1. Contexte et justification de l'étude

Handicap International Belgique (HIB) est une organisation non gouvernementale, indépendante, neutre et apolitique dont l'objectif est d'aider les personnes handicapées à retrouver leur autonomie au sein de la société. Créée en 1986, elle est active dans près de 15 pays en Afrique et Asie et articule ses actions autour de 6 axes stratégiques : (i) la prévention dans les domaines liés aux mines antipersonnel, à la sécurité routière et à la santé maternelle et infantile; (ii) la réadaptation physique et à base communautaire ; (iii) l'insertion professionnelle, sociale, économique et également scolaire par le biais de l'éducation inclusive ; (iv) les actions contre les mines, (v) la promotion des droits de la personne handicapée et enfin, (vi) les programmes d'urgence.

En République Démocratique du Congo, HIB intervient dans les zones géographiques de Kinshasa, de Kisangani et de Goma.

La prise en compte des besoins, des priorités et des capacités différenciés des femmes, des hommes, des filles et des garçons affectés par le handicap est devenue une priorité programmatique pour HIB

Les causes à l'origine du handicap sont nombreuses et variées dans les pays d'intervention de HIB: l'état du système sanitaire et médical, l'instabilité politique, l'insécurité routière, la situation économique, les séquelles des conflits armés (mines antipersonnel, agent orange,…). Une attention particulière est souvent portée aux anciens combattants, aux victimes de mines, aux enfants,… mais il n'existe pas de directives spécifiques concernant les femmes en situation de handicap. Même si celles-ci représentent bien souvent un des groupes cibles des activités de HIB, l'identification de leurs besoins et des réponses spécifiques à leur apporter n'est pas toujours aisée.

Associé au genre, le handicap peut devenir facteur d'une double vulnérabilité économique et sociale. En effet, bien que les personnes handicapées aient souvent été représentées sans distinction de genre, comme des êtres asexués[1], le fait d'être femme ou homme, fille ou garçon n'est pas sans effet sur les opportunités d'accès à l'éducation, à la santé, à l'emploi, aux sphères de prise de décision ou encore à l'aide humanitaire.

Connaître les discriminations spécifiques affectant les femmes en situation de handicap peut permettre à l'organisation d'améliorer sa programmation et par conséquent l'efficacité de ses interventions.

Quelle discrimination spécifique peut entraîner l'appartenance à l'un ou l'autre sexe des personnes handicapées ? Comment se situent-elles et comment sont-elles perçues par rapport aux représentations culturelles et traditionnelles de l'homme et de la femme dans leur communauté ? En quoi la combinaison du handicap et du genre peut-elle influer sur l'accès à l'éducation et à la santé ?

Dans le cadre de sa nouvelle approche et de sa stratégie 2009-2013 édictée pour la République Démocratique du Congo, Handicap International Belgique envisage d'améliorer ses connaissances et pratiques dans le domaine du genre afin d'intégrer durablement le concept de genre dans ses projets et ainsi garantir une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des femmes, filles, garçons et hommes dans l'identification et la mise en œuvre de ses activités.

Handicap International a la volonté de développer ses connaissances sur cette problématique en réalisant une étude spécifique permettant de récolter des données à partir desquelles pourra être défini une stratégie permettant la prise en compte des besoins et caractéristiques spécifiques des femmes en situation de handicap dans les projets mis en œuvre et ce particulièrement dans les domaines de la santé et de l'éducation.

2. Objectif de l'étude

- Identifier les facteurs qui peuvent amener les femmes en situation de handicap à subir une double discrimination susceptibles d'accentuer leur vulnérabilité dans les domaines tant sociaux qu'économiques.
- Analyser les bonnes pratiques permettant l'accès des femmes en situation de handicap aux services sociaux de bases.
- Etablir une série de recommandations sur la manière dont HIB devrait s'engager dans la prise en compte du genre dans ses projets, notamment :
- l'identification des outils et des segments/niches d'intervention, les collaborations et les partenariats à développer, les capacités à renforcer (y compris internes*)* ainsi que les ressources nécessaires.
- Présenter une ou plusieurs approches méthodologiques possibles pour la prise en compte du genre dans toutes les étapes de la gestion du cycle de projet.
  Les approchés proposées devront être opérationnelles et adaptées au contexte.

[1]Meekosha, H., *Gender and Disability (Draft entry for the forthcoming Sage Encyclopaedia of Disability written in 2004)*, 2004, p. 3.

3. Méthodologie de la recherche

La méthodologie qualitative a été mise à contribution pour la collecte des données relatives à cet objet de recherche. Cela a nécessité une enquête de terrain consécutive à la détermination de la spécificité de cette catégorie de femmes à privilégier, du choix du mode d'observation et du choix même de la particularité de la question d'investigation.

Des entretiens directifs ou semi-directifs, des focus-group, c'est-à-dire des échanges impliquant un procès de communication ont été mis à profit. Les femmes/filles vivant avec handicap ont été nos premières cibles. Il s'agit des femmes vivant avec handicap ayant une certaine connaissance de la question et des femmes/filles vivant avec handicap ordinaires vivant les inégalités. D'autres sources d'information avec lesquelles nous sommes entrés en contact sont des acteurs individuels et institutionnels du domaine de la santé, de l'éducation et ceux intervenant dans le champ des personnes vivant avec handicap. Une attention particulière a été accordée aux différents projets et programmes de HIB sur la question.

Enfin, et évidemment, la lecture critique de la littérature existant sur le handicap nous a permis de compléter les informations produites par les entretiens et l'observation.

Une analyse de données statistiques existantes relatives à la question a été aussi faite. L'étude s'est penchée aussi sur différents programmes et politiques de genre élaborés en RDC dans le domaine de la santé et de l'éducation, mais surtout en direction des personnes vivant avec handicap.

Ainsi, le rapport de recherche présente un tableau de la situation des femmes vivant avec handicap à Kinshasa dans le domaine de l'éducation et de la santé, ainsi que des exemples de bonnes pratiques.

Sites de collecte de données

La collecte de données s'est effectuée en tenant compte de la subdivision de la ville de Kinshasa. Ainsi, dans chacun de districts, un point de référence a été identifié pour servir de cadre de sélection des enquêtés.

District de la Funa, situé au cœur de la capitale, et dans laquelle existent la majorité des structures de santé et d'éducation des PSHavec comme communes : - Bandalungwa - Bumbu - Kalamu - Kasa-Vubu - Makala - Ngiri-Ngiri - Selembao	District de la Lukunga, district constitué majoritairement de la classe économiquement forte dans la ville de Kinshasa : - Barumbu - Gombe - Kinshasa - Kintambo - Lingwala - Mont-Ngafula - Ngaliema
District du Mont Amba, essentiellement composé de la classe moyenne : - Kisenso - Lemba - Limete - Matete	District de la Tshangu, dans laquelle se trouve la majorité de la population de Kinshasa qui vit dans les périphéries, c'est là que se retrouvent majoritairement les plus démunis : - Kimbanseke - Maluku

- Ngaba	- Masina - Ndjili - Nsele

Les enquêteurs

4 enquêteurs évoluant dans le Réseau universitaire des chercheurs sur le genre basé à l'université de Kinshasa, ont participés à la collecte de données sur terrain. Il s'agit de :

1. MWANAIKEMBA MALABE Michaël, Superviseur de l'enquête ;
2. SHAKO OBONGA Francine, enquêteuse ;
3. SAMBI MPIA Nicole, enquêteuse ;
4. EKASO LODI Elvis, enquêteur

Echantillonnage

Compte tenu de la difficulté à rencontrer les personnes en situation de handicap sans repère, les structures d'encadrement des personnes en situation de handicap, où il y a possibilité de rencontrer un bon nombre d'entre eux et qui sont implantées dans les sites concernées par l'enquête ont servi de cadre d'identification des femmes, hommes et filles en situation de handicap :

- Le Centre d'hébergement pour personnes handicapées (Benda Bilili), situé dans le district de la Tshangu : 30 enquêtées femmes dont 20 femmes (18-49 ans) et 10 filles (0-17 ans)
- Le centre « Kikesa » dans le district du Mont Amba : 30 enquêtées femmes dont 20 femmes (18-49 ans) et 10 filles (0-17 ans)
- Le centre CEPROMEFHA dans le district de la Funa 30 enquêtées dont 25 femmes (18-49 ans) et 10 filles (0-17 ans)
- Le centre Mwambila dans le district de la Lukunga : 30 enquêtées femmes dont 20 femmes (18-49 ans) et 10 filles (0-17 ans)

L'échantillon a été aléatoire, avec objectif d'atteindre le plus de femmes possible. Nous nous sommes intéressés aux PSH ayant des responsabilités dans ces structures, plus à même de nous renseigner sur les difficultés des femmes/filles en situation de handicap.

Les outils de collecte de données

a. Le questionnaire

Un questionnaire individuel pour femme en situation de handicap

Un questionnaire individuel pour femme en situation de handicap a été administré à 120 femmes et filles handicapées dans le district de la Funa, de la Tshangu, du Mont Amba et de la Lukunga. Il s'est agi de collecter les informations socio-économiques des FSH, de relever leurs attitudes et niveaux de connaissance en matière de la santé de la reproduction, d'identifier par leur canal les obstacles qu'elles rencontrent pour accèder aux soins de santé et particulièrement à la santé de la reproduction, de connaître la perception qu'elles ont d'elles-mêmes ainsi que celle qu'elle pense que les autres ont d'elles,

Questionnaire individuel pour les proches des femmes et filles en situation de handicap

Cet outil a permis, surtout pour les enfants et les FSH qui ne peuvent communiquer facilement avec les enquêteurs, notamment, les enfants âgés de moins de 10 ans, les femmes en situation de handicap sensoriel et mental, de relever les difficultés auxquels sont confronter ces catégories de femmes et filles handicapées, mais aussi de se rendre compte de différentes attitudes, comportement développées à l'égard des femmes et filles en situation de handicap au niveau de la famille.

Pour les enfants de moins de 10 ans capables de communiquer avec les enquêteurs, l'administration du questionnaire auprès de leurs proches était suivie d'un entretien libre avec eux. 16 enfants de cette tranche d'âge ont échangé avec les enquêteurs, essentiellement en ce qui concerne leur accès à l'éducation.

Questionnaire individuel pour homme en situation de handicap

Le besoin d'une dimension comparative entre les besoins spécifiques des hommes et des femmes dans le domaine de la santé et de l'éducation a nécessité d'approcher les hommes en situation de handicap pour déceler les différenciations de traitement des hommes et des femmes, si celles-ci existent.

Ainsi, il a été question de savoir auprès des hommes, si cette différenciation de traitement existe, mais aussi de prendre connaissance de la perception qu'ils ont des FSH, surtout par rapport au mariage.

Questionnaire pour prestataire de service de soins de santé et dans le domaine de l'éducation

En ce qui concerne les prestataires de services, certaines structures ont été ciblés en tenant compte de la diversité des domaines d'interventions orientés vers les personnes en situation de handicap, des catégories ciblées par leurs interventions, tant dans le domaine de la santé que dans celui de l'éducation. En fonction de l'objet de la structure et celui de la recherche, notamment, l'accès aux soins de santé et à l'éducation des femmes en situation de handicap, le choix a été porté à la fois sur des structures exclusivement réservées aux personnes en situation de handicap et celles des domaines concernés dont les bénéficiaires des services ciblés sont indistincts.

- L'Association des Mamans handicapées vendeuses : situé dans la commune de Kinshasa, district de la Funa (marché central, pavillon 11/7)
- Le Centre pour handicapé Koli, situé dans la commune de Kalamu, district de la Funa
- L'Association des Femmes Handicapée et Intellectuelles du Congo
- La Fédération Congolaise des personnes vivant avec Handicap (FECOPEHA), située dans la commune de Kasavubu
- La CORTHOCO : Cordonnerie et Orthopédie du Congo, dans la commune de Lemba.
- Le village BondekoTwendeley dans la commune de Lemba et celui de Mawete qui s'occupent de la scolarisation des enfants vivant avec handicap moteur, mental et sensoriel
- Le centre d'évaluation et d'intervention pour enfant avec handicap mental et autisme, CEIEHMA, dont la vocation est de la scolarisation des enfants avec handicap mental et autisme, dans la commune de Matete
- Les Cliniques universitaires de Kinshasa, un de grands hôpitaux de la ville Province de Kinshasa qui s'occupe des soins de santé de manière générale
- Le Centre Neuropathologique et Psychiatrique qui s'occupe spécialement des personnes avec handicap mental

Pour cette catégorie d'enquêtés, le questionnement a été axé sur : les mécanismes développés pour la prise en charge des PSH et de manière particulière sur la prise en charge des FSH, ainsi que sur les types de relations qui existent entre les FSH et les prestataires de service.

Questionnaire pour les acteurs institutionnels

Un questionnaire a été administré au Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant, au Ministère de la santé, au Ministère l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel (EPSP), au Ministère des affaires humanitaires et solidarité nationale (affaires sociales Cfr, CENAPHI).

Il était question ici, de savoir s'il existe au niveau institutionnel, des politiques spécifiques en direction des personnes en situation de handicap, particulièrement des FSH dans le

domaine de la santé et de l'éducation. Ensuite, il a été opportun de s'enquérir du niveau de connaissance qu'ont les acteurs institutionnels sur les besoins spécifiques des FSH et d'identifier les réponses institutionnelles à ces besoins.

L'ensemble de ces questionnaires, n'ont pas permis d'aborder la dimension comparative de l'étude entre les hommes et les femmes en situation de handicap, mais aussi entre les femmes en situation et les femmes valides. Ce qui a été nécessité de faire des focus group mixtes FSH et HSH, FSH et femmes valides.

Focus groupes mixte : FSH et HSH

2 focus group ont été réalisés successivement, à la Fédération Congolaise des Personnes vivant avec Handicap (FECOPEHA) et au Centre d'hébergement pour personnes handicapées de N'Djili.

Focus group : FSH et femmes valides

1 focus group au (CEPROMEFHA), réunissant les FSH et les femmes valides a été organisé pour relever les inégalités qui existent entre les FSH et les femmes valides dans leur accès aux soins de santé et à l'éducation.

Focus group femmes valides

Ce focus group a été organisé à la Cité verte pour faire parler les femmes valides afin de se rendre compte des expériences d'inégalités entre les femmes valides et les femmes en situation de handicap.

b. Autres techniques de collecte de données

Outre les outils mentionnés ci-dessus, les entretiens libres avec les FSH, les HSH, les personnes ressources ainsi que l'observation directe ont aidé à compléter les informations.

4. Difficultés rencontrées

Ces difficultés sont de différents ordres. Il s'est agi entre autres :

- les enquêtés n'étaient pas toujours disponibles. Le calendrier des rencontres était de temps en temps révisé.
- De la réticence des personnes en situation de handicap à donner l'information. D'après eux, plusieurs enquêtes ont déjà été faite en ce qui les concerne, mais sans que cela ne puisse améliorer leur situation ; ce qui a donné lieu dans certains cas à la rétention de l'information et un manque d'intérêt
- D'une tendance transactionnelle de l'enquête. Dans certaines structures, la condition affichée pour avoir accès à l'information était lucrative;
- Du refus de certains parents ou proches des personnes vivant avec handicap de recevoir les enquêtés;
- Des blocages au niveau de certaines structures pour raison de formalité administratives. Ce qui par la suite a été réglé avec l'implication des chefs de projets de Handicap International/Kinshasa

5. Eclairage conceptuel

Le handicap

Ce terme renvoie à la notion de déficience et d'incapacité. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le handicap comme "la difficulté ou l'impossibilité de réaliser des actes élémentaires physiques (se tenir debout, se lever...) ou psychiques (mémoriser)...

Il intègre le dysfonctionnement à un ou plusieurs niveaux : il s'agit d'un terme regroupant la déficience (problèmes dans le fonctionnement et les structures du corps), la limitation d'activité et la restriction de la participation (OMS, 2002, p. 10).

L'organisation mondiale des personnes handicapées définit le handicap comme "la perte ou limitation des possibilités de participer à la vie normale de la collectivité sur une base égalitaire avec les autres en raison d'obstacles physiques et sociaux."
On peut classifier le handicap comme suit : le handicap mental, le handicap sensoriel et le handicap physique.

Les soins de santé

Les soins de santé relèvent des sciences appliquées. Ils se centrent sur la santé de l'Homme ou de l'animal. Ils impliquent non seulement la recherche, l'étude et la connaissance de la santé, mais également l'application de cette connaissance aux fins d'améliorer la santé, de guérir des maladies, et d'améliorer le fonctionnement du corps[2]. Dans le cadre de cette étude, le questionnement tournera autour de l'accès des FVH aux soins de santé primaire et à la santé de la reproduction.

Les soins de santé primaires[3] :

- sont des soins essentiels (curatifs, préventifs et promotionnels) reposant sur des méthodes, des techniques et des pratiques scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous avec la pleine participation de la communauté et à coût supportable par le pays .
- représentent le premier contact des individus avec le système national de santé.
- font intervenir le secteur de santé et les secteurs connexes de développement national et communautaire (agriculture, élevage, production alimentaire, industrie, éducation, logement, travaux publics et communications) et font appel aux personnels de santé.
- sont des actions de santé indispensables à la continuité de la vie quotidienne.

La santé de la reproduction

Vers les années 80, la Santé de la Reproduction était assimilée à la santé maternelle et infantile ; aujourd'hui elle inclut la santé sexuelle et la régulation de la fécondité. La Santé de la Reproduction ne concerne donc plus uniquement la santé de la mère et de l'enfant mais aussi celle des adolescents (es), des femmes ménopausées et des hommes. Elle dépasse le strict cadre médical pour poser la question de la responsabilité individuelle et collective dans les comportements sexuels et reproductifs[4].

L'OMS définit la Santé de la Reproduction, en référence au concept de santé, énoncé lors de la conférence d'Alma Ata de 1978. Pour elle, « la Santé de la Reproduction n'est pas

[2] Les soins de santé, http://fr.wikipedia.org/wiki/Soins_de_santé
[3] Cours de santé publique, http://www.infirmiers.com/cours-sante-publique-notions-de-base
[4] AdamaSow, *Femmes handicapées motrices et santé de la reproduction : niveau de connaissances, attitudes, pratiques en sante de la reproduction et accès aux prestations de services*, Mémoire de DEA, **U**niversité cheikh AntaDiop de Dakar, 2006

considérée uniquement comme une absence de maladie, d'infirmité ou de troubles dans le processus reproductif, mais plutôt comme une condition par laquelle il s'accomplit dans un état de complet bien-être physique, mental et social. Cela implique que les individus aient la possibilité de se reproduire, que les femmes puissent mener à bien leur grossesse et accoucher sans risque et que la reproduction aie une issue heureuse (survie des enfants et croissance satisfaisante) ».

La santé de la reproduction se conçoit comme :

- droit à une sexualité sans risque ;
- droit à une maternité sans risque (grossesse et accouchement sans risque) ;
- survie des enfants ;
- possibilité de réguler la fécondité (droit à la contraception et lutte contre la stérilité)[5].

L'éducation

Selon Emile Durkheim, *« l'éducation est l'action exercée par les générations adultes sur celles qui ne sont pas encore mûres pour la vie sociale. Elle a pour objet de susciter et de développer chez l'enfant un certain nombre d'états physiques, intellectuels et moraux que réclament de lui et la société politique dans son ensemble et le milieu spécial auquel il est Particulièrement destiné[6] ».*

Dans le cadre de cette étude, il est important de mettre un accent sur l'éducation inclusive[7] qui désigne « un système éducatif qui tient compte des besoins particuliers en matière d'enseignement et d'apprentissage de tous les enfants et jeunes gens en situation de marginalisation et de vulnérabilité : enfants des rues, filles, groupes d'enfants appartenant à des minorités ethniques, enfants issus de familles diminuent financièrement, enfants issus de familles nomades, enfants atteints du VIH/sida et enfants Handicapés. L'éducation inclusive a pour objectif d'assurer à ces enfants l'égalité des droits et des chances en matière d'éducation. »

C'est une approche éducative basée sur la valorisation de la diversité comme élément enrichissant du processus d'enseignement-apprentissage et par conséquent favorisant le développement humain.

L'éducation inclusive vise l'intégration de tous sur une base égalitaire et participative, en valorisant la différence et le potentiel de chacun. L'éducation inclusive améliore les conditions d'Education Pour Tous en développant une pédagogie différenciée, c'est-à-dire adaptée aux besoins de chacun.

I. STATUT DE LA FEMME EN SITUATION DE HANDICAP DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

Il s'est agi ici de rendre compte des facteurs favorisant ou limitant l'accès des FSH aux services de santé, notamment en ce qui concerne les soins de santé. Dans la plupart des cas, ces facteurs se cumulent ou se combinent et la ligne de démarcation entre eux n'est pas nette. Leur examen permis de faire ressortir des situations qui peuvent être convertis en besoins et servir de support pour les différents intervenants dans le domaine des soins de santé, afin de permettre un plus grand accès des FSH.

[5] Idem
[6] Emile Durkheim, Education et sociologie, http://www.uqac.uquebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html
[7] Site www.hif.com

A noter que le statut des FSH n'est pas homogène. Ce qui ressort de l'enquête c'est que ce statut dépend du milieu de résidence, du niveau d'instruction de la FSH et des parents, du pouvoir économique de la famille ou de celui de la FSH elle-même.

Plus la FSH a un niveau d'instruction élevé, un pouvoir économique qui lui permet de faire face à ces besoins, une famille assez instruite, plus son statut est amélioré dans le domaine de la santé. Aussi, les femmes vivant dans les périphéries de Kinshasa ont évoqué plus de difficultés à avoir accès aux soins de santé primaire et à la santé de la reproduction.

En effet, dans le contexte de notre étude, l'accès des FSH aux soins de santé doit être perçu comme une résultante d'une combinaison de facteurs de divers ordres : socioculturels, politiques et économiques, ainsi que d'autres liés au handicap lui-même.

1. ETAT DES LIEUX : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Les données socio démographiques notamment, l'âge, la forme de handicap, l'état matrimonial des FSH enquêtées a donné lieu au tableau ci-après :

Tableau N°1 : données sociodémographiques des femmes enquêtées

caractéristique	Nbre/120	%
0-17ans	30	25
18-49 ans	90	75
Handicap moteur	96	80
Handicap sensoriel	12	10
Handicap mental	12	10

Tableau N° 2 : état matrimonial des FSH

Etat matrimonial	Nbre/90	%
Mariée	5	4,1
Célibataire	38	31,6
Union libre	47	39,1
(partenaire occasionnel)		

NB. La question sur L'état matrimonial n'a concerné que les femmes de 18 à 49 ans

Dans presque tous les points de référence, la proportion des femmes en situation de handicap physique reste supérieure aux autres formes de handicap. C'est tenant compte de cet élément que 80% de femmes/filles enquêtées ont été des femmes avec handicap physique, 10% de femmes/filles présentent un handicap sensoriel et 10% un handicap mental. 25% des enquêtées se retrouvent dans la tranche d'âge de 0à 17 ans (en RDC ce sont des mineurs) et 75% d'enquêtées dans la tranche d'âge de 18 à 49 ans, âge de la majorité et de pleine activité.

En ce qui concerne l'état matrimonial, 4,1% seulement de femmes sont mariées ; à noter que 4 d'entre elles présentent un handicap physique et une, un handicap sensoriel (sourde muette), aucune des femmes avec handicap mental n'est mariée, 31,6% de femmes sont célibataires et 39,1% vivent en union libre avec des partenaires occasionnels.

Eléments d'analyse de la différenciation

La forme de handicap

Les femmes avec handicap physique, sont plus présentes dans les structures d'encadrement des PSH que les handicapées sensorielles et mentales. Il s'affiche que les femmes avec handicap mental et sensoriel ont plus de difficultés à intégrer la vie sociale que les femmes avec handicap physique. Toute fois tenant compte de la prévalence du handicap physique, l'observation directe nous a permis de constater aussi que celle qui ont un handicap physique plus sévère, ne sont pas non plus très visibles dans ces structures.

- **Parole d'une FSH sensoriel :**

« Nous avons beaucoup plus de difficultés à nous déplacer par rapport aux femmes en situation de handicap physique, car il est souvent nécessaire que nous soyons accompagnées ; c'est le cas pour nos amies aveugles ou les handicapées mentales. Pour nous les sourdes muettes, on a toujours besoin de quelqu'un pour faciliter la communication, surtout pour des questions importantes de notre vie, et même quand on est malade, il faut quelqu'un pour parler à notre place. Si un accompagnateur n'est pas disponible, cela pose problème. Et même s'il était disponible, cela nous exige parfois des frais. Ce qui n'est pas facile »[8].

Différenciation des FSH et des femmes valides du point de vue matrimonial : le mariage des FSH

Le handicap des femmes a des répercussions sur leur état matrimonial. Cela a des liens avec la perception de la FSH dans la société congolaise. Une femme en situation de handicap est une charge de plus et ne peut pas participer au bien être de la famille au même titre qu'une femme valide.

- **paroles d'un homme valide[9] :**

« *Je ne saurai prendre une FSH en mariage car ça me donnerai beaucoup de travail à la maison et elle ne pourra pas s'occuper du ménage comme il faut. Aussi les soins d'une femme en situation de handicap me coûteront trop cher, or elle ne saura pas m'aider comme le ferai une femme valide à subvenir aux besoins de notre foyer. Ensuite ces femmes accouchent difficilement, je risquerai d'être veuf très tôt* »

- **Paroles d'un homme en situation de handicap[10] :**

« *Je suis moi-même déjà handicapé et j'ai besoin d'une aide pour mes besoins. Comment prendrai-je le risque d'épouser une femme qui est dans les mêmes conditions que moi ?*
Ça serai ajouter la souffrance dans la maison et personne ne va s'occuper de l'autre ».

- **Paroles d'une femme valide[11] :**

« *Je ne conseillerai pas à un ami ou à un frère d'épouser une femme handicapée. Nous les femmes valides nous savons bien nous occuper de nos enfants et de nos époux. A Kinshasa,*

[8] Focus group du 21 avril 2011au CEPROMEFHA, commune de Kasavubu
[9] Entretien libre avec un homme valide le 17 décembre 2010
[10] Focus group CEPROMEFHA, 21 avril 2011
[11] Focus group Cité verte le 24 avril 2011

il y a des endroits où il faut puiser de l'eau et comme nous vivons au jour le jour, il faut se rendre au marché, que fera la FSH ? le mari sera obligé de chercher un domestique pour sa femme ou un membre de famille pour l'aider. Tout cela c'est beaucoup de gymnastique »

- **Parole d'une femme en situation de handicap**[12]

« *Je ne pense pas que les hommes qui viennent vers nous, nous aiment vraiment. Moi j'en ai l'expérience : j'ai 3 enfants avec un homme qui ne s'occupe presque pas de ces enfants et qui ne vient que la nuit chez moi. Je sais qu'il a honte car les gens vont se moquer de lui parce que je suis une femme handicapée. Les membres de sa famille ne viennent jamais voir les enfants de leur frère en dehors de sa mère et de sa sœur. Je connais au moins des femmes handicapées qui sont mariées. Généralement se sont des femmes qui ont un emploi ou font le commerce et qui ont de l'argent. Mais, en dépit de tout, j'accepte cet état de chose car moi j'ai aussi un besoin, je dois avoir mes enfants car eux sont une aide sûre pour moi. A mon âge, il est difficile qu'on s'occupe de moi comme quand j'étais enfant. Même ma famille se fatigue* ».

Toutes ses réponses se rapportent à la répartition des rôles de genre dans le contexte congolais qui reconnaît en la femme, celle qui assure le rôle de production, de reproduction et de reproduction sociale. Rôles qui dans l'imaginaire collectif ne saurait être exercé par une femme qui n'en a pas les capacités physique. Les hommes et femmes valides et les hommes situation de handicap, ont tous la même perception en ce qui concerne le mariage avec une femme en situation de handicap.

Le pouvoir économiques des FSH leur permet un repositionnement social et peut améliorer leur statut en leur facilitant le mariage.

Mais la sexualité des FSH se justifie aussi par rapport à un besoin : une aide sûre ; ses propres enfants.

A. Du point de vue socioculturel

La perception du handicap n'est pas la même partout. Il a de ce fait été important d'avoir la lecture que la population de Kinshasa se fait du handicap. A travers les focus group, la littérature existante et les entretiens libres, certaines tendances se sont dégagées[13].

- La première tendance est que le handicap est un fait normal qui peut arriver à tout le monde : seulement cette tendance est moindre.
- Une autre tendance est que le handicap est une conséquence du mal que les parents ont commis. Le mauvais comportement social des parents est considéré dans cas comme la cause d'un handicap chez l'enfant ; les personnes qui ont constitué le focus group ont entre autres évoqués : les détourneurs d'argent, les occultistes, les femmes qui prennent les maris d'autrui, les parents qui sont sous la malédiction de leur famille, notamment de leurs parents, les personnes qui veulent s'enrichir moyennant un sacrifice, etc. elle a été la tendance la plus évoquée par les participants au focus group
- La troisième tendance attribue le handicap à la personne elle-même ; soit qu'elle est sorcière, soit qu'elle a commis un acte pour lequel elle a mérité une sanction.

[12] FSH vivant dans le centre d'hébergement des personnes handicapées, le 18 décembre 2010, entretien libre
[13] Focus group femmes valides organisé à la cité verte, le 24 avril 2011 et résultat des entretiens libres

Eléments d'analyse

Perception du handicap à Kinshasa et intégration sociale des FSH

Des études menées par Save the Children et l'Agence américaine pour le Développement international (USAID) démontrent que les enfants vivant avec un handicap sont souvent stigmatisés par leur famille et par leur communauté. Ils sont régulièrement accusés de sorcellerie, malgré le fait que la Constitution congolaise prohibe et punisse ce type d'accusation. Bien que la plupart des handicaps aient des causes physiologiques, les handicaps physiques et mentaux sont perçus comme un mauvais sort et une honte pour les familles. Les enfants sont habituellement cachés ou abandonnés et deviennent souvent des enfants de la rue. Les nouvelles religions, appelées Églises de réveil, et les féticheurs proposent parfois aux parents d'exorciser leurs enfants handicapés en échange d'importantes sommes d'argent, et contribuent à répandre les croyances de sorcellerie dans les milieux où les parents sont démunis et où ils ont peu de ressources pour assurer leur rôle[14].

Parole d'un homme en situation de handicap[15] :

Mes parents ne sont plus vivants et je ne sais pas avoir des contacts avec les frères et sœurs de mes parents car pour eux je suis sorcier. Nous sommes des « phraseurs »[16] dans la plus part de cas car on nous considère souvent comme des sorciers. On a encore un peu de chance quand les parents sont vivants, mais s'ils ne sont plus là c'est terrible pour nous.

La dimension culturelle a une influence sur l'attitude que développent la société, la famille et les proches en ce qui concerne les personnes vivant avec handicap, et de manière particulière en ce qui concerne les FSH. Elle peut déboucher sur l'exclusion et la violence.

Ainsi sur base du comportement social développé par la population de Kinshasa face aux personnes en situation de handicap, les femmes en situation de handicap ont été interrogées pour savoir si elles subissent des violences dans leurs espaces de vie.

En raison de la subtilité de cette question, elle n'a pas été portée sur le questionnaire car, si c'est le tuteur qui répondait, les réponses seraient susceptibles d'être biaisées. Ainsi les enquêteurs ont posé cette question en marge du questionnaire élaboré, aux enfants de 10 ans ou plus et au parent le plus proche de l'enfant. Il a été question d'identifier les formes de violences dont les femmes sont victimes autours du questionnement suivant: avez-vous déjà été victime de violence physique (frappées, bousculées, brûlées, privées de médicament ou autre choses vitales, refusées de l'aide si elles sont malades ou en ont besoin), émotionnel (acte verbal ou non, qui porte atteinte à la dignité et à l'estime de soi: les cris et l'intimidation, les insultes ou injures, les menaces de violence ou d'abandon, le dénigrement, l'humiliation, le harcèlement, le fait de les traiter comme des enfants, le fait de les ignorer ou de les isoler de la famille et des amis, ou de les empêcher de s'adonner à ses activités régulières, le fait de s'immiscer dans leur vie privée de façon inappropriée), sexuelle (viol, harcèlement sexuel, obligation à faire des pratiques sexuelles qu'elles n'aiment pas)ou d'exploitation financière?

Les enquêtées ont été appelées à définir la forme de violence dont elles ont déjà été victimes (pour les FSH avec lesquelles les enquêteurs ne pouvait pas communiquer, les proches ont donné leur point de vue ; à noter que pour les enfants de moins de 10 ans, les parents ont

[14] Javier Aguilar Molina, « *l'invention de l'enfant sorcier en république démocratique du Congo : le nettoyage social, le commerce religieux et la difficulté d'être parent dans la culture urbaine* », synthèse de recherches et du programme conjoint de Save the Children et USAID, 2003-2005

[15] Focus group CEPROMEFHA, 21 avril 2011

[16] Sans abri, terme utilisé pour désigner les enfants de la rue

eu tendance à attribuer les violences dont leurs enfants sont victimes à des tierces personnes).

Ce qui a donné lieu au résultat suivant :

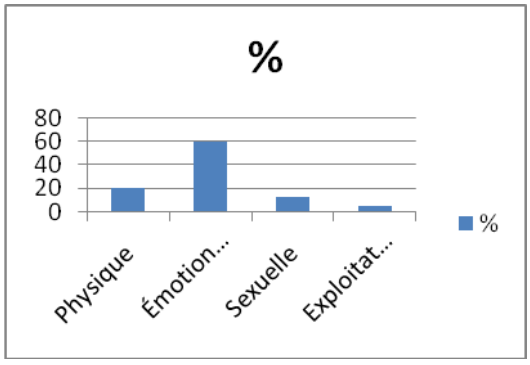
Tableau N° 3 : formes de violences subies par les FSH (90FSH et 30 filles)

Forme de violence	Nombre de FSH/120	%
Physique	25	20
Émotionnel	72	60
Sexuelle	15	12,5
Exploitation financière	5	4

Constat :

20% de femmes/filles enquêtées subissent des violences physiques, une proportion plus significative d'entre elles, soit 60% sont victimes de violence émotionnelle, 12,5% d'entre elles ont subis des violences sexuelles, et 4% sont victimes d'exploitation financière.

Graphique N° 1: formes de violences subies par les FSH



Eléments d'analyse

La perception du handicap a des répercussions sur les attitudes et comportements des parents, des proches et de l'entourage vis-à-vis des PSH, les FSH y compris. Quand il est mal perçu, la PSH est victime de beaucoup d'abus de la part de la société ou de sa communauté.

Paroles des FSH[17]

Les gens pensent que c'est nous qui sommes sorciers, comme si la sorcellerie reste l'apanage des PSH. Mais quand il le devienne par le fait d'un accident, je ne sais pas s'ils deviennent automatiquement sorciers. J'ai été une fille très battue dans mon enfance et je souhaitais mourir plutôt que vivre ce calvaire. Curieusement quand j'ai commencé à aller à Brazzaville, ma famille s'est rapprochée de moi et on me considère comme la personne incontournable.

Paroles d'un enfant en situation de handicap[18]

[17] Entretien libre avec une FSH au Beach Ngobila

J'étais dans la rue car toute ma famille m'avait abandonné, disant que c'est moi qui tuais toutes les personnes qui mourraient en famille. Tu vois je suis devenu beau et je suis pris en charge par les religieuses. Les gens qui me voyaient dans la rue ne me reconnaissent plus. Or j'avais connu un accident mortel et tous était content que je meurs pour que ma famille soit délivrée. C'était ma chance, car aussitôt, les sœurs m'ont récupéré et je suis à l'abri. Personne ne s'était approché de moi car pratiquement tout celui qui habitait dans notre quartier savait que j'étais sorcier.

Les enfants et les jeunes en situation de handicap, semblent être plus vulnérables face aux attitudes négatives de leur entourage. Avec l'âge et avec un pouvoir économique, le statut de la PSH peut changer aussi bien que sa considération sociale. Dans ce cas, la PSH est à l'abri des abus sociaux.

B. Du point de vue économique

Ici il a été question de voir dans quelle mesure le pouvoir économiques des FSH leur permet ou pas d'accéder aux soins de santé. Leurs occupations par rapport aux activités de production devaient être identifiées afin d'en mesurer la valeur économique, voire sociale.

- Avez-vous une activité qui vous permet de gagner de l'argent ? Si oui laquelle ?
- Parvenez-vous à payer vous-même vos propres ordonnances (ou produits prescrits) quand vous avez un problème de santé (Si enfant, de votre enfant) ?

Les informations recueillies ont donné lieu au résultat suivant :

Tableau N°4 : Activités génératrices des revenues exercées par les FSH

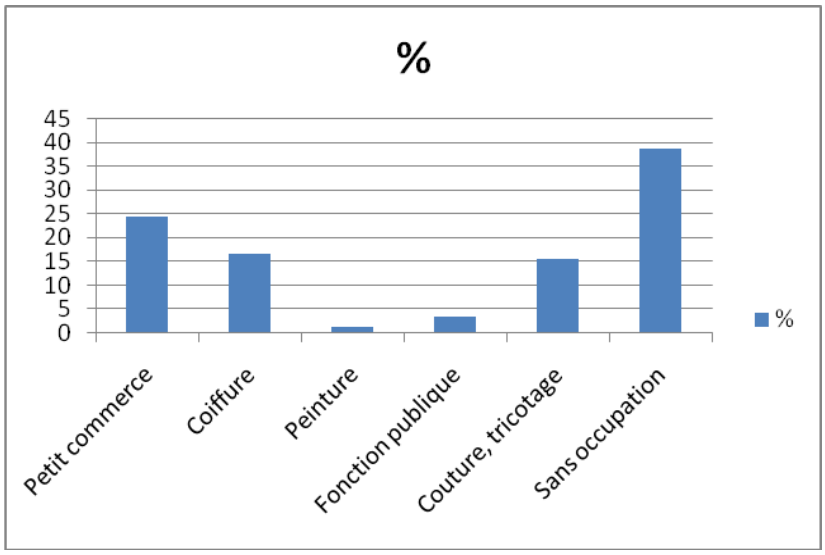
Activités	Nbre/90	%
Petit commerce	22	24,4
Coiffure	15	16,6
Peinture	1	1,1
Fonction publique	3	3,3
Couture, tricotage	14	15,5
Sans occupation	35	38,8
Total	90	100

Constat :

Les FSH ont déclaré à 38,8% qu'elles sont sans occupation qui leur permette de gagner leur vie, 24,4% font le petit commerce, 1,1 % font la peinture,

[18] Entretien libre avec un enfant en situation de handicap longtemp hébergé chez les sœurs de la charité dans la commune de Matete

Graphique N°2 : Activités génératrices revenues exercées par les FVH



Eléments d'analyse

Pouvoir économique et accès aux soins de santé

Le pouvoir économique est un des moyens qui peut permettre aux FSH d'accéder aux soins de santé. Mais la plus part d'entre elles, soit 38,8% n'ont pas d'activités génératrices de revenus. Pour celles qui en ont une, le constat est que ces activités sont dans le contexte congolais, des activités à faible valeur économique, qui ne peuvent pas leur permettre de faire face à leurs besoins en matière de soins de santé de manière satisfaisante. Cela a été suffisamment épinglé par les FSH lors des focus group.

Paroles de FSH

FSH1[19] **: «** *nous avons des difficultés à être reçues comme il se doit dans les structures des soins de santé car nous n'avons pas assez de moyens. Pour des soins spéciaux liés à notre handicap, les frais coûtent très chers. Je me souviens qu'une fois je suis partie à l'hôpital, après avoir fait les examens qui m'ont coûtés à peu près 10$, le médecin a exigé que je fasse des examens spéciaux qui équivalaient à 200$, je n'en ai pas les moyens et j'y ai renoncé. Nous avons de la peine, car en plus du handicap qui est déjà un problème pour nous, les coûts des soins qui nous concernent coûtent encore trop cher et l'Etat ne nous aide pas à y faire face comme on apprend que ça se fait dans d'autres pays* ».

FSH2[20] **: «** *comment puis-je recevoir des soins de santé sans moyens ?tout marche avec l'argent. Au centre de réadaptation des PSH de la commune de la Gombe, il y a des avantages pour les PSH, mais nous sommes tellement nombreux à y aller que c'est vraiment pénible. Il y a d'autres centres qui existent, mais leur nombre est vraiment très limité. Moi j'habite très loin et pour y arriver il faut se réveiller très tôt car si tu arrives en retard la liste des personnes qui doivent être reçues, pour la journée, est clôturée et vous avez fait un déplacement inutile.il est plus facile d'avoir son propre argent pour être sûre de se faire soigner convenablement n'importe où et de préférence tout près de la maison.*

Comme conséquence, le niveau d'autonomie pour les FSH en ce qui concerne l'achat des médicaments et la prise en charge des frais des soins de santé dépendent dans une large mesure de leur pouvoir économique. Les FSH sont pour la plupart limitées dans leur accès

[19] Focus group organisé au CEPROMEFHA dans la commune de Kasavubu, le 21 avril 2011
[20] idem

aux ressources de diverses natures et n'ont pas assez de moyen financier pour faire face aux dépenses des soins de santé. Ainsi le tableau suivant indique le niveau d'incapacité des FSH à se prendre en charge pour les factures ayant trait aux soins de santé ; 15% de FSH seulement sont capables de se prendre en charge pour les soins de santé contre 75% qui déclarent ne pas en être capables.

Tableau N° 5 : Capacité des FVH dans l'auto prise en charge sanitaire

Femmes	Nbre/90	%
Capables	15	16,6
Incapables	75	83,3

Constat :

75% de femmes déclarent ne pas être capables de se prendre en charge pour les soins de santé, contre 16,6% qui se sentent capables d'y faire face.

Compte tenu des difficultés qu'elles rencontrent et de leur incapacité à se prendre en charge, il a été demandé aux FSH si elles avaient des alternatives à cette situation.

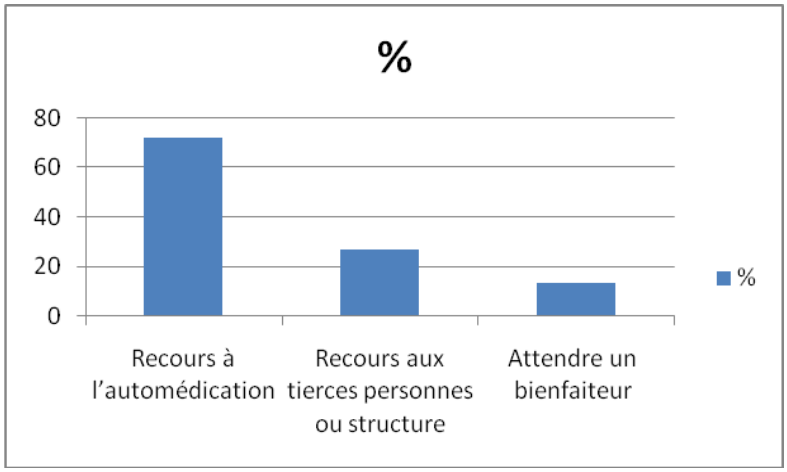
Tableau N° 6 : Les solutions palliatives des FSH par rapport aux obstacles liés à leur accès aux soins de santé

Solution palliative	Nombre FSH/90	%
Recours à l'automédication	65	72,2
Recours aux tierces personnes ou structure	24	26,6
Attendre un bienfaiteur	12	13,3

Constat :

Il est à noter que la quasi-totalité de FSH ont affirmé que quand elles ne peuvent pas accéder aux soins de santé à cause de l'une ou l'autre difficulté, elles y renoncent. Comme solutions palliatives, la plupart de femmes en situation de handicap recourent à l'automédication. 72,2% d'entre elles ont reconnues se faire soigner individuellement à la maison quand elles n'ont pas la possibilité de se rendre dans une structure de soins de santé, 26,6% d'entre elles recourent parfois à des tiers personnes pour avoir accès aux soins de santé et 13,3% attendent qu'un bienfaiteur leur vienne en aide.

Graphique N° 3 : Les solutions palliatives des FSH par rapport aux obstacles liés à leur accès aux soins de santé



Parce que les FSH ont parfois besoin d'aide, il a été important d'identifier les instances d'aide auxquelles elles peuvent recourir : Parvenez-vous à payer vous-même vos propres ordonnances (ou produits prescrits) quand vous avez un problème de santé? Si non, qui vous aide ?

Tableau N° 7 : Instance d'aide à la FSH

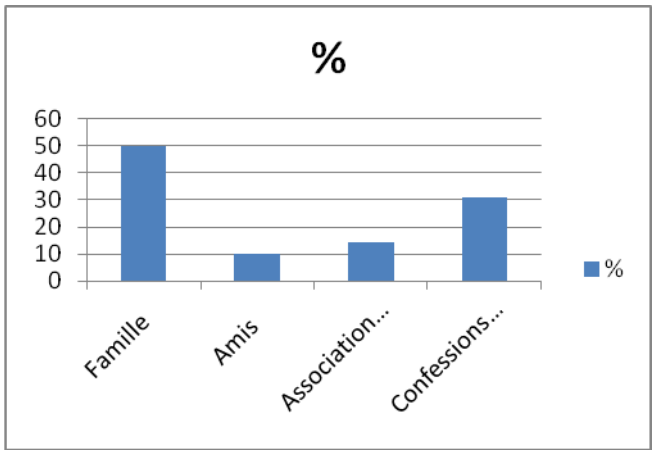
Instance	Nbre/90	%
Famille	45	50
Amis	9	10
Association (ONG)	13	14,4
Confessions religieuses	28	31,1

Constat :

A la question de savoir si les FSH sont capables de se payer elles-mêmes les factures de soins de santé, 79 femmes sur 90 soit 87,7%, ont déclaré ne pas être capables de se payer les factures de soin de santé.

Les familles jouent un plus grand rôle dans l'assistance des FSH. 50% d'entre elles obtiennent l'aide de leur famille en cas de maladie. Viennent ensuite les confessions religieuses qui les assistent à 31,1%, les ONG, principalement celles qui ont pour objet l'encadrement des personnes handicap ou encore le domaine de la santé à 14,4%. Les amis viennent en dernière instance dans l'assistance des FSH à 9%.

Graphique N° 4 : Instance d'aide à la FVH



Les FSH ont évoqué un certain nombre de raisons qui ne leur permettent pas d'accéder aux soins de santé.

Tableau N° 8 : Obstacles d'accès aux soins de santé

Obstacles	Nbre/120	%
Transport	85	70,8
L'état des voies de communication	15	12,5
Absence d'autonomie pour se déplacer	10	8,3
Absence des infrastructures adaptées au handicap	17	14,1
Le manque des moyens financiers	95	79,16

Constat :

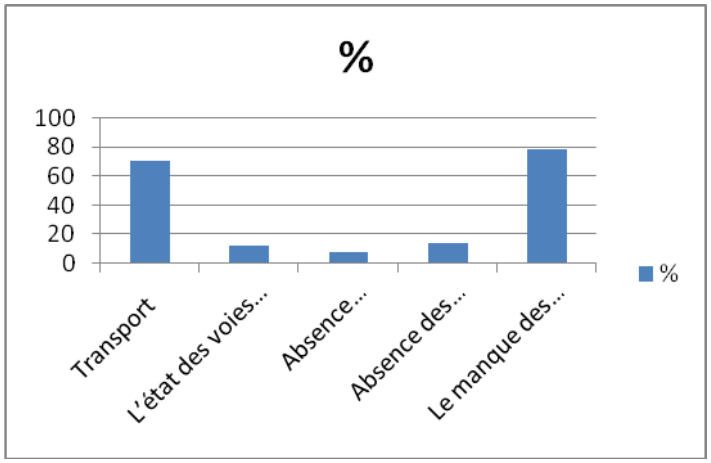
Un plus grand nombre de FSH évoque le manque de moyens financier comme obstacle à leur accès aux soins de santé, soit 79,16% d'entre elles, 70,8% évoque la question des moyens de déplacement, 14, 1% ont déclaré que le manque d'infrastructures adaptées à leur handicap constituait un obstacle à leur accès aux soins de santé, 12,5% parlent de l'état des voies de communication qui ne leur permet pas un accès facile aux soins de santé et 8,3% pensent que l'absence de leur autonomie de déplacement constitue un frein à leur déplacement.

Eléments d'analyse

Comme souligné plus haut, les moyens financiers sont une condition pour l'accès des FSH aux soins de santé. Cette condition mise en rapport avec le faible pouvoir économique des FSH, fait que ces femmes aient des difficultés à accéder aux soins de santé de manière satisfaisante.

Les FSH, ont parfois besoin d'accompagnateurs, et dans le cas où elles ne peuvent pas en avoir un, quand c'est nécessaire, elles ne savent pas non plus se déplacer.

Graphique N° 5 : Obstacles d'accès aux soins de santé



C. Du point de vue juridique et politique

Plusieurs instruments internationaux en faveur des droits des personnes en situation de handicap existent et peuvent servir d'outil des politiques publiques en faveur des FSH, dans leur accès aux soins de santé et à l'éducation. Il s'est avéré important de voir ceux qui sont applicables en RDC, mais aussi d'identifier les initiatives prises au niveau national en terme juridique ou politique en ce qui concerne les personnes en situation de handicap, et particulièrement les FSH dans le domaine de la santé et de l'éducation.

Etat des lieux des instruments internationaux en RDC :

- La convention d'Ottawa : loi de mise en œuvre non encore existante
- La convention des Nations unies relative aux droits de PVH : non encore ratifiée. *Cette convention oblige les Etats membres de garantir aux PVH L'exercice et la jouissance, au même titre que tous les autres citoyens, de tous les droits reconnus à la personne humaine sur le plan national et international, malheureusement en RDC, alors que les pays membres de l'ONU sont engagés dans la promotion et la protection des droits de l'homme, le Gouvernement n'a toujours pas ratifié ladite convention malgré le nombre croissant des PVH et la nécessité d'une protection spéciale en leur faveur*

La RDC a souscrit à plusieurs déclarations ayant trait aux soins de santé :

- la déclaration d'Alma Ata en 1978 sur les soins de santé primaires
- la charte du développement sanitaire en Afrique en 1980
- la déclaration des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA sur « la santé base de développement en 1987
- le pacte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000, la déclaration d'Abuja sur le VIH, TBC, Paludisme et autres maladies infectieuses

- la déclaration de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement Durable (CIPD) qui a adopté le principe de santé de la Reproduction tenue au Caire en Egypte en 1994

Au niveau national certaines dispositions juridique et politiques existent et constituent un atout pour l'accès des populations aux soins de santé. Elles prévoient parfois des dispositions spécifiques pour les PSH :

- la politique de santé de la reproduction dans laquelle des orientations politiques et stratégiques en matière de SR sont données à tous les acteurs et partenaires intervenant dans ce domaine
- la Constitution de la Troisième République qui dispose en son article 49, alinéas 1 et 2: « La personne du troisième âge et la personne avec handicap ont droit à des mesures spécifiques de protection en rapport avec leurs besoins physiques, intellectuels et moraux. L'Etat a le devoir de promouvoir la présence de la personne avec handicap au sein des institutions nationales, provinciales et locales »
- La Politique Nationale de la Santé réaffirme les Soins de Santé Primaires (SSP) comme option fondamentale et la Zone de Santé (ZS) comme unité opérationnelle de planification et de mise en œuvre;
- La Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) adoptée en 2006 par le MSP et ses partenaires pour aider à réaliser les OMD. Elle a servi de base pour l'élaboration du DSCRP et du PAP dans le secteur de la santé
- Les 5 piliers définis dans le document du DSCRP parmi lesquels, l'amélioration de l'accès aux services sociaux et la réduction de la vulnérabilité

Dans le Plan sanitaire de la RDC de 2000, il était déjà pressenti le besoin d'une attention particulière aux PSH. Les orientations de la politique sanitaire le soulignaient déjà. Elle a pour but de promouvoir l'état de santé de toute la population, en fournissant des soins de santé de qualité, globaux, intégrés et continus avec la participation communautaire, dans le contexte global de la lutte contre la pauvreté[21].

Cette politique envisage :

- Réorganiser, en concertation avec la territoriale, le système national de santé, de manière à rapprocher la population des centres de soins par leur décentralisation et leur déconcentration ;
- Améliorer l'accessibilité aux soins par la couverture adéquate en infrastructures de santé, par l'approvisionnement en équipements et en médicaments essentiels, le déploiement des ressources humaines sur toute l'entendue du pays et la mobilisation des ressources financières ;
- Accroître l'efficacité de la lutte contre la maladie et de la promotion de la santé des groupes spécifiques par : le renforcement des activités de vaccination, d'éducation pour la santé, d'assainissement du milieu, de médecine traditionnelle, d'approvisionnement en médicaments essentiels, de laboratoire ;
- *la mise en œuvre des programmes spécifiques pour les enfants, les adolescents, les femmes en âge de procréer, les personnes du troisième âge, les travailleurs, les malades mentaux, les personnes vivant avec handicaps, les sportifs, les élèves/étudiants et les victimes de guerres ou de catastrophes ;*
- Assurer la qualité des prestations sanitaires par la mise en œuvre effective des activités de suivi, de supervision, d'évaluation et de contrôle des programmes de santé à tous les niveaux du système de santé ;
- Pérenniser le système de santé en développant le partenariat par la mise en place des mécanismes de collaboration intra et intersectorielle, la concertation, la coordination et la promotion du financement communautaire des soins tel que les mutuelles de santé ;

[21]Ministère de la santé, Plan directeur de développement sanitaire 2000-2009

- Améliorer le rendement des services par la motivation du personnel, le développement des activités d'information sanitaire, de formation du personnel de santé, de recherche pour la santé et de communication pour la santé ;
- Promouvoir un environnement propice à la vie saine par la dynamisation des activités d'hygiène, d'assainissement du milieu, de contrôle de qualité, d'approvisionnement en eau saine et en denrées alimentaires.
-

Eléments d'analyse

Toutes ces dispositions existent mais ne sont pas accompagnées de mesures expresses de mise en œuvre.

D. Connaissance, attitudes et comportements face à la santé de la reproduction

a. Connaissances des FSH sur la santé de la reproduction

Il s'est agi ici de relever le niveau de connaissance qu'on les FSH sur les soins de santé, avec comme point d'entrée, la santé de la reproduction.

a. Droit à une sexualité sans risque (MST, SIDA)
b. Droit à une maternité sans risque (grossesse et accouchement sans risque)
c. Survie des enfants
d. Possibilité de réguler la fécondité (droit la contraception et lutte contre la stérilité)

Il fallait en outre identifier les sources d'information accessibles aux FSH et les canaux de communication utilisés.Ce qui a donné lieu au résultat ci-après :

Tableau N°9 : connaissance des FSH de la santé de la reproduction

Connaissance	Nbre/90	%
Droit à une sexualité sans risque (MST, SIDA)	20	22
Droit à une maternité sans risque (grossesse et accouchement sans risque)	67	74
Survie des enfants	2	2
Possibilité de réguler la fécondité (droit à la contraception et lutte contre la stérilité)	35	38

Constat :

74% des FVH résument la santé de la reproduction à la maternité (74%), 35% font allusion à la contraception, évoquant moins dans ce champ, d'autres composantes de la santé de la reproduction notamment, les MST, le Sida 22% et la survie des enfants (2%).

Eléments d'analyse

L'enquête de terrain effectuée dans la ville de Kinshasa révèle une connaissance limitée des FSH de la santé de la reproduction. Ce évoque une question du lien qui peut exister entre le faible niveau d'instruction des FSH, l'accès à l'information et le niveau de connaissance des FSH en ce qui concerne le domaine de la santé de reproduction. car tant elles ne sont pas suffisamment instruites, elles sont exclues des programmes éducatifs scolaires portant sur les soins de santé et la santé de la reproduction.

Mais aussi, mis en relation avec les formes de handicap, il se pose la question des méthodes de communication des informations sur la santé de la reproduction pour les FSH sensoriel par exemple.

Parole d'une FSH sensoriel: à la question de savoir s'il existe des mesures spécifiques pour les FSH sensoriel pendant les séances de consultation prénatale pour qu'elles comprennent les différents messages concernant leurs grossesses, elle dit, « *je suis sourde muette et je n'ai jamis vu un interprète présent pour me traduire ce qui est dit. les femmes valides se parlent entre elles et j'attends seulement la pesée, la piqure, les comprimés qu'on nous donne et toutes les formalités de poids, mesure, etc., le reste c'est entre eux* ».

Graphique N°6 : connaissance des FSH de la santé de la reproduction

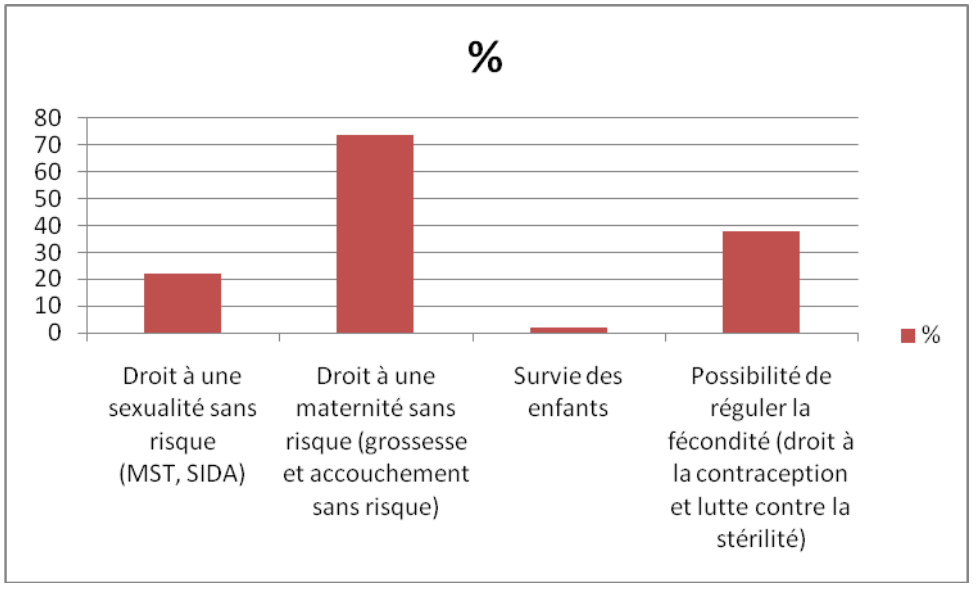


Tableau N° 10 : Sources d'information de la FVH en matière de la santé de la reproduction

Sources	Nbre/90	%
Membre d'une ONG	32	35
Un personnel soignant	48	53
Un ami	20	22
Un parent	9	1
Autre	11	12

Constat :

Les FSH entre en possession de l'information concernant la santé de reproduction à travers divers cadres. Le constat de terrain démontre que le personnel soignant joue un grand rôle dans la transmission de l'information dans ce domaine; 53% de femmes reconnaissent avoir eu l'information sur la santé de reproduction à travers le personnel soignant. Viennent ensuite les ONG dont l'action couvre le domaine de la santé de reproduction ou est orientée vers l'encadrement des PSH (35%), les amies (22%) et les parents (1%). On constate que les parents ne sont pas suffisamment impliqués dans l'information des FSH sur la santé de la reproduction.

Eléments d'analyse

Les FSH ne bénéficient pas d'assez d'information sur la SR auprès des personnes qui sont supposées passer le plus de temps avec elles dans la vie sociale : les proches ; amis et parents. Elles ont des difficultés à accéder aux soins de santé ou aux structures de santé, mais c'est le canal qui semble le plus actif dans la diffusion de l'information sur la santé de la reproduction auprès des FSH.

Graphique N° 7 : Sources d'information de la FVH en matière de la santé de la reproduction

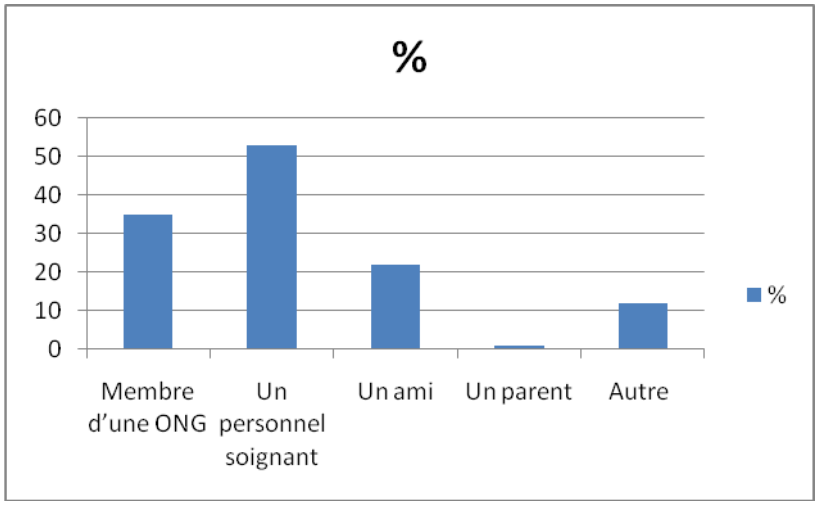


Tableau N°11 : Moyens d'accès à l'information dont disposent les FSH

Moyens	Nbre/90	%
Télévision	72	80
Poste radio	7	7

NB : Une recommandation avait été faite aux enquêteurs de vérifier si les FSH suivent effectivement ces outils de communication avant de confirmer ou d'infirmer leur possession

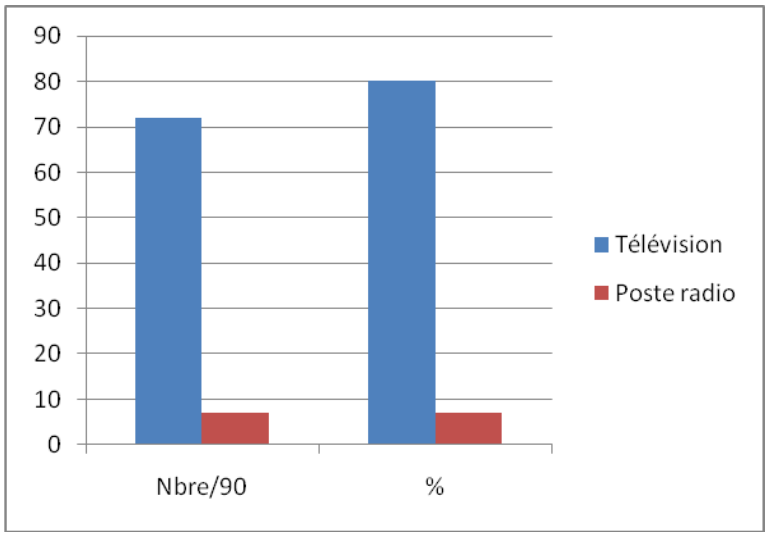
Constat :

La télévision et la radio, qui sont des canaux de communication très exploités dans la ville de Kinshasa, sont possédés et suivis à 72% par les FSH pour la télévision et à 7% des FSH pour la radio.

Eléments d'analyse

En dépit de l'audience assez large qu'à la télévision congolaise auprès des FSH, ces dernières ne bénéficient pas assez d'une information qui les concerne dans le domaine de la santé de la reproduction.
Dans les entretiens qui ont eu lieu avec les FSH, il apparait qu'il n'existe presque pas d'émission télévisée consacrée à cette catégorie de femmes pour une éducation ou information à travers les médias. Les images des femmes handicapées sont généralement présentées, dans les médias, dans le contexte d'une problématique centrée sur le handicap, et rarement présentées pour informer et éduquer.

Graphique N°8 : Moyens d'accès à l'information dont disposent les FSH



b. Attitudes des prestataires des services de santé vis à vis des FSH

L'objectif ici, était de connaître les perceptions qu'ont les FSH de l'accueil qui leur est réservé dans les structures de soins de santé. Cela permet de mesurer en même temps le niveau de satisfaction qu'on ces femmes dans les attitudes des prestataires de service dans le domaine de la santé.

Tableau N°12 : L'accueil de la FSH dans les structures de santé (opinion des FSH)

Accueil	Nbre/90	%
Discriminatoire	43	47,7
Favorable	5	5,5
Conditionnel (par argent)	51	56,6

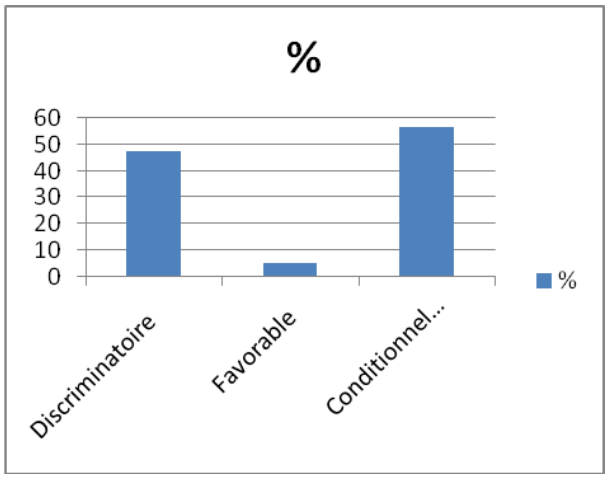
Constat :

Les FSH ne sont pas très satisfaites de l'accueil qui leur est réservées quand elles se rendent dans les structures de santé. 47,7% d'entre elles trouvent cet accueil discriminatoire, 5,5 % seulement ont affirmées être bien reçues dans les structures de santé et 56,6% pensent que cet accueil est conditionné par la possession des moyens financiers.

Eléments d'analyse

Les moyens financiers restent déterminants dans l'accueil des FSH dans les structures des soins de santé. Il n'existe pas cependant assez de centres de santé à caractère social qui puissent répondre aux besoins des FSH, quand elles sont butées à des problèmes financiers.

Graphique N°9 : L'accueil de la FSH dans les structures de santé (opinion des FSH)



E. Accessibilité aux structures de soins de santé

Ici sont évoquées les questions relatives au transport des PSH, d'accompagnateur, de l'infrastructure urbaine (ville de Kinshasa), de la distance qui sépare les personnes en situation de handicap d'avec le centre de santé le plus proche.

L'observation faite dans certaines structures des soins de santé et de différentes infrastructures urbaines de Kinshasa fait ressortir le constat ci-après :

Constat général :

Facteurs qui favorisent ou non l'accès des femmes en situation de handicap aux soins de santé :

a. **Au niveau socioculturel** : les perceptions négatives du handicap débouchent parfois sur l'exclusion, la marginalisation des PSH, voire sur la violence à leur égard. En situation d'exclusion sociale, les FSH ont moins de chance d'accéder aux soins de santé normalement ; d'autre part, les familles moins influencées par les perceptions négatives du handicap, ont tendance à accompagner efficacement les ESH.
b. **Au niveau économique** : Le pouvoir économique des FSH ou de leur famille est un des facteurs qui favorisent l'accès des FSH aux soins de santé. Plus les FSH ont un pouvoir économique plus elles ont la chance d'accéder aux soins de santé. La famille étant l'instance d'aide aux FSH la plus importante, il ressort que plus la famille a des moyens financiers, plus la FSH a des chances d'accéder aux soins de santé
c. **Au niveau politique** : des textes existent déjà en RDC en ce qui concerne la prise en compte du handicap dans plusieurs secteurs de la vie sociale. Le gain juridique et politique reste un atout dans l'engagement étatique de promotion de l'accès des FSH aux soins de santé, seulement, dans la pratique, ces gains ne semblent pas être matérialisés.
d. **Au niveau des attitudes et comportement du personnel de santé :** les attitudes négatives du personnel de santé tendent à décourager les FSH d'aller vers les structures des soins de santé. Un bon accueil leur permet de se rendre aux structures des soins de santé en confiance.

2. ANALYSE DE LA SITUATION

A. Expérience d'inégalité d'accès aux soins de santé

Les focus group ont été les cadres d'échange sur les différentiations d'expériences entre ces différentes catégories dans le domaine de la santé de la reproduction.

Les expériences d'inégalité dans l'accès aux soins de santé peuvent être catégorisées de la manière suivante :

a. **Entre les femmes en situation de handicap et les femmes valides** : qu'il s'agisse des témoignages des FSH ou des femmes valides, l'accès aux soins de santé entre elles reste différencié. Il s'agit principalement des expériences différenciées dans l'accès aux moyens de transport, d'accueil dans les structures de soins de santé, dans les opportunités d'emploi et d'activités génératrices de revenus

   Parole d'une FSH : *nous avons des difficultés à monter à bord des moyens de transport en commun car les conducteurs savent que nous ne payons pas. Quand on est à deux à l'arrêt, avec une femme valide, elle peut facilement se précipiter pour monter dans le bus. Moi je ne peux pas le faire et j'ai moins de chance d'être attendue*[22].

   Une autre dit : *dans les centres de santé, une fois que j'arrive, les infirmiers pensent que je n'ai pas d'argent et préfèrent s'occuper d'abord des femmes valides. Pour eux, celles-là sont censées avoir l'argent et moi je viens comme indigente. Tu les verras tourner en rond pour me recevoir après. Une autre chose, j'ai une jambe plus courte que l'autre, mais le lit d'accouchement ne me permet pas de m'installer comme les autres femmes. La fois passée l'aide accoucheuse m'a ligoté la jambe et j'ai terriblement souffert. Il faut que le gouvernement pense à nous*[23].

   Parole d'une femme valide : *nous n'avons pas les mêmes facilités pour accéder aux soins de santé. Il faut se déplacer, il faut avoir l'argent, et pour accoucher, il faut être en forme. Pour les femmes handicapées parfois ça exige plus de travail pour les FSH et j'ai déjà entendu une aide accoucheuse murmurer à cause de ça. Elle était fatiguée et était vraiment mécontente. Pourquoi s'est-elle faite engrosser et elle ne parvient pas à faire comme les autres ?*[24]

b. **Entre les hommes en situation de handicap et les femmes en situation de handicap :** les éléments des focus group font apparaître les éléments de différenciation surtout en ce qui concerne l'accouchement. Pour le reste la situation reste la même pour les HSH et les FSH.

   Parole d'un HSH : *nous avons les mêmes problèmes pour l'accès aux soins de santé : le transport est difficile, l'argent on en a pas suffisamment, l'accueil n'est pas bon. Mais à la question que vous avez posée en ce qui concerne la santé de la reproduction, nos sœurs handicapées ont des sérieuses difficultés là-bas car, nous les hommes on n'accouche pas ; ça c'est un domaine qui ne concerne que les femmes.*[25]

c. **Entre les femmes en situation de handicap instruites et celles qui ne le sont pas** : les femmes instruites ont plus d'information sur la santé de la reproduction et ont un certain niveau d'intégration sociale. Ce qui leur permet une certaine facilité à négocier leur accès aux soins de santé.

   Parole d'une FSH, personne ressource : *le constat que nous faisons est que les FSH qui ont un faible niveau d'instruction n'ont pas les mêmes atouts que celles qui sont instruites. En tout cas les difficultés pour l'accès aux soins de santé semblent*

[22] Focus group organisé au centre d'hébergement des personnes handicapés, op.cit.
[23] idem
[24] Focus group organisé à la cité verte, op.cit.
[25] Focus group organisé au CEPROMEFHA, op.cit.

atténuées pour celles qui sont instruites. Elles ont la possibilité de savoir où aller et comment s'y prendre[26].

d. **Entre les femmes en situation de handicap ayant un pouvoir économique significatif et celles qui ne l'ont pas :** ceci a été évoqué plus haut ; le niveau de pouvoir économique reste un élément de différenciation entre les différentes catégories de femmes en ce qui concerne leur accès aux soins de santé

e. **Entre les femmes qui bénéficient d'une assistance et celles qui ne le sont pas (généralement pour le handicap sensoriel ou physique sévère):** certaines femmes, notamment les handicapées sensorielles ont des besoins d'assistance plus prononcés que d'autres. Ce qui parfois ne leur permet pas d'accéder aux soins de santé. Par exemple, une femme sourde muette témoigne ne plus avoir des facilités quand elle va dans un dispensaire, car sa mère qui l'accompagnait partout est décédée il y a de cela une année. Ce n'est pas facile pour elle.

B. Prise en compte du handicap dans le système de santé

La prise en charge du handicap dans le système de santé congolais a des liens avec les politiques et programmes développés dans le cadre de l'accès des personnes en situation de handicap aux soins de santé.

Au regard de l'armature législative, juridique et politique de la RDC en ce qui concerne l'accès des PSH aux soins de santé, beaucoup reste encore à faire, car des mesures de mise en œuvre de ces politiques et programmes ne sont pas effectives. Cela est davantage valable en ce qui concerne l'accès des FSH aux soins de santé.

C. Attitudes, comportement et pratiques des agents de santé

Les attitudes, comportement et pratiques des agents de santé sont fonction de plusieurs facteurs :

- Le niveau de formation en ce qui concerne la prise en charge des personnes vivant avec handicap
- L'environnement socioculturel : niveau d'appropriation des prestataires des services des perceptions négatives du handicap
- L'environnement socioéconomique qui a des implications sur le comportement des prestataires de services. La modicité des salaires et les conditions de travail sont parmi les causes des attitudes négatives que développent les prestataires des soins de santé dans certaines structures

3. EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

A. Initiatives d'auto prise en charge : une autre façon de vivre le handicap

Les FSH ont évoqué quelques initiatives prises pour leur permettre l'accès aux soins de santé :

a. **Le renforcement de leur autonomie économique** (initiatives individuelles et collectives) : Au CEPROMEFHA par exemple, les femmes en situation de handicap, sont formés aux activités de production ; ce qui leur permet de subvenir dans une certaine mesure à leurs besoins quotidiens. Au Beach Ngobila, les FSH, membres de l'Association des mamans Handicapées vendeuses (AMHV), ont développé un réseau

[26] Entretien libre organisé avec une femme en situation de handicap, personne ressource, dans la commune de la Gombe, le 23 avril 2011

entre Brazzaville et Kinshasa qui leur permet d'être les « passeuses » des marchandises et de s'adonner aux activités de commerce. Elles ont capitalisé l'exonération dont elles bénéficient dans la traversée entre les deux pays,

b. **Création des mécanismes de solidarité et d'assistance sociale** au sein des associations des PSH ou celles des femmes en situation de handicap. C'est le cas des FSH membres de(AMHV), des FSH du CEPROMEFHA, qui ont des caisses d'entraide et pour le dernier, ont un petit dispensaire de secours qui permet une première assistance aux femmes en cas de maladie.

B. Le partenariat : Etat congolais et organisations ou structures de prise en charge des PSH

Certaines structures des PSH évoluent en partenariat avec le gouvernement congolais, par exemple le CEPROMOFHA, le CENAPHI, la FECOPEHA. Les responsables de ses structures sont pris en charge par le Ministère des affaires sociales en ce qui concerne leur rémunération. Ainsi ces structures ont la possibilité d'encadrer les PSH, les femmes y compris pour leur autonomisation économique.

II. STATUT DE LA FEMME EN SITUATION DE HANDICAP DANS LE DOMAINE DE L'EDUCATION

Malgré l'existence d'un important corpus juridique reconnaissant le droit à l'éducation pour toutes et pour tous comme un droit fondamental, l'éducation reste difficile d'accès pour un grand nombre d'enfants, en particulier les filles, surtout lorsque s'y ajoute une situation de handicap. Le handicap constitue une barrière sociale réelle réduisant les chances qu'ont les enfants handicapés d'intégrer le milieu scolaire. Les jeunes filles handicapées sont particulièrement touchées, puisqu'elles sont souvent victimes d'une double discrimination limitant leurs chances d'acquérir une éducation.

De manière générale, les femmes ont un faible accès à l'éducation par rapport aux hommes. En considérant les hommes et les femmes de la même tranche d'âges (15-49 ans), les résultats de l'enquête démographique et de santé de 2007[27] montrent que la proportion de femmes sans instruction est quatre fois plus élevée que celle des hommes (21 % contre 5 %).

En ce qui concerne la population ayant été à l'école, on constate que la proportion de femmes ayant achevé le niveau primaire est quasi-égale à celle des hommes (7 %). Mais au-delà du primaire, la situation s'inverse : les hommes sont proportionnellement deux fois plus nombreux que les femmes à avoir achevé les niveaux secondaires et supérieurs. Près de 12 % des hommes contre 6 % des femmes ont achevé le niveau secondaire, tandis que 6 % des hommes et 3 % des femmes ont terminé le niveau supérieur.

Notons en effet que les proportions de femmes diminuent fortement quand on passe du primaire au secondaire et du secondaire au supérieur. Les données révèlent par ailleurs que la moitié des hommes enquêtés (15-49 ans) ont achevé, en moyenne, 7,5 années d'études. Chez les femmes, cette moyenne est de 4,7 années).

Cette faiblesse d'accès à l'éducation est encore plus prononcée chez les FSH, car en dehors du fait d'être femme, le handicap constitue un élément additionnel de leur mauvaise posture dans le domaine de l'éducation.Cette section se concentre sur les facteurs socioculturels, économiques et structurels qui favorisent ou non, l'accès à l'éducation à l'égard des filles en situation de handicap. Il sera question de mettre en lumière les difficultés spécifiques que rencontrent les filles en situation de handicap dans l'enseignement ordinaire et spécialisé. En

[27] Enquête Démographique et de Santé, RDC, 2007

outre il sera question de voir les politiques qui sont développées, et qui prennent en compte les besoins spécifiques des filles en situation de handicap dans leur accès à l'éducation.

Le tableau ici-bas reprenant les difficultés auxquelles les parents sont butés pour scolariser leurs enfants le démontre suffisamment. La question a été posée tant à l'échantillon des femmes en situation de handicap, pour connaître les difficultés qu'elles ont connues pour leur scolarisation et aux parents des ESH qui ont encore la charge de scolariser leurs enfants.

Tableau N° 13 : difficultés liées à la scolarisation des ESH

Difficulté	Nbre/120	%
Manque de moyens financiers	82	68,3
Difficultés de transport	37	30,8
Coût élevé des écoles spécialisées	25	20,8
Risque d'agression	15	12,5
Distance entre l'école et le lieu de résidence	67	55,8
Absence d'un accompagnateur permanent	11	9.1

La plupart de parents et FSH évoquent la question des moyens financiers comme frein à la scolarisation des ESH, 68,3% et celle de la distance entre les écoles et le lieu de résidence à 55,8%. Viennent ensuite les parents qui ensuite ceux qui estiment que les difficultés de transport, 30,8%, le coût élevé des écoles spécialisées, 20,8%, les risque d'agression, 12,5% et le manque d'accompagnateurs permanent posent problème en qui concerne la scolarisation des ESH.

Eléments d'analyse

Il est été constaté que le pouvoir économique des parents a des implications sur la scolarisation des ESH. Les parents pauvres ont moins de chances de scolariser leurs enfants car le coût des écoles spécialisées est élevé.

Une mère parle[28] : *« j'ai 3 enfants que je scolarise dans la commune de Limete. Je paye 200$ par trimestre pour la sourde muette et 50$ par trimestre pour les deux autres. Mon mari est obligé de payer un acompte au début du trimestre de 100$ avant que l'enfant n'aille à l'école. Mais je suis obligée de le faire… elle pleure en regardant sa fillette …, si je mourais, je ne sais pas ce qui va lui arriver*»

En outre, la distance qui sépare les écoles des lieux de résidence des ESH les exposent aux violences sur le chemin de l'école, et les parents estiment dans ces conditions qu'un enfant sans défense ne peut pas se déplacer ou aller loin tout seul. Autant le garder à la maison si les parents n'ont pas cette disponibilité ou ne peuvent pas engager un accompagnateur permanent.

Toutes ces difficultés ont des implications sur le niveau d'instruction atteint par les FSH

1. CONSTAT : ÉTAT DES LIEUX

Tableau N° 14 : Niveau d'éducation atteint par les FSH

Niveau	Nbre/120	%
Primaire	52	43,3
Secondaire	22	18,3
Supérieur	1	0,8
Enseignement spécialisé	34	28,3

Constat :

Le tableau ci-dessus fait ressortir que, 43,3% de femmes/filles en situation de handicap enquêtées ont fréquenté l'école primaire, 18,3% ont atteint le niveau secondaire, 0,8% le niveau supérieur et 28,3% ont suivi les enseignements spécialisés.

Eléments d'analyse

On constate une grande déperdition scolaire chez les FSH, et leur accès à l'enseignement supérieur est très réduit. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à l'abandon scolaire des FSH.
La plupart d'entre elles ont évoqué le problème de moyens financiers, et la faible importance que certains parents accordent à leur scolarisation. Un autre facteur qui y contribue, c'est la sévérité du handicap qui peut ne pas permettre une adaptation de l'enfant aux méthodes d'enseignement utilisés dans les établissements scolaires.

Une FSH dit[29]**: «** *mes frères et sœurs valides ont presque tous étudié. Quand j'ai commencé à étudier, il fallait chaque jour aller me laisser à l'école. Un jour, ma mère est tombée*

[28] Mère d'une fillette sourde muette dans un entretien libre
[29] Focus group organisé au CEPROMEFHA, op.cit.

malade et ne pouvait pas aller me laisser à l'école. Quelque temps après elle est décédée et personne ne pouvait plus prendre cette responsabilité. Mon père travaillait dans une compagnie privée et il quittait la maison toujours tôt. J'ai été obligée d'arrêter. mais maintenant j'apprends La couture et je crois que ça va m'aider ».

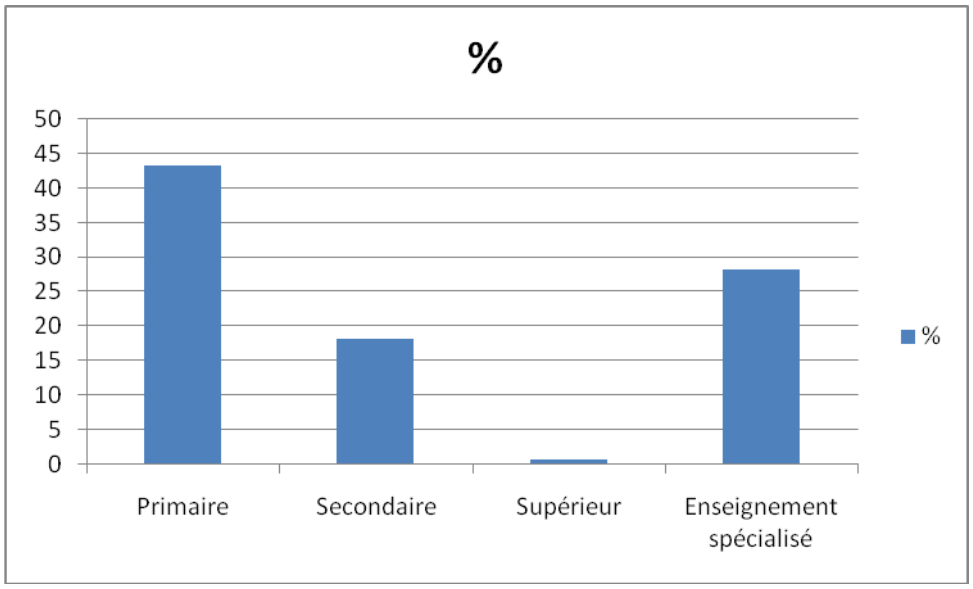
L'absence d'une femme/fille au sein de la famille, surtout la mère peut influencer la scolarisation d'un enfant en situation de handicap. Beaucoup d'entre elles reconnaissent le rôle joué par les femmes (la mère, la sœur, la grand-mère, la tante), dans les soins des enfants en situation de handicap.

Parole d'un ESH [30]: « *chez nous c'est ma mère qui s'occupe de tous mes besoins ; elle me lave, m'apprête pour aller à l'école et ne veut pas que mes frères me fassent de la peine. Elle dit souvent que je suis son enfant chéri. Elle me dépose chaque jour et me reprend à la sortie* ».

Parole d'une FSH : « *Je ne pouvais pas étudier car mes mains ne fonctionnent pas et je ne peux pas écrire. Même quand j'ai des règles, c'est ma mère et sa sœur qui font ma toilette, elles ont fait beaucoup pour moi.* »

Le constat est que la majorité des FSH reconnaissent l'apport des femmes, membres de la famille dans leurs soins et accompagnement. Cela reflète le rôle que jouent les femmes comme protectrices, accompagnatrices, et premières assistantes sociales des enfants en situation de handicap.

Graphique N° 10 : Niveau d'éducation atteint par les FVH



A. Du point de vue socioculturel

Le niveau faible d'éducation des FSH pourrait aussi se justifier par des déterminants sociaux et culturels. Les FSH ont déclaré dans les focus group que dans la plupart de cas, les parents privilégient la scolarisation des enfants valides plutôt que celle des ESH.

[30] Entretien libre avec un ESH, décembre 2010 dans la commune de Barumbu

Eléments d'analyse

Le constat qui ressort des éléments d'entretien avec certain parents est que, les familles où les parents ont un niveau d'instruction assez élevé, se souci beaucoup plus de la scolarisation de leurs ESH, que les familles où les parents ont un faible niveau d'instruction. Et même, par rapport au milieu de résidence, les parents rencontrés dans le centre-ville de Kinshasa ont une perception de la scolarisation des ESH plus positive que ceux des milieux périphériques, surtout si en plus du faible niveau d'instruction, ils n'ont pas assez de moyens financiers ; les quartiers périphériques sont généralement habités par des familles pauvres.

Parole d'un parent instruit habitant la commune de Kintambo (milieu proche de la classe moyenne) : « *je dois me battre pour que mon enfant gagne sa vie comme tous les autres que j'ai. Il n'a pas voulu qu'il soit ainsi, mais le destin a fait qu'il naisse handicapé. Il mérite le même traitement que les autres et d'ailleurs pour lui on est obligé de faire plus, pour le remettre en confiance car il sait qu'il n'est pas comme les autres* ».

La plupart de familles dans la ville de Kinshasa, surtout celles des milieux périphériques, continuent à accorder la priorité de la scolarisation à leurs enfants valides au détriment de ceux qui vivent avec handicap ; cela fait que les enfants vivant avec handicap sont amenées à abandonner les études ou à s'orienter vers des cycles courts ouvrant directement sur le monde professionnel.

Parole d'un parent de la commune de N'Djili : « *je veux bien que mon enfant étudie, mais comme je n'ai pas assez de moyens, je ne peux pas le faire car je ne saurai pas y faire face. Mais je répète à ses frères qui étudient de penser à leur frère quand je ne serai plus vivant. Eux s'occuperont de lui comme moi je fais maintenant* **»**

Les différences et les inégalités dont sont victimes les FSH se vivent tant dans l'espace familial que dans les différents espaces de vie social. Une grande partie de l'apprentissage à la vie se passe au niveau de la famille. C'est l'espace dans lequel se reproduisent en premier lieu l'idéologie de l'inégalité entre enfants valides et enfants en situation de handicap.

B. Du point de vue économique

La question abordée ici est relative au niveau du pouvoir économique des parents, mais aussi du budget affecté, au niveau institutionnel pour la scolarisation des ESH. Les entretiens avec les parents et les acteurs institutionnels, ont fait ressortir que plusieurs parents ne sont pas en mesure de prendre en charge la scolarisation de leurs enfants.

Après une période de prospérité issue de la colonisation, jusqu'au début des années 1970, l'économie congolaise a connu, durant plus de 3 décennies, une situation de crise aiguë caractérisée notamment par une croissance négative, une instabilité monétaire, due essentiellement à une baisse sensible de la production, des recettes budgétaires et des investissements et à un endettement excessif avec un service de la dette extrêmement lourd.

La situation économique a de ce fait était caractérisée, depuis le début de cette crise, par le tarissement des ressources publiques, la chute des investissements et des exportations, l'accumulation des déficits internes et externes ainsi que par la persistance de l'endettement extérieur dont le niveau au 31 décembre 2005 a été évalué à 10,822 milliards de dollars américains.

Cette situation a entraîné une forte dégradation du pouvoir d'achat de la population. La pauvreté s'est accrue et la société reste marquée par de grandes disparités et un nivellement vers le bas pour toutes les catégories sociales. L'accès aux services sociaux de base (eau,

électricité, soins de santé primaires, scolarisation des enfants, etc.) est difficile pour la plupart des ménages.

La prise en charge de la scolarisation des enfants est dans ces conditions assez difficile pour des parents dont les revenus sont fortement amenuisés. Dans l'ensemble, l'incidence de la pauvreté en RDC est de 71,3 %[31]. Cette pauvreté frappe toutes les classes socioprofessionnelles sans distinction, mais à des degrés différents. Les travailleurs indépendants et les apprentis sont les plus pauvres (77%) ; suivies des manœuvres (68%), des employés et des ouvriers semi qualifiés (71,5%). On compte 48% de pauvres parmi les cadres.

Eléments d'analyse

Le statut des parents reste déterminant dans l'accès des ESH à l'éducation.

Les enfants des familles pauvres sont pénalisés dans l'accès à l'éducation. Mais même si les filles, notamment les filles en situation de handicap, sont moins scolarisées que les garçons, celles d'une famille riche ont plus de chance d'aller à l'école que celles des familles pauvres. Il est fort probable que les filles handicapées d'une famille aisée atteignent facilement un niveau élevé d'éducation que les filles en situation de handicap des familles pauvres.

Aussi, les filles en situation de handicap dont les parents sont instruits ont plus de chance d'accéder à l'éducation plutôt que les enfants dont les parents ont un faible niveau d'instruction. Les entretiens faits avec les parents des ESH ayant un niveau d'instruction élevé ont démontré que la plupart d'entre eux ont un souci de l'éducation de leurs enfants et particulièrement de celle de leurs filles handicapées.

Un parent déclare : « *il est souhaitable que ma fille étudie et qu'elle atteigne un niveau élevé d'instruction car elle a plus de chance de s'en sortir quand nous ne serons plus là. Les enfants valides peuvent bien s'en sortir, mais elle, on n'est même pas sûre qu'elle trouvera un partenaire qui puisse la prendre en charge. Il est bon que je la scolarise, et je me sacrifie pour cela. J'accorde beaucoup plus d'importance à son avenir, elle est fragile* »

En dehors de la pauvreté qui frappe la plupart des familles congolaises, on note aussi que la politique économique reflétée à travers le budget national n'accorde pas une importance significative au secteur de l'éducation.

Les deux exemples ci-dessous en sont une illustration :

[31] Lire à cet effet le rapport national des progrès des OMD

Tableau N°15 : Structure des dépenses courantes par ministère et institution de 1993 à 2000(en %)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Services communs	43,5	59,9	62,5	39,7	49,8	76,7	79,5	50,7
Institutions politiques	27,5	25,6	19,9	22,9	17,2	14,3	1,9	7,3
Finances	0,2	4,3	2,8	1,5	1,3	1,3	0,3	2,2
Défense nationale	27,2	3,3	5,4	29,3	25,8	4,9	12,2	12,9
Affaires étrangères	0,2	0,7	2,3	1,2	1,1	0,5	0,3	0,2
Travaux publics	0,1	0,5	0,5	0,5	0,5	0,9	1,3	0,3
Education nationale	0,2	0,3	1,2	0,9	0,8	0,2	0,4	0,1
Autres ministères	1,1	5,4	5,4	4	3,5	1,2	4,1	26,3

Source : Banque centrale du Congo (1998 & 2000).Rapport annuel. Kinshasa

Au regard de ce tableau, on constate que les dépenses courantes affectées à l'enseignement, ne dépassent généralement pas le 1% de celles de l'ensemble du budget y affecté par l'Etat congolais, de 1993 à 2000.

Tableau N° 16 : Affectation des crédits budgétaires supplémentaires selon les grandes fonctions

Croît des crédits budgétaires (données en milliards)	2007		2008		2009		2010	
	Croît net de crédits	**taux répartition**	**Croît net de crédits**	**taux répartition**	**Croît net de crédits**	**taux répartition**	**Croît net de crédits**	**taux répartition**
Administration Centrale Publique	219,9	66,3%	269,07	65,4%	280,53	24,6%	791,03	29,5%
Défense	13,85	4,2%	5,92	1,4%	50,88	4,5%	22,41	0,8%
Ordre et sécurité publique	42,29	12,8%	9,81	2,4%	23,89	2,1%	121,85	4,5%
Affaires économiques	1,80	0,5%	74,02	18,0%	522,68	45,8%	648,10	24,1%
Protection de l'environnement, de la faune et de la flore	1,45	0,4%	3,07	0,7%	40,21	3,5%	31,32	1,2%

Logement et équipements collectifs	8,91	2,7%	-16,19	-3,9%	23,10	2,0%	738,13	27,5%
Santé	-5,16	-1,6%	6,84	1,7%	103,51	9,1%	166,28	6,2%
Religions, culture, sports et loisirs	3,55	1,1%	4,87	1,2%	1,56	0,1%	9,75	0,4%
Enseignement	51,14	15,5%	50,36	12,2%	85,36	7,5%	119,67	4,5%
Protection sociale, affaires sociales	-6,36	-1,9%	3,34	0,8%	9,25	0,8%	36,57	1,4%

Source : Draft 01 DSCRP deuxième génération RDC

L'affectation des crédits supplémentaires de 2007 à 2010, démontre aussi à suffisance, que le secteur de l'enseignement n'est pas suffisamment pris en charge dans la politique économique de la RDC. Comme conséquence, les politiques étatiques en faveurs des catégories défavorisées dans le domaine de l'éducation ne peuvent dans ces conditions bénéficier des moyens de leur mise en œuvre effective. On note donc que cette situation générale de la modicité des crédits budgétaires au secteur de l'enseignement a inévitablement des conséquences considérables sur la prise en compte des spécificités des ESH, notamment des filles en ce qui concerne leurs besoins par rapport aux infrastructures, au matériel didactique et à la formation des enseignants qualifiés pour des enseignements spécialisés.

La prime de motivation (supplément au salaire) est un moyen qui a été proposé, dans pratiquement la quasi-totalité des structures d'enseignement de la RDC, comme alternative et moyen pour remédier à cette situation. Elle représente environ 70 à 80% de la totalité des frais scolaires et est prise en charge par les parents[32].

C. Du point de vue juridique et politique

La RDC a pris certaines mesure pour favoriser la scolarisation des ESH. La République Démocratique du Congo a intégré dans sa politique éducationnelle la question de l'éducation inclusive qui est perçue comme un concept intégrateur. De ce fait elle est comprise comme un processus visant à tenir compte de la diversité des besoins de tous les apprenants et à y répondre par une participation croissante à l'apprentissage, aux cultures et aux collectivités et, à réduire l'exclusion qui se manifeste dans l'éducation[33].

Elle est une des stratégies adoptée pour la réussite de l'EPT. C'est dans ce cadre qu'elle préconise la gratuité de l'enseignement primaire pour tous les enfants sans oublier son caractère obligatoire ; l'envoi de toutes les filles à l'école[34]; pour le moment ce sont seulement les trois premières années du cycle primaire qui bénéficient de cette gratuité ; c.à.d. d l'assurance et le minerval. Le reste des frais sont à la charge des familles : les uniformes, les frais scolaires, la motivation des enseignants.

Cette mesure a permis une évolution, bien que lente, de l'intégration dans l'enseignement spécial, des personnes en situation de handicap et l'élaboration d'un programme de rattrapage pour les enfants vulnérables, dont les ESH de 9 à 15 ans. On note la présence de

[32] Données mondiales de l'éducation, VII Ed. 2010/11
[33]Principes directeurs pour l'inclusion : assurer l'accès à « l'Education pour Tous », UNESCO, 2006
[34]Guide de l'enseignant pour l'éducation du genre, RDC, 2008

71 écoles destinées à l'éducation des ESH à travers la RDC[35]. Une vingtaine d'entre elles sont localisées à Kinshasa. Handicap International est en partenariat avec 12 écoles pour sa mise en œuvre de l'éducation inclusive dans la ville de Kinshasa.

La Constitution de 2006 revient sur la dimension d'une éducation non exclusive en ses articles 13 et 43. Elle met un accent particulier sur les femmes, les enfants, et sur les groupes créés sur base de : l'origine, la race, la religion, …, et l'état physique ou sensoriel, etc. en outre, il existe « une stratégie de développement de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel 2010/2011- 2015/16 » pour tous qui insiste sur la prise en compte des ESH, également repris dans le DSRP

D. Accessibilité des ESH aux établissements scolaires

Le tableau sur les difficultés que connaissent les parents pour la scolarisation des ESH est assez éloquent en ce qui concerne l'accessibilité de ces derniers aux établissements d'enseignement. Les difficultés les plus évoquées par les parents sont :

- La distance entre les établissements scolaires et les lieux de résidence des enfants
- La possibilité de violence dont ces enfants pourraient être victimes, surtout les filles
- L'infrastructure et de l'architecture urbaine, notamment celle des écoles qui n'ont pas tenu compte du handicap, notamment en ce qui concerne les besoins spécifiques des filles en situation de handicap

L'infrastructure inadaptée

Eléments d'analyse

La question d'accessibilité à cause de l'inadaptation des infrastructures rend l'ESH en dépendance perpétuel. Il lui faut parfois de l'aide pour se déplacer, ou pour certains autres besoins. Ce qui n'est pas toujours possible, car des dispositions d'assistance aux enfants en situation de handicap dans les écoles non spécialisées ne sont généralement pas prises

Un parent d'un ESH déclare : « *je ne peux pas envoyer mon enfant souffrir à l'école car elle est dans des conditions telles que même pour aller à la toilette sa mère doit la porter sur le dos car elle a les mains au sol, qui va accepter de faire ça là-bas, la maîtresse, ses amies, des petites filles ?Impossible, elle sera traumatisée pour rien* »

Des réponses données par les parents lors des focus group en ce qui concerne l'accessibilité des ESH aux établissements scolaires, il a été constaté que les conditions de la scolarisation des ESH varient selon la nature et la gravité du handicap.

Selon les situations, la scolarisation des enfants en situation de handicap exige parfois une aide particulière ou certaines dispositions spécifiques. Ce qui donne lieu au besoin d'accompagnement par la famille ou encore par les enseignants. Les données de terrain démontrent à suffisance que la famille, notamment les mères, joue un rôle très important, d'accompagnement social de ces enfants.

Cela implique que l'identification des besoins des enfants en situation de handicap reste déterminante pour des meilleures conditions de leur scolarité. L'école, la famille, le personnel de l'éducation doivent agir en partenariat. Cela se justifie par le fait que, bon nombre de besoin de ces enfants sont identifiable dans leur vie sociale, au niveau de la famille, par leurs parents, mais aussi par le personnel enseignant qui les côtoient pendant les moments passés en milieu scolaire.

A partir des besoins identifiés, les acteurs intervenant dans le domaine de l'enseignement des enfants handicapés peuvent de manière conséquente élaborer des stratégies en éducation pour enfant en situation de handicap en tenant compte des souhaits de l'enfant (pour ceux qui sont en âge d'exprimer leurs besoins ou en ont la capacité), et de ses

[35] Rapport national de la RDC par la Commission nationale de la RDC pour l'UNESCO, octobre 2008

parents ou tuteurs.

En plus de l'aspect ayant trait au besoin d'accompagnement des HSH pour leur accès aux établissements scolaire, il a été constaté que le matériel pédagogique utilisé dans la plupart des établissements scolaires ne tiennent pas compte des besoins spécifiques des ESH. La réussite de la scolarisation des enfants handicapés dépend aussi du recours et de l'utilisation de matériels pédagogiques adaptés.

La nécessité pour l'école et l'élève de disposer d'un matériel adapté reste une des exigences de la bonne qualité de scolarisation des ESH. Il s'agit ici de conformer le matériel pédagogique à la forme de handicap prise en charge par l'école. Par exemple : le niveau du tableau, la forme des pupitres, …

La répartition géographique inégale des structures d'encadrement des ESH

Tableau N°17 : Localisation des centres de prise en charge des PSH[36] par commune

Centres	Handicap auditif	Handicap visuels	Handicap moteur	Handicap mental
Kintambo District sanitaire de Lukunga	1	0	1	2
Kinshasa DS de Gombe	1	0	1	1
Ngiri Ngiri DS de Funa	1	0	1	2
Gombe DS Gombe	0	1	1	2
Lemba DS de Kalamu	4	0	6	6
Kasa –Vubu DS de Funa	1	0	2	1
Limete DS Kalamu	2	0	2	3
Masina DS de Ndjili	3	0	3	3
Ngaliema DS Lukunga	2	0	2	2
Kalamu DS Kalamu	1	0	0	0

[36] Manuel de référence pour la prise en charge des personnes handicapées élaboré par HIB à Kinshasa, version française révisée N°3, décembre 2005

Kimbaseke DS Ndjili	2	1	0	0
Bumbu DS de Funa	1	0	1	1
Lingwala DS Gombe	0	0	1	0
Ndjili DS Ndjili	1	0	1	1
Makala DS de Funa	1	0	1	1
Matete DS Kalamu	1	0	1	1
Bandalungwa DS de Lukunga	1	0	1	1
Barumbu DS de Gombe	1	0	0	0
Mt -Ngafula DS Lukunga	0	0	2	0
Kinseso DS Kalamu	0	0	1	0
Total	24	2	28	27

Au regard de ce tableau, on constate qu'aucun district sanitaire n'a une représentation complète de structures de prise en charge de différentes formes de handicap. Le handicap visuel est le moins pris en charge à Kinshasa ; 2 structures spécialisées seulement apparaissent dans ce tableau.

Exemple de la répartition des structures « Village Bondeko » qui ont des écoles spécialisées pour PSH :

- Village Bondeko Andimi, commune de Bumbu
- Village Bondeko Cardinal Malula, commune de Masina
- Village Bondeko Elikya, commune de Ngaliema
- Village Bondeko Iyonga, commune de Kitambo
- Village Bondeko Libanga, commune de Kinshasa
- Village Bondeko Marie Antoinette, commune de Kingabwa
- Village Bondeko Mawete, commune de Makala
- Village Bondeko Sembola,
- Village Bondeko, Mwinda Mopela, commune de Kingabwa

Au regard de cette répartition des centres spécialisés du groupe Village Bondeko, on constate que toute la ville de Kinshasa n'est pas couverte par les structures de prise en charge des PSH. Aussi, tous ces centres prennent en charge le handicap physique, auditif ou mental, sauf celui du handicap visuel.

Eléments d'analyse

La répartition inégales des centres spécialisés pour enfants en situation de handicap, rend difficile leur accès à la scolarisation, surtout quand la distance à parcourir est grande.

Parole d'un parent : *« il est difficile que j'inscrive mon enfant dans une école spécialisée, car en plus des frais scolaires qui coûtent chers, je ne saurai pas payer le transport de la personne qui doit l'accompagner chaque jour à l'école. Aussi s'il pleuvait par exemple, ou s'il y a des troubles là où il est ça sera difficile pour lui. J'avais été traumatisé quand un enfant sourd muet était décédé enfermé dans un bureau en ville lors des affrontements, et personne n'était venu à son secours. Je préfère garder mon enfant à la maison que de penser qu'il puisse un jour être confronté à des situations difficiles* [37]*»*

Le système d'enseignement congolais est que : l'élève doit aller vers l'école. Ce qui implique, se déplacer. Or la distance et les conditions de déplacement doivent dans ce cas répondre aux exigences du handicap de l'enfant. Si non, l'enfant est dans des conditions difficiles d'accès aux structures d'enseignement.

2. ANALYSE DE LA SITUATION

A. Facteurs de discrimination dans l'accès des filles en situation de handicap à l'éducation

De manière générale filles et garçons en situation de handicap ont presque les mêmes difficultés en ce qui concerne leur accès à l'éducation. Mais cela ne va pas sans dire qu'il existe tout de même des besoins spécifiques des filles pour leur scolarisation.

Les besoins les plus évoqués dans le cadre des entretiens libres et les focus group organisés à Kinshasa sont les suivantes :

- **Besoin en protection :** pour les parents, les filles en situation de handicap sont plus vulnérables que les garçons, car les conséquences des violences qu'elles peuvent subir donnent lieu à des grossesses indésirables, à des maladies psychosomatiques ou sexuellement transmissibles, à des frustrations qui les poussent à l'abandon scolaire, etc.
- **Accompagnement féminin :** la plupart des parents souhaitent que leurs enfants en situation de handicap, surtout pour un handicap sévère ou le handicap sensoriel, soit assistés par des femmes afin d'éviter tout abus. Dans le cas où il n'y a pas de femmes disponible au sein de la famille, surtout en cas de décès de la mère ou de l'incapacité de celle-ci, la plupart de parents estiment qu'il est souhaitable de garder sa fille à la maison pour la protéger. Cet accompagnement par les femmes pour les filles en situation de handicap est souhaité même au niveau de l'école. **Un parent déclare** : *« Ma fille étudiait dans une école où c'est un maître qui était leur enseignant. Mais il nous avait contactés pour nous dire un jour qu'il était dans l'impossibilité de s'occuper de la fille car il devait chaque fois recourir à sa collègue pour l'aider à l'emmener aux toilettes. Je ne sais pas ce qui s'est passé entre eux, sa collègue ne voulait plus de ce service, mais je pense aussi qu'elle en avait marre de ce bénévolat. La fille ne voulait plus aller à l'école, car un jour elle venue avec sa jupe mouillée et a refusé de fréquenter cette école car ses collègues s'étaient moqué d'elle. On ne sait pas non plus détacher sa mère pour être avec elle à l'école car elle doit s'occuper de ses travaux à la maison. On a jugé bon de la garder et elle pourra apprendre la couture quand elle va grandir* »

[37] Entretien libre avec un parent dans la commune de N'Djili, décembre 2010

- **Le manque des moyens financiers** : qui affecte autant les filles que les garçons en situation de handicap, mais qui est un préalable pour répondre aux besoins spécifiques des FSH.

a) Du point de vue de l'infrastructure et pédagogique

Au niveau de l'infrastructure et de l'architecture on constate que la plupart des structures d'enseignements ne tiennent pas compte du handicap. La ronde effectuée à l'université de Kinshasa par exemple, qui est la plus grande de la RDC a prouvé qu'il n'existe pas de rampe dans les bâtiments qui conduisent aux salles de cours.

Le constat est presque le même en ce qui concerne les établissements scolaires non spécialisés qu'une catégorie d'ESH peuvent fréquenter : absence de toilettes pour filles et garçons, pas de rampe, pas de pupitres et tableaux tenant compte du handicap, pas de mesures spécifiques d'assistance aux filles et garçons en situation de handicap. Si l'on tient compte des besoins spécifiques des filles en situation de handicap, cela pourrait constituer un élément moral assez sérieux qui affecte le succès de leur scolarisation.

b) L'environnement socioculturel

Le constat de terrain fait ressortir le fait que les préjugés dont sont victimes les ESH, viennent souvent des membres de la famille autres que leurs parents, et de la communauté environnante. Les parents des filles en situation de handicap les considèrent aussi comme plus vulnérables que les garçons en situation de handicap. Pour eux, les filles sont plus susceptibles d'être affectées moralement que les garçons et sont plus exposées aux violences. Pour cette raison, les filles sont plus gardées à la maison pour qu'elles ne soient pas exposées à la violence dont elles pourraient être victimes (physique, émotionnelle ou sexuelle). Ce qui pousse parfois les parents à les garder à la maison, les privant ainsi de la scolarisation.

Un parent parmi tant d'autre déclare : « *avoir une fille handicapée, c'est difficile. La mienne est retardée mentale. Si quelqu'un abuse d'elle, il sera difficile pour nous de découvrir qui l'a fait. Quand elle sort, les gens du quartier l'insulte souvent et on a des bagarres à ce sujet avec les voisins. Je ne veux pas tout le temps me disputer avec les gens et pour moi, je préfère la garder à la maison. Quand elle nous échappe, parfois on lui jette même des pierres, en l'accusant de sorcière. Elle en a déjà été blessée plusieurs fois, et parfois on ne sait même pas qui l'a fait. Et sur la route pour aller dans un centre de rééducation, qu'est-ce qui pourrait lui arriver ? C'est vraiment pénibles pour nous* [38]».

Les préjugés sociaux font que Les ESH soient parfois victimes de violences de la part de la société. Aussi, comme évoqué plus haut, les préjugés qui pèsent sur eux freinent parfois leur élan à s'approprier le processus de leur scolarisation. Ils sont souvent découragés par la société environnante.

Quelques éléments recueillis du focus group organisé dans la commune de Kasa Vubu[39] font ressortir le fait que, certains enfants en situation de handicap qui se retrouvent actuellement dans la rue sont souvent orphelins et n'ont plus le soutien de la famille. Pour ceux dont les parents sont en vie, cet abandon des enfants en situation de handicap est lié aux croyances religieuses car de plus en plus, les dirigeants des églises font des révélations aux parents, témoignant de la sorcellerie de leurs enfants. Ce qui arrive c'est que, les parents qui y croient n'accordent plus d'attention à ces enfants et les abandonnent à leur propre sort. Pour les filles, la situation est souvent dramatique, car dans ces conditions elles sont exposées à toute sorte d'abus, et ne savent souvent pas faire le choix car leur vie en dépend. Aussi, en situation d'enfant abandonnée, elles ne peuvent suivre une scolarité normale si personne ne les prend en charge.

[38] Entretien avec un parent d'une fille avec handicap mental dans la commune de N'Djili, le 26 décembre 2010
[39] Focus group CEPROMEFHA, 21 avril 2011

c) La pauvreté des parents

Il existe un lien entre le taux de scolarisation des ESH et le niveau de pauvreté des parents et aussi entre le budget alloué à la scolarisation des ESH et le taux de scolarisation de ces enfants, car leur prise en charge exige des moyens supérieurs à la prise en charge d'un enfant valide. Ainsi sans moyens financiers suffisant ou sans intervention de l'Etat pour leur prise en charge, les ESH ont moins de chance de réussir leur scolarisation.

En dépit de l'annonce de la gratuité de l'enseignement primaire pour les enfants congolais, les frais de l'éducation, notamment la prime des enseignants qui coûtent d'ailleurs cher pour les enseignements spécialisés, continuent à être prise en charge par les parents. Ce partenariat entre parents et établissements scolaire est presque généralisé et le payement des frais arrêtés obligatoire. Dans un contexte congolais de crise économique profonde et où le coût des enseignements spécialisés est plus élevé que celui du cursus normal, les chances pour les ESH sont d'avantage réduites pour leur accès à l'éducation, à cause de la prévalence de la pauvreté en RDC.

d) Le niveau d'instruction des parents

L'enquête de terrain révèle que, plus les parents sont instruits, plus les ESH, notamment les filles ont des chances d'être scolarisées. Cela ressort du focus group qui a été organisé dans un des sites majoritairement occupé par des intellectuels ; la Cité verte dans la commune de Selembao. Tous les participants ont jugé qu'il était opportun de scolariser les ESH au même titre que les enfants valides. Tandis que la majorité de parents qui ont eu des réticences à envoyer leurs enfants à l'école pour l'une ou l'autre raison sont souvent moins instruits et ont moins de moyens financiers (généralement dans les quartiers périphériques de Kinshasa).

e) L'absence des mesures expresse de mise en œuvre des politiques publiques prenant en compte le handicap

L'inexistence de stratégies de mise en œuvre des politiques et programme élaborer pour promouvoir l'accès des ESH, notamment des FSH, à l'éducation contribue à leur invisibilité ESH dans les structures d'enseignement. Il existe des textes qui militent pour la promotion des droits des ESH à l'éducation, mais qui jusqu'à ce jour, leur matérialisation n'est pas effective.

Par exemple :

- La Loi n° 09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant, stipule explicitement les droits des enfants vivant avec un handicap : Article 42 : *« L'enfant vivant avec handicap physique ou mental a droit à la protection, aux soins médicaux spécifiques, à une éducation, à une formation, à la rééducation et aux activités récréatives ainsi qu'à la préparation à l'emploi, de sorte qu'il mène une vie pleine et décente, dans les conditions qui garantissent sa dignité, favorisent son autonomie et facilitent sa participation aux activités de la collectivité. L'Etat appuie les parents dans la mise en œuvre de ce droit ».*

  Cette loi classe les ESH, dans la catégorie des enfants devant bénéficier d'une protection spéciale et dit dans son article 63 que la protection spéciale se réalise à travers les mécanismes de tutelle de l'Etat tels que prévus par la loi, le placement social et autres mécanismes de prise en charge appropriés. Malheureusement, la plupart de parents interrogés ne reconnaissent pas un appui de l'Etat dans la prise en charge de leurs ESH, notamment des FSH.

- Lors d'agressions sexuelles, la loi actuelle prévoit de doubler la peine si le crime est commis sur un enfant vivant avec un handicap. Il n'existe cependant pas des mesures qui permettent en même temps la surveillance de ces formes de violences sur les filles en situation de handicap, surtout en ce qui concerne le handicap mental, car ces

filles ont de grandes difficultés à dénoncer des cas de violences dont elles sont victimes. Devant cette insécurité, les parents ont tendance à garder leurs FSH à la maison pour les protéger eux-mêmes.

B. Facteurs qui promeuvent l'accès des filles en situation de handicap à l'enseignement primaire, secondaire et universitaire

Les politiques publiques d'accès à l'éducation des ESH : par exemple le projet de l'éducation inclusive L'allègement des mesures en ce qui concerne le paiement des frais scolaire et l'inscription, sont des facteurs qui peuvent limiter la déperdition scolaire des enfants en situation de handicap.

Dans le cadre du projet éducation inclusive de HIB à Kinshasa, par exemple, les deux enquêtes menées au début de la première et de la deuxième année du projet, auprès des 12 écoles impliquées dans le projet, ont révélé les données ci-après[40] :

- au cours de la première année du projet (Septembre 2009) : 7,544 élèves ont été inscrits dans les 12 écoles ; 3,706 garçons et 3,838 filles et un total de 165 enfants en situation de handicap.
- Au début de la deuxième année du projet (soit mai 2010 : fin de l'année scolaire 2009-2010) le total d'élèves étaient de 6.945 dans les 12 écoles, dont 3452 filles, 3491 garçons et 195 enfants en situation de handicap dont 69 filles et 126 garçons.
- Globalement, les 12 écoles ont connu une déperdition scolaire de 8% au cours de l'année 2009-2010. Cependant, le nombre d'enfants en situation de handicap a augmenté de 17% au cours de l'année, soit 28 élèves inscrits en plus.

Les écoles impliquées dans le projet ont continué à inscrire les enfants en situation de handicap tout au long de l'année pour leur donner la chance de commencer une scolarisation, mais aussi n'ont pas lié la participation des ESH aux enseignements au paiement des frais scolaires.

Dans ces conditions, les raisons de l'abandon ont été soit le déménagement, soit une maladie prolongée de l'enfant.

La prise en charge des ESH dans des structures appropriées qui répondent aux besoins des ESH

Le coût élevé de l'enseignement spécialisé pour ESH, exige parfois un allègement des charges pour les parents par une prise en charge de cette catégorie d'enfant par des ONG ou l'Etat congolais. Il existe à ce jour un nombre limité de structures qui favorisent l'enseignement spécialisé des ESH : si pas par une prise en charge totale, ces écoles offrent des conditions de scolarité à portée des parents dont le revenu est assez faible.

Par exemple :

a) Pour une scolarisation à moindre coût

- Le centre de formation des handicapés de l'armée du salut, situé dans la commune de Kinshasa
- Le centre Kikesa de Livulu, situé dans un des quartiers périphériques de Kinshasa
- Le centre père Damien situé à Masina Petro Congo, une des communes à forte démographie
- Le centre d'encadrement des personnes avec handicap « Gloire de l'Eternel », situé aussi dans un des quartiers périphériques de Kinshasa

[40] Données recueillies auprès du chef de projet HIB à Kinshasa, avril 2011

- L'école des sourds « La joie », dans le quartier Mokali de la commune de Kimbanseke
- Le Centre National de rééducation pour handicapés mentaux, rétardés pédagogique et analphabète
- Le groupe « Village Bondeko »
- Etc.

b) Pour une scolarisation gratuite

- L'Institut national pour aveugles
- Le centre la petite flamme
- Le centre Koli
- La Fondation Viviane
- Etc.

Le partenariat entre l'Etat et les structures d'enseignement spécialisées

L'exemple de ce partenariat est celui qui existe entre le Ministère des affaires social et le Centre de promotion maman Efinole de femmes handicapées (CEPROMEFHA).

Les FSH sont formées aux métiers dans cette structure (couture, broderie), mais une bonne partie du personnel affecté à l'administration est prise en charge par le gouvernement congolais à travers le Ministère des affaires sociales.

Le partenariat entre les organismes internationaux et les structures d'enseignement des ESH

C'est le cas entre HIB à Kinshasa et 12 écoles impliquées dans le projet éducation inclusive. Ces écoles ont bénéficié de l'appui de HIB à Kinshasa et ont pu améliorer les services en ce qui concerne l'accès des enfants en situation de handicap à la scolarisation.

3. EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES DANS LE DOMAINE DE L'ÉDUCATION

A. L'éducation inclusive

De Mars 2007 à Mars 2010, HIB a mis en œuvre en partenariat avec deux centres (Kikesa et Bon Départ) un projet de « Renforcement de l'offre scolaire maternelle et primaire et de formation professionnelle pour les enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap »[41] financé par l'UE. Ces centres ont bénéficié des formations (psychologie, psychomotricité, pédagogie, Langue des Signes Congolaise), du matériel et équipements divers… Cette expérience a permis à HIB d'initier un nouveau projet d' « Accès à une éducation de qualité pour les enfants en situation de handicap à Kinshasa ». Ce projet est mis en œuvre dans 12 écoles de 4 communes de Kinshasa (Limete, Lemba, Ngaba et Kisenso).

C'est une des initiatives qui a permis comme mentionné ci-haut des améliorations dans l'accès des ESH à l'éducation, notamment des filles car l'un des objectifs poursuivi était d'augmenter le nombre d'inscriptions des filles et des garçons en SH dans les écoles primaires publiques ordinaires, et le nombre des réussites à l'examen de fin d'année.

Ainsi, au cours de l'année scolaire 2009-2010, 195 ESH sont inscrits dans les 12 écoles et 222 ESH inscrits au cours de l'année scolaire 2010-2011.

[41] Document inédit produit par le chef de projet éducation, HIB Kinshasa, avril 2011

Plusieurs considérations sont à faire :

- Le projet a réussi à inscrire et garder dans le système scolaire en une année plus que le nombre d'enfants attendus pour les trois années du projet. Ce succès est à mettre au compte d'une forte et permanente sensibilisation menée en direction des parents d'élèves et des enseignants dans les 12 écoles ;

- Le taux d'abandon a été relativement faible. Ceci est encore une fois le fruit de la sensibilisation et de renforcement des capacités du corps enseignant des 12 écoles dans la prise en charge des Enfants en situation de handicap ;

En effet, le travail de sensibilisation mené en direction des uns et des autres a fait que les écoles n'ont pas exclu les Enfants en situation de handicap dont les parents n'étaient pas à mesure de payer les frais scolaires. Les parents de leur côté ont manifesté la bonne volonté de participer à l'éducation de leurs enfants en s'acquittant tant bien que mal (même pas toujours dans la totalité) des frais scolaires.

En rapport avec la formation des enseignants

Le projet s'était fixé comme autre objectif, de former des enseignants aux nouvelles méthodes pédagogiques mieux adaptées aux besoins des ESH. A cet effet, 189 enseignants et directeurs d'écoles ont été formés en pédagogie différenciées, psychologie, psychomotricité, langue des Signes Congolaises et 97% d'ESH inscrits s'étaient dit satisfaits de l'enseignement[42].

En rapport avec l'accessibilité :

L'aménagement et l'adaptation des infrastructures scolaires pour les rendre physiquement accessibles aux enfants en situation de handicap ont suivi le processus ci-après :

- Un diagnostic physique de 12 écoles retenues dans le projet avait été réalisé entre Avril et Juillet 2009 par le service de logistique de Handicap International à Kinshasa. Partant de l'observation et de l'analyse de la situation de chaque école, ce diagnostic physique avait établi les besoins réels de chaque école en matière d'accessibilité, en collaboration avec le directeur et l'équipe pédagogique de chaque école. Ces besoins se recoupaient dans les rubliques suivantes : aménagement de l'entrée principale de l'école et des entrées des salles de classe et bureau au sein de l'école ; la construction des rampes facilitant la mobilité dans la cour ; l'abaissement du niveau de tableaux dans les classes, l'aménagement des toilettes, etc.

12 écoles avaient été réhabilitées et sont physiquement accessibles à tout type de handicap[43].

B. La formation spéciale des PSH au métier

Des initiatives sont prises par certaines structures pour une intégration sociale des FSH, à travers la formation aux métiers. Cette forme d'éducation non-formelle est une base de regain de confiance en soi-même pour les FSH, et une opportunité de renforcement de leur autonomie.

L'exemple de la structure CEPROMEFHA est plus éloquent à ce sujet[44].

C. Plaidoyer au niveau législatif

[42]Données recueillies auprès du Chef de projet éducation de HIB à Kinshasa
[43]Données recueillies auprès du Chef de projet éducation de HIB à Kinshasa
[44] Voir les éléments d'exemple sur les bonnes pratiques de prise en charge des FSH

Une proposition de loi cadre portant organisation et fonctionnement de l'enseignement en RDC a été élaborée par le Ministère de l'EPSP, ESU, et le MAS et adoptée par le gouvernement le mercredi 23 septembre 2009[45]. Elle accorde une attention particulière à l'enseignement non formel, à l'enseignement spécial en faveur des différentes catégories socioprofessionnelles en fonction des besoins spécifiques du pays, aux " enfants en situation difficile " visés par l'article 41 alinéa 6 de la Constitution et aux personnes vivant avec handicaps visées à l'article 49 de la Constitution. Elle est actuellement au parlement pour ratification[46]. Ceci pourrait favoriser l'institutionnalisation de l'éducation inclusive.

III. RECOMMANDATIONS GENERALES

Le constat de terrain fait ressortir des défis à relever pour permette aux femmes et filles en situation de handicap un accès aux soins de santé et à l'éducation. Il est question ici d'aborder ces questions en tenant compte de ce qui peut être fait au niveau des décideurs, des prestataires de services, des partenaires et de la communauté toute entière.

Il existe des aspects tout à fait méthodologiques ou techniques, d'autres politiques, économiques et socioculturels ainsi que ceux liés à l'accessibilité des femmes et filles en situation de handicap aux services de santé et d'éducation, dont il faut tenir compte.

Pour ce faire les recommandations suivantes peuvent orienter les actions de différents intervenants dans le domaine de la santé et de l'éducation dans la ville de Kinshasa.

Pour les acteurs étatiques:

- développer la reconnaissance et la compréhension de l'intersectionnalité du genre et du handicap dans les politiques, projets et programmes du domaine de **la santé et de l'éducation.**

- explorer la possibilité d'une politique gouvernementale en faveur de l'égalité de traitement des personnes handicapées au-delà du domaine de la **santé et de l'éducation** et incorporant entièrement la dimension du genre.

- consolider les groupes de travail interservices des intervenants sur le handicap et renforcer la capacité analytique des questions relatives aux femmes handicapées.

- Elaborer une stratégie nationale pour les femmes handicapées tenant compte de tous les thèmes couverts par la Convention de l'ONU.

Pour tous les acteurs impliqués

Les réponses au besoin d'accès aux services de santé et de l'éducation pourront être d'une efficacité optimale lorsqu'elles ont été coordonnées dans le cadre d'un plan d'action ou rapport national sur la santé visant particulièrement les FSH. Une réponse efficace devra comprendre, de manière générale, des mesures concernant l'accessibilité physique aux services, la formation du personnel médical et enseignant, la sensibilisation et l'adaptation des services de l'éducation aux ESH et ceux de santé aux besoins des femmes handicapées.

Les réponses aux obstacles en matière d'éducation et de formation ont tendance à viser les personnes handicapées en général. Les stratégies d'éducation inclusive sont susceptibles d'être appliquées et adaptées à plus large échelle, car elles connaissent déjà un certain succès. Il serait utile d'effectuer d'autres études pour identifier et disséminer de bonnes pratiques.

[45] Compte-rendu du conseil extraordinaire des Ministres du mercredi 23 septembre 2009

[46] Document Unesco de programmation pays, République Démocratique du Congo 2011-2013, copie préliminaire, mai 201, bureau Unesco Kinshasa

Constituer un fonds de données scientifiques et prouvées

Aujourd'hui la plupart des données sur le handicap la santé et l'éducation sont basées sur des hypothèses. Il y a donc un besoin urgent de documenter de manière objective et scientifique les situations d'exclusion vécues par les personnes handicapées face à l'éducation et la santé afin d'influencer les politiques et changer les pratiques.

Diffuser des outils et les bonnes pratiques

Le changement de politiques s'appuie sur le changement de pratiques. Les projets de proximité intégrant les personnes handicapées dans les programmes de la santé et de l'éducation, ainsi que leur impact, sont la première étape, et la plus cruciale.

Les outils, formations, et orientations pour assurer l'égalité d'accès et la compétence dans ce domaine sont essentiels pour développer un socle de bonnes pratiques, et sont nécessaires pour changer durablement les attitudes face au handicap et aux domaines de la santé et de l'éducation.

Mobiliser les ressources et la volonté politique

Les personnes handicapées ont besoin du même accès à l'information et aux services spécifiques dédiés à l'éducation et à la santé, au même titre que chacun d'entre nous. La volonté politique et les décideurs sont essentiels pour que cela se produise. Il faut faire pression sur les décideurs au sein des gouvernements et sur les services d'information et de prise en charge afin d'inclure le handicap dans leur champ d'actions et leur permettre d'intégrer pleinement les personnes handicapées.

La capacité et les compétences en formation

Les organisations de personnes handicapées ont besoin de développer leurs capacités et de mutualiser leurs compétences dans ce domaine pour que leurs actions soient solides et efficaces. Par ailleurs, elles doivent être rejointes dans cette action par les associations qui œuvrent dans le domaine de la santé et de l'éducation, qui doivent elles aussi, renforcer leurs connaissances dans le domaine du handicap, afin de participer au mieux à la défense des droits des personnes handicapées dans l'accès aux services de la santé et de l'éducation.

Construire des alliances stratégiques

Le renforcement des capacités sera d'autant plus efficace s'il est accompagné par un échange de compétences et d'expériences entre les associations de personnes handicapées et les services de santé et d'éducation, afin que chacune d'entre elles puisse bénéficier d'un renforcement de capacités dans le domaine de la santé et de l'éducation, selon son objet associatif initial.

Développer la compétence des personnes handicapées/ou de leurs tuteurs

Comme l'ensemble de la population, les FSH doivent reconnaître les risques auxquels elles sont exposées face à l'éducation et à la santé et le fait que ces problématiques les concerne directement. Cette appropriation directe de la question leur permettra, d'une part de mieux s'y prendre et d'autre part, de mobiliser au sein de leur communauté les soutiens les plus appropriés pour la préservation de leur santé et de leur bien-être.

Au niveau des structures de santé et établissements d'enseignement

La question fondamentale se rapporte aux modalités d'accessibilités des FSH aux soins de santé et des filles en situation de handicap à l'éducation. L'enquête de terrain fait ressortir des défis d'ordre social, économique, politique, environnemental et ceux liés au handicap.

La réponse à ces défis dans tout projet ou programme de soins de santé ou de l'éducation passe par le processus suivant :

- Identification des besoins spécifiques et stratégiques des FSH/filles SH dans le domaine de la santé et de l'éducation: une approche participative impliquant les concernées elles-mêmes reste indispensable pour des réponses aux besoins réels exprimés par les FSH elles-mêmes. Pour certaines formes de handicap, notamment le handicap sensoriel ou moteur, utiliser des approches qui permettent de se saisir du vécu réel des FSH. Ce qui suppose des techniques de communication adaptées à la forme du handicap ou le recours à des interlocuteurs censés avoir une connaissance suffisante de la vie de la personne concernée.
- Elaboration de projets et programmes qui répondent le mieux aux besoins exprimés
- Evaluation de la mise en œuvre des projets et programmes selon une approche genre
- La mise sur pied des réseaux des soins, d'éducation et d'accompagnement
- Le renforcement de capacité des prestataires des services, éducation et santé, sur les besoins spécifiques des FSH
- Le développement de l'assistance humaine, technique et l'aménagement des structures de santé et des établissements d'enseignement, dans le sens de l'amélioration de l'accessibilité des FSH
- Le renforcement de l'autonomisation des FSH

CONCLUSION

L'accès aux services de santé ou de l'éducation implique : en avoir les moyens, se déplacer, communiquer, comprendre, réaliser des efforts physiques. Pour les femmes en situation de handicap, le tableau d'indicateurs élaboré par rapport à tous ces aspects reste sombre.

Les FSH sont dans leur majorité moins instruites, n'ont pas assez de moyens et sont victimes d'un traitement social qui a tendance à les défavoriser dans presque tous les domaines de la vie sociale, notamment de l'éducation et de la santé. Changer la situation des FSH est un programme difficile à mener, puisque l'on se retrouve dans le contexte des attitudes et des comportements sociaux très résistants aux modifications.

Ce qui demande un effort conjugué de tous les acteurs impliqués dans ces domaines afin que ces dernières bénéficient, comme tous citoyen congolais, des droits qui leurs sont reconnus à travers les différents instruments internationaux et nationaux.

BIBLIOGRAPHIE

- Adama Sow, *Femmes handicapées motrices et santé de la reproduction : niveau de connaissances, attitudes, pratiques en sante de la reproduction et accès aux prestations de services,* Mémoire de DEA, **U**niversité cheikh Anta Diop de Dakar, 2006
- Cours de santé publique, http://www.infirmiers.com/cours-sante-publique-notions-de-base
- Emile Durkheim, Education et sociologie, http://www.uqac.uquebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html
- Javier Aguilar Molina, « *l'invention de l'enfant sorcier en république démocratique du Congo : le nettoyage social, le commerce religieux et la difficulté d'être parent dans la culture urbaine* », synthèse de recherches et du programme conjoint de Save the Children et USAID, 2003-2005
- Décret-loi cadre portant sur la santé publique en RDC, juillet 2001.
- Meekosha, H., *Gender and Disability (Draft entry for the forthcoming Sage Encyclopaedia of Disability written in 2004)*, 2004
- Note thématique santé, Revue du DSCRP de la RDC Kinshasa, hôtel Memling - 8 et 9 mars 2010
- Plan directeur de développement sanitaire 2000-2009, juin 2000
- Plan national de développement sanitaire PNDS 2011-2015, mars 2010
- Plan stratégique de lutte contre le VIH et le Sida, du secteur de la santé, 2008-2012, juin 2008
- Politique nationale de sante de la reproduction de la RDC, juillet 2008.
- Profil des droits de l'enfant de la république démocratique du Congo
- Rapport alternatif présenté au comité des droits de l'enfant des nations unies, les droits de l'enfant toujours mis à rude épreuve en RDC, septembre 2008
- Rapport national de la RDC par commission nationale de la RDC pour l'Unesco, le développement de l'éducation, octobre 2008
- Table ronde de l'éducation en république démocratique du Congo, *« Vers une stratégie pour une éducation de qualité pour tous »*, Rapport général, Kinshasa, 20 – 22 septembre 2004

TABLE DES MATIERES

Table des matières

SIGLES ET ABRÉVIATIONS 4
TABLEAU ET GRAPHIQUES 5
INTRODUCTION 8
1. Contexte et justification de l'étude 8
2. Objectif de l'étude 9
3. Méthodologie de la recherche 10
4. Difficultés rencontrées 13
5. Eclairage conceptuel 14
I. STATUT DE LA FEMME EN SITUATION DE HANDICAP DANS LE DOMAINE DE LA SANTE 15
1. ETAT DES LIEUX : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE 16
A. Du point de vue socioculturel 18
B. Du point de vue économique 21
C. Du point de vue juridique et politique 26
D. Connaissance, attitudes et comportements face à la santé de la reproduction 28
E. Accessibilité aux structures de soins de santé 33
2. ANALYSE DE LA SITUATION 33
A. Expérience d'inégalité d'accès aux soins de santé 33
B. Prise en compte du handicap dans le système de santé 35
C. Attitudes, comportement et pratiques des agents de santé 35
3. EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ 35
A. Initiatives d'auto prise en charge : une autre façon de vivre le handicap 35
B. Le partenariat : Etat congolais et organisations ou structures de prise en charge des PSH 36
II. STATUT DE LA FEMME EN SITUATION DE HANDICAP DANS LE DOMAINE DE L'EDUCATION 36
1. CONSTAT : ÉTAT DES LIEUX 38
A. Du point de vue socioculturel 39
B. Du point de vue économique 40
C. Du point de vue juridique et politique 43
D. Accessibilité des ESH aux établissements scolaires 44
2. ANALYSE DE LA SITUATION 47
A. Facteurs de discrimination dans l'accès des filles en situation de handicap à l'éducation 47
B. Facteurs qui promeuvent l'accès des filles en situation de handicap à l'enseignement primaire, secondaire et universitaire 50
3. EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES DANS LE DOMAINE DE L'ÉDUCATION 51

A. L'éducation inclusive 51
B. La formation spéciale des PSH au métier 52
C. Plaidoyer au niveau législatif 52
III. RECOMMANDATIONS GENERALES 53
CONCLUSION 55
BIBLIOGRAPHIE 56
TABLE DES MATIERES 57
ANNEXES 64

ANNEXES

Questionnaire

Questionnaire individuel pour femme en situation de handicap

DONNEES SOCIO ECONOMIQUES

	Nom : Age : Lieu de résidence : Forme d'handicap : Niveau d'étude : Situation matrimoniale : Nombre d'enfants :		
Q.1	Avez-vous une activité qui vous permet de gagner de l'argent ? Si oui laquelle ?	- Oui - non	
Q.2	Parvenez-vous à payer vous-même vos propres ordonnances (ou produits prescrits) quand vous avez un problème de santé Si enfant, de votre enfant ?	- Oui - non	
Q.3	Si non qui vous aide à y subvenir ?		
Q.4	Profession du conjoint		
Q.5	Appartenez-vous à une association Si enfant, association qui le prend en charge		

ATTITUDES ET CONNAISSANCES EN MATIERE DE SANTE DE LA REPRODUCTION (uniquement pour femmes)

Q.6	Quelqu'un vous a-t-il déjà parlé de la santé de la reproduction ?	Oui	Non
Q.7	Qui ?		
Q.8	Où avez-vous eu cette information		
Q.9	Avez-vous : a) une télévision b) un poste radio		
Q.10	Savez-vous lire et écrire ?	Oui	Non
Q.10	Avez-vous l'habitude de lire		
Q.11	Avez-vous déjà entendu parlé de la santé de la reproduction	Oui	Non
Q.12	Avez-vous déjà été dans une structure pour des raisons de santé de la reproduction ?		
Q.13	Si oui, pour quelle raison ?		

OBSTACLE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE

Q.14	Quelles sont les raisons qui peuvent être un obstacle pour que vous rendiez dans une structure de santé ?		
Q.15	Est-ce que ces difficultés peuvent vous obliger à renoncer d'y aller ?		
Q.16	Que faites-vous alors pour trouver une solution ?		
Q.17	Dans votre quartier, existe-il une structure sanitaire à laquelle vous avez accès ?	Oui	Non
Q.18	Si oui à quelle distance de chez vous se trouve-t-elle ?		
Q.19	Quels moyens utilisez-vous pour vous rendre au niveau de la structure la plus proche		

PERCEPTION DE SOI, ATTITUDES DES AUTRES (enfants aussi)

Q.20	Comment vos proches réagissent-ils quand vous avez un problème de santé de manière générale ? Vous assistent-ils ou sont-ils indifférents ?	
Q.21	Comment vivez-vous la réaction de vos proches ?	
Q.22	Comment êtes-vous reçus dans ces structures ? Comme tout le monde ou sentez-vous une certaine discrimination ? Si enfant, comment êtes-vous reçu avec l'enfant ? Existe-il une discrimination par rapport à d'autres enfants ? précisez	
Q.23	Sentez-vous que vous avez un besoin ou problème particulier par rapport aux autres femmes qui vivent sans handicap dans l'accès aux soins de santé ? Expliquer (par rapport à : grossesse, consultations, accouchement, MST, SIDA, planification familiale, etc)	Oui Non
Q.24	Quel est le regard des autres femmes sur vous ?	
Q.25	Etes-vous satisfaites du traitement qui vous est réservé dans ces centres ? Si enfant, traitement réservé à l'enfant	Oui Non
Q.26	Que souhaiteriez-vous qui soit amélioré par rapport à votre état ? Si enfant, par rapport à l'état de l'enfant	
Q.27	Sentez-vous que vous êtes vous-même capable de vous prendre en charge ou pas ? pourquoi ? Si enfant, capable de prendre vous-même votre enfant en charge	Oui Non

ACCES A L'EDUCATION

Q.28	Avez-vous déjà/fréquentez-vous l'école ? Si enfant, dire : enfant	oui	Non
Q.29	Existe des problèmes particuliers auxquels vous êtes confrontés pour vous scolariser ? expliquer		
	Si enfant, problèmes pour scolariser l'enfant		
Q.30	Quelqu'un ou une structure vous a déjà aidé à trouver des solutions à ces problèmes ? citer et dire comment		
Q.31	Votre école est-elle réservée aux PVH ou à tout le		

	monde ? si enfant, école réservée aux enfants vivant avec handicap ou non		
Q.32	Qui vous prend en charge pour vos études par an ? Si enfant, qui le prend en charge		
Q.33	Combien coûtent vos études par an ? Si enfant, combien coûtent ses études par an ?		
Q.34	Quelle distance vous sépare de l'école et comment faites-vous pour y arriver ? A quelle distance se trouve l'école de l'enfant et comment faites-vous pour y parvenir ?		
Q.35	Certaines dispositions pratiques sont-elles prises pour répondre à votre situation de manière particulière ? - au niveau de la famille - au niveau de l'école si enfant, disposition particulière à l'endroit de l'enfant		
Q.36	Connaissez-vous d'autres filles ou femmes qui connaissent ou ont connu les mêmes difficultés que vous ? Si enfant, d'autres enfants qui ;ont connu mêmes difficultés que le vôtre	Oui	Non
Q.37	Existe-il un cadre qui vous permet de parler de vos préoccupations spécifiques ? Si enfant, cadre qui permet de parler des préoccupations spécifiques de votre enfant		
Q.38	Pouvez-vous nous en parler s'il existe ?		
Q.39	Connaissez-vous des femmes qui vivent avec handicap et qui ont réussi dans la vie ? Si enfant, enfants dont les conditions ont été améliorées (savoir si elles ont des références)	Oui	non
Q.40	A quoi pensez-vous peut être liée leur réussite ?	-	
	Si enfant, le changement de leur condition		

Questionnaire pour proches des personnes vivant avec handicap

	Nom : **Age :** **Niveau d'étude :** **Degré d'affiliation :** **Etat matrimonial :** **Fonction :**	
	Quels sont les problèmes particuliers que vous constaté chez votre (mère, sœur, épouse, enfant, etc.) dans le domaine de la santé de reproduction	

	ou de l'éducation ?	
	Par rapport à votre environnement avez-vous déjà reçu une assistance pour répondre à ces problèmes ?	
	Qui de manière spécifique vous a aidé à trouver une solution ?	
	Avez-vous d'autres membres de la famille ne vivant pas avec handicap ?	
	Avez-vous un traitement particulier pour celui qui vit avec handicap pour sa situation particulière ou les traitez-vous tous de la même façon ? expliquer Question de voir si dansl'environnement direct on tient compte déjà compte des besoins spécifiques des PVH dans le domaine de la santé de reproduction et de l'éducation.	

Questionnaire individuel pour homme en situation de handicap

	Nom : Age : Lieu de résidence : Forme d'handicap : Niveau d'étude : Situation matrimoniale : Nombre d'enfants :	
	Pensez-vous que les femmes vivant avec handicap ont des besoins différents des vôtre et des autres femmes en ce qui concerne la santé de la reproduction et l'éducation ? expliquer	
	Existent-ils des structures qui vous permettent de connaître ces besoins différenciés entre vous et les FVH, mais aussi entre elles et les autres femmes ?	
	Quel est votre regard sur les FVH ?	
	Pouvez-vous contracter un mariage avec une femme vivant avec handicap ?	

Questionnaire pour prestataire de service de soins de santé et dans le domaine de l'éducation

	Institution/Ministère		
	Avez-vous une politique particulière qui vise la prise en compte du handicap ? (domaine de la santé de la reproduction ou de l'éducation) Et de manière particulière pour les FVH ?		
	Laquelle ? (si plusieurs lesquelles ?)		
	Connaissez-vous les besoins qui peuvent être spécifiques/stratégiques pour les femmes vivant avec handicap dans ces domaine? Expliquer par domaine Expliquer besoins spécifiques et stratégiques		
	Votre politique tient-elle compte de ces besoins ?		
	Quel a été le processus d'élaboration de cette politique ? - les concernés ont-ils été associés à l'élaboration? - la politique a-t-elle été vulgarisée ? auprès des concernés et autres acteurs concernés ?		
	Avez-vous prévu ou avez-vous des moyens conséquents pour la mise en œuvre de cette politique ? Expliquez		

Questionnaire pour les acteurs institutionnels

Institution/Ministère		Ministère de la Santé
Q.1	Avez-vous une politique particulière qui vise la prise en compte du handicap ? (domaine de la santé de la reproduction ou de l'éducation) Et de manière particulière pour les FVH/enfants	- Oui - Non
Q.2	Laquelle ? (si plusieurs lesquelles ?)	
Q.3	Connaissez-vous les besoins qui peuvent être spécifiques/stratégiques pour les femmes	

	vivant avec handicap dans ce domaine ?	
Q.4	Expliquer par domaine Expliquer besoins spécifiques et stratégiques	
Q.5	Votre politique tient-elle compte de ces besoins ? Expliquer	
Q.5	Quel a été le processus d'élaboration de cette politique ? - Les concernés ont-ils été associés à l'élaboration ? - La politique a-t-elle été vulgarisée ? auprès des concernés et autres acteurs concernés ?	
Q.6	Avez-vous prévu ou avez-vous des moyens conséquents pour la mise en œuvre de cette politique ? Expliquez	

DOCUMENTS INTERMEDIAIRES DE RELEVE DES TENDANCES DE REPONSES

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMMES VIVANT AVEC HANDICAP

DONNEES SOCIO ECONOMIQUES

	Nom : Age : Lieu de résidence : Forme d'handicap : Niveau d'étude : Situation matrimoniale : Nombre d'enfants :		
Q.1	Avez-vous une activité qui vous permet de gagner de l'argent ? Si oui laquelle ?	Oui	Non
		enseignant secrétaire de direction au ministère des relations avec le parlement vendeuse (maman vendeuse, papa chauffeur) vendeuse papa chauffeur	Non
Q.2	Parvenez-vous à payer vous-même vos propres ordonnances (ou produits prescrits) quand vous avez un problème de santé Si enfant, de votre enfant ?	oui	non
Q.3	Si non qui vous aide à y subvenir ?	C'est la famille, notre ONG, dans nos causeries avec les amis, quand je vais à l'hôpital	
Q.4	Profession du conjoint	Enseignant, chômeur, couturière, petit commerce,	
Q.5	Appartenez-vous à une association Si enfant, association qui le prend en charge	Oui : Monastère des Frères, mais avec le départ du prêtre blanc, nous sommes obligés de couvrir seuls, les soins de santé de notre enfant	Non

ATTITUDES ET CONNAISSANCES EN MATIERE DE SANTE DE LA REPRODUCTION (uniquement pour femmes)

Q.6	Quelqu'un vous a-t-il déjà parlé de la santé de la reproduction ?		
Q.7	Qui ?		
Q.8	Où avez-vous eu cette information		
Q.9	Avez-vous : a) une télévision b) un poste radio		
Q.10	Savez-vous lire et écrire ?		
Q.10	Avez-vous l'habitude de lire		
Q.11	Avez-vous déjà entendu parlé de la santé de la reproduction		
Q.12	Avez-vous déjà été dans une structure pour des raisons de santé de la reproduction ?		
Q.13	Si oui, pour quelle raison ?		

OBSTACLE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE

Q.14	Quelles sont les raisons qui peuvent être un obstacle pour que vous vous rendiez dans une structure de santé ? Si enfant, les raisons qui empêchent de se rendre au centre avec l'enfant ?	- Il y a le problème des moyens financiers et de transport - Ce sont plus des raisons économiques qui m'empêchent de se rendre avec l'enfant au centre de santé - Difficulté de communiquer avec le personnel soignant (l'enfant est muette) ; d'où l'accompagnement - Ma fille s'intègre facilement, elle n'a pas tellement des problèmes qui l'empêchent lorsque nous nous rendons dans un centre avec elle. - Aucun obstacle, car ils n'ont pas l'habitude de se rendre dans une structure de santé. - Aucun obstacle, sauf s'il n'y a pas des moyens financiers - Problème des moyens financiers - Des difficultés pour traverser la chaussée	
Q.15	Est-ce que ces difficultés peuvent vous obliger à renoncer d'y aller ?	Oui	Non
Q.16	Que faites-vous alors pour trouver une solution ?	- Dans toute chose, il y a toujours une solution pratique. Je peux soit m'endetter auprès des tierces pourvu que mon enfant acquiert des soins - Je me remets entre les mains de Dieu ou de celles des bonnes volontés - Expliquer au personnel soignant son langage - Recours à l'automédication - Je recours à la famille et à d'autres personnes de bonne volonté - Nous le transportons jusqu'au centre	
Q.17	Dans votre quartier, existe-il une structure sanitaire à laquelle vous avez accès ?	- Oui	Non - l'enfant tombe difficilement malade, c'est rare nous nous rendions dans un centre de santé

Q.18	Si oui à quelle distance de chez vous se trouve-t-elle ?	a. proche à 100 m	b. Loin (1,2km)
Q.19	Quels moyens utilisez-vous pour vous rendre au niveau de la structure la plus proche	- on n'amène l'enfant sur son vélo - on fait le pied - on prend un moyen de transport	

PERCEPTION DE SOI, ATTITUDES DES AUTRES (enfants aussi)

Q.20	Comment vos proches réagissent-ils quand vous avez un problème de santé de manière générale ? Vous assistent-ils ou sont-ils indifférents ?	- ils s'inquiètent très souvent et quelqu'un d'autres apportent leur assistance - mon entourage compatit souvent aux problèmes de santé de mon enfant, - comme ma parcelle est clôturée, il est difficile d'apprécier leur réaction - les proches sont toujours sympathiques envers ma fille, lorsqu'elle a un problème de santé, x - l'enfant est beaucoup aimé dans le quartier - ils m'ont toujours aidé, ils me viennent souvent en aide en cas de difficultés, - nos proches ne nous assistent pas
Q.21	Comment vivez-vous la réaction de vos proches ?	- une réaction positive, je n'ai jamais connu une réaction malencontreuse de la part de mes proches un peu de mépris
Q.22	Comment êtes-vous reçus dans ces structures ? Comme tout le monde ou sentez-vous une certaine discrimination ? Si enfant, comment êtes-vous reçu avec l'enfant ? Existe-il une discrimination par rapport à d'autres enfants ? précisez	- Il n'y a pas de problèmes de discrimination, mais comme vous le connaissez bien, il n'y a plus de soins appropriés dans nos hôpitaux, si l'on n'a pas d'argent. C'est la seule difficulté, - L'accueil n'est pas favorable, faute des moyens financiers - Comme je suis employée des cliniques universitaires, les médecins me connaissent, il n'y a pas de discrimination. - Il n'y a jamais eu de discrimination par rapport à l'état de ma fille. A l'Hôpital Général où j'ai subi la chirurgie, c'est ma fille qui m'a assisté. Durant mon internement à l'hôpital, elle s'est tissée d'amitiés avec tous les médecins qui venaient me faire soigner. - Comme tout le monde il n'y a pas de discrimination, car la structure ne s'occupe que des personnes vivant avec handicap - Je suis la personne privilégiée dans cette structure, là-bas on tient compte de ma situation.
Q.23	Sentez-vous que vous avez un besoin ou problème particulier par rapport aux autres femmes qui vivent sans handicap dans l'accès aux soins de santé ? Expliquer (par rapport à : grossesse, consultations, accouchement, MST,	- pas de problème, - il n'y a qu'une seule difficulté : les moyens financiers - pas de problème, mais il lui faut toujours un interprète pour communiquer avec le personnel soignant, - comme l'enfant ne communique pas, j'ai toujours du mal d'entrer en profondeur avec elle, surtout en ce qui concerne les calculs menstruels. C'est pourquoi, j'ai toujours

	SIDA, planification familiale, etc)	demandé à ses enseignants de m'aider pour cette tâche. - Comme l'enfant est retardé mental, c'est très difficile qu'il ait se faire consulter sans qu'on ne lui accompagne. - J'ai de besoin très particulier, lorsque je suis malade, il faut une autre personne pour m'accompagner à l'hôpital.
Q.24	Quel est le regard des autres femmes sur vous ? Regards de l'entourage sur votre enfant, si enfant	- un regard positif, - auparavant, mes enfants étaient minimisés et marginalisés, avec leur éducation on commence à les respecter - l'entourage avait un regard autre sur mon enfant, on l'injuriait d'anormal. Avec le temps et surtout avec l'implication de ses frères qui menaçaient d'amener au Tribunal quiconque s'hasarderait d'injurier leur sœur, tout est presque bien au quartier. - La réponse ici est à relativiser. D'autres personnes ont toujours eu un regard déplacé pour l'enfant et d'autres non. Nos enfants qui vivent avec handicap sont facilement taxés des sorciers, - Mon entourage me traite comme une personne sans valeur et sans importance. - Je ne sais pas ce qu'il en pense de moi (il n'a pas un contact régulier avec son entourage) - Un regard de compassion
Q.25	Etes-vous satisfaites du traitement qui vous est réservé dans ces centres ? Si enfant, traitement réservé à l'enfant	- Je suis satisfait, - Non - Je suis satisfaite, mais il y a toujours des préjugés sur mon enfant - Il n'y a pas un bon suivi - Oui, elle commence à prononcer certains mots
Q.26	Que souhaiteriez-vous qui soit amélioré par rapport à votre état ? Si enfant, par rapport à l'état de l'enfant	- Par rapport à l'état de l'enfant, il faut que les structures d'accueil tiennent compte de leur état. - Une prise en charge scolaire - L'amélioration de son langage - Une chose est vraie c'est que notre pays ne se souci pas des personnes vivant avec handicap. Si l'enfant avec handicap n'est pas issue d'une famille responsable, c'est très difficile pour lui d'évoluer. Notre culture aussi constitue un autre handicap pour la personne vivant avec handicap, facilement elle est injuriée et méprisée. Au niveau de l'Etat c'est l'insensibilité totale aux problèmes les concernant. Donc, pour ces enfants, il faut une prise en charge en tout et pour tout, si non c'est la perdition de cette catégorie sociale. Au niveau de l'Etat, il faut beaucoup d'efforts pour que la communauté arrive à accepter comme telle la PVH. Problème de culture, dans notre culture, la tendance est beaucoup plus au rejet qu'au respect de la PVH. D'où la nécessité des campagnes de sensibilisation. - Une prise en charge scolaire (comme mon

		enfant est sourd, il lui faut de moyens pour terminer sa formation en coupe et couture. - Il faut trouver un médecin spécialiste pour traiter mon cas - Une prise en charge sanitaire et pour l'école, il faut lui trouver des enseignants qui peuvent lui donner cours à la maison afin de lui permettre d'assimiler la matière - Une prise en charge sanitaire pour la PVH - Une prise en charge pour la PVH - Amélioration de ses conditions d'études, car l'enfant aime trop étudier
Q.27	Sentez-vous que vous êtes vous-même capable de vous prendre en charge ou pas ? pourquoi ? Si enfant, capable de prendre vous-même votre enfant en charge	- il est difficile de prendre en charge mon enfant, mais en tant que parent, je m'efforce de le faire et si quelqu'un voudrait nous venir en aide tant mieux. - non - non, je ne suis pas capable, une veuve de mon état, avec d'autres enfants à l'Université, c'est un lourd fardeau. - Je fais de tout mon mieux pour scolariser mon enfant avec le peu que je gagne. Cela ne suffit pas, nous avons toujours besoin des mains d'autres personnes, car la PVH a beaucoup de problèmes, beaucoup de besoins à résoudre. La PVH n'a pas assez de chances pour être embauché de par leur état, il faut une politique publique d'intégration sociale en faveur de cette catégorie. - Non, parce que je ne travaille pas, xx - Non, parce que je n'ai pas de moyens - Oui, je suis chauffeur

ACCES A L'EDUCATION

Q.28	Avez-vous déjà/fréquentez-vous l'école ? Si enfant, dire : enfant	Oui	Non
Q.29	Existe des problèmes particuliers auxquels vous êtes confrontés pour vous scolariser ? expliquer		
	Si enfant, problèmes pour scolariser l'enfant	- non - le problème le plus délicat pour la scolarisation de mon enfant est celui des frais scolaires, (moyens financiers) - beaucoup de problèmes, je paie souvent ses frais scolaires en compte goûte - les moyens de déplacement surtout posent un sérieux problème pour mon enfant. - En plus de moyens financiers qui sont difficiles à trouver pour la scolarisation de mon enfant, il se pose aussi un problème sérieux quant à son adaptation aux cours et surtout que d'autres élèves se moquent de lui. - Oui, problème des frais scolaires, - En dehors des problèmes d'yeux qui ne lui	

		permettent pas de lire et écrire convenablement, il lui faut aussi un soutien financier. - Oui, problème de ses déplacements école-maison
Q.30	Quelqu'un ou une structure vous a déjà aidé à trouver des solutions à ces problèmes ? citer et dire comment	- Le Monastère des Frères prend en charge 70% de ses besoins scolaires, nous nous prenons le reste - Au début mes enfants étaient pris en charge par le Comité de Réadaptation…(CRC), mais il y a trois ans que l'aide ne vient plus
Q.31	Votre école est-elle réservée aux PVH ou à tout le monde ? si enfant, école réservée aux enfants vivant avec handicap ou non	- Non, une école mixte - Une école exclusivement réservée aux PVH,
Q.32	Qui vous prend en charge pour vos études par an ? Si enfant, qui le prend en charge	- 70% des charges sont supportées par le Monastère des frères - Aucune structure, si pas moi-même, - Le centre Kikesa (à prendre avec réserve, car j'ai été moi-même au centre Kikesa, jamais ce centre ne prend pas en charge les enfants vivant avec handicap)
Q.33	Combien coûtent vos études par an ? Si enfant, combien coûtent ses études par an ?	- Je ne sais pas, car l'argent est directement payé par les Frères. - 104.000FC - Plus ou moins 500$ - 250$ - Plus ou moins 250$ - 833$ - Plus ou moins 200$, - gratuit
Q.34	Quelle distance vous sépare de l'école et comment faites-vous pour y arriver ? A quelle distance se trouve l'école de l'enfant et comment faites vous pour y parvenir ?	- 2km, l'enfant est interné au centre - 1,5km, les enfants viennent seuls, à pieds - Une très longue distance, mais l'enfant reste interné au centre - 3,5km, je suis obligé de lui payer le transport - L'école est si proche de la maison, le déplacement se fait à pied, xx - Une longue distance, on lui paye le transport - Le centre est non loin de la maison, j'utilise ma vieille chaise roulante - Une très longue distance
	Certaines dispositions pratiques sont-elles prises pour répondre à votre situation de manière particulière ? - au niveau de la famille - au niveau de l'école si enfant, disposition particulière à	- Non : en famille et à l'école - Au niveau de la famille, il y a le transport que je paie chaque jour pour ma fille et au niveau de l'école non. - Au niveau de la famille, nous achetons de bougies pour lui permettre à compter même la nuit - Au niveau de l'école, il y a d'autres outils que je ne saurai pas vous décrire - Au niveau de la famille, il y a cette vieille chaise roulante qui me permet d'arriver à l'école, mais au niveau de l'école, on essaye de nous comprendre avec les frais, on paye à compte

	l'endroit de l'enfant	goûte. - Au niveau de la famille il y a négligence mais l'école essaye de répondre tant soit peu à leurs préoccupations. - Aucune disposition n'est prise en famille	
Q.36	Connaissez-vous d'autres filles ou femmes qui connaissent ou ont connu les mêmes difficultés que vous ? Si enfant, d'autres enfants qui ;ont connu mêmes difficultés que le vôtre	Oui,	Non, sauf à l'école où est internée ma fille,
Q.37	Existe-il un cadre qui vous permet de parler de vos préoccupations spécifiques ? Si enfant, cadre qui permet de parler des préoccupations spécifiques de votre enfant	- Non, il n'en existe pas - oui	
Q.38	Pouvez-vous nous en parler s'il existe ?	J'attends seulement parler de HIB, le village Bondeko	
Q.39	Connaissez-vous des femmes qui vivent avec handicap et qui ont réussi dans la vie ? Si enfant, enfants dont les conditions ont été améliorées (savoir si elles ont des références)	- non - oui,	
Q.40	A quoi pensez-vous peut être liée leur réussite ?		
	Si enfant, le changement de leur condition	L'encadrement qu'il a reçu au Centre Bondeko et les moyens mis à sa disposition.	

QUESTIONNAIRE POUR PERSONNES VIVANT AVEC LES FEMMES VIVANT AVEC HANDICAP (parents ou proches) Nom : Age : Lieu de résidence : Forme d'handicap : Niveau d'étude : Situation matrimoniale : Nombre d'enfants :		
Q.1	Quels sont les problèmes particuliers que vous constaté chez votre (mère, sœur, épouse, enfant, etc.) dans le domaine de la santé de la reproduction ou de l'éducation ?	• Pour ce qui est de la santé de la reproduction, nos enfants évitent des grossesses, mais elles aiment la sexualité. Pour ce qui est de l'éducation, ces enfants sont butés au problème d'adaptation, ce qui fait que la formation puisse prendre beaucoup de temps • On n'a jamais constaté de problèmes chez notre mère.

		• Comme notre petite sœur est une retardée mentale, nous avons du mal à pouvoir contrôler ses cycles mensuels et elle n'étudie pas rien du tout • Elle a un problème de maternité, elle a accouché une fois avec risque • Les soins hygiéniques et intimes pendant ses règles, c'est nous qui faisons tout car elle n'a pas de bras • Aucun problème de la santé de la reproduction, elle a accouché normalement. • Aucun problème particulier pour ma famille, quant à la santé de la reproduction • Ma grande sœur a des problèmes d'accessibilité à l'information, en ce qui concerne le VIH et le MST, car elle reste souvent à la maison compte tenu de son état physique. • C'est la sous-information en ce qui concerne la santé de la reproduction • Ma fille depuis qu'elle est dans cet état, elle a toujours eu des règles douloureuses • Elle n'a pas du tout des problèmes particuliers • Je ne sais pas s'elle a des problèmes particuliers, elle a honte de parler de la sexualité.
Q.2	Par rapport à votre environnement avez-vous déjà reçu une assistance pour répondre à ces problèmes ?	• Il y a PNMLS qui est venu former nos deux enseignants pour tenter de trouver solution au problème de la santé de la reproduction que nous avions ici dans notre centre. Nos deux enfants également, ont suivi par le truchement de PNMLS la formation des pères éducateurs sociaux pour tenter de trouver solution à leurs problèmes de santé de la reproduction. • Non, • Oui, il y a Révérende Sœur Directrice du centre Mawete
Q.3	Qui de manière spécifique vous a aidé à trouver une solution ?	• PNMLS • Personne • Les missionnaires l'avaient récupéré dans un centre de rattrapage, mais le centre n'a plus fonctionné, faute de financement • Le Président LD Kabila • La fondation Liliane
Q.4	Avez-vous d'autres membres de la famille ne vivant pas avec handicap ?	non oui, une autre sœur est handicapée moteur
Q.5	Avez-vous un traitement particulier pour celui qui vit avec handicap pour sa situation particulière ou les traiter vous tous de la même façon ? expliquer Question de voir si dans l'environnement direct on tient déjà compte des besoins spécifiques des PVH	• Oui, je fais un effort de les accepter, en tant que responsable du centre « KOLI » • Nous n'avons aucun traitement spécifique pour lui • Oui, ses besoins sont toute à fait particuliers. • On évite de le stresser et on lui parle très souvent de son état. • Il a toujours eu un traitement particulier, mais je commence à me fatiguer de sa maladie.

	dans le domaine de la santé de reproduction et de l'éducation	• Le traitement a toujours été équitable, • Oui, on l'a toujours traité différemment des autres, imaginer que quelqu'un n'a pas de bras, on est alors obligé de l'aider même pour ses besoins intimes. • On le traite comme tout le monde • On le traite comme tout le monde, mais ses besoins spécifiques sont pris en compte • Leurs besoins de toilette, c'est moi qui jette • Pas du tout • On le traite comme tout le monde, problème des moyens. • En tant qu'assistant social, je ne peux pas faire voir à l'enfant qu'elle a des problèmes particuliers, mais je le fais de manière inconsciente

PRESTATAIRES DE SERVICE Nom : Age : Fonction au sein de la structure : Niveau d'étude : Nom de la structure : Age de la structure :		
Q.1	Votre structure est-elle exclusivement réservée aux personnes vivant avec handicap ou non ?	• Une structure exclusivement réservée aux PVH (retardé mental) • Oui, (les sourds, malentendants et les retardés mentaux) • Le centre est réservé uniquement aux personnes ayant un trouble de comportement (mental), mais rien n'empêche que la personne qui a un trouble de comportement ait un handicap • Non, aux Cliniques Universitaires les soins sont administrés à tous malades confondus • Exclusivement réservé aux PVH (auditif, moteur retardés mentaux)
Q.2	Avez-vous une manière particulière de prendre en charge les PVH en ce qui concerne la santé de la reproduction ? expliquez	• Non, nous encadrons ici les petits enfants en formation scolaire • Non • Nous avons ici le cours de l'éducation à la vie qui aide à ces enfants de se prendre en charge. Pour les enfants ayant de problème de surdité, il y a une formation en langue de signe sur le VIH & les IST • Sans objet • Oui, nous sommes en partenariat avec le PNMLS et nous organisons à chaque moment des conférences, séminaires pour permettre à nos élèves d'avoir de l'information sur la santé de la reproduction et en particulier sur le VIH et IST. A l'école, nous avons le cours de l'éducation à la vie, nous avons développé aussi un module spécifique sur les « naissances désirables » • Il y a le cours de l'éducation à la vie où on leur

		parle de comment se comporter, se protéger, s'abstenir, contre les maladies liées à la sexualité.
Q.3	Quelle différence trouvez-vous entre les hommes et les femmes VH dans le domaine de la santé de la reproduction ?	• Aucune réponse • Pas de différence (question non répondue) • La différence c'est que les hommes ne s'intéressent pas du tout de ce qui est de santé de la reproduction par rapport aux femmes • Comme il n'y a pas ce programme spécifique, c'est difficile d'établir cette différence. • Du point de vue physiologique, il ya une différence.
Q.4	Les femmes ont-elles des besoins particuliers ou problèmes auxquels il faut répondre ? Et les enfants ou les jeunes filles ?	• Les enfants que nous encadrons ici ont des besoins énormes qui sont liés au développement de l'enfant perturbé • Ici on ne s'occupe que de l'éducation, nous n'avons pas ici des moyens pour toucher à leurs problèmes spécifiques • Chaque enfant ou jeune fille que nous avons accueilli ici à ses problèmes particuliers, mais tout dépend aussi de la nature d'handicap. Certains enfants ont des problèmes des moyens, d'autres c'est l'adaptation à la scolarité et à la lecture. Les retardés mentaux ont aussi leurs problèmes. Donc, chaque catégorie ici à ses besoins particuliers. • Les femmes voire mêmes les enfants que nous accueillons ici ont des besoins particuliers auxquels il faut répondre, mais la prise en charge ne dépend pas de nous, c'est la famille qui en assure • C'est partout dans le monde que les femmes ont toujours eu des problèmes particuliers • Oui, il y a le problème d'abus sexuel de la FVH par les hommes valides, qui leur donnent des enfants qui finissent, faute de soutien de devenir pour la plupart des « shégués ». • Ce sont des enfants à problème, il nous faut un partenaire sûr pour répondre à tous leurs problèmes.
Q.5	Si oui, lesquels et comment y répondez-vous ?	• On essaye d'abord d'y résoudre par les méthodes psycho-éducatives, on y implique également les parents, quand on n'est pas satisfait du résultat, c'est l'enfant qui en souffre. • Pas de réponse • Nous nous battons ici pour résoudre certains problèmes, surtout ceux qui sont liés à l'instruction ou à l'éducation. Concernant les problèmes liés à la pauvreté, nous sommes incapables d'y répondre car le centre n'a pas de

		moyens. • La prise en charge est individuelle. • Le besoin d'être aimé, d'intégration en milieu scolaire, social et en famille. Ici à l'école, nous asseyons de conscientiser les uns aux autres de s'accepter mutuellement sans distinction (car les sourds-muets dans ce centre se sentent marginalisés par rapport à d'autres femmes ayant un autre type d'handicap) • Nous ne répondons pas ici de manière particulière à leurs besoins, car la structure n'a pas prévu cela. • Nous informons, nous essayons de prévenir nos enfants vivant avec handicap sur le danger ou des méfaits des naissances non désirables. • Problème d'affection, d'intégration sociale, problème d'alimentation etc. Pour l'intégration sociale, notre service social est toujours à l'œuvre pour tenter de trouver solution à ce problème. Pour ce qui est de l'alimentation, il y avait PAM qui nous soutenait, mais actuellement l'aide est coupée.
Q.6	Ces besoins sont-ils exprimés par les FVH (parents des enfants) ou c'est vous qui les constaté ?	• C'est moi qui les constate, en tant qu'encadreur • Ces femmes peuvent exprimer elles-mêmes leurs besoins, mais comme nous n'avons pas des moyens pour y répondre, inutile de donner une quelconque réponse • Certains problèmes sont exprimés par les parents et certains d'autres, c'est nous- même qui en fait le constat • Ces besoins sont exprimés par moi-même • Parfois on les constate, d'autres fois, ils sont exprimés par les femmes ou enfants

Q.7	Quel mécanisme avez-vous mis en place pour permettre à ces femmes de s'exprimer et d'avoir l'information dans le domaine de santé de la reproduction en raison de leur condition particulière ?	• Aucun mécanisme, car notre structure n'encadre pas les femmes
		• Ici, nous avons formé plusieurs interprètes en langue de signe, de manière à permettre à ces femmes d'avoir
		accès à l'information et d'exprimer leurs besoins
		  • Il y a le cours de l'éducation à la vie qui permet à ses enfants (filles) de s'exprimer et d'avoir de l'information dans le domaine de santé de la reproduction
		  • La femme dans notre structure n'est pas informée sur la santé de la reproduction, si un cas de maternité se pose nous les orientons aux Cliniques

		Universitaires. • Nous n'encadrons pas ici les femmes, le centre s'occupe de la scolarisation et du rattrapage des enfants avec handicap. • Il y a des réunions, des assemblées générales, des colloques, des journées de réflexion que nous organisons à l'intention de ces enfants, de manière à leur permettre de s'exprimer sur leurs besoins et problèmes spécifiques. • Nous organisons très souvent des journées de réflexion sur les thèmes spécifiques à leurs conditions physiques et sociales de vie.
Q.8	Avez-vous développé un type de relation propre avec les PVH et de manière particulière avec les FVH (ou parents) autour de la question ? Expliquer	• Oui (sans explication claire) • Seulement sur les IST & VIH
Q.9	Se sentent-elles à l'aise quand elles viennent chez vous ?	• Comme nous n'avons ici que les enfants à l'âge scolaire, ils se sentent très à l'aise • Oui • Les enfants se sentent très à l'aise au centre qu'à leur maison • Non, elles ne viennent même pas chez moi, car je n'ai pas développé un type de relations particulières avec elles. • Bien sûr, les enfants se sentent plus à l'aise ici qu'à leur famille. Il en a certains d'autres qui refusent même de rentrer dans leur maison. • Ça dépend • Oui,

Institution/Ministère		Ministère de la Santé
Q.1	Avez-vous une politique particulière qui vise la prise en compte du handicap ? (domaine de la santé de la reproduction ou de l'éducation) Et de manière particulière pour les FVH/enfants	• Je ne sais pas trop, il faut peut-être vérifier au niveau du Programme National de la Santé de la Reproduction
Q.2	Laquelle ? (si plusieurs lesquelles ?)	
Q.3	Connaissez-vous les besoins qui peuvent être spécifiques/stratégiques pour les femmes vivant avec handicap dans ce domaine ?	• Les FVH ont un grand problème : les suivi pendant les grossesses car elles connaissent beaucoup de problèmes pendant la grossesse ;d'où un bon suivi.

Q.4	Expliquer par domaine Expliquer besoins spécifiques et stratégiques	Les problèmes sont liés aussi a des nombreuses difficultés que connaissent le Ministère. Le pays n'a pas assez de centres pour PVH, les rares des centres existants sont peu occupés, il n'y a pas non plus assez d'hôpitaux orthopédiques
Q.5	Votre politique tient-elle compte de ces besoins ? Expliquer	• Il y a un programme national de réadaptation
Q.5	Quel a été le processus d'élaboration de cette politique ? - Les concernés ont-ils été associés à l'élaboration ? - La politique a-t-elle été vulgarisée ? auprès des concernés et autres acteurs concernés ?	C'est difficile, les PVH ou FVH ne connaissent pas beaucoup de choses, faute de vulgarisation
Q.6	Avez-vous prévu ou avez-vous des moyens conséquents pour la mise en œuvre de cette politique ? Expliquez	Non, au niveau du Ministère je n'ai pas encore appris quelque chose en ce sens. Il y a un problème de soins réadaptifs.

Institution/Ministère		Ministère de l'EPSP
Q.1	Avez-vous une politique particulière qui vise la prise en compte du handicap ? (domaine de la santé de la reproduction ou de l'éducation) Et de manière particulière pour les FVH/enfants	• Oui, nous avons une politique visant la prise en compte du handicap
Q.2	Laquelle ? (si plusieurs lesquelles ?)	• Dans toute le République nous avons mis en place les écoles et centres de formation
Q.3	Connaissez-vous les besoins qui peuvent être spécifiques/stratégiques pour les femmes vivant avec handicap dans ce domaine ?	• Elles ont besoin d'être formées, d'être intégrées dans la société, ou d'un programme d'éducation spéciale
Q.4	Expliquer par domaine Expliquer besoins spécifiques et stratégiques	Le besoin d'être considérée dans la société, être associée dans beaucoup de choses qui se passent au pays. Exemple, les aveugles ont un problème de mobilité ; faute des moyens de transport, c'est ce qui explique que tous les enfants aveugles ne parviennent pas à étudier. Un autre problème se pose encore au niveau de l'orientation post-secondaire et de la prise en charge ainsi que la démotivation des enseignants.
Q.5	Votre politique tient-elle	• Il n'en existe pas encore une politique

	compte de ces besoins ? Expliquer	clairement définie pour l'enseignement spécial. Nous comptons dans tout le pays quelques écoles qui sont mécanisées, malgré cela, le gouvernement ne prend en compte leurs doléances.
Q.5	Quel a été le processus d'élaboration de cette politique ? - Les concernés ont-ils été associés à l'élaboration ? - La politique a-t-elle été vulgarisée ? auprès des concernés et autres acteurs concernés ?	Il n'y a pas encore de politique, donc c'est difficile de parler du processus d'élaboration, moins encore de la vulgarisation.
Q.6	Avez-vous prévu ou avez-vous des moyens conséquents pour la mise en œuvre de cette politique ? Expliquez	Non

Institution/Ministère		Ministère de l'EPSP Direction des Réformes et Innovations (M. Kapasi Lutete) 081 902 194 0
Q.1	Avez-vous une politique particulière qui vise la prise en compte du handicap ? (domaine de la santé de la reproduction ou de l'éducation) Et de manière particulière pour les FVH/enfants	• Oui, dans le cadre du Programme de l'Education Inclusive dont l'objectif est de permettre l'accès à l'école à l'enfant de toute catégorie sociale, y compris l'enfant vivant avec handicap
Q.2	Laquelle ? (si plusieurs lesquelles ?)	• Il s'agit du programme de l'Education pour Tous (EPI), spécialement dans son volet de l'Education Inclusive
Q.3	Connaissez-vous les besoins qui peuvent être spécifiques/stratégiques pour les femmes vivant avec handicap dans ce domaine ?	• Besoin d'acceptation de soi et par les autres • Besoin de s'exprimer comme une personne humaine à part entière
Q.4	Expliquer par domaine Expliquer besoins spécifiques et stratégiques	Sur le plan de la dignité humaine : - Besoin d'acceptation de soi et par l'autre - Besoin de s'exprimer en tant que personne humaine à part entière - Besoin de participer activement à la vie communautaire Sur le plan de l'adaptation : - Besoin de vivre dans une société qui prend en compte la condition spéciale de la PVH - Adaptation des infrastructures
Q.5	Votre politique tient-elle compte de ces besoins ? Expliquer	• Le Programme de l'Education Inclusive a pour objectif de permettre l'accès et le séjour facile à l'école à l'enfant de toutes catégories (conditions) sociales et

			spécialement à l'enfant vivant avec handicap. Pour cela, le Programme vise le réaménagement des infrastructures, matériels didactiques et mobiliers scolaires, en vue de les adapter aux différentes conditions (installations hygiéniques, robinet, tableau noir, escalier, pupitres, etc.
Q.6	Quel a été le processus d'élaboration de cette politique ? - Les concernés ont-ils été associés à l'élaboration ? - La politique a-t-elle été vulgarisée ? auprès des concernés et autres acteurs concernés ?		L'élaboration de notre programme tient compte des réalités vécues à l'école par les Directeurs et les enseignants dans leur gestion des enfants vivant avec handicap, y compris des échanges avec les parents ou tuteurs de ces enfants. Au stade actuel, le programme est en phase d'élaboration, sur base des expériences menées par HIB pour son projet de « l'Education Inclusive ». Le plan stratégique du développement du sous-secteur de l'éducation en donne le principe.
Q.7	Avez-vous prévu ou avez-vous des moyens conséquents pour la mise en œuvre de cette politique ? Expliquez		Au niveau de notre service, nous avons la charge de proposer les éléments du à la hiérarchie qui, elle doit prendre la charge d'en chercher les moyens de mise en application.

Institution/Ministère		Ministère de l'EPSP SERNAFOR
Q.1	Avez-vous une politique particulière qui vise la prise en compte du handicap ? (domaine de la santé de la reproduction ou de l'éducation) Et de manière particulière pour les FVH/enfants	• Je sais que la PVH est prise en compte dans le domaine de l'éducation, c'est pourquoi, il y a une direction de l'Inspection
Q.2	Laquelle ? (si plusieurs lesquelles ?)	• Nous travaillons avec les écoles exclusivement réservée aux PVH
Q.3	Connaissez-vous les besoins qui peuvent être spécifiques/stratégiques pour les femmes vivant avec handicap dans ce domaine ?	• Cette question mérite sa réponse à la Direction de l'Enseignement Spécial
Q.4	Expliquer par domaine Expliquer besoins spécifiques et stratégiques	
Q.5	Votre politique tient-elle compte de ces besoins ? Expliquer	• La politique tient compte de certains besoins
Q.6	Quel a été le processus d'élaboration de cette politique ? - Les concernés ont-ils été associés à l'élaboration ? - La politique a-t-elle	Je ne sais pas, mais très souvent, les politiques ici dans notre pays s'élaborent sans consultation des concernés.

	été vulgarisée ? auprès des concernés et autres acteurs concernés ?	
Q.7	Avez-vous prévu ou avez-vous des moyens conséquents pour la mise en œuvre de cette politique ? Expliquez	Le sérieux problème que nous sommes butés, c'est l'exécution ou la mise en œuvre des projets

LISTE DES PERSONNES RESSOURCES

N°	NOMS	SEXE	ADRESSE	CONTACTS
1.	KWETO Hélène	F	29, Av. Révolution C/Kimbanseke	082 219 819 1
2.	MBWAYA Rose	F	70, Av. Maringa, C/Kasa- Vubu	099 874 442 0
3.	BOLOKOLWA Natacha	F	3, Av. Luozi C/Kasa- Vubu	099 326 529 2
4.	TSHALA BABEMBA	F	14e Rue, C/ Limete	081 873 111 4
5.	KUTIKA MANZEBA	F	100, Av. Bukanga, C/Ngaba	089 664 665 3
6.	PUEBO LANDU	F	11, Mabele Q. Matadi C/Masina-Siforco	099 912 460 6
7.	NSIBU NKUSU	M	24, Manenga Q. Ngapani	099 717 114 1

			C/Selembao	
8.	MASAMBA BAMEDI	F	107, Kimbala	089 681 354 3
9.	MUZINGU IBALAMBA	M	24, Kinshasa, Q. Punda C/Ngaliema	089 877 331 5
10.	IPOBA MFUTILA	M	63, Lukula Q. Camp Luka C/Ngaliema	089 916 208 0 081 511 697 7
11.	NYEMBO MUELE	M	5, Kisolokele Q. Manenga C/Ngaliema	
12.	LUNGUIYA NOMA	M	1, Nguya Q. Mikondo/Kikimi II/N'djili Brasserie/C/N'sele	081 826 364 7 099 390 799 3
13	JACQUIE BASOLWA	F	Directrice enseignement spécial	081 0747 181
14	. KAPASI LUTETE	M	Direction des Réformes et Innovations	081 902194 0
15	ME IRÈNE ESAMBO	F	Commune de la Gombe, Avocate	0998 329 716
16	MWANZA MITETE	H	-	081 7570942
17	MWANA NTEBA	H	-	081 8144663
18	LUVAMBU BÉATRICE	F	-	099 5054563
19	KINGOMBE KUSU	F	-	099 2241203
20	BANTU MODESTE	H	FECOPEHA	-

HANDICAP INTERNATIONAL

Handicap International aide à prévenir les handicaps, soigne les personnes handicapées et les accompagne dans leur parcours vers l'autonomie et l'insertion sociale. L'association est co-lauréate du Prix Nobel de la Paix 1997 pour son action en faveur des victimes de mines. L'organisation met en œuvre des projets de développement dans plus de 60 pays et intervient dans les situations d'urgence. Handicap International est présent n République démocratique du Congo depuis 1995 et met en œuvre des projets dans différents domaine comme la prévention du handicap (santé de la mère et de l'enfant), la réadaptation et l'insertion des personnes en situation de handicap dans la société (éducation inclusive), le soutien aux associations de personnes en situation de handicap. Nous œuvrons pour que les personnes en situation de handicap soient reconnues comme membres à part entière de la société.

HANDICAP INTERNATIONAL

www.handicapinternational.be

Avec le soutien de la Direction Générale de la Coopération au Développement (DGD)