



FAPH
Forum Africain des
Personnes Handicapées



IDA
International
Disability Alliance

RAPPORT D'ENQUETE

**Accès équitable a la santé
mentale pour les personnes
handicapées a GOMA**

DECEMBRE 2025



TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	1
RESUME EXECUTIF	3
1 INTRODUCTION.....	5
1.1 1.1. Contexte et justification de l'étude	5
1.2 Cadre institutionnel et initiative de l'étude	5
1.3 Objectifs de l'étude.....	5
1.4 Organisation et portée du rapport.....	6
2 MÉTHODOLOGIE	6
2.1 Approche générale de l'étude	6
2.2 Zone d'étude	6
2.3 Population cible et critères de sélection	6
2.4 Outils et techniques de collecte des données	7
2.5 Déroulement de la collecte des données	7
2.6 Analyse des données.....	7
2.7 Considérations éthiques.....	7
2.8 Approche de sensibilité aux conflits et au genre	8
2.9 Limites de l'étude.....	8
3 ANALYSE CONSOLIDÉE ET TRIANGULÉE DES RÉSULTATS	8
3.1 Profil des participants et facteurs de vulnérabilité	9
3.2 Compréhension et perceptions de la santé mentale.....	10
3.3 Impact du conflit armé sur la santé mentale	11
3.4 Accès aux services de santé mentale et obstacles rencontrés.....	11
3.5 Stigmatisation, violences et mécanismes de protection	12
3.6 Besoins prioritaires exprimés par les participants	13
4 RESULTATS DÉTAILLÉS DE L'ENQUÊTE QUANTITATIVE	15
4.1 PREMIÈRE PARTIE : ANALYSE DES DONNÉES DE L'ENQUÊTE	15
4.1.1 SECTION A : INFORMATIONS GÉNÉRALES	15
4.1.2 SECTION B : PERCEPTION DE LA SANTÉ MENTALE	18
4.1.3 SECTION C : INFORMATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES.....	20
4.1.4 SECTION D: ACCÈS ET DISPONIBILITÉ DES SERVICES	23

4.1.5	SECTION E : IMPACT MENTAL DE LA GUERRE	26
4.1.6	SECTION F : SITUATION ECONOMIQUE	28
4.1.7	SECTION G : STIGMATISATION ET PROTECTION.....	29
4.1.8	SECTION H : BESOINS PRIORITAIRES	30
4.1.9	Conclusion	31
4.2	II ème PARTIE : FOCUS GROUP	31
4.2.1	Accès équitable à la santé mentale pour les personnes handicapées à Goma	31
4.2.2	Objectif général	32
4.2.3	Objectifs spécifiques	32
4.2.4	Positionnement du focus group dans l'étude globale.....	32
4.2.5	Méthodologie.....	32
4.2.6	Résultats principaux	33
4.2.7	Solutions et priorités exprimées par les participants.....	37
4.2.8	Analyse transversale	39
4.3	Recommandations issues des participants.....	40
4.3.1	À l'attention des services de santé.....	40
4.3.2	À l'attention des autorités locales.....	41
4.3.3	À l'attention des organisations de personnes handicapées.....	41
4.4	Limites de l'étude	42
5	Conclusion	42
5.1	LECTURE DES RÉSULTATS À LA LUMIÈRE DU CONTEXTE ET DES DYNAMIQUES LOCALES.....	43
6	IMPLICATIONS PROGRAMMATIQUES ET ORIENTATIONS DU PROJET	44
6.1	Orientations en matière de sensibilisation	44
6.2	Orientations en matière de formation et de renforcement des capacités	44
6.3	Orientations en matière de plaidoyer	45
6.4	Approche transversale et principes de mise en œuvre	45
6.5	RECOMMANDATIONS GENERALES.....	45
7	CONCLUSION GENERALE.....	46
	ANNEXES	48

RESUME EXECUTIF

Dans un contexte marqué par un conflit armé prolongé, des déplacements de populations, une précarité économique accrue et une forte stigmatisation sociale, les personnes handicapées à Goma en particulier celles vivant avec un handicap psychosocial ou intellectuel sont exposées à des vulnérabilités multiples affectant gravement leur santé mentale et leur accès aux services. Face au manque de données locales permettant d'orienter efficacement les interventions, l'Observatoire pour la Défense des Droits des Personnes Handicapées (ODDPH), avec l'appui de l'IDA et de la FAPH, a conduit une étude combinant une enquête quantitative et des focus groups qualitatifs.

L'objectif principal de cette étude était de produire une compréhension approfondie, participative et contextualisée des perceptions, des besoins, des obstacles et des leviers d'accès à la santé mentale pour les personnes handicapées à Goma, afin d'orienter la mise en œuvre du projet, notamment en matière de sensibilisation, de formation et de plaidoyer.

L'étude repose sur une méthodologie mixte incluant l'approche qualitative et quantitative. Une enquête quantitative a été menée auprès de 115 participants, incluant majoritairement des personnes handicapées, ainsi que des membres de leurs familles, des acteurs communautaires et quelques autorités locales. Cette phase a été complétée par des focus groups réunissant environ 115 participants, organisés de manière inclusive afin de favoriser l'expression des expériences vécues, des perceptions et des priorités des personnes concernées. L'ensemble de la démarche s'inscrit dans une approche fondée sur les droits humains et attentive aux dynamiques de conflit.

L'analyse consolidée et triangulée des résultats issus de l'enquête et des focus groups met en évidence plusieurs constats majeurs. La compréhension de la santé mentale demeure largement confuse et stigmatisante au sein des communautés, souvent assimilée à la folie, à l'incapacité intellectuelle ou à des croyances culturelles, ce qui freine le recours aux services. La guerre et l'insécurité ont un impact profond et durable sur le bien-être mental des personnes handicapées, à travers les traumatismes, les pertes, les déplacements, la rupture des liens sociaux et la précarisation des conditions de vie.

L'accès aux services de santé mentale apparaît limité, inégal et peu inclusif. Les principaux obstacles identifiés concernent le manque d'information, les coûts élevés des soins, la distance géographique, l'inaccessibilité physique des structures, ainsi que des attitudes discriminatoires ou un manque de compétences inclusives chez certains prestataires. Les femmes, les filles, les personnes déplacées et les personnes vivant avec un handicap psychosocial sont particulièrement exposées à la détresse psychologique, aux violences, à la stigmatisation et à l'absence de mécanismes de protection adaptés.

La lecture des résultats à la lumière du contexte de conflit montre que ces vulnérabilités sont exacerbées par l'instabilité sécuritaire et économique, augmentant les risques d'exclusion, de

silence autour de la souffrance mentale et de non-recours aux services. Les résultats soulignent ainsi la nécessité d'interventions sensibles au conflit, au genre et au handicap, afin d'éviter de renforcer les inégalités existantes.

Sur la base de ces constats, l'étude met en évidence des priorités claires pour la mise en œuvre du projet. En matière de sensibilisation, il apparaît essentiel de promouvoir une compréhension non stigmatisante de la santé mentale et d'informer les communautés sur les services existants. En matière de formation, le renforcement des compétences des prestataires de santé et des acteurs communautaires sur l'inclusion du handicap et la santé mentale constitue un levier central pour améliorer l'accueil et la qualité des soins. Enfin, les résultats appellent à un plaidoyer renforcé en faveur de services de santé mentale accessibles, inclusifs et financièrement abordables, ainsi que d'une participation active des organisations de personnes handicapées dans la conception et la mise en œuvre des réponses.

1. INTRODUCTION

1.1 Contexte et justification de l'étude

La province du Nord-Kivu fait partie des zones de l'est de la RDC qui ont été affectées par les conflits armés depuis plus de trois décennies avec des implications sur différents groupes sociaux (Vlassenroot & Huggins 2005).

Le contexte humanitaire et sécuritaire de la ville de Goma est marqué par un conflit armé prolongé, des déplacements massifs de populations, une insécurité persistante et une précarité socio-économique accrue. Cette situation affecte profondément le bien-être et la santé mentale des populations. Les personnes handicapées, en particulier celles vivant avec un handicap psychosocial ou intellectuel, sont exposées à des vulnérabilités multiples résultant à la fois de la violence liée au conflit, de la pauvreté, de la stigmatisation sociale et des obstacles structurels à l'accès aux services de base.

La santé mentale demeure un domaine largement méconnu et stigmatisé au sein des communautés. Les troubles psychosociaux sont souvent associés à des croyances négatives ou à des interprétations erronées, contribuant à l'exclusion sociale, au silence autour de la souffrance mentale et au non-recours aux services disponibles. Ces dynamiques sont exacerbées dans un contexte de conflit, où les traumatismes, les pertes humaines, les déplacements forcés et la rupture des liens communautaires ont un impact direct sur la santé mentale, tout en limitant la capacité des systèmes de santé à répondre de manière adéquate et inclusive.

1.2 Cadre institutionnel et initiative de l'étude

Dans ce contexte, l'Observatoire pour la Défense des Droits des Personnes Handicapées (ODDPH), avec l'appui de l'International Disability Alliance (IDA) et de la Fédération des Associations des Personnes Handicapées (FAPH), a initié une étude visant à documenter de manière approfondie la situation de la santé mentale des personnes handicapées à Goma. Cette initiative s'inscrit dans une approche fondée sur les droits humains et vise à renforcer la prise en compte du handicap, du genre et du contexte de conflit dans les interventions en santé mentale.

1.3 Objectifs de l'étude

L'objectif général de l'étude est de mieux comprendre les perceptions, les expériences, les besoins et les obstacles rencontrés par les personnes handicapées en matière de santé mentale, ainsi que les points de vue des familles, des acteurs communautaires et des prestataires de santé.

De manière spécifique, l'étude vise à :

- Analyser les facteurs influençant l'accès aux services de santé mentale ;
- Identifier les vulnérabilités spécifiques liées au genre, au type de handicap et au contexte de conflit ;

- Mettre en évidence les leviers susceptibles d'améliorer l'inclusion et la qualité des réponses apportées.

1.4 Organisation et portée du rapport

Le présent rapport expose les résultats de l'étude à travers une approche méthodologique mixte combinant une enquête quantitative et qualitative sur base de groupes focalisés (Masadeh 2012). Les résultats sont analysés de manière consolidée et triangulée afin de dégager les principaux constats transversaux issus des deux outils de collecte. Cette analyse vise à orienter la mise en œuvre du projet, notamment en identifiant des priorités claires en matière de sensibilisation communautaire, de formation des acteurs concernés et de plaider pour des services de santé mentale accessibles, inclusifs et adaptés au contexte de conflit.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Approche générale de l'étude

La présente étude repose sur une approche méthodologique mixte (quantitatives et qualitatives) (Harwell 2011). Cette combinaison vise à permettre une compréhension approfondie et nuancée des perceptions, des expériences et des besoins en matière de santé mentale, tout en favorisant une analyse consolidée et triangulée des résultats issus de différentes sources de données. L'approche mixte a été privilégiée afin de croiser les points de vue des personnes handicapées avec ceux de leurs familles, des acteurs communautaires et des prestataires de santé, et de renforcer la fiabilité des constats dégagés.

2.2 Zone d'étude

L'étude a été menée dans la ville de Goma, située dans la province du Nord-Kivu, à l'est de la République démocratique du Congo. Cette zone a été retenue en raison de son contexte marqué par un conflit armé prolongé, des déplacements récurrents de populations de l'intérieur de la province vers la ville et une forte précarité socioéconomique, qui ont un impact significatif sur la santé mentale des populations, en particulier des personnes handicapées. Goma constitue également un espace où les besoins en matière de santé mentale et de services inclusifs sont importants, tout en étant insuffisamment documentés.

2.3 Population cible et critères de sélection

La population cible de l'étude comprend principalement des personnes handicapées, avec une attention particulière portée aux personnes vivant avec un handicap psychosocial et intellectuel. Afin d'obtenir une vision globale et contextualisée, l'étude a également inclus des membres des familles de personnes handicapées, des responsables communautaires ainsi que des prestataires de santé et des autorités locales.

Les critères de sélection ont pris en compte le type de handicap, le genre, l'âge, la situation socioéconomique et la situation de déplacement, selon le cas. Cette diversité visait à refléter la pluralité des expériences et à permettre une analyse différenciée des perceptions et des obstacles rencontrés par les différents groupes de participants.

2.4 Outils et techniques de collecte des données

2.4.1.1 *Enquête quantitative*

Une enquête quantitative a été menée auprès de 115 personnes. Elle a permis de collecter des données structurées sur les perceptions de la santé mentale, les expériences vécues, l'accès aux services disponibles et les principaux obstacles rencontrés par les personnes handicapées et leurs proches. Le questionnaire a été administré de manière inclusive, en tenant compte des besoins spécifiques des participants, notamment en matière de communication et d'accessibilité.

2.4.1.2 *Groupes de discussion (focus groups)*

La collecte des données quantitatives a été complétée par l'organisation de groupes de discussion réunissant environ 115 participants regroupés entre 8 et 12 personnes (Puchta, C. and Potter 2004). Les focus groups ont été constitués de manière à favoriser la participation active des personnes handicapées, des familles et des acteurs communautaires. Cette approche a permis d'approfondir la compréhension des perceptions, des dynamiques sociales, des expériences de stigmatisation et des priorités exprimées par les participants en matière de santé mentale.

2.5 Déroulement de la collecte des données

La collecte des données s'est déroulée sur une période définie allant du premier au 21 décembre 2025, dans le respect des principes d'inclusion, de participation et de sécurité. Les enquêteurs et facilitateurs ont été formés sur les objectifs de l'étude, les principes éthiques, ainsi que sur les considérations liées au handicap et au contexte de conflit. Une attention particulière a été portée à la création d'un environnement sûr et respectueux, favorisant l'expression libre des participants, notamment des groupes les plus vulnérables.

Les données ont été collectées avec l'outil KOBO sur base d'un questionnaire développé avec des observations de terrain.

2.6 Analyse des données

Les données issues de l'enquête quantitative ont été traitées et analysées à l'aide d'outils « KoboToolbox » afin de produire des statistiques descriptives. Les données qualitatives issues des focus groups ont fait l'objet d'une analyse thématique. Les résultats provenant des deux méthodes ont ensuite été analysés de manière conjointe et comparative, permettant une triangulation des données et l'identification de constats transversaux. Cette approche analytique vise à renforcer la cohérence des résultats et à dégager des tendances communes, tout en tenant compte des spécificités propres à chaque groupe de participants.

2.7 Considérations éthiques

L'étude a été conduite dans le respect des principes éthiques fondamentaux. La participation des personnes interrogées était volontaire et fondée sur le consentement libre et éclairé. La confidentialité des informations collectées et l'anonymat des participants ont été garantis tout au long du processus. Une attention particulière a été portée à la protection des personnes en situation de vulnérabilité, notamment les personnes handicapées et celles affectées par le contexte de conflit.

2.8 Approche de sensibilité aux conflits et au genre

L'application rigoureuse des principes clés de la sensibilité aux conflits et au genre dans la mise en œuvre de nos activités a été de mise. Cela repose sur la capacité d'adaptation, qui requiert des attitudes, des comportements et compétences spécifiques afin de réduire les conséquences néfastes à travers les trois étapes couramment utilisées dans les approches de sensibilité au conflit (ou "*Do No Harm*" / "*Conflict Sensitivity*") dans les contextes d'intervention humanitaire, de développement ou de consolidation de la paix. Il s'agit de :

- Etape 1 : Comprendre le contexte des conflits ;
- Etape 2 : Comprendre l'interaction entre l'intervention et le conflit ;
- Etape 3 : Intégrer les composantes flexibles.

2.9 Limites de l'étude

Malgré les efforts déployés pour garantir la qualité et la représentativité des données, certaines limites doivent être soulignées. Celles-ci incluent notamment les contraintes liées au contexte sécuritaire, les difficultés d'accès à certains groupes de population et les limites inhérentes aux perceptions déclarées par les participants. Ces éléments ont été pris en compte dans l'interprétation des résultats.

3. ANALYSE CONSOLIDÉE ET TRIANGULÉE DES RÉSULTATS

Cette section présente une analyse consolidée et triangulée des résultats issus de l'enquête quantitative et des groupes de discussion qualitatifs menés auprès des personnes handicapées, de leurs familles, des responsables communautaires et des prestataires de santé à Goma. Contrairement à une présentation séparée des résultats par outil de collecte, l'analyse est organisée par thématiques afin de faire ressortir les convergences et les divergences entre les différentes sources de données et les groupes de participants.

L'approche analytique adoptée permet de croiser les perceptions, les expériences vécues et les priorités exprimées par les participants, tout en tenant compte des spécificités liées au genre, au type de handicap et au contexte socioéconomique. Elle vise également à mieux comprendre les facteurs structurels et contextuels qui influencent la santé mentale et l'accès aux services, dans un environnement marqué par un conflit armé prolongé, des déplacements de populations et une précarité généralisée.

Les résultats présentés dans cette section constituent ainsi une base analytique commune pour l'identification des principaux constats transversaux et des besoins prioritaires en matière de santé mentale. Ils permettent de poser les fondements des analyses ultérieures, notamment la

lecture des résultats à la lumière de la sensibilité aux conflits, ainsi que l'élaboration des orientations programmatiques et des recommandations du projet.

3.1 Profil des participants et facteurs de vulnérabilité

L'analyse consolidée des données issues de l'enquête quantitative et des groupes de discussion met en évidence une diversité de profils parmi les participants, reflétant la pluralité des situations vécues par les personnes handicapées à Goma. Les participants incluent majoritairement des personnes handicapées (Figure 3), avec une présence significative de personnes vivant avec un handicap psychosocial et intellectuel, ainsi que des personnes présentant d'autres types de handicap. L'étude a également intégré les points de vue de membres des familles, de responsables communautaires et de prestataires de santé, permettant une compréhension plus globale des facteurs influençant la santé mentale et l'accès aux services.

Les résultats montrent que les situations de vulnérabilité sont fortement influencées par des facteurs croisés (Figure 6), notamment le genre, l'âge, le type de handicap, le statut lié à la guerre (refugié ou personne déplacées internes) et le contexte socioéconomique. Les femmes et les filles handicapées apparaissent particulièrement exposées à des formes multiples de vulnérabilité, liées à la discrimination de genre, à la stigmatisation du handicap et à des risques accrus de violences et d'exclusion sociale. Les données qualitatives soulignent que ces vulnérabilités sont souvent exacerbées par une dépendance économique accrue et un accès limité aux mécanismes de protection.

Le contexte de déplacement forcé constitue un autre facteur déterminant de vulnérabilité. De nombreux participants, en particulier parmi les personnes handicapées, ont rapporté des expériences de déplacement liées aux conflits armés, entraînant la perte de moyens de subsistance, la rupture des réseaux de soutien familial et communautaire, ainsi qu'un accès encore plus restreint aux services sociaux et de santé. Ces situations ont un impact direct sur le bien-être psychosocial et renforcent les sentiments d'insécurité, de stress et d'isolement.

Les perceptions exprimées par les familles et les responsables communautaires convergent avec celles des personnes handicapées quant à la précarité des conditions de vie et à l'insuffisance des mécanismes de soutien existants. Toutefois, certains prestataires de santé mettent davantage l'accent sur les contraintes structurelles du système de santé, notamment le manque de ressources humaines spécialisées, l'insuffisance des infrastructures spécialisées et l'absence de services adaptés aux besoins spécifiques des personnes handicapées.

Dans l'ensemble, l'analyse met en évidence que les vulnérabilités des participants ne peuvent être comprises isolément du contexte de conflit armé et de précarité généralisée. Ces facteurs structurels interagissent avec le handicap pour accentuer les risques de détresse psychosociale, de marginalisation et de non-recours aux services de santé mentale. Ces éléments constituent un cadre essentiel pour l'interprétation des résultats présentés dans les sections suivantes.

3.2 Compréhension et perceptions de la santé mentale

L'analyse consolidée des données issues de l'enquête et des groupes de discussion met en évidence une compréhension hétérogène et souvent confuse de la notion de santé mentale au sein des communautés interrogées. Les résultats montrent que la santé mentale est fréquemment associée à des représentations négatives, telles que la folie, l'incapacité intellectuelle ou des comportements jugés déviants, ce qui contribue à une stigmatisation persistante des personnes concernées.

Les personnes handicapées, en particulier celles vivant avec un handicap psychosocial, décrivent la santé mentale principalement à travers leur vécu quotidien de la souffrance psychologique, du stress, de l'anxiété et des traumatismes liés aux expériences de violence, de perte et de déplacement. Plusieurs participants expriment une difficulté à nommer ou à reconnaître leurs troubles, en raison de la peur du rejet social et du manque d'information sur les services disponibles. Cette situation favorise le silence, l'isolement et le non-recours aux soins.

Du point de vue des familles, la santé mentale est souvent perçue comme un problème difficile à comprendre et à gérer, suscitant des sentiments d'impuissance et de crainte. Les familles associent fréquemment les troubles psychosociaux à des causes externes ou culturelles, ce qui peut retarder la recherche d'un accompagnement médical ou psychosocial. Néanmoins, certaines familles reconnaissent l'impact du conflit et de la précarité sur l'état mental de leurs proches et expriment un besoin accru d'information et de soutien.

Les responsables communautaires interrogés tendent à percevoir la santé mentale comme un phénomène marginal ou secondaire par rapport à d'autres priorités jugées plus urgentes, telles que la sécurité ou les besoins économiques. Toutefois, les discussions qualitatives révèlent une prise de conscience progressive du lien entre le conflit armé, les traumatismes vécus par les populations et l'augmentation des cas de détresse psychologique, en particulier parmi les personnes handicapées.

Les prestataires de santé, quant à eux, présentent une compréhension plus technique de la santé mentale, qu'ils associent à des troubles nécessitant une prise en charge spécialisée. Ils soulignent cependant des limites importantes dans leurs capacités de réponse, notamment en raison du manque de formation spécifique, de ressources humaines qualifiées et de structures adaptées. Certains prestataires reconnaissent également que les attitudes stigmatisantes au sein des services peuvent constituer un obstacle supplémentaire à l'accès aux soins.

Dans l'ensemble, l'analyse met en évidence un écart significatif entre les perceptions des différents groupes de participants, ainsi qu'un manque de compréhension partagée de la santé mentale en tant que composante essentielle du bien-être. Ces divergences de perceptions, combinées à la stigmatisation et au contexte de conflit, contribuent à renforcer les barrières à l'accès aux services de santé mentale et soulignent la nécessité d'actions ciblées de sensibilisation et de formation, abordées dans les sections ultérieures du rapport.

3.3 Impact du conflit armé sur la santé mentale

L'analyse consolidée des résultats de l'enquête et des groupes de discussion met en évidence l'impact profond et transversal du conflit armé sur la santé mentale des personnes handicapées et de leurs communautés à Goma. Les expériences répétées de violence, d'insécurité, de déplacement forcé et de pertes humaines constituent des facteurs majeurs de détresse psychologique, affectant durablement le bien-être mental des participants.

Les personnes handicapées décrivent des manifestations récurrentes de stress, d'anxiété, de peur permanente et de troubles du sommeil, étroitement liées à l'exposition aux événements traumatiques et à l'incertitude quotidienne. Pour les personnes vivant avec un handicap psychosocial, ces expériences tendent à aggraver des troubles préexistants ou à déclencher de nouveaux épisodes de souffrance mentale, souvent sans accès à un accompagnement adapté. Le conflit est également perçu comme un facteur limitant les capacités d'adaptation individuelles et collectives, en raison de la rupture des mécanismes traditionnels de soutien.

Les femmes et les filles handicapées apparaissent particulièrement affectées par les conséquences du conflit sur la santé mentale. Les données qualitatives soulignent une exposition accrue aux violences, à l'exploitation et à l'exclusion sociale, ainsi qu'une charge émotionnelle importante liée aux responsabilités familiales et à l'insécurité économique. Ces facteurs contribuent à une détresse psychosociale souvent invisible et insuffisamment prise en charge.

Les familles et les responsables communautaires confirment l'impact du conflit sur la cohésion sociale et le bien-être mental des ménages. Ils évoquent une augmentation des tensions intrafamiliales, de l'isolement social et de comportements à risque, qu'ils associent à la précarité économique et au stress chronique engendré par l'insécurité. Certains responsables communautaires reconnaissent toutefois des difficultés à identifier et à répondre aux besoins spécifiques en santé mentale, en particulier chez les personnes handicapées.

Du point de vue des prestataires de santé, le conflit armé affecte non seulement la demande de services de santé mentale, mais également la capacité du système de santé à y répondre. Les interruptions de services, le manque de personnel qualifié et l'insuffisance des ressources matérielles sont cités comme des obstacles majeurs, limitant la continuité et la qualité de la prise en charge des troubles psychosociaux.

Dans l'ensemble, les résultats soulignent que le conflit armé constitue un déterminant central de la détresse psychosociale observée, en amplifiant les vulnérabilités existantes liées au handicap, au genre et à la pauvreté. Ces éléments mettent en évidence la nécessité d'intégrer systématiquement la prise en compte du contexte de conflit dans les interventions en santé mentale, afin de répondre de manière adaptée aux besoins des populations affectées.

3.4 Accès aux services de santé mentale et obstacles rencontrés

L'analyse consolidée des données issues de l'enquête et des groupes de discussion révèle que l'accès aux services de santé mentale demeure limité et inégal pour les personnes handicapées à Goma. Bien que certains services existent, leur disponibilité, leur accessibilité et leur qualité sont perçues comme insuffisantes pour répondre aux besoins réels des populations concernées, en particulier dans un contexte marqué par le conflit armé et la précarité économique.

Les personnes handicapées rapportent de nombreux obstacles entravant leur recours aux services de santé mentale. Parmi les principaux freins identifiés figurent le manque d'information sur l'existence et la localisation des services, les coûts élevés des consultations et des traitements, ainsi que la distance géographique et l'inaccessibilité physique de certaines structures de santé. Pour les personnes vivant avec un handicap psychosocial, la peur de la stigmatisation et des mauvais traitements constitue un obstacle supplémentaire, conduisant souvent à l'évitement des services formels.

Les familles confirment ces difficultés et soulignent leur incapacité financière à assurer un suivi régulier des soins, en particulier lorsque les ménages sont affectés par le déplacement, la perte de revenus ou l'insécurité. Elles expriment également un manque de soutien et d'accompagnement dans l'orientation vers des services adaptés, ce qui renforce le sentiment d'impuissance face à la souffrance mentale de leurs proches.

Du côté des responsables communautaires, les résultats indiquent une connaissance limitée des services de santé mentale disponibles et des mécanismes de référence existants. Certains reconnaissent que la santé mentale reste une priorité secondaire au niveau communautaire, ce qui contribue à une faible mobilisation autour de la prévention et de l'orientation des personnes en situation de détresse psychosociale.

Les prestataires de santé mettent en évidence des contraintes structurelles importantes affectant l'offre de services. Celles-ci incluent le manque de personnel formé en santé mentale et en inclusion du handicap, l'insuffisance des infrastructures adaptées, ainsi que la faible intégration des services de santé mentale dans les structures de soins primaires. Certains prestataires reconnaissent également que des attitudes négatives ou des pratiques non inclusives peuvent décourager les personnes handicapées de recourir aux services.

Dans l'ensemble, les résultats montrent que les obstacles à l'accès aux services de santé mentale sont multidimensionnels et étroitement liés aux facteurs économiques, sociaux, institutionnels et contextuels. Ces contraintes, exacerbées par le conflit armé, contribuent à un recours tardif ou inexistant aux soins et soulignent la nécessité d'interventions ciblées visant à améliorer l'accessibilité, l'inclusivité et la qualité des services de santé mentale.

3.5 Stigmatisation, violences et mécanismes de protection

L'analyse consolidée des résultats de l'enquête et des groupes de discussion met en évidence un niveau élevé de stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec des troubles de santé mentale, en particulier celles présentant un handicap psychosocial. Cette stigmatisation se

manifeste à travers des attitudes négatives, des discriminations et des pratiques d'exclusion au sein des familles, des communautés et, dans certains cas, des services de santé.

Les personnes handicapées rapportent des expériences fréquentes de rejet social, d'isolement et de marginalisation, souvent liées à des perceptions erronées de la santé mentale assimilée à la folie, à la dangerosité ou à l'incapacité totale. Ces représentations contribuent à limiter leur participation à la vie communautaire et à réduire leur accès aux opportunités sociales et économiques. Pour certaines personnes, la crainte d'être stigmatisées conduit à dissimuler leur souffrance mentale et à éviter toute recherche d'aide formelle.

Les données qualitatives révèlent également des situations de violences, notamment verbales, psychologiques et parfois physiques, à l'encontre des personnes handicapées. Les femmes et les filles handicapées apparaissent particulièrement exposées à ces risques, en raison de la combinaison des discriminations liées au genre, au handicap et au contexte de conflit. Les violences rapportées incluent des abus au sein du foyer, des humiliations publiques et des formes d'exploitation, qui ont des conséquences durables sur la santé mentale et le sentiment de sécurité des personnes concernées.

Du point de vue des familles, la stigmatisation et les violences sont souvent perçues comme des réalités difficiles à prévenir, en raison du manque de mécanismes de protection accessibles et de l'insuffisance des structures de soutien psychosocial. Certaines familles reconnaissent toutefois leur propre rôle dans la reproduction de pratiques stigmatisantes, liées à la peur, à l'ignorance ou à l'absence d'accompagnement adapté.

Les responsables communautaires et les prestataires de santé reconnaissent l'existence de ces dynamiques de stigmatisation et de violences, tout en soulignant des lacunes importantes dans les mécanismes de prévention, de signalement et de prise en charge. Les dispositifs de protection existants sont jugés insuffisants, peu accessibles aux personnes handicapées ou inadaptés au contexte de conflit et de précarité.

Dans l'ensemble, l'analyse met en évidence un lien étroit entre stigmatisation, violences et détérioration de la santé mentale des personnes handicapées. L'absence de mécanismes de protection efficaces renforce la vulnérabilité des personnes concernées et contribue à la persistance du silence autour des situations de souffrance et d'abus. Ces constats soulignent l'importance d'approches intégrées combinant sensibilisation communautaire, renforcement des capacités des acteurs et mise en place de mécanismes de protection inclusifs, développées dans les sections suivantes du rapport.

3.6 Besoins prioritaires exprimés par les participants

L'analyse consolidée des résultats de l'enquête et des groupes de discussion met en évidence des besoins prioritaires clairement exprimés par les différents groupes de participants en matière de santé mentale. Ces besoins, bien que formulés de manière diverse selon les profils, convergent autour de la nécessité d'un meilleur accès à des services adaptés, d'une réduction

de la stigmatisation et d'un renforcement des mécanismes de soutien psychosocial, dans un contexte marqué par le conflit armé.

Les personnes handicapées expriment en priorité un besoin d'accompagnement psychosocial accessible, continu et respectueux de leur dignité. Elles soulignent l'importance de services de santé mentale proches de leurs lieux de vie, financièrement abordables et adaptés à leurs besoins spécifiques, notamment pour les personnes vivant avec un handicap psychosocial. Les participants mettent également en avant le besoin d'espaces sûrs d'écoute et de soutien, permettant de rompre l'isolement et de favoriser le bien-être émotionnel avec un personnel qui maîtrise la langue des signes pour communiquer facilement avec les personnes sourdes.

Les familles mettent l'accent sur leur besoin d'information et de renforcement de capacités pour mieux comprendre la santé mentale, soutenir leurs proches et orienter efficacement les personnes en situation de détresse vers des services appropriés. Elles expriment également un besoin de soutien économique et social, considérant que la précarité financière et l'insécurité aggravent la souffrance mentale et limitent les possibilités de prise en charge.

Les responsables communautaires identifient la nécessité de renforcer les actions de sensibilisation au niveau communautaire afin de lutter contre la stigmatisation et de promouvoir une compréhension plus inclusive de la santé mentale. Ils soulignent également l'importance de disposer de mécanismes clairs de référence et de coordination entre les communautés, les organisations locales et les services de santé, afin d'améliorer l'orientation et le suivi des personnes concernées.

Les prestataires de santé expriment des besoins spécifiques en matière de formation et de renforcement des compétences, notamment sur la prise en charge de la santé mentale, l'inclusion du handicap et l'adoption d'approches sensibles au genre et au contexte de conflit. Ils soulignent également la nécessité de disposer de ressources humaines et matérielles suffisantes, ainsi que d'un meilleur soutien institutionnel, pour améliorer la qualité et la continuité des services.

Dans l'ensemble, les besoins exprimés par les participants mettent en évidence la nécessité d'interventions intégrées combinant sensibilisation communautaire, renforcement des capacités des acteurs et amélioration de l'offre de services de santé mentale. Ces priorités constituent une base essentielle pour l'analyse des implications programmatiques et l'élaboration des recommandations présentées dans les sections suivantes du rapport.

4. RESULTATS DETAILLES DE L'ENQUETE QUANTITATIVE

4.1 PREMIERE PARTIE : ANALYSE DES DONEYES DE L'ENQUETE

4.1.1 SECTION A : INFORMATIONS GENERALES

4.1.1.1 Répartition des répondants par sexe

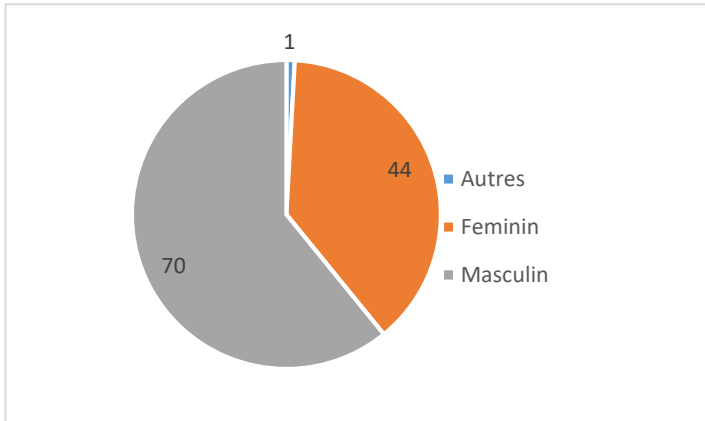


Figure 1. Répartition des répondants par sexe

Au total, 115 personnes ont répondu à l'enquête, dont 70 hommes (60,87 %), 44 femmes (38,26 %) et une personne (0,87 %) s'identifiant comme autre. La faible participation féminine s'explique par des facteurs d'isolement et des charges familiales. Certaines femmes et filles en situation de handicap vivent dans un isolement important, souvent renforcé par une surprotection familiale visant à prévenir les risques

perçus. Les charges domestiques et les responsabilités familiales limitent leur disponibilité pour participer aux enquêtes. À cela s'ajoutent un manque de confiance envers les processus de collecte de données, des difficultés de communication avec les équipes sur le terrain, ainsi que des barrières socioculturelles qui restreignent la prise de parole des femmes dans les espaces publics. Enfin, l'insuffisante sensibilisation sur l'objectif et l'utilité de l'enquête a pu réduire leur motivation à s'engager activement.

4.1.1.2 Répartition des répondants par tranche d'âge

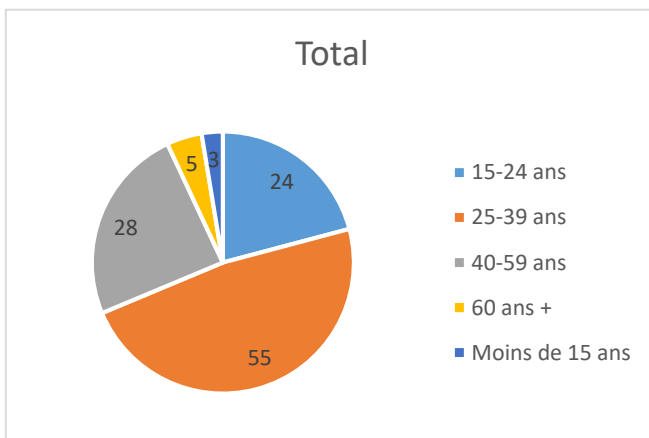


Figure 2. Répartition des répondants par tranches d'âge

La répartition par âge montre que 3 personnes (2,60 %) ont moins de 15 ans, 24 personnes (21 %) sont âgées de 15 à 24 ans, 55 personnes (environ 48 %) appartiennent à la tranche de 25 à 39 ans, 28 personnes (24 %) ont entre 40 et 59 ans, et 5 personnes (4 %) ont 60 ans et plus. La proportion relativement élevée des jeunes et des jeunes adultes s'explique par leur plus grande disponibilité, une meilleure mobilité et une plus forte interaction avec les équipes de collecte sur le terrain. En revanche, le faible pourcentage des répondants de moins de 15 ans s'explique par l'absence de

politiques de sauvegarde de l'enfant dans le cadre du projet, ce qui a limité leur participation directe. Dans ces cas, les parents ont répondu au nom de leurs enfants, les trois enfants concernés ayant participé en présence de leurs parents, conformément aux principes de protection.

4.1.1.3 Répartition des répondants par groupe social

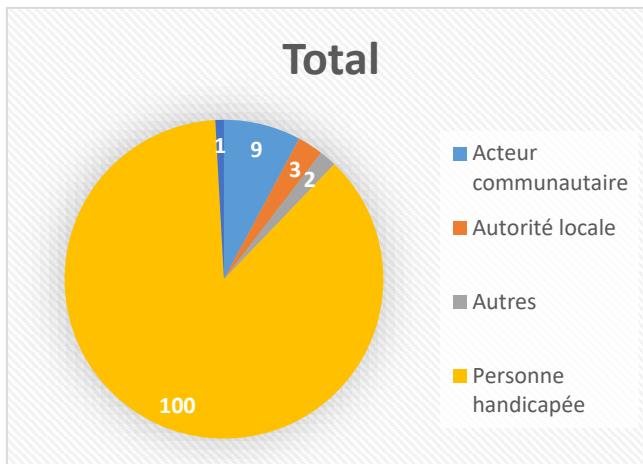


Figure 3. Répartition des répondants par groupe social

Sur les 115 répondants, 100 étaient des personnes handicapées, soit 87 % de l'échantillon. La proportion élevée de personnes handicapées s'explique par la situation observée sur le terrain, où certaines familles étaient dirigées par une personne handicapée ayant un ou plusieurs enfants handicapés et répondant à la fois en tant que parent et en tant que personne handicapée. Une personne était prestataire de santé (1 %), neuf étaient des acteurs communautaires (8 %), incluant des relais communautaires et des membres

d'autres organisations qui sont également parents de personnes handicapées. Trois répondants étaient des autorités locales (2 %), elles-mêmes parents de personnes handicapées, tandis que deux personnes (2 %) ont été classées dans la catégorie « autres », également des parents proches de personnes handicapées. Dans cette catégorie, il y avait un encadreur des personnes handicapées et un leader de la jeunesse de l'association des jeunes pour le développement intégral (AJDI) qui encadre les jeunes avec handicap intellectuel.

4.1.1.4 Répartition des répondants par zone et structure de santé

L'enquête a couvert les deux zones de santé de la ville, à savoir Goma et Karisimbi. La majorité des répondants proviennent de la zone de santé de Karisimbi, avec une forte concentration dans plusieurs aires de santé, notamment Mugunga 3. Cette situation s'explique par la concentration plus élevée des personnes handicapées dans la zone de santé de Karisimbi, où le coût de vie est relativement plus abordable. Outre les aires de santé communautaires, l'enquête a également concerné plusieurs structures sanitaires et organisations, notamment le Centre de santé Konde, le Centre de santé Bujovu, le Centre de santé Kalungu, des services de santé mentale, ainsi que des structures communautaires et associatives œuvrant pour la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées.

4.1.1.5 Répartition des répondants par niveau d'étude

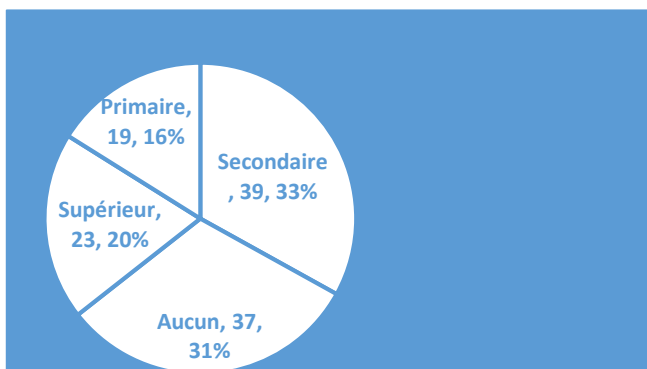


Figure 4. Catégorisation du niveau d'éducation des répondants

La répartition des répondants selon le niveau d'étude montre que 37 personnes (31 %) n'ont aucun niveau d'instruction, 19 personnes (16 %) ont un niveau primaire, 39 personnes (33 %) ont atteint le niveau secondaire et 23 personnes (20 %) disposent d'un niveau supérieur. Ainsi, près de 47 % des répondants ne possèdent pas de diplôme formel. Cette situation reflète le contexte socio-économique de la

ville de Goma, où les personnes handicapées font souvent face à des obstacles importants d'accès à l'éducation, tels que la pauvreté des ménages, le coût de la scolarité, l'inaccessibilité physique des établissements scolaires et la stigmatisation sociale. Malgré ces contraintes, la proportion non négligeable de répondants ayant atteint le niveau secondaire ou supérieur témoigne des efforts individuels et du soutien de certaines familles et organisations locales en faveur de l'inclusion scolaire.

4.1.1.6 Situation des répondants face au contexte de la guerre et analyse

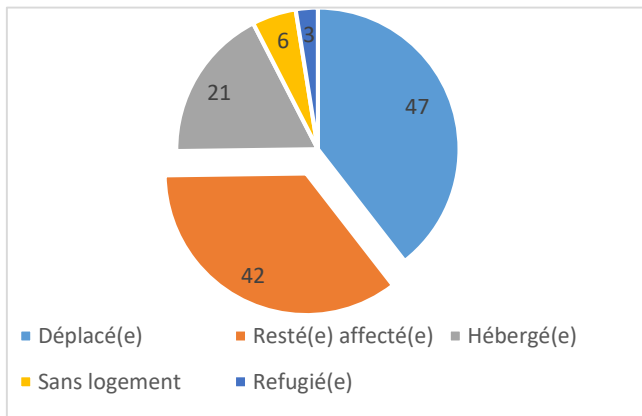


Figure 5. Situation sociale des répondants face à leur statut

Les résultats montrent que 47 répondants (40,87 %) sont des personnes déplacées par la guerre et n'ont pas encore pu regagner leur lieu d'origine pour diverses raisons liées à l'insécurité et aux conditions de vie. Par ailleurs, 42 personnes (36,52 %) sont restées dans leur milieu habituel mais se déclarent fortement affectées par le conflit, tant sur le plan mental, économique que social. En outre, 21 répondants (18,26 %) sont hébergés par des familles de bonne

volonté, illustrant des mécanismes de solidarité communautaire, bien que souvent précaires. Six personnes (5,22 %) ont indiqué être sans logement et passer la nuit sur des chantiers ou dans la rue, ce qui les expose à des risques accrus de vulnérabilité. Enfin, trois personnes (2,61 %) se sont déclarées réfugiées. Dans l'ensemble, ces données mettent en évidence l'impact profond et multidimensionnel du conflit armé sur les conditions de vie des répondants, en particulier sur les personnes handicapées.

4.1.1.7 Lieu de résidence des répondants

Les répondants de l'enquête résident majoritairement dans la ville de Goma, avec une concentration importante dans la commune de Karisimbi, en particulier dans le quartier de Mugunga. Plusieurs avenues de ce quartier sont concernées, notamment Développement, Rusayo, Kashaka, 17 Janvier, Hewa Bora et Lushagala. D'autres quartiers de Goma sont également représentés, tels que Mabanga Nord, Himbi, Katindo, Katoy Konde, Majengo, Bujovu et Lac Vert. Quelques répondants proviennent en dehors de la ville, notamment du territoire de Nyiragongo, de Lubero, ainsi qu'un cas de résidence à Mahama au Rwanda, tandis qu'une personne a déclaré être sans abri. Cette répartition géographique met en évidence une forte présence des répondants dans les zones périphériques de Goma, caractérisées par une accessibilité relative du logement et une concentration de populations vulnérables, notamment les personnes handicapées.

4.1.2 SECTION B : PERCEPTION DE LA SANTE MENTALE

4.1.2.1 Compréhension de la notion de santé mentale par les répondants

Les réponses recueillies révèlent une compréhension très variée et souvent confuse de la notion de santé mentale. Pour une large proportion des répondants, la santé mentale est principalement associée à l'insuffisance intellectuelle, à la perte d'intelligence, à l'incapacité de réfléchir, ou encore à des termes stigmatisant tels que la folie ou le retard mental. Cette perception traduit une forte assimilation entre la santé mentale, le handicap intellectuel et les maladies mentales graves.

Toutefois, certains répondants ont formulé des définitions plus complètes et davantage alignées sur les standards internationaux, évoquant le bien-être psychologique, émotionnel et social, la capacité à faire face aux défis de la vie et à contribuer à la société. D'autres réponses mettent l'accent sur les effets des traumatismes, du stress et des événements vécus, ce qui reflète le contexte local marqué par les conflits armés et l'insécurité.

Dans l'ensemble, ces résultats soulignent un besoin important de sensibilisation et d'éducation communautaire afin de promouvoir une compréhension plus juste, positive, inclusive et non stigmatisante de la santé mentale.

4.1.2.2 Perception de la vulnérabilité universelle aux troubles mentaux

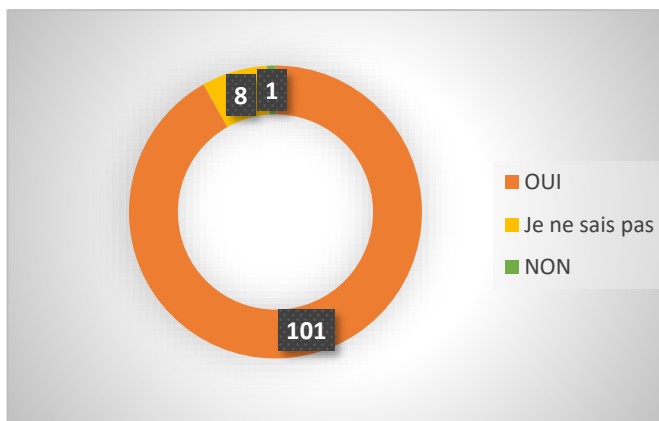


Figure 6. Perception des répondants sur la vulnérabilité universelle aux troubles mentaux

La grande majorité des répondants soit 101/115 reconnaissent que les troubles mentaux peuvent affecter toute personne, y compris celles ayant un autre handicap, ce qui témoigne d'une bonne conscience générale de la vulnérabilité universelle face à ces troubles. Seules quelques personnes restent incertaines ou sceptiques, reflétant peut-être un manque d'information ou des idées reçues sur la santé mentale. Cette prise de conscience est un point positif qui peut faciliter la

sensibilisation et la mise en place d'actions inclusives pour la prévention et la prise en charge des troubles mentaux, en particulier dans un contexte où les personnes handicapées peuvent être plus exposées à ces difficultés.

4.1.2.3 Connaissance des services de santé mentale dans la communauté

Les réponses montrent que plus de la moitié des répondants soit 59/115 connaissent l'existence de services de santé mentale dans leur communauté, ce qui indique une certaine visibilité de ces services. Toutefois, une proportion importante des répondants ne connaît pas ces services, ce qui reflète des lacunes en matière d'information et de sensibilisation. Ce constat souligne la nécessité d'améliorer la communication autour de l'offre existante, de renforcer l'accès à l'information et d'orienter davantage les personnes handicapées ainsi que leurs familles vers

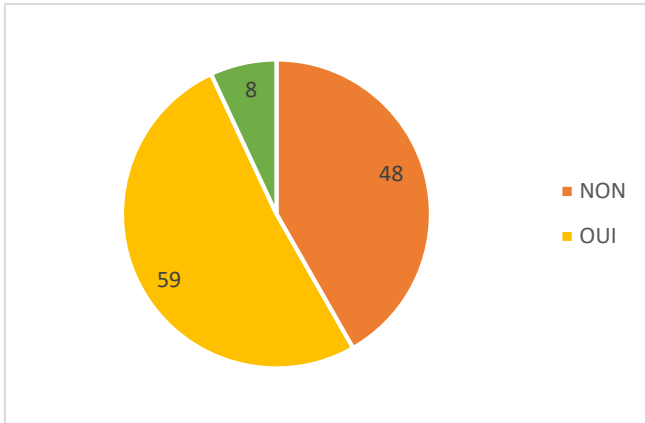


Figure 7. Connaissance des services de santé mentale par les répondants

ces services, afin de favoriser la prévention, le dépistage et la prise en charge des troubles mentaux.

4.1.2.4 Principales causes des troubles mentaux selon les répondants

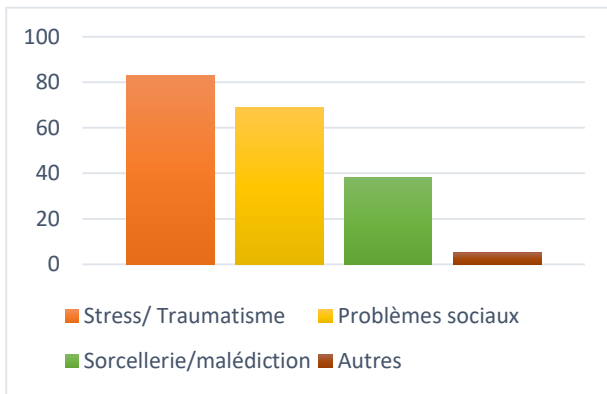


Figure 8. principales causes des troubles mentaux

Les réponses indiquent que les principales causes perçues des troubles mentaux sont le stress et les traumatismes, cités par une majorité des répondants, suivis des problèmes sociaux et des croyances liées à la sorcellerie ou aux malédictions. La catégorie « autres » a permis de mettre en évidence des causes supplémentaires, souvent liées à la guerre, aux catastrophes naturelles, à la pauvreté, aux déceptions, à l'alcoolisme, ainsi qu'à des déficits de

communication et de soutien social.

Ces résultats montrent que les troubles mentaux sont perçus comme résultant d'un ensemble de facteurs psychosociaux, environnementaux et culturels. L'analyse souligne l'importance de prendre en compte ces dimensions dans la conception de stratégies de prévention, de sensibilisation et de prise en charge adaptées au contexte local, en particulier dans les zones affectées par les conflits armés et la précarité économique selon les éléments d'analyse suivants :

1. **Prépondérance des facteurs psychosociaux liés au contexte** : La forte association entre troubles mentaux, stress, traumatismes et guerre traduit l'impact direct de l'insécurité chronique, des déplacements forcés et de la précarité sur la santé mentale des populations, en particulier des personnes handicapées.
2. **Persistence des croyances culturelles et stigmatisation** : La référence à la sorcellerie et aux malédictions révèle le poids des croyances traditionnelles dans l'interprétation des troubles mentaux, ce qui peut renforcer la stigmatisation et retarder le recours aux services de santé formels.
3. **Lien étroit entre vulnérabilité socio-économique et santé mentale** : Les mentions de la pauvreté, de l'alcoolisme et du manque de soutien social montrent que les troubles

mentaux sont perçus comme intimement liés aux conditions de vie et aux mécanismes de survie, plutôt qu'à des causes uniquement biomédicales.

4. **Implications programmatiques** : Ces perceptions plaident pour des approches intégrées combinant santé mentale, soutien psychosocial, moyens de subsistance, cohésion sociale et sensibilisation communautaire, afin de réduire les facteurs de risque et d'améliorer l'accès aux soins.

4.1.3 SECTION C : INFORMATIONS SPECIFIQUES POUR LES PERSONNES HANDICAPEES

4.1.3.1 Type de handicap

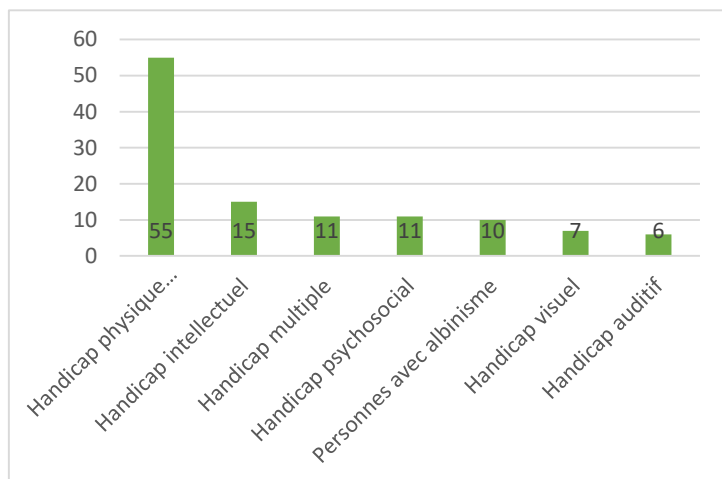


Figure 9. Types d'handicap des répondants

Les données de l'enquête menée à Goma montrent que les 115 répondants ont tous renseigné le type de handicap, avec une forte représentation du handicap physique (moteur) qui atteint 47,83 %, suivi du handicap intellectuel à 13,04 %, du handicap multiple et du handicap psychosocial avec chacun 9,57 %. Des personnes avec albinisme à 8,7 %, puis des handicaps visuel (6,09 %) et auditif (5,22 %) font parties toutes de handicap sensoriel. La cible initiale de 40 % de personnes

vivant avec un handicap intellectuel et psychosocial n'a pas été atteinte, la proportion observée s'établissant à environ 33 % après inclusion du handicap multiple. Cet écart reflète moins une limite méthodologique qu'un contexte social marqué par la stigmatisation du handicap intellectuel. Dans plusieurs familles, cette réalité demeure dissimulée, en particulier chez les enfants, ce qui complique leur repérage et limite leur participation aux activités de collecte de données.

4.1.3.2 Ancienneté du handicap chez les répondants

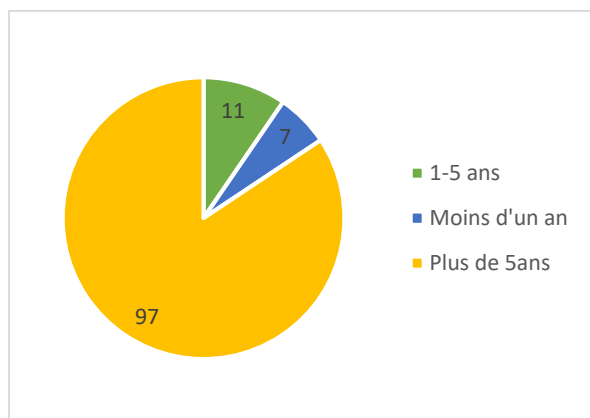


Figure 10. Nombre d'années vécues avec handicap pour les répondants

Les données indiquent que 84,35 % des répondants sont des personnes handicapées depuis plus de cinq ans, ce qui montre que le handicap constitue une réalité durable pour la majorité des participants à l'enquête. Une part plus limitée des répondants, soit 9,57 %, est composée de personnes handicapées depuis une période allant d'un à cinq ans, tandis que 6,09 % déclarent un handicap datant de moins d'un an. Cette répartition met en évidence une prédominance de personnes handicapées de longue date, probablement plus visibles et déjà intégrées dans les réseaux communautaires ou associatifs, tandis que les

personnes récemment devenues handicapées semblent moins représentées, ce qui peut traduire des difficultés d'identification, d'acceptation ou de participation aux enquêtes à un stade encore précoce de leur parcours.

4.1.3.3 L'accès au service de santé mentale

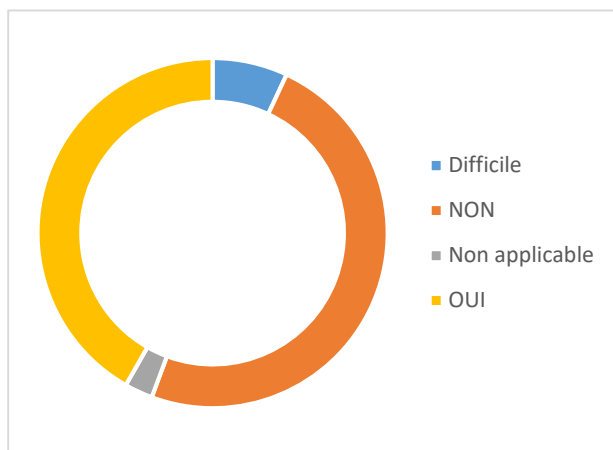


Figure 11. Accès aux services de santé mentale

Les résultats de l'enquête indiquent que l'accès aux services de santé mentale à Goma est relativement difficile d'accès (48% Non et 7% difficile). Cependant, pour la proportion accédant aux services c'est notamment grâce à la présence du centre neuropsychiatrique qui constitue une structure de référence dans la prise en charge des troubles mentaux et psychosociaux. Toutefois, près de la moitié des répondants, soit 48,7 %, estiment que l'accès n'a pas été facile et 6,96 % le jugent difficile, ce qui montre que, malgré

l'existence du centre, des obstacles persistent, notamment liés aux coûts, à la stigmatisation, à l'insuffisance des capacités d'accueil ou à l'éloignement pour certaines zones périphériques.

4.1.3.4 Accès facile au service de santé mentale

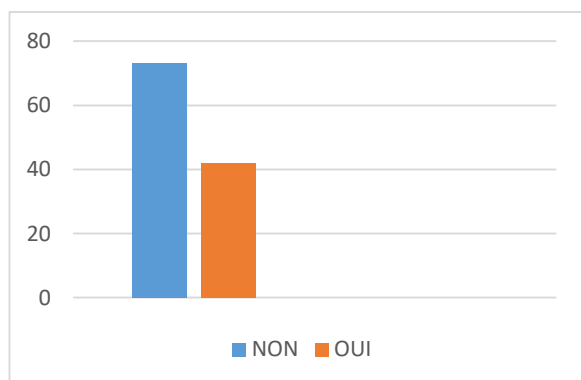


Figure 12. Facilité d'accès aux services de santé mentale

Les résultats relatifs à l'accessibilité effective des services de santé mentale montrent que, malgré l'existence de structures spécialisées à Goma, une majorité des personnes handicapées interrogées, soit 63,48 %, déclarent ne pas avoir pu y accéder facilement, ce qui met en évidence des difficultés persistantes au-delà de la simple disponibilité des services. Seuls 36,52 % des répondants affirment avoir accédé facilement à ces services, suggérant que l'accessibilité réelle reste limitée pour une part importante de la

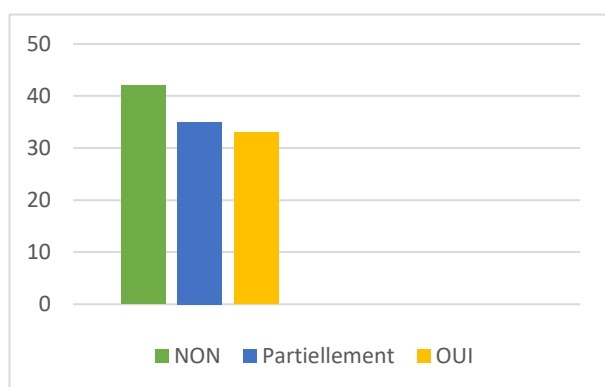
population cible. La faible proportion de réponses non applicables, représentant 2,61 %, indique que presque toutes les personnes handicapées ont été confrontées, directement ou indirectement, à la question de l'accès aux services de santé mentale. Ces résultats soulignent que l'accessibilité ne dépend pas uniquement de la présence des services, mais aussi de facteurs tels que les coûts, la mobilité, l'information, la stigmatisation et l'adaptation des structures aux besoins spécifiques des personnes handicapées.

4.1.3.5 Difficultés d'accès aux services de santé mentale pour les personnes handicapées à Goma

Parmi les 103 répondants ayant rencontré des obstacles, les principales difficultés concernent le manque d'information sur l'existence ou le fonctionnement des services, les contraintes

financières et la distance ou localisation des structures. D'autres freins incluent le transport difficile, l'inaccessibilité physique des infrastructures, le manque d'aménagements adaptés aux besoins liés au handicap, ainsi que la stigmatisation ou les attitudes négatives envers les personnes handicapées. Certains mentionnent également des barrières liées à la communication ou à l'adaptation des services à leurs besoins spécifiques. Ces résultats montrent que, malgré la présence du centre neuropsychiatrique à Goma, l'accès réel reste limité pour une partie importante des personnes handicapées en raison de facteurs multiples combinant aspects informationnels, financiers, physiques et sociaux. Cela souligne l'importance de renforcer la visibilité, l'adaptation et l'inclusivité des services pour garantir un accès effectif et équitable pour tous.

4.1.3.6 Accès aux services de santé mentale pour les personnes handicapées à Goma



L'examen des réponses montre que l'accès aux services de santé mentale reste limité pour de nombreuses personnes handicapées à Goma, malgré la présence du centre neuropsychiatrique. Les principaux obstacles identifiés sont le manque d'information sur l'existence et le fonctionnement des services, les contraintes financières et la distance ou localisation des structures, ce qui souligne que la simple disponibilité des services ne garantit pas leur accessibilité effective.

D'autres barrières importantes incluent le transport difficile, l'inaccessibilité physique des infrastructures, le manque d'aménagements raisonnables, les coûts de prestation très chère par rapport aux moyens disponibles ainsi que la stigmatisation ou les attitudes négatives envers les personnes handicapées. Ces résultats révèlent que l'accès aux soins dépend non seulement de l'existence de structures spécialisées, mais aussi de facteurs sociaux, économiques et environnementaux. Pour améliorer la situation, il est crucial de renforcer la sensibilisation, d'adapter les services aux besoins spécifiques et de réduire les barrières physiques et financières afin d'assurer un accès équitable pour toutes les personnes handicapées.

4.1.3.7 Accueil et discrimination envers les personnes handicapées à Goma

L'évaluation montre que 40 % des personnes handicapées interrogées déclarent avoir déjà été mal accueillies ou discriminées en raison de leur handicap, tandis que 60 % indiquent ne pas avoir vécu de telles situations. Parmi les personnes ayant subi des discriminations, les témoignages mettent en évidence des formes variées, notamment le mépris, la négligence dans

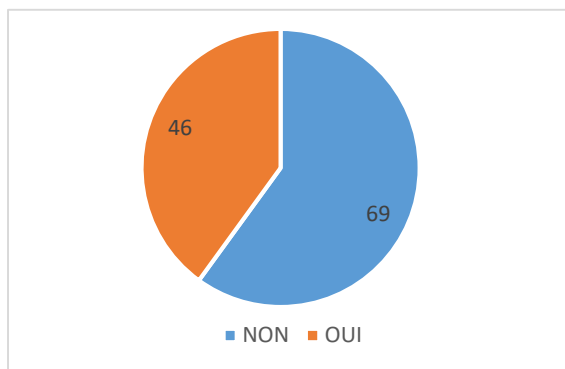


Figure 13. Nombre des répondants ayant connu la discrimination lors de l'accueil

les services de santé, le refus d'accès à certaines prestations, des attitudes stigmatisantes au sein de la communauté, ainsi qu'un manque de communication adaptée.

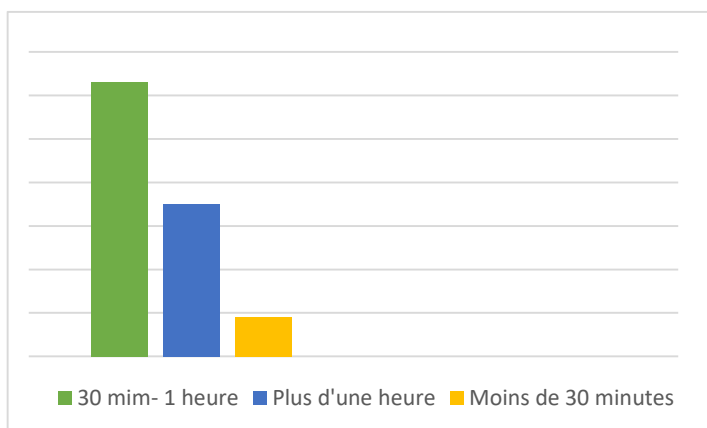
Certains répondants mentionnent également des difficultés liées à l'accès à l'emploi et à la reconnaissance de leurs diplômes, illustrant l'existence de barrières systémiques qui dépassent le seul cadre des relations sociales. Ces résultats indiquent que, malgré la présence de structures et de services à Goma, les personnes handicapées continuent de faire face à des

discriminations persistantes et à des obstacles sociaux et institutionnels, soulignant la nécessité de renforcer les efforts en matière d'inclusion et de respect des droits des personnes handicapées.

Conformément aux principes de l'International Disability Alliance (IDA), notamment l'approche fondée sur les droits humains et le principe « *Nothing About Us Without Us* », il serait préconisé que le bailleur appuie la mise en œuvre d'un programme de formation et de sensibilisation systématique à l'inclusion du handicap, co-conçu et co-animé avec les organisations de personnes handicapées (OPH). En ciblant en priorité le personnel des services de santé, de l'emploi et des administrations publiques, afin de lutter contre les discriminations, améliorer la qualité de l'accueil et de la communication.

4.1.4 SECTION D : ACCES ET DISPONIBILITE DES SERVICES

4.1.4.1 Proximité géographique des services de santé mentale pour les personnes handicapées à Goma



Les résultats montrent que pour une majorité des personnes handicapées interrogées, la structure la plus proche offrant des soins de santé mentale se situe à une distance relativement éloignée, puisque plus de la moitié des répondants déclarent mettre entre 30 minutes et une heure pour y accéder, et près d'un tiers indiquent une distance dépassant une heure. À l'inverse,

seule une faible proportion des répondants bénéficie d'une structure située à moins de 30 minutes de leur lieu de résidence, ce qui révèle une concentration limitée des services de santé mentale à proximité des communautés. Cette situation constitue un obstacle important à l'accès régulier aux soins, en particulier pour les personnes handicapées ayant des difficultés de mobilité ou des ressources financières limitées. Ces résultats suggèrent que la distance géographique reste un facteur majeur de limitation de l'accès aux services de santé mentale à

Goma et soulignent la nécessité de rapprocher les services des populations ou de renforcer les mécanismes de référence et de prise en charge communautaire.

4.1.4.2 *Disponibilité des services de santé mentale pour les personnes handicapées à Goma*

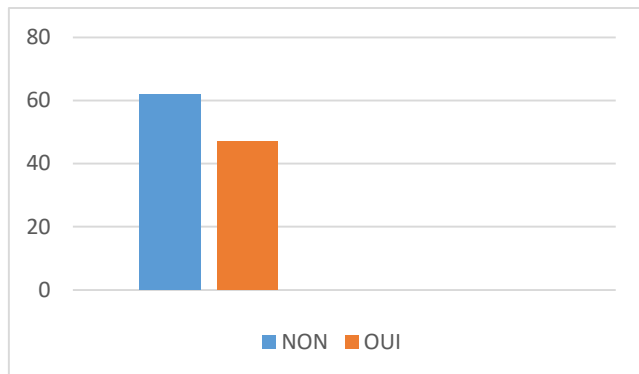


Figure 14. Disponibilité des services sociaux

Les résultats montrent que la disponibilité des services de santé mentale demeure insuffisante pour une majorité des personnes handicapées interrogées, puisque plus de la moitié des répondants indiquent que ces services ne sont pas disponibles au moment où ils en ont besoin. Une proportion moindre déclare que les services sont disponibles, ce qui met en évidence une irrégularité dans l'offre de

soins. Cette situation peut s'expliquer par des facteurs tels que l'insuffisance du personnel spécialisé, les horaires limités, la forte demande ou les contraintes logistiques des structures existantes. L'indisponibilité des services au moment opportun peut entraîner des retards de prise en charge, une aggravation des troubles et une perte de confiance envers le système de santé. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer la capacité des services de santé mentale et d'améliorer leur organisation afin de garantir une disponibilité plus constante et adaptée aux besoins des personnes handicapées.

4.1.4.3 *Accessibilité financière aux soins de santé mentale pour les personnes handicapées à Goma*

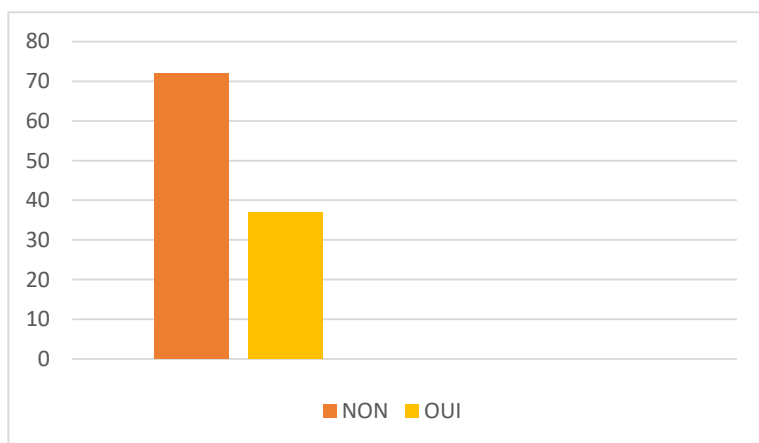


Figure 15. Accessibilité financière des répondants

Les résultats indiquent que les coûts des soins de santé mentale constituent un obstacle majeur pour la majorité des personnes handicapées interrogées, puisque plus de six répondants sur dix estiment que ces soins ne sont pas financièrement abordables. Une proportion plus faible considère les soins comme accessibles sur le plan financier, ce qui révèle de fortes inégalités face à la prise en charge. Cette situation peut être liée à la pauvreté des ménages, à

l'absence de mécanismes de prise en charge ou de subvention, ainsi qu'au coût des consultations, des médicaments et du transport.

Le caractère peu abordable des soins peut conduire à un renoncement aux services, à des interruptions de suivi et à une aggravation des troubles de santé mentale. Afin de répondre à

cette situation, il est recommandé de mettre en place un mécanisme de prise en charge financière ciblée des soins de santé mentale pour les personnes handicapées, comprenant la gratuité ou la subvention des consultations et des médicaments essentiels, ainsi que l'appui au transport vers les structures de soins. Ce mécanisme, mis en œuvre en partenariat avec les structures de santé locales et les organisations de personnes handicapées, permettrait de réduire les barrières économiques, d'améliorer l'adhésion aux soins et de prévenir l'aggravation des troubles de santé mentale.

4.1.4.4 *Formation des prestataires de santé à l'accueil des personnes handicapées à Goma*

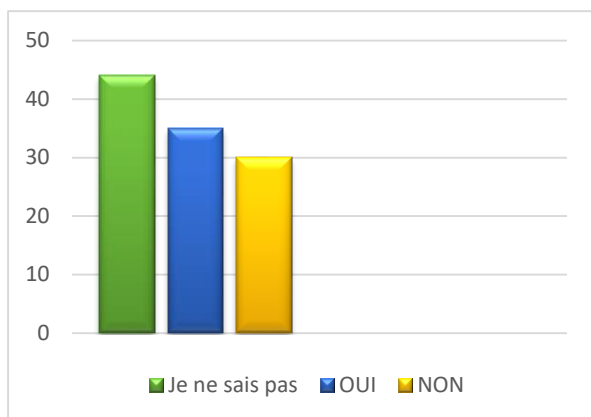


Figure 16. Perception des répondants sur la formation des prestataires

Les résultats montrent une perception mitigée concernant la formation des prestataires de santé à l'accueil des personnes handicapées. Une proportion importante des répondants déclare ne pas savoir si les prestataires sont formés, ce qui peut traduire un manque d'absence de communication claire sur les pratiques d'accueil et de suivi. Par ailleurs, une part similaire des répondants estime que les prestataires sont formés, tandis qu'un nombre significatif considère qu'ils ne le sont pas, révélant des expériences contrastées

selon les structures et les contextes de soins. Cette situation suggère que la formation en matière de handicap et d'inclusion n'est pas systématique ou suffisamment homogène. Elle peut expliquer certaines difficultés d'accueil, de communication ou de prise en charge rapportées par les personnes handicapées, et souligne la nécessité de renforcer et de rendre plus visibles les formations des prestataires afin d'améliorer la qualité et l'inclusivité des services de santé mentale à Goma.

4.1.4.5 *Besoin et disponibilité de l'accompagnement pour l'accès aux soins de santé mentale à Goma*

La majorité des personnes handicapées interrogées expriment un besoin d'accompagnement pour accéder aux soins de santé mentale, notamment pour les déplacements, la communication ou l'orientation au sein des services, ce qui met en évidence des limitations importantes liées au handicap.

Toutefois, la majorité des personnes ayant besoin d'un accompagnement déclarent ne pas y avoir accès, ce qui compromet l'effectivité de leur droit aux soins. La faible proportion de répondants bénéficiant d'un soutien adéquat met en lumière l'insuffisance des dispositifs d'accompagnement existants.

Cette situation révèle que, au-delà de la disponibilité des services de santé mentale, l'absence d'accompagnement adapté empêche de nombreuses personnes handicapées d'en bénéficier pleinement, ce qui appelle à la mise en place de dispositifs d'appui spécifiques afin de garantir un accès équitable et inclusif aux soins à Goma.

4.1.5 SECTION E : IMPACT MENTAL DE LA GUERRE

4.1.5.1 *Impact de la guerre sur le bien-être mental et émotionnel des personnes handicapées à Goma*

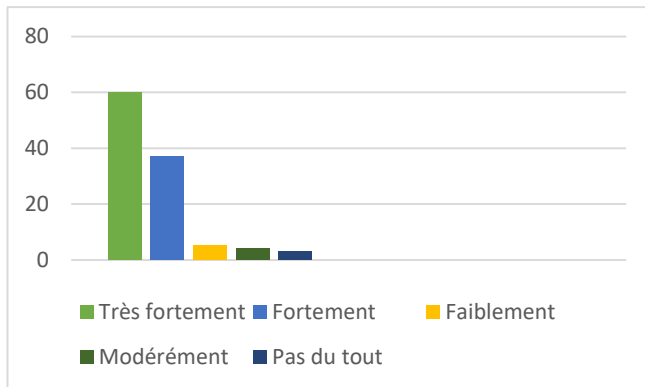


Figure 17. *Impact de la guerre sur les répondants*

Les résultats montrent que la guerre a eu un impact majeur sur le bien-être mental et émotionnel des personnes handicapées interrogées. Plus de la moitié des répondants, soit 52,17 %, déclarent avoir été très fortement affectés, tandis que 32,17 % indiquent avoir été fortement touchés, ce qui signifie que plus de huit personnes sur dix ont subi un impact psychologique sévère. En revanche, seules de faibles proportions rapportent un

impact modéré (3,48 %) ou faible (4,35 %), et une minorité très réduite, soit 2,61 %, affirme ne pas avoir été affectée du tout. Cette répartition met en évidence la vulnérabilité accrue des personnes handicapées face aux effets de la guerre, notamment en raison de l'insécurité, des déplacements, de la perte de moyens de subsistance et de l'accès limité aux services de soutien psychosocial. Ces résultats soulignent l'urgence de renforcer les interventions en santé mentale et le soutien psychosocial adaptés aux besoins spécifiques des personnes handicapées dans un contexte de conflit.

4.1.5.2 *Effets psychologiques et émotionnels ressentis par les personnes handicapées dans le contexte de guerre à Goma*

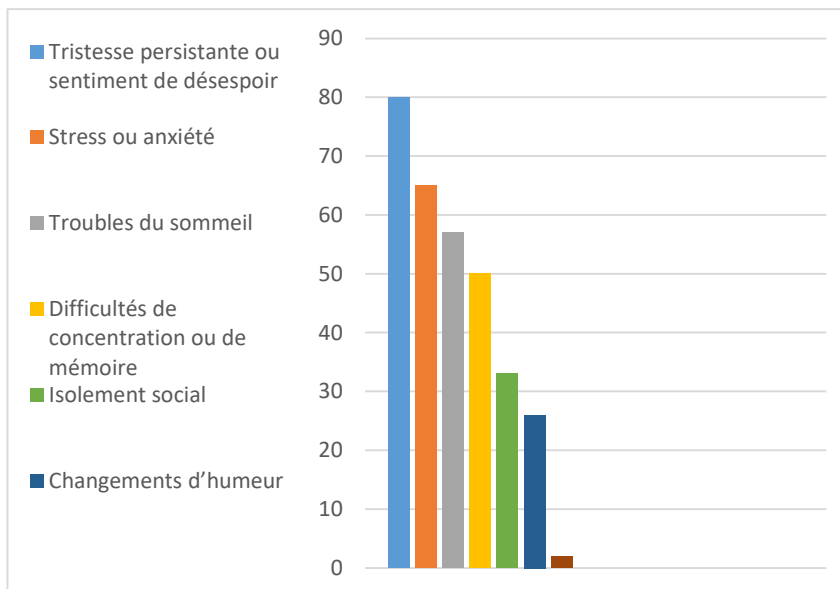


Figure 18. *Effets psychologiques ressentis par les répondants*

La guerre a engendré une diversité d'effets négatifs sur le bien-être mental et émotionnel des personnes handicapées interrogées. Les effets les plus fréquemment mentionnés concernent la tristesse persistante et le sentiment de désespoir, le stress et l'anxiété, ainsi que les troubles du sommeil, traduisant une souffrance psychologique profonde et durable.

De nombreux répondants signalent également des difficultés de concentration ou de mémoire, une peur constante liée à l'insécurité et un isolement social accru, révélant l'impact de conflit sur le fonctionnement quotidien et les relations sociales. Les changements d'humeur sont aussi évoqués, indiquant une instabilité émotionnelle liée au contexte d'insécurité.

Les réponses ouvertes font ressortir des expériences particulièrement traumatisantes telles que la séparation familiale, la perte brutale de proches, la discrimination et le vol.

Dans l'ensemble, ces résultats mettent en évidence l'ampleur et la complexité des effets psychologiques de la guerre sur les personnes handicapées et soulignent la nécessité d'un soutien psychosocial renforcé et adapté à leurs réalités.

4.1.5.3 Accès au soutien psychosocial et aux services de santé mentale pour les personnes handicapées à Goma

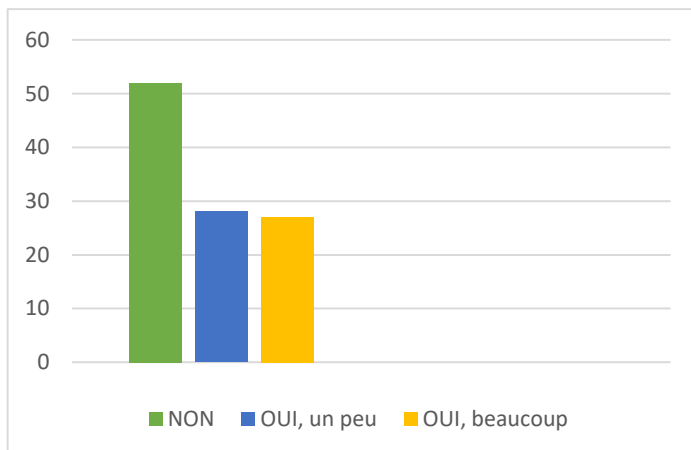


Figure 19. Accès au soutien psychologique par les répondants

Les résultats montrent que l'accès au soutien psychosocial et aux services de santé mentale demeure insuffisant pour une part importante des personnes handicapées interrogées. En effet, 45,22 % des répondants déclarent ne pas avoir pu accéder à ces services malgré le besoin exprimé, ce qui révèle une lacune majeure dans la prise en charge. Par ailleurs, 24,35 % indiquent y avoir accédé seulement de manière limitée, tandis que 23,48 % estiment avoir bénéficié d'un soutien satisfaisant.

Ces données mettent en évidence que, même lorsque les services existent, leur accessibilité et leur capacité de réponse restent inégales. La proportion élevée de personnes n'ayant pas reçu de soutien ou n'y ayant eu accès que partiellement souligne l'urgence de renforcer l'offre, la couverture et l'adaptation des services de santé mentale et de soutien psychosocial afin de répondre de manière plus efficace aux besoins des personnes handicapées à Goma, particulièrement dans un contexte marqué par la guerre.

4.1.5.4 Ruptures rencontrées par les personnes handicapées dans le contexte de crise à Goma

Les résultats indiquent que les personnes handicapées interrogées font face à plusieurs formes de ruptures ayant un impact direct sur leur bien-être et leur prise en charge. La rupture du soutien familial est la plus fréquemment rapportée, touchant près de la moitié des répondants, ce qui traduit une fragilisation des liens de solidarité, souvent accentuée par la guerre, les déplacements et la précarité économique. Les ruptures liées à l'accès aux soins sont également importantes, montrant des difficultés à atteindre ou à maintenir le contact avec les services de santé. Par ailleurs, les interruptions de traitement, bien que moins fréquentes, restent préoccupantes car elles peuvent entraîner une aggravation de l'état de santé mentale et physique. Dans l'ensemble, ces résultats soulignent que les ruptures ne sont pas uniquement médicales, mais aussi sociales et familiales, et qu'elles nécessitent des réponses intégrées

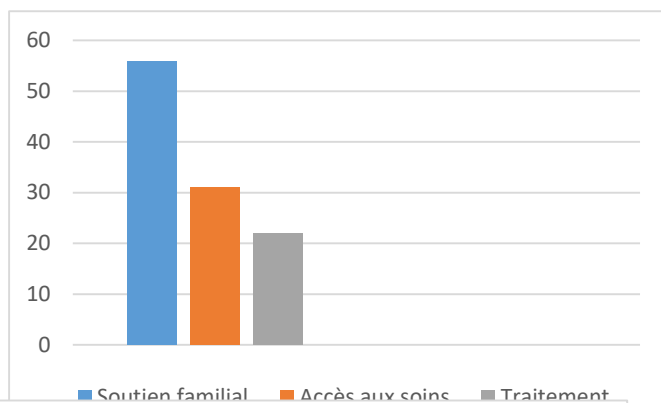


Figure 20. Facteurs sociaux de ruptures rencontrées par les personnes handicapées

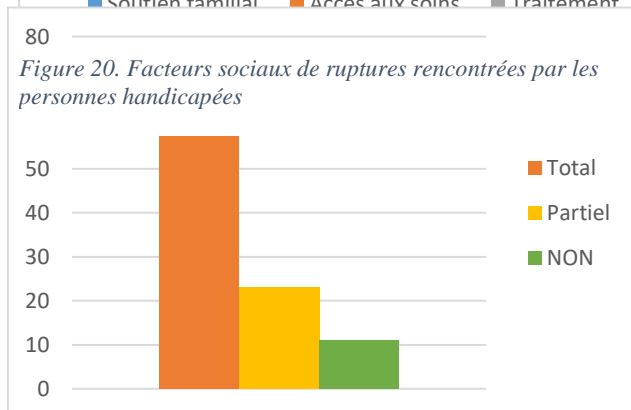


Figure 21. Proportion des répondants ayant perdu leurs revenus

combinant soutien psychosocial, continuité des soins et renforcement des mécanismes communautaires de protection des personnes handicapées.

4.1.6 SECTION F : SITUATION ECONOMIQUE

4.1.6.1 Perte de revenus

Sur les 115 personnes enquêtées, 108 ont répondu à la question relative à la perte de revenus, tandis que 7 n'ont fourni aucune réponse. Les résultats révèlent que la majorité des répondants, soit 64,35 % (74 personnes), ont subi une perte totale de leurs revenus, traduisant un impact économique très important sur la population étudiée. En outre, 20 % des répondants (23 personnes) déclarent une perte partielle de revenus, indiquant une fragilisation des moyens de subsistance,

même lorsque certaines sources de revenus subsistent. En revanche, seuls 9,57 % (11 personnes) affirment n'avoir connu aucune perte de revenus. Globalement, ces résultats montrent que près de 85 % des répondants ont été affectés par une perte totale ou partielle de revenus, ce qui met en évidence une forte vulnérabilité économique et la nécessité de mesures de soutien adaptées.

4.1.6.2 Source actuelle de revenus

Sur les 115 personnes enquêtées, 107 ont répondu à la question relative à leur source actuelle de revenus, tandis que 8 réponses étaient manquantes. L'analyse met en évidence une absence marquée de sources de revenus stables au sein de la population étudiée. Une proportion importante soit 93% des répondants déclare ne disposer d'aucun revenu, à travers des réponses faisant état d'inactivité, de chômage ou d'absence totale de moyens financiers.

D'autres répondants indiquent dépendre principalement de l'appui familial, notamment des parents, du conjoint ou d'autres membres de la famille, ce qui traduit un recours important aux mécanismes de solidarité informelle. Une proportion plus limitée exerce de petites activités génératrices de revenus, telles que le petit commerce, la vente de produits alimentaires, l'artisanat ou certains services. Toutefois, ces activités restent précaires et génèrent des revenus faibles, insuffisants pour couvrir les besoins essentiels.

Ces résultats mettent en évidence une situation de forte précarité économique et soulignent la nécessité de renforcer l'accès des personnes handicapées à des sources de revenus durables, inclusives et adaptées à leurs capacités.

4.1.6.3 *Impact économique sur la santé mentale*

Sur les 115 personnes enquêtées, 105 ont répondu à la question relative à l'impact économique sur la santé mentale, ce qui permet d'identifier une tendance claire et préoccupante. Les réponses montrent que les difficultés économiques affectent profondément l'équilibre psychologique des personnes interrogées, principalement à travers le manque de moyens financiers, la pauvreté et l'incapacité à subvenir aux besoins essentiels. De nombreux répondants évoquent un stress constant, une inquiétude permanente liée à la survie familiale, une perte de motivation au travail, ainsi qu'un sentiment d'instabilité émotionnelle et sociale. L'insuffisance de ressources limite également l'accès aux soins de santé, renforçant l'angoisse et la détresse psychologique. Certaines réponses font état d'isolement, de traumatismes liés aux pertes économiques et aux conflits, ainsi que d'une dégradation générale de la qualité de vie. L'ensemble de ces éléments met en évidence un lien direct entre précarité économique et souffrance mentale, soulignant l'urgence d'intégrer un soutien psychosocial et économique dans toute réponse visant à améliorer les conditions de vie des populations affectées.

4.1.6.4 *Effet économique sur l'accès aux soins*

Sur les 115 personnes enquêtées, 100 ont répondu à la question portant sur l'effet économique sur l'accès aux soins, tandis que 15 n'ont pas fourni de réponse. Les résultats indiquent que les difficultés financières constituent un obstacle majeur à l'accès aux services de santé. La majorité des réponses évoque le manque d'argent, l'insuffisance des moyens financiers et le coût élevé des soins, entraînant un accès limité, irrégulier, voire inexistant aux soins de qualité. Plusieurs répondants signalent un renoncement aux soins, faute de ressources, ainsi qu'une dépendance accrue à la famille, elle-même en situation de précarité. Les coûts indirects, tels que le transport et les besoins spécifiques liés au handicap, aggravent davantage cette situation. Cette réalité met en évidence un lien étroit entre pauvreté et accès restreint aux soins, soulignant la nécessité de mécanismes de soutien financier, de protection sociale et de réduction des coûts afin de garantir un accès équitable aux soins de santé.

4.1.7 SECTION G : STIGMATISATION ET PROTECTION

4.1.7.1 *Personnes handicapées ayant subi des Violences, abus et humiliations*

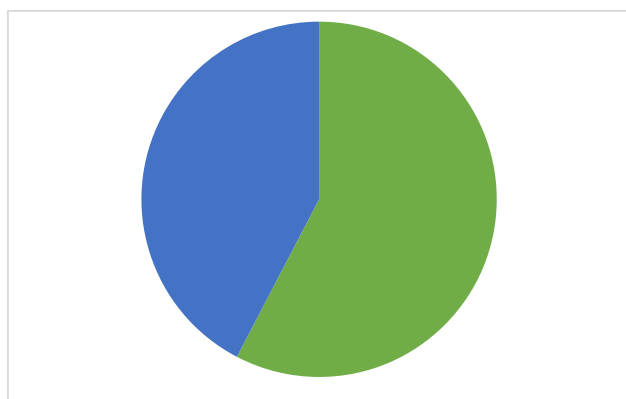


Figure 22. Proportion des personnes handicapées ayant subies des violences

Sur les 115 personnes enquêtées, 111 ont répondu à la question, dont 40,87 % (47 personnes) déclarent avoir subi des violences, abus ou humiliations, contre 55,65 % (64 personnes) qui n'en ont pas fait l'expérience. Parmi les 47 personnes concernées, les réactions face à ces situations révèlent une forte vulnérabilité : plus de la moitié indiquent n'avoir rien fait, exprimant résignation, silence ou acceptation contrainte, souvent liée au

manque de considération sociale et de soutien. D'autres mentionnent des réactions émotionnelles marquées, telles que l'isolement, les pleurs, la perte de confiance ou une grande détresse psychologique. Quelques répondants rapportent avoir cherché un appui auprès d'associations ou engagé des actions de sensibilisation communautaire, mais ces initiatives restent marginales. Ces résultats montrent que les violences subies sont fréquemment tues et peu prises en charge, soulignant l'urgence de renforcer la protection, l'accompagnement psychosocial et les mécanismes de signalement accessibles et sécurisés.

4.1.7.2 Perception communautaire du handicap psychosocial

Sur les 115 personnes enquêtées, 82 ont répondu à cette question, tandis que 33 n'ont pas fourni de données. Les réponses montrent que la perception du handicap psychosocial au sein de la communauté est majoritairement négative. Seuls 12 répondants (10,43 %) estiment que ce handicap est bien perçu, tandis qu'une part significative évoque la discrimination (9 personnes, 7,83 %) et la négligence (7 personnes, 6,09 %). De nombreuses réponses illustrent le rejet, le manque de considération, la marginalisation et la stigmatisation, certaines associant même le handicap à la folie ou à des malédictions. Quelques personnes mentionnent un soutien limité grâce aux organisations locales, mais ces cas restent rares. Ces résultats révèlent que les personnes présentant un handicap psychosocial sont fréquemment exclues ou mal comprises, soulignant l'urgence de campagnes de sensibilisation, d'éducation communautaire et de mesures de soutien pour réduire la stigmatisation et favoriser l'inclusion sociale.

4.1.8 SECTION H : BESOINS PRIORITAIRES

4.1.8.1 Besoins prioritaires des personnes enquêtées

Les 115 répondants ont exprimé leurs besoins les plus urgents, révélant une combinaison de besoins financiers, matériels et psychosociaux. Une part importante cite l'argent ou le soutien économique pour la survie quotidienne ou le développement de petites activités génératrices de revenus, reflétant la précarité économique. Plusieurs répondants mentionnent également l'accès aux soins de santé, notamment psychologiques, et l'accompagnement psychosocial pour faire face aux traumatismes et à l'exclusion. D'autres besoins concernent la nourriture, l'éducation, le renforcement des compétences professionnelles et la mise en place de structures locales d'encadrement et de suivi. Ces réponses soulignent que les besoins sont à la fois matériels et sociaux, nécessitant des interventions intégrées qui combinent assistance financière, santé mentale et inclusion communautaire pour améliorer durablement la qualité de vie et l'autonomie des personnes concernées.

4.1.8.2 Propositions et recommandations pour l'amélioration de l'accompagnement des personnes handicapées et l'accès équitable aux soins de santé mentale

L'enquête menée auprès de 115 personnes a révélé des besoins multidimensionnels concernant l'accompagnement des personnes handicapées. Les répondants ont formulé diverses propositions visant à améliorer leur qualité de vie et à garantir un accès équitable aux soins de santé mentale.

Une partie des propositions souligne l'importance d'une meilleure prise en charge médicale et psychosociale, avec des structures adaptées et accessibles, des équipes formées et des médicaments disponibles. La sensibilisation de la communauté, l'inclusion sociale et la lutte contre la stigmatisation sont également considérées comme des priorités. Plusieurs répondants ont insisté sur le soutien économique et la création d'activités génératrices de revenus pour réduire la précarité et le stress. D'autres ont mis en avant la nécessité d'identifier précisément les bénéficiaires, de développer la formation professionnelle et de faciliter l'accès aux soins de proximité.

Ces propositions montrent clairement que les besoins des personnes handicapées sont interdépendants et nécessitent une approche intégrée, mêlant santé, inclusion, soutien psychosocial et autonomie économique.

4.1.8.3 *Recommandations prioritaires pour améliorer l'accès équitable aux soins de santé mentale*

À partir de l'analyse des réponses, cinq recommandations principales émergent :

1. Développer des structures de santé mentale de proximité pour faciliter l'accès physique et géographique aux soins ;
2. Assurer une prise en charge financière adaptée, gratuite ou proportionnelle aux revenus des familles, afin d'éviter l'exclusion des patients vulnérables ;
3. Renforcer la sensibilisation et l'inclusion communautaire pour réduire la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes handicapées ;
4. Former le personnel de santé et les leaders communautaires pour garantir une identification fiable des patients et une prise en charge adaptée à chaque situation ;
5. Mettre en place des initiatives économiques et des occupations adaptées pour favoriser l'autonomie des personnes handicapées et réduire la dépendance financière.

4.1.9 Conclusion

L'accès équitable aux soins de santé mentale pour les personnes handicapées nécessite une action coordonnée et globale, combinant infrastructures adaptées, soutien économique, sensibilisation et formation. La mise en œuvre de ces mesures permettra non seulement de répondre aux besoins immédiats en santé mentale, mais également de promouvoir l'inclusion sociale et le bien-être durable des personnes handicapées.

4.2II ème PARTIE : FOCUS GROUP

4.2.1 Accès équitable à la santé mentale pour les personnes handicapées à Goma

4.2.1.1 Contexte

Ce rapport présente les résultats d'une série de focus groups menés sur une période de cinq jours dans le cadre du projet de l'ODDPH portant sur la santé mentale des personnes handicapées à Goma. L'activité s'inscrit dans une approche fondée sur les droits humains et vise à documenter de manière participative les besoins, obstacles et solutions liés à l'accès à des services de santé mentale inclusifs.

Conçues pour nourrir l'élaboration d'un module de formation destiné aux prestataires de santé, les discussions n'ont pas inclus ces derniers lors de la phase finale. Toutefois, les résultats intègrent une analyse de leurs rôles indirects, en reconnaissant leur position à la fois comme

membres de la communauté (parents ou proches) et comme acteurs centraux du système de santé. Objectifs du focus group

4.2.2 Objectif général

Contribuer à l'accès équitable à la santé mentale pour les personnes handicapées à Goma en recueillant, à travers une approche qualitative participative, les expériences vécues, perceptions, vulnérabilités et priorités des personnes handicapées et de leurs familles, dans un contexte marqué par la guerre et l'instabilité.

4.2.3 Objectifs spécifiques

- Documenter les expériences vécues par les personnes handicapées et leur proche face aux impacts psychosociaux du conflit armé et des conditions de vie précaires ;
- Analyser la perception communautaire de la santé mentale, du bien-être psychologique et de la détresse en période de guerre ;
- Identifier les obstacles et facilitateurs liés à l'accès aux services de santé mentale, y compris la connaissance, le recours et l'expérience des services existants ;
- Mettre en évidence les formes de vulnérabilité spécifiques liées au genre, au type de handicap et au rôle d'accompagnant familial ;
- Recueillir des solutions, recommandations et priorités exprimées par les participants afin d'orienter le plaidoyer, la programmation du projet et l'élaboration d'un module de formation destiné aux prestataires de santé.

4.2.4 Positionnement du focus group dans l'étude globale

Le focus group constitue la deuxième phase qualitative d'une étude mixte, faisant suite à une enquête quantitative individuelle menée auprès de personnes handicapées et de membres de leurs familles à Goma. Alors que l'étude quantitative a permis d'identifier des tendances générales liées à la santé mentale, à l'accès aux services et aux vulnérabilités en contexte de conflit, les focus groups ont eu pour rôle d'approfondir et de contextualiser ces résultats.

Cette phase qualitative visait à donner une voix directe aux personnes concernées, à comprendre le sens derrière les données chiffrées et à explorer en profondeur les expériences vécues pendant la période de guerre. Elle a également permis d'identifier des priorités et solutions concrètes issues des communautés elles-mêmes. L'articulation des données quantitatives et qualitatives permet ainsi une triangulation méthodologique renforçant la crédibilité des résultats et leur utilité pour le plaidoyer et la formation des prestataires de santé.

4.2.5 Méthodologie

4.2.5.1 *Design de l'étude*

Cette phase qualitative repose sur l'organisation de focus groups communautaires participatifs, menés comme deuxième phase d'une étude mixte (quantitative puis qualitative). L'approche visait à approfondir les résultats de l'enquête quantitative individuelle à travers une compréhension fine des expériences vécues, perceptions et priorités des personnes handicapées et de leurs familles.

4.2.5.2 *Nombre, lieux et organisation des focus groups*

Au total, dix (10) focus groups réunissant chacun 12 participants ont été organisés dans différentes organisations communautaires et espaces inclusifs de la ville de Goma, afin de favoriser une participation large, diversifiée et sécurisée.

- Deux (2) focus groups ont été organisés au bureau de l'ODDPH ;
- Deux (2) focus groups au bureau de l'Union des Aveugles pour la Survie et le Développement ;
- Deux (2) focus groups au bureau du CPVDI ;
- Quatre (4) focus groups à l'École La Bénédiction, réunissant les membres de l'organisation OPHIT.

Les focus groups ont été organisés sur une période de cinq jours consécutifs.

4.2.5.3 Participants

L'ensemble des focus groups a réuni un total de 115 participants, comprenant à la fois des personnes handicapées et des membres de leurs familles ou accompagnants.

- Personnes handicapées : 60 participants
- Membres des familles / accompagnants : 55 participants

4.2.5.4 Répartition par genre

- Femmes : 90 participantes
- Hommes : 25 participants

Les groupes comprenaient un nombre variable de participants selon les sites, en moyenne compris entre 10 et 15 personnes par focus group.

4.2.5.5 Profils et types de handicap

Les focus groups ont inclus des personnes vivant avec différents types de handicap (moteur, visuel, auditif, psychosocial, intellectuel), ainsi que leurs proches, afin de refléter la diversité des situations et des vulnérabilités vécues au sein des communautés.

4.2.5.6 Langue et facilitation

Les discussions ont été menées principalement en langue locale qui est le swahili, avec l'utilisation d'un langage simple et accessible. Lorsque ce fut nécessaire, des adaptations de communication ont été mises en place afin de garantir la participation effective de tous les participants.

4.2.5.7 Considérations éthiques

La participation aux focus groups reposait sur le consentement libre et éclairé. Les principes de respect, de la non-discrimination et de liberté d'expression ont été systématiquement rappelés. Les participants pouvaient se retirer à tout moment sans conséquence.

4.2.6 Résultats principaux

4.2.6.1 Santé mentale des personnes handicapées à Goma en contexte de guerre

1° Un quotidien dominé par la précarité, l'insécurité et la perte de dignité

Les focus groups révèlent que le quotidien des personnes handicapées à Goma est marqué par une précarité extrême, aggravée par la guerre et l'effondrement des mécanismes de protection sociale et judiciaire. Le manque de travail, l'insécurité alimentaire et l'absence de moyens de subsistance constituent des sources permanentes de stress et d'angoisse.

De nombreux participants ont rapporté des cas de spoliation de terrains et de biens immobiliers. En l'absence d'un système judiciaire fonctionnel, la « **loi du plus fort** » prévaut, exposant particulièrement les personnes handicapées à des pratiques d'extorsion, de menaces et d'intimidation de la part de certains cadres de groupes armés et des nouveaux occupants de la

ville. Cette situation renforce un sentiment d'impuissance, de peur constante et d'injustice profonde, avec des impacts directs sur le bien-être mental.

Avant et pendant l'intensification du conflit, les personnes handicapées ont été victimes de pillages, de bombardements et de destructions de leurs habitations. Pour les personnes déplacées, les abris installés dans les camps ont également été détruits, entraînant des déplacements répétés, la perte de tous les biens et une rupture totale des repères sociaux et psychologiques.

2° Déscolarisation, violences familiales et rupture des liens sociaux

La perte des ressources économiques et du logement a conduit de nombreuses familles à retirer leurs enfants de l'école. Les raisons évoquées incluent l'impossibilité de payer les frais scolaires, l'insécurité sur les trajets et le harcèlement subi par les enfants, en particulier les enfants handicapés.

Les discussions ont mis en évidence une désintégration préoccupante des mécanismes de protection familiale. Certains membres de familles sont identifiés comme auteurs de violences, d'exploitation économique et de vols à l'encontre des personnes handicapées. Les personnes handicapées âgées sont particulièrement vulnérables : plusieurs cas d'abandon, de négligence, d'accusations de sorcellerie et d'exposition aux vols ont été rapportés.

Ces violences intrafamiliales et communautaires contribuent à un isolement social accru, à une perte de confiance et à une détresse psychologique profonde.

3° Vulnérabilités spécifiques des femmes et des filles

Les femmes et les filles apparaissent comme les plus gravement affectées par la situation. Dans plusieurs quartiers, notamment Ndosho et Mugunga, les participants ont signalé de nombreux cas de violences sexuelles survenus avant et pendant la guerre, touchant aussi bien des femmes handicapées que non handicapées.

Les jeunes filles issues de familles de personnes handicapées, contraintes de chercher de quoi nourrir leurs proches, sont exposées à des grossesses non désirées, aux infections sexuellement transmissibles et à des avortements clandestins. Ces situations génèrent une charge psychologique supplémentaire pour les parents handicapés, déjà fragilisés par leur propre vécu. Certaines femmes victimes de violences sexuelles ont rapporté avoir été abandonnées par leurs conjoints, se retrouvant seules avec l'ensemble des responsabilités familiales, sans soutien émotionnel, social ou économique.

4° Accumulation de traumatismes et détresse psychologique sévère

L'analyse des discussions met en évidence des parcours de vie marqués par une accumulation de traumatismes successifs. Certains témoignages illustrent une exposition répétée à des événements extrêmes : catastrophes naturelles, déplacements forcés, perte de proches, assassinats, violences sexuelles, destruction de logements et pauvreté chronique.

Ces trajectoires cumulatives ont des effets dévastateurs sur la santé mentale. Plusieurs femmes handicapées âgées ont exprimé une perte totale du goût de vivre, certaines évoquant des idées suicidaires récurrentes. Ces situations ont parfois été connues uniquement grâce à l'intervention ponctuelle de voisins, révélant l'absence de mécanismes formels de soutien.

Les personnes âgées handicapées ont également évoqué des traumatismes anciens, parfois depuis l'enfance, déclarant n'avoir jamais connu de périodes prolongées de paix ou de bien-

être, de bonheur et de joie. La guerre actuelle réactive et aggrave des blessures psychologiques anciennes, entraînant une détresse chronique.

5°. Silence, stigmatisation et absence de prise en charge psychosociale

Un élément transversal ressort fortement : le silence autour de la souffrance mentale. La stigmatisation liée à la santé mentale, aux violences sexuelles et au handicap empêche de nombreuses personnes, en particulier les femmes, de s'exprimer ou de chercher de l'aide.

Les focus groups indiquent que les espaces d'écoute et de soutien psychosocial sont largement inconnus, inexistantes ou inaccessibles pour les personnes handicapées. Cette absence de services adaptés renforce l'isolement, la normalisation de la souffrance et le risque de détérioration sévère de la santé mentale.

Les résultats montrent que la santé mentale des personnes handicapées à Goma est profondément affectée par une combinaison de facteurs structurels : guerre, pauvreté, violences, discrimination, effondrement des services et absence de protection. La souffrance psychologique n'est ni isolée ni ponctuelle, mais chronique, cumulative et largement invisible. Cette réalité souligne l'urgence de développer des réponses de santé mentale inclusives, accessibles et sensibles au genre, au handicap et au contexte de conflit.

4.2.6.2 Accès, connaissance et recours aux services de santé mentale

1°. Faible connaissance des services de santé mentale

Les focus groups révèlent une **méconnaissance généralisée des services de santé mentale** au sein des communautés, en particulier parmi les personnes handicapées et leurs familles pourtant ces services existent car nous les avons identifiées auprès de certaines structures sanitaires proche. La majorité des participants ne savent pas identifier clairement où se trouvent les services de santé mentale, quels types de soins existent, ni à qui s'adresser en cas de détresse psychologique.

Pour plusieurs participants, la santé mentale est perçue comme un problème secondaire par rapport aux besoins immédiats de survie (nourriture, logement, sécurité). Cette hiérarchisation des besoins, dans un contexte de guerre et de pauvreté extrême, contribue à reléguer la souffrance psychologique au second plan, même lorsqu'elle est sévère.

Les espaces d'écoute, lorsqu'ils existent, sont peu visibles, mal connus ou considérés comme réservés à d'autres catégories de personnes. Certaines femmes ont indiqué n'avoir jamais entendu parler d'un service où elles pourraient parler de leur souffrance en toute sécurité.

2°. Faible recours aux services malgré une détresse élevée

Malgré une détresse psychologique importante, le **recours effectif aux services de santé mentale reste très limité**. Peu de participants ont déclaré avoir consulté un professionnel de santé pour des problèmes liés au stress, au traumatisme, à la dépression ou aux idées suicidaires. Lorsqu'un recours existe, il se fait souvent de manière informelle :

- Auprès de leaders religieux,
- De voisins,
- De membres de la famille,
- Ou par le silence et l'endurance personnelle.

Les personnes handicapées âgées et les femmes victimes de violences sexuelles sont particulièrement concernées par ce non-recours, préférant se taire plutôt que d'affronter la stigmatisation ou l'incompréhension.

3°. Obstacles majeurs à l'accès aux soins de santé mentale

Les discussions ont permis d'identifier plusieurs barrières structurelles, sociales et institutionnelles à l'accès aux soins de santé mentale :

a) Barrières économiques

Le coût réel ou perçu des soins constitue un obstacle majeur. Les participants ont indiqué ne pas disposer des moyens financiers nécessaires pour payer les consultations, les médicaments ou le transport vers les structures de santé. Pour de nombreuses familles, consulter pour la santé mentale est considéré comme un « luxe » inaccessible.

b) Barrières physiques et géographiques

L'accessibilité physique des structures de santé est limitée, en particulier pour les personnes handicapées à mobilité réduite ou vivant dans des zones éloignées ou insécurisées. Les déplacements sont rendus difficiles par l'insécurité, le manque de transport adapté et la peur des violences.

c) Barrières sociales et culturelles

La stigmatisation liée à la santé mentale reste très forte. Plusieurs participants ont indiqué que parler de souffrance psychologique est perçu comme un signe de faiblesse, de folie ou de malédiction. Cette perception décourage la recherche d'aide, en particulier chez les femmes et les personnes âgées.

Les violences sexuelles sont entourées d'un silence encore plus profond, renforcé par la honte, la peur du rejet et l'absence de confidentialité perçue dans les services.

d) Barrières institutionnelles et liées aux pratiques de soins

Les participants ont exprimé une **méfiance vis-à-vis des structures de santé**, liée à des expériences antérieures de mauvais accueil, de discrimination ou de manque de respect. Certaines personnes handicapées ont rapporté ne pas être écoutées, être mal comprises ou infantilées lors de leurs contacts avec les services de santé.

Le manque de compétences spécifiques des prestataires en matière de handicap et de santé mentale a été évoqué comme un frein important, renforçant le sentiment que les services existants ne sont ni adaptés ni inclusifs.

4°. Absence de services inclusifs et adaptés aux personnes handicapées

Les focus groups mettent en évidence un **déficit criant de services inclusifs de santé mentale**. Les participants ont souligné l'absence :

- De communication adaptée (langage simple, écoute active),
- De prise en compte des différents types de handicap,
- De dispositifs spécifiques pour les femmes, les personnes âgées et les victimes de violences.

Cette absence d'adaptation renforce l'exclusion des personnes handicapées du système de santé mentale et contribue à la chronicisation de la souffrance psychologique.

5°. Attentes exprimées vis-à-vis des services de santé

Malgré les obstacles, les participants ont exprimé des attentes claires :

- Des services de santé mentale proches des communautés ;
- Des espaces d'écoute sécurisés et confidentiels ;
- Des prestataires respectueux, formés et sensibles au handicap ;
- Une prise en charge psychosociale gratuite ou à cout abordable ;
- Une meilleure information sur les services existants.

Ces attentes traduisent une **demande réelle mais non satisfaite** de soins de santé mentale adaptés aux réalités des personnes handicapées en contexte de conflit.

L'analyse montre un décalage important entre le niveau élevé de détresse psychologique observé chez les personnes handicapées et leurs familles, et le faible recours aux services de santé mentale. Ce décalage s'explique par une combinaison de barrières économiques, physiques, sociales et institutionnelles. L'absence de services inclusifs et la stigmatisation persistante contribuent à maintenir la souffrance psychologique dans le silence, soulignant l'urgence de renforcer l'accès équitable à la santé mentale pour les personnes handicapées à Goma.

4.2.7 Solutions et priorités exprimées par les participants

4.2.7.1 Besoin urgent de services de santé mentale de proximité

Les participants ont unanimement souligné la nécessité de mettre en place des services de santé mentale **proches des communautés**, accessibles aux personnes handicapées et à leurs familles. Les structures centralisées et éloignées sont perçues comme inaccessibles en raison de l'insécurité, du coût du transport et des limitations fonctionnelles liées au handicap.

Les participants ont exprimé le besoin d'espaces d'écoute communautaires où ils pourraient parler librement de leur souffrance psychologique, sans jugement ni stigmatisation. Ces espaces sont considérés comme une première porte d'entrée essentielle vers la prise en charge psychosociale.

4.2.7.2 Renforcement des compétences et des attitudes des prestataires de santé

Une priorité majeure exprimée concerne la **formation des prestataires de santé**. Les participants ont insisté sur la nécessité de prestataires capables :

- D'écouter avec respect et empathie ;
- De comprendre les réalités spécifiques du handicap ;
- De reconnaître les effets du conflit armé sur la santé mentale ;
- D'adopter des pratiques non discriminatoires.

Les participants ont souligné que l'attitude des prestataires est parfois aussi importante que la disponibilité des services. Un accueil respectueux et une communication adaptée sont perçus comme des conditions indispensables pour encourager le recours aux soins.

4.2.7.3 Intégration de la santé mentale dans les services de santé existants

Les participants ont recommandé que la santé mentale soit intégrée dans les services de santé de base, afin de réduire la stigmatisation et de faciliter l'accès. Cette intégration permettrait aux personnes handicapées de recevoir un soutien psychosocial dans des structures qu'elles fréquentent déjà, sans avoir à se rendre dans des services spécialisés perçus comme angoissants ou stigmatisant.

Ils ont également suggéré le développement de mécanismes de référence clairs entre les services communautaires, les structures de santé et les organisations de personnes handicapées.

4.2.7.4 Soutien psychosocial spécifique pour les femmes, les personnes âgées et les victimes de violences

Les focus groups ont mis en évidence la nécessité de dispositifs spécifiques pour les groupes les plus vulnérables :

- Femmes et filles victimes de violences sexuelles ;
- Personnes handicapées âgées ;
- Les femmes et filles handicapées ;
- Veuves, femmes seules et personnes déplacées.

Les participants ont recommandé la création de groupes de parole sécurisés, animés par des personnes formées, ainsi qu'un accompagnement psychosocial à long terme pour les personnes ayant vécu des traumatismes multiples.

4.2.7.5 Renforcement de l'information et de la sensibilisation communautaire

Les participants ont exprimé le besoin d'actions de sensibilisation pour :

- Améliorer la compréhension de la santé mentale au sein des communautés ;
- Réduire la stigmatisation associée à la détresse psychologique ;
- Informer sur les services disponibles, circuit de référencement et les voies de recours.

Ils ont insisté sur l'importance d'utiliser des canaux accessibles et adaptés (langues locales, messages simples, relais communautaires) afin d'atteindre les personnes handicapées et leurs familles.

4.2.7.6 Lutte contre la violence, l'exploitation et les abus

Au-delà des services de santé, les participants ont souligné que l'amélioration de la santé mentale passe par une meilleure protection contre les violences partout y compris au sein des familles, l'exploitation économique et les abus,

Ils ont recommandé :

- Le renforcement des mécanismes communautaires de protection ;
- La collaboration avec les leaders locaux et les organisations de personnes handicapées ;
- La mise en place de systèmes d'alerte et d'orientation pour les cas de violences graves.

4.2.7.7 Participation active des personnes handicapées à la conception des réponses

Les participants ont insisté sur la nécessité d'impliquer directement les personnes handicapées et leurs organisations dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions en santé mentale.

Ils considèrent que leur expérience vécue constitue une expertise indispensable pour développer des services réellement inclusifs, adaptés et respectueux de leur dignité.

Les solutions et priorités exprimées par les participants convergent vers une approche globale et inclusive de la santé mentale, combinant proximité des services, renforcement des compétences des prestataires, protection contre les violences et participation active des personnes handicapées. Ces recommandations soulignent l'urgence de passer d'une réponse fragmentée à une stratégie coordonnée, centrée sur les droits, la dignité et les réalités vécues des personnes handicapées à Goma.

4.2.8 Analyse transversale

Analyse des résultats selon les dimensions :

- Individuelle
- Sociale
- Institutionnelle
- Environnementale
- Droits humains

Tableau 1. Analyse transversale multidimensionnelle des résultats

Dimension	Constats	Implications / Actions
Individuelle	<ul style="list-style-type: none"> - Traumatismes multiples : bombardements, pillages, déplacements, violences sexuelles, pertes de proches ; - Santé mentale gravement affectée : stress, dépression, idées suicidaires, peur, culpabilité - Vulnérabilités spécifiques : femmes, filles, personnes âgées, personnes handicapées avec traumatismes antérieurs - Stratégies individuelles limitées : endurance, recours aux voisins/famille, silence. 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des interventions psychosociales ciblées et adaptées aux traumatismes multiples ; - Créer des espaces sécurisés pour l'expression et le soutien psychologique ; - Soutien individualisé pour les femmes, filles et personnes âgées.
Sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Désintégration familiale : abandon, enfants déscolarisés, exploitation économique ; - Violences communautaires et stigmatisation : injures, marginalisation, accusations de sorcellerie ; - Rôle des genres : femmes et filles plus affectées ; - Isolement social des personnes handicapées et leurs familles 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les réseaux de soutien communautaires et familiaux ; - Sensibiliser la communauté pour réduire la stigmatisation ; - Créer des groupes de parole et soutien collectif pour vulnérables
Institutionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Services de santé mentale insuffisants, méconnus et inaccessibles ; - Barrières institutionnelles : discrimination, attitude 	<ul style="list-style-type: none"> - Former et sensibiliser les prestataires sur handicap et santé mentale ; - Créer des protocoles de référence et intégrer santé

Dimension	Constats	Implications / Actions
	négative des prestataires, manque de formation ; - Absence de coordination et protocoles de référence ; - Protection sociale défaillante : justice inaccessible, incapacité à protéger.	mentale dans services de base ; - Renforcer la protection institutionnelle pour les personnes vulnérables.
Environnementale	- Conflit et instabilité : pillages, bombardements, déplacements forcés, destruction d'habitations ; - Inaccessibilité des services : insécurité, manque de transport adapté ; - Conditions de vie précaires : famine, logement détruit, déscolarisation ; - Catastrophes naturelles aggravant la vulnérabilité.	- Développer des services de proximité et mobiles ; - Combiner assistance matérielle et soutien psychosocial ; - Adapter les interventions au contexte de conflit et déplacement
Droits humains	- Violations : droit à la vie, à la sécurité, à la santé, à l'éducation ; - Discrimination et marginalisation des personnes handicapées ; - Absence de mécanismes de recours ; - Participation insuffisante dans conception des services	- Garantir l'accès effectif aux droits fondamentaux ; - Impliquer les personnes handicapées dans conception et mise en œuvre des programmes ; - Plaidoyer pour services inclusifs, accessibles et respectueux des droits humains.

Cette analyse met en évidence les interactions entre handicap, conditions de vie et santé mentale.

4.3 Recommandations issues des participants

4.3.1 À l'attention des services de santé

1. Renforcement des compétences des prestataires

- Former les professionnels de santé à la santé mentale en contexte de guerre, au handicap et aux traumatismes cumulés ;
- Développer des attitudes respectueuses, inclusives et sensibles au genre et au handicap ;
- Former les prestataires à l'accueil des victimes de violences sexuelles et de traumatismes multiples.

2. Accessibilité et proximité des services

- Créer des services de santé mentale de proximité dans les quartiers et camps de déplacés ;
- Développer des dispositifs mobiles pour atteindre les personnes isolées ou à mobilité réduite ;
- Assurer la gratuité ou une réduction de coût pour avoir accès à la consultation et aux médicaments.

3. Intégration de la santé mentale

- Intégrer la prise en charge psychosociale dans les services de santé de base pour réduire la stigmatisation ;
- Mettre en place des mécanismes de référence clairs entre services communautaires, structures de santé et organisations de personnes handicapées.

4. Création d'espaces d'écoute et de suivi

- Établir des groupes de parole et espaces d'écoute adaptés aux besoins des femmes, enfants et personnes âgées ;
- Garantir confidentialité, sécurité et participation active des bénéficiaires dans le suivi.

4.3.2 À l'attention des autorités locales

1. Renforcement de la protection et de la justice

- Garantir la protection des personnes handicapées contre les violences, les spoliations et les abus ;
- Mettre en place des mécanismes de suivi et de signalement des cas de violations, en collaboration avec la police et les leaders locaux.

2. Sécurité et infrastructures

- Améliorer la sécurité dans les quartiers, camps et lieux publics fréquentés par les personnes vulnérables ;
- Restaurer et sécuriser les terrains, logements et infrastructures détruits pendant la guerre.

3. Sensibilisation et lutte contre la stigmatisation

- Promouvoir des campagnes de sensibilisation sur la santé mentale et le handicap ;
- Encourager l'inclusion sociale et la reconnaissance des droits des personnes handicapées dans toutes les politiques locales.

4. Soutien aux programmes communautaires

- Faciliter la mise en place de projets d'insertion sociale, économique et éducative pour les personnes handicapées ;
- Encourager la participation active des communautés et organisations locales dans la conception et le suivi des services.

4.3.3 À l'attention des organisations de personnes handicapées

1. Plaidoyer et représentation

- Renforcer la capacité des organisations à défendre les droits et besoins des personnes handicapées ;

- Participer activement à la conception, mise en œuvre et évaluation des programmes de santé mentale.
2. **Soutien psychosocial et éducation communautaire**
- Créer des groupes de soutien et d'écoute pour partager les expériences et stratégies d'adaptation ;
 - Conduire des sessions d'information et de sensibilisation sur la santé mentale dans les communautés.
3. **Renforcement des capacités et partenariats**
- Former les membres des organisations et celles des OPH à la gestion des services psychosociaux et à la sensibilisation communautaire ;
 - Collaborer avec les services de santé et autorités locales pour faciliter l'accès des personnes handicapées aux soins et services adaptés.
 - Plaider auprès des autorités sanitaires pour l'installation des services de santé mentale de proximité pour les rapprocher des ménages
4. **Inclusion et mobilisation**
- Encourager la participation des femmes, filles et personnes âgées, par types de handicapés, y compris les hommes dans la planification et le suivi des activités ;
 - Développer des programmes de soutien économique et social pour réduire la vulnérabilité des familles.

Les recommandations des participants montrent que la réponse aux besoins en santé mentale des personnes handicapées à Goma doit être **globale et multisectorielle**. Elles combinent :

- **Approche individuelle** : soutien psychosocial, espaces d'écoute et suivi.
- **Approche sociale** : inclusion communautaire, lutte contre la stigmatisation et soutien familial, accompagnement social.
- **Approche institutionnelle** : formation des prestataires, intégration des services dans les structures et mécanismes de protection.
- **Approche environnementale et sécuritaire** : proximité des services, infrastructures sécurisées et accessibles.
- **Approche droits humains** : respect des lois, accès aux soins, participation active et protection contre les abus.

4.4 Limites de l'étude

- Absence de consultation directe des prestataires lors de la dernière phase
- Taille et composition des groupes
- Contexte sécuritaire et temporel

5. Conclusion

Le focus group réalisé à Goma met en lumière la vulnérabilité extrême des personnes handicapées et de leurs familles, exacerbée par la guerre, l'insécurité, la pauvreté et l'absence de protection sociale et judiciaire. Les expériences vécues et les témoignages recueillis révèlent une détresse psychologique sévère, des traumatismes multiples et une marginalisation sociale persistante, affectant particulièrement les femmes, les filles et les personnes âgées.

Les résultats montrent également un accès limité aux services de santé mentale, en raison de barrières économiques, physiques, sociales et institutionnelles, ainsi que de la stigmatisation.

Les participants ont identifié des besoins prioritaires : *des services de proximité, accessibles, inclusifs et adaptés aux différents types de handicap, des prestataires formés et empathiques, des espaces d'écoute sécurisés, et la protection des droits fondamentaux.*

Ce focus group constitue une **source précieuse d'information pour l'action**, offrant :

- Une compréhension approfondie des expériences vécues et des vulnérabilités individuelles, familiales et communautaires ;
- Des indications ²claires des obstacles à l'accès aux soins et les lacunes des services existants ;
- Des recommandations concrètes pour améliorer les réponses psychosociales et sanitaires, renforcer la protection et intégrer les droits humains dans les programmes.

5.1 LECTURE DES RÉSULTATS À LA LUMIÈRE DU CONTEXTE ET DES DYNAMIQUES LOCALES

La présente section propose une lecture transversale des résultats de l'étude en tenant compte du contexte local et des dynamiques sociales et économiques qui caractérisent la ville de Goma. Elle vise à mettre en évidence les facteurs contextuels susceptibles d'influencer la réception et l'interprétation des résultats de l'étude, ainsi que les conditions dans lesquelles les actions futures devront être envisagées.

Les analyses précédentes montrent que les personnes interrogées évoluent dans un environnement marqué par une forte précarité économique, un chômage élevé, des déplacements répétés et des expériences de violence liées au conflit armé. Ces réalités affectent l'ensemble des communautés et constituent un terreau de frustrations, de tensions latentes et d'attentes importantes vis-à-vis des acteurs humanitaires et de développement.

Dans ce contexte, la participation à l'étude a suscité des attentes chez certains participants, notamment parmi les personnes handicapées et leurs familles, qui perçoivent l'enquête comme une opportunité potentielle d'amélioration de leurs conditions de vie ou d'accès à des services. L'absence de réponses immédiates ou visibles à ces attentes pourrait être interprétée de manière négative et générer des sentiments de déception ou de méfiance, susceptibles d'affecter la relation entre les communautés et les organisations impliquées.

Par ailleurs, les résultats mettent en évidence une diversité de vulnérabilités au sein des communautés, liées non seulement au handicap, mais également au genre, à la situation de déplacement, aux pertes économiques et aux expériences de violences. Une attention insuffisante à cette diversité pourrait renforcer des perceptions d'injustice ou d'exclusion, en particulier si certaines catégories de personnes sont perçues comme priorisées au détriment d'autres groupes également affectés par le contexte de crise.

Les dynamiques de genre constituent également un élément central à considérer. Les femmes et les filles, en particulier celles vivant avec un handicap, sont exposées à des risques spécifiques liés aux violences, à la stigmatisation et à la dépendance économique. Dans le même temps, la perte de moyens de subsistance et de rôles sociaux chez de nombreux hommes contribue à

fragiliser les équilibres familiaux et communautaires, avec des répercussions possibles sur la cohésion sociale.

Enfin, les résultats soulignent la nécessité d'une communication claire, et responsable autour des objectifs, des limites, une observation intelligente des attitudes des personnes rencontrées et des suites possibles de l'étude. Une telle communication apparaît essentielle pour gérer les attentes, prévenir les malentendus et éviter que l'étude ne contribue involontairement à renforcer les tensions existantes.

6. IMPLICATIONS PROGRAMMATIQUES ET ORIENTATIONS DU PROJET

Cette section présente les principales implications programmatiques découlant des résultats de l'étude et de leur lecture à la lumière du contexte local. Elle vise à préciser comment les constats issus de l'enquête et des groupes de discussion orienteront concrètement la mise en œuvre du projet, en identifiant les thématiques prioritaires en matière de sensibilisation, de formation et de plaidoyer.

6.1 Orientations en matière de sensibilisation

Les résultats de l'étude montrent que la santé mentale demeure entourée des perceptions négatives et de stigmatisation, tant au niveau des communautés que des familles. Ces perceptions contribuent au silence autour de la souffrance mentale et limitent le recours aux services existants, en particulier pour les personnes handicapées vivant avec un handicap psychosocial.

Les actions de sensibilisation du projet devront viser à améliorer la compréhension de la santé mentale comme une composante essentielle du bien-être, en tenant compte des réalités vécues dans un contexte de crise prolongée. Une attention particulière devra être accordée à la diffusion d'informations claires et accessibles sur la santé mentale, la réduction des préjugés et la promotion de messages inclusifs, afin de favoriser l'acceptation sociale et le soutien communautaire.

Les activités de sensibilisation devront également être conçues de manière à gérer les attentes des communautés, en communiquant de façon transparente sur les objectifs et les limites du projet, afin d'éviter toute incompréhension ou frustration.

6.2 Orientations en matière de formation et de renforcement des capacités

L'analyse met en évidence des besoins importants en matière de renforcement des capacités des acteurs intervenant dans le domaine de la santé mentale. Les prestataires de santé, les acteurs communautaires et les organisations de personnes handicapées expriment un besoin de formation spécifique sur la prise en charge de la santé mentale, l'inclusion du handicap et l'adoption d'approches adaptées au contexte local.

Le projet devra ainsi prioriser le renforcement des compétences des prestataires de santé afin d'améliorer la qualité de l'accueil, la prise en charge et l'orientation des personnes handicapées

vers des services appropriés. Les formations devront également contribuer à réduire les attitudes stigmatisantes et à renforcer les capacités d'écoute et d'accompagnement psychosocial.

Le renforcement des capacités des responsables communautaires apparaît également essentiel pour soutenir les actions de sensibilisation, faciliter l'identification des situations de détresse et améliorer les mécanismes de référence au niveau local.

6.3 Orientations en matière de plaidoyer

Les résultats de l'étude soulignent la nécessité de renforcer le plaidoyer en faveur de services de santé mentale accessibles, inclusifs et adaptés aux besoins des personnes handicapées. Le projet devra soutenir des actions de plaidoyer visant à promouvoir une meilleure prise en compte de la santé mentale et du handicap dans les politiques locales et les services existants. Les priorités de plaidoyer devront notamment porter sur l'amélioration de l'accessibilité des services, la disponibilité de ressources humaines formées et la reconnaissance du rôle des organisations de personnes handicapées dans la conception et la mise en œuvre des interventions en santé mentale. Une attention particulière devra être accordée à la coordination avec les acteurs institutionnels et communautaires afin de favoriser des réponses cohérentes et durables.

6.4 Approche transversale et principes de mise en œuvre

L'ensemble des orientations programmatiques devra être mis en œuvre dans une approche transversale intégrant le genre, le handicap et le contexte local. Les activités du projet devront veiller à être inclusives, équitables et adaptées aux réalités des communautés, tout en prenant en compte les risques liés aux attentes élevées et aux vulnérabilités multiples identifiées dans l'étude.

6.5 RECOMMANDATIONS GENERALES

- Renforcer l'accessibilité des services de santé mentale à Goma en intégrant systématiquement les besoins spécifiques des personnes handicapées, notamment en matière d'accessibilité physique, communicationnelle et informationnelle ;
- Former et sensibiliser les prestataires de soins de santé mentale aux approches inclusives, au respect de la dignité, du consentement éclairé et des droits des personnes handicapées, avec une attention particulière aux handicaps psychosociaux et intellectuels ;
- Lutter contre la stigmatisation et les discriminations liées au handicap et à la santé mentale à travers des actions communautaires de sensibilisation impliquant les leaders locaux, les familles et les organisations de personnes handicapées ;
- Impliquer de manière significative les personnes handicapées et leurs organisations représentatives dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de santé mentale, en reconnaissant leur expertise vécue ;
- Développer et institutionnaliser des mécanismes de collecte régulière de données désagrégées sur le handicap et la santé mentale afin d'éclairer les politiques publiques et les interventions des acteurs humanitaires et sanitaires ;

- Accorder une attention particulière aux jeunes de moins de 35 ans, majoritaires parmi les participants, en développant des approches de santé mentale adaptées à leurs réalités et à leur contexte de vie.

7. CONCLUSION GENERALE

Cette étude, menée à travers une approche méthodologique mixte combinant une enquête quantitative et des focus groups qualitatifs, met en évidence les multiples obstacles auxquels font face les personnes handicapées dans l'accès aux services de santé mentale à Goma. Les résultats révèlent une forte exposition des participants, majoritairement jeunes, à des facteurs de vulnérabilité psychosociale liés à l'insécurité, à la pauvreté, à la stigmatisation et à l'inadaptation des services existants. Au-delà des lacunes structurelles et institutionnelles, l'étude souligne l'importance du rôle des familles, des attitudes des prestataires et de l'environnement communautaire dans les parcours de soins et le bien-être mental des personnes handicapées. Les données collectées confirment la nécessité de renforcer des approches inclusives, participatives et fondées sur les droits humains, tout en reconnaissant l'expertise vécue des personnes handicapées. Ce rapport constitue ainsi une base factuelle essentielle pour orienter les actions futures de l'ODDPH, appuyer le plaidoyer auprès des autorités sanitaires locales et contribuer à l'amélioration durable de l'accès équitable à la santé mentale pour les personnes handicapées à Goma.

Bibliographie

- Harwell MR. 2011. Research design in qualitative, quantitative and mixed methods. Pages 147–182 *Opportunities and Challenges in Designing and Conducting Inquiry*, University of Minnesota. Sage Publications, New York.
- Masadeh MA. 2012. Focus group : reviews and practices. *International Journal of Applied Science and Technology* **2**:63–68.
- Puchta,C. and Potter J. 2004. *Focus Group Practice*.
- Vlassenroot K, Huggins C. 2005. Land, migration and conflict in eastern DRC. Pages 115–194 *From the ground up*.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire d'enquete:

<https://ee.kobotoolbox.org/x/t08Nr51S><https://ee.kobotoolbox.org/x/t08Nr51S>



Note

Annexe 2 : note conceptuel : [conceptuelle.docx](#)

Annexe 3 : photos enquete et focus group: <https://photos.app.goo.gl/Yy1rC9C1qHd74eAc8>