

# **Etude Pilote de Risques et de la Vulnérabilité en République Démocratique du Congo**

Rapport Préliminaire  
(2<sup>e</sup> version)

12 Décembre 2003

**Étude menée par:**

**Anne Mossige, Chef d'équipe Anne Harley**

**N'zinga Luyinduladio**

**Astrid M. Makengo**

**Simon K. Mboso**

**Bijimba Mpiana**

**Nsiala Nyoka**

**Avec la collaboration de :**

**Irène Esambo**

## SIGLES ET ABREVIATIONS

ABEF/ND	Association pour le Bien-être Familial/Naissances
ALPI-Plus	Désirables Apostolat pour la Libération de Personnes Infectées par le VIH/SIDA
AMO-Congo	Avenir Meilleur pour les Orphelins du Congo
ASF	Association Santé Familiale
ACV	Attaque Cardio-Vasculaire
BICE	Bureau International Catholique de l'Enfance
BIT	Bureau International du Travail
BDOM	Bureau Diocésain des Oeuvres Médicales
BM	Banque Mondiale
BNADER	Bureau National de Démobilisation et de Réinsertion
CAP	Consolidated Inter-Agency Appeal
CASI	Centre d'Actions Sociales Intégrées
CENAPHI	Centre National d'Apprentissage des Personnes Handicapées Centre d'Information pour le Développement
CFMA	Centre Féminin Marie-Antoinette
CNF	Conseil National de la Femme
CFP/CPA	Centre de Formation Professionnelle et de Production Agricole Commissariat Générale à la Réinsertion
CGR	Comité International de la Croix Rouge
CLPE	Comité Local de Protection de l'Enfance
COPEMECO	Confédération des Petites et Moyennes Entreprises Congolaises
CNE	Conseil National de l'Enfant
CNFD	Comité National Femme et Développement
CPN	Consultations Périnatales
CPS (1)	Centre de Promotion. Sociale
CPS (2)	Consultations Préscolaires
CRS	Catholic Relief Services
CRHP	Centre de Rééducation pour Handicapés Physiques
DCOF	The Displaced Children and Orphans Fund (Fonds des Orphelins et Enfants Déplacés de l'USAID)
DDK	Département de Démographie de L'Université de Kinshasa
DEP/MAS	Direction des Etudes et de Planification/Ministère des Affaires Sociales
DEPTA	Direction d'Encadrement des Personnes du Troisième Age
DICOREPHA	Direction de Coordination des Activités de Réadaptation des Personnes Handicapées
DISPE	Direction des Interventions Sociales pour la Protection de l'Enfant
DGCI	Direction Générale de la Coopération Internationale
DSRP	Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
EGEE	Etablissement de Garde et d'Education de l'Etat
ENAP	Enquête Nationale sur la Pauvreté
ELS	Enquête sur l'Etat des Lieux du Secteur de la Santé
ENHAPSE	Enquête Nationale sur l'Habitat et le Profil Socio-économique des Ménages en Milieu Urbain
ERV	Evaluation des Risques et de la Vulnérabilité
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FED	Fonds Européen pour le Développement

FHI	Family Health International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les Activités de la Population
FOLECO	Fédération des ONG Laïques à Vocation Economique du Congo
FFP	Fondation Femmes Plus
GRET	Groupe de Recherche et d'Echanges Technologiques
HI	Handicap International
IDH	Indice de Développement Humain
IEC	Information, Education et Communication
INAV	Institut National pour Aveugle
INS	Institut National de la Statistique
INSS	Institut National de Sécurité Sociale
IRA	Infection Respiratoire Aigus
IRC	International Rescue Commitee
JRC	Jesuit Refugee Services (Service Jésuite pour les Réfugiés)
MAS	Ministère des Affaires Sociales
MICS	Multiple Indicator Cluster Survev (Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples)
MONUC	Mission de Nations Unies au Congo
MPE	Malnutrition Protéino-Energétique
MSF	Médecins Sans Frontières
OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (Bureau de Coordination des Affaires Hmanitaires de l'ONU)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ORPER	Oeuvre de Reclassement et de Protection des Enfants de la Rue
PAM	Programme Alimentaire Mondial des Nations Unies
PIB	Produit Intérieur Brut
PDI	Personne Déplacée Interne
PMURR	Programme Multisectoriel d'Urgence de Réhabilitation et de Reconstruction
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida et les 1STI
PNPFC	Programme National pour la Promotion de la Femme Congolaise
PNSR	Programme National de Santé la Reproduction
PNUD	Programme des Nations Unie pour le Développement
PPA	Parité Pouvoir d'Achat
PRONANUT	Programme Nationale de Nutrition
PS	Protection Sociale
PSI	Population Service International
PVH	Personnes Vivant avec Handicap
PVV	Personne Vivant avec le VIH/SIDA
RCPE	Réseaux Communautaires de Protection de l'Enfance
RBC	Réhabilitation à base communautaire
RDC	République Démocratique du Congo
SENAMES	Service National d'Actions Médico-Sociales
SOCODEVI	Société de Coopération pour le Développement International
STC	Save the Children
TBC	Tuberculose
TDR	Termes de Référence
VAT	Vaccination Antitétanique
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development

## RESUME

La présente étude pilote porte sur l'évaluation des risques et de la vulnérabilité en République Démocratique du Congo. L'étude servira de base à l'élaboration de la Stratégie Nationale de Protection Sociale par le Ministère des Affaires Sociales.

Le mandat de cette étude est de: (i) faire la revue des données quantitatives sur les indicateurs sociaux en RDC, (ii) classifier et analyser les principaux risques et les principaux groupes vulnérables et (iii) décrire les dispositifs informels et formels de prévention, d'atténuation et de réaction face aux risques.

### **La protection sociale - les défis congolais**

La protection sociale est quasi-inexistante en RDC, surtout en milieu rural et dans les zones affectées par les conflits armés. La situation congolaise est catastrophique par rapport à celle de nombreux pays à faible revenu. Les nombreux défis de la RDC comprennent : (i) une détérioration profonde des conditions sociales de la grande majorité des congolais qui se retrouvent dans une extrême pauvreté et sont très vulnérables à des nombreux et graves risques, (ii) un effondrement des services publics, notamment les services sociaux et les infrastructures sociales de base. Par exemple seulement 8 % du budget national a été consacré à tous les secteurs sociaux en 2002, (iii) des interventions de l'Etat quasi-inexistantes en matière de protection sociale, (iv) un Ministère des Affaires Sociales qui dispose de très peu de moyens d'interventions par rapport à sa mission et à ses 3 attributions, (v) des ONG, des églises et leurs partenaires extérieurs offrent quasiment tous les services sociaux en RDC mais souffrent des capacités limitées, de peu de coordination de leurs interventions et des acquis peu diffusés, notamment des homes pratiques, et (vi) des dispositifs informels de survie traditionnellement adoptés par la famille et la communauté de base devenus très fragiles, surtout en milieu urbain.

### **La revue des données sur les groupes vulnérables et les indicateurs sociaux**

La RDC ne dispose pas d'enquêtes nationales spécifiques sur les groupes vulnérables. Les données quantitatives sur les indicateurs sociaux, notamment celles portant sur les groupes vulnérables, sont très rares. Lorsqu'elles existent, elles sont généralement partielles et/ou ne sont pas toujours totalement analysées pour en tirer les indicateurs sociaux sur les risques, les facteurs des risques et les groupes vulnérables.

Les données nécessaires pour mesurer et analyser les indicateurs sociaux peuvent être collectées grâce aux enquêtes ou à l'aide d'un système d'enregistrement continu et suivi. En RDC, le fonctionnement d'un tel système d'enregistrement est déficitaire à tous les niveaux de la société. De même, la coordination et les capacités des organisations impliquées, comme l'Institut National de la Statistique et le Ministère des Affaires Sociales, dans la collecte, l'analyse et la diffusion de ces données, sont faibles. Soulignons que le dernier recensement remonte à 1984. Ceci étant, la plupart des données sociales existantes sont basées sur des informations obtenues des enquêtes ou même quelquefois sur des estimations grossières.

### **Les risques majeurs en RDC**

La protection sociale vise à gérer les risques. La plupart des Congolais font face à une gamme des risques majeurs qui sont synthétisés dans le tableau suivant :

Risques	Niveau macro pays/international	Niveau méso Communauté/région	Niveau micro Individu/ménage
<b>Politiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guerre et rébellions</li> <li>• Corruption et trafic d'influence</li> <li>• Insécurité juridique et physique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflits Interethniques armés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tracasseries administratives et policières</li> </ul>
<b>Économi- que</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instabilité du cadre macro-économique</li> <li>• Chute de la production nationale</li> <li>• Circulation difficile des personnes et des biens</li> <li>• Pillages</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prolifération des taxes</li> <li>• Coupures intempestives d'électricité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte d'emploi et des AGR</li> </ul>
<b>Sociaux et Socio- culturels</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insécurité sociale</li> <li>• Déplacements forcés</li> <li>• Conflits sociaux (coutumiers, fonciers, tribaux, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible ou manque d'instruction et analphabétisme</li> <li>• Viols, violences et maltraitances</li> <li>• Divorces et rupture familiale</li> <li>• Discrimination genre</li> <li>• Très faible pension de retraite de survie et de la rente viagère</li> <li>• Perle de logement</li> <li>• Impaiement des salaires</li> <li>• Rejet, stigma, isolement et abandon</li> <li>• Conflit de travail</li> <li>• Pratiques coutumières et sociales néfastes</li> </ul>
<b>Santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pandémies/VIH SIDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Endémies et épidémies (paludisme)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malnutrition</li> <li>• Maladies</li> <li>• VIH/SIDA et IST</li> <li>• Malaria</li> <li>• Intoxication</li> <li>• Décès précoce</li> <li>• Accident et Invalidité</li> <li>• Traumatismes psychiques</li> </ul>
<b>Cycle de vie</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grossesses non désirées, précoces, rapprochées et tardives</li> <li>• Accouchements dystociques et non assistés</li> <li>• Avortements provoqués</li> <li>• Perte précoce d'un parent/ membre de famille</li> <li>• Stérilité/infécondité</li> </ul>
<b>Naturels et Environne- mentaux</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inondation</li> <li>• Erosion</li> <li>• Éboulement</li> <li>• Problème phytosanitaire</li> <li>• Manque d'eau potable</li> <li>• Insalubrité</li> <li>• Déboisement et déforestation</li> <li>• Eruption volcanique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inondation</li> <li>• Erosion</li> <li>• Éboulement</li> <li>• Bruits et tapages</li> </ul>

Les effets néfastes directs de la guerre et les conflits armés sont catastrophiques et comprennent : 2 à 3,3 millions des morts directs et indirects, 2,7 millions des personnes déplacées internes, 30.000 enfants recrutés comme soldats, 70.000 à 100.000 personnes invalides et mutilées; des viols et violences accompagnés de traumatismes psychiques; une prévalence élevée du VIH/SIDA, et des destructions et pillages des infrastructures sociales et économiques. Les effets néfastes sur l'économie du pays comprennent : l'allocation d'une grande partie du budget national aux secteurs de la défense et de la sécurité au détriment des autres secteurs et la perturbation des circuits de transport, de communication et des réseaux d'approvisionnement qui affectent tous les Congolais et surtout les ruraux.

*L'instabilité du cadre macro-économique et la chute de la production nationale.* 80% de la population congolaise vit avec moins de 0,50 USD par personne et par jour (2001). Le très bas revenu du congolais est laminé par le taux d'inflation élevé et par la dépréciation continue du pouvoir d'achat et du taux de change. Le PIB par habitant est passé de 167,5 USD en 1992 à 96,1 USD en 2002. En 2001, la RDC était classée le 142<sup>ème</sup> pays du monde par rapport à l'indice de développement humain.

*La perte d'emploi.* Seulement 57% des personnes actives exercent une des activités économiques suivantes: travailleurs agricoles (41%), travailleurs non salariés (8,8%) et salariés (7,2%). En 197, le volume de la main d'oeuvre salariée était seulement 2%.

*L'insécurité juridique, physique et sociale* concerne la quasi-totalité des Congolais. Les déplacements massifs de la population entraînent des conséquences d'ordre démographique, social, sanitaire, psychologique et économique. L'insécurité physique est aussi vécue quotidiennement dans les villes et cités périphériques. Partout, les femmes, les enfants et les vieillards sont les plus touchés. L'absence de l'Etat de droit, la culture d'impunité, la mauvaise gouvernance, l'inefficacité des garde-fous institutionnels et juridiques et le manque de volonté politique créent des conditions favorables à l'insécurité juridique, à l'injustice, à la corruption, et à la criminalité.

*Le faible ou manque d'instruction.* Un enfant sur deux fréquente l'école, les enfants accèdent peu et tardivement à l'école primaire, le taux d'abandon est de 12% chez les filles et 9% chez les garçons, 31 % des adolescents n'ont jamais fréquenté l'école et un adulte sur trois est analphabète. En 2001, seulement 3,5% du budget de l'Etat exécuté a été alloué au secteur de l'enseignement, les infrastructures sont délabrées, le matériel didactique manque, les enseignants sont démotivés, les structures d'accueil sont saturées et le niveau d'acquis réalisé par les apprenants est très bas.

*Très faible ou manque de pension de retraite et rente de survie dérisoire.* L'Etat ne prend presque pas en charge les allocations familiales des travailleurs, les risques professionnels, la pension due à l'invalidité, la pension de retraite, la rente viagère et la pension de survie, rendant ainsi plus vulnérables les groupes socio-économiques.

*La discrimination genre se manifeste notamment par :* un faible accès à l'éducation, une pauvreté plus accentuée chez les femmes, un dispositif juridique et institutionnel discriminatoire. En plus, la dépendance économique et financière de la femme vis-à-vis du revenu du mari favorise aussi la violence domestique et des pratiques coutumières et sociales néfastes.

*Les maladies, endémies, et épidémies.* Le paludisme cause environ 80% des décès enregistrés. Les autres maladies principales sont la diarrhée, les infections respiratoires aiguës et le

VIH/SIDA. Les endémies les plus enregistrées sont le paludisme, la diarrhée aiguë, le choléra, la lèpre, la tuberculose et le VIH/SIDA. La situation sanitaire catastrophique est due notamment au faible accès à l'eau potable, au manque d'hygiène et au faible accès aux soins de santé.

*La malnutrition.* 38% des Congolais souffrent d'une malnutrition chronique et 16% d'une malnutrition aiguë. Les taux sont encore plus préoccupants pour les ménages pauvres, ruraux, les enfants de moins de 5 ans et les ménages vivants dans les zones en conflit ou enclavées.

*La perte précoce d'un parent* expose souvent les enfants à la discrimination de la part de la famille élargie, aux violences physiques de la part des nouveaux tuteurs, à la négation de leurs droits à l'héritage, à l'exploitation sexuelle ou économique et à la baisse des conditions de vie. Environ 9,3% d'enfants congolais ont perdu l'un des parents et parmi ceux-ci 930.000 enfants sont orphelins du VIH/SIDA.

*Le divorce/la rupture familiale* est un facteur important de vulnérabilité. Les plus vulnérables sont les enfants et les femmes, surtout ceux vivant en milieu urbain. Le phénomène d'enfants abandonnés dans les villes est souvent lié à une rupture familiale qui entraîne un déséquilibre du cadre social favorable pour élever les enfants et aussi à une perte ou baisse drastique du revenu

Le traumatisme psychique se manifeste par des troubles mentaux, et troubles de comportements et d'identité. C'est un risque majeur là où la guerre a sévi jusqu'il y a peu. Les facteurs de ce risque sont surtout les viols, les violences, la maltraitance et les déplacements forcés liés à la guerre et aux conflits armés, les divorces et les recompositions familiales, l'abandon des enfants, le rejet et le stigma, l'alcoolisme et la toxicomanie, l'accusation de sorcellerie et la manipulation spirituelle.

*Les inondations et les érosions* sont quasi-permanentes dans toutes les provinces et touchent principalement les cités habitées par les plus pauvres, les bords des grandes rivières, surtout dans les zones urbaines non viabilisées. Les érosions sont souvent causées par des grandes inondations ou par le déboisement. Le déboisement est devenu un problème important, surtout dans les régions de savane, de forêts à l'Est, de forêts-galeries et de franges urbaines. Les risques phytosanitaires ont un impact néfaste sur la production agricole congolaise et sont liés à la faiblesse de la vulgarisation et de l'encadrement agricole, la baisse de la recherche agronomique, et l'approvisionnement déficient en semences améliorées.

### **Les principaux groupes vulnérables**

Entre 60 et 80% des Congolais sont vulnérables et survivent avec un revenu de moins de 0,20 \$ US par jour par personne. Les principaux groupes vulnérables identifiés et examinés sont : Les enfants et femmes en situation difficile, les personnes déplacées internes, les personnes vivant avec Handicap et avec le VIH/SIDA et les personnes de troisième âge sans soutien. Les tableaux ci-dessous synthétisent les principaux risques et facteurs de risques auxquels sont exposées les différentes sous-catégories de chaque groupe vulnérable. A travers les ateliers régionaux, il a été signalé que les victimes des catastrophes et calamités naturelles est un autre groupe vulnérable non pris en compte dans cette étude qui mérite une assistance spécifique.

## 1. Enfants en situation difficile

Sous-catégories	Principaux Risque	Facteurs de Risques
<p><b>Enfants abandonnés/ de la rue</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Environ 40.000 en RDC, dont 15 % de filles qui sont les plus vulnérables à tous les risques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malnutrition</li> <li>• Maladies, y compris le VIH/SIDA et IST</li> <li>• Abandon scolaire/ manque d'instruction</li> <li>• Travaux abusifs</li> <li>• Toxicomanie</li> <li>• Rejet et stigma y compris l'accusation de sorcellerie</li> <li>• Viols et abus sexuels</li> <li>• Violence et maltraitance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauvreté</li> <li>• Rupture familiale</li> <li>• Décès d'un ou de deux parents</li> <li>• Accusation de sorcellerie</li> <li>• Manque d'accès à l'instruction</li> <li>• Tensions familiales</li> <li>• Impunité (des auteurs)</li> <li>• Faibles accès aux soins de santé</li> </ul>
<p><b>Enfants handicapés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2% des enfants congolais souffrent d'un handicap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rejet et stigma social</li> <li>• Manque d'instruction et déformation professionnelle</li> <li>• Faible mobilité</li> <li>• Maladies</li> <li>• Accusation de sorcellerie</li> <li>• Maltraitance</li> <li>• Accidents et traumatismes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauvreté</li> <li>• Mauvaise perception des causes u handicap</li> <li>• Manipulation spirituelle</li> <li>• Sous-alimentation</li> <li>• Faible protection sociale des handicapés</li> <li>• Insuffisance des centres spécialisés</li> </ul>
<p><b>Enfants associés aux conflits armés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Environ 30.000 enfants soldats, dont 3% des filles qui sont les plus vulnérables et marginalisées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malnutrition</li> <li>• Travaux abusifs</li> <li>• Mutilation et invalidité</li> <li>• Décès précoce</li> <li>• Maladies (VIH/SIDA et IST)</li> <li>• Traumatismes psychiques</li> <li>• Agressions physiques et brûlures</li> <li>• Toxicomanie et alcoolisme</li> <li>• Violences, viols et abus sexuels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensions sociales au sein des ménages</li> <li>• Manque d'accès à la scolarité</li> <li>• Situation économique des ménages (pauvreté)</li> </ul>
<p><b>Enfants en conflit avec la loi</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abandon scolaire</li> <li>• Détention, incarcération et emprisonnement</li> <li>• Maladies</li> <li>• Violence, malnutrition, viols et abus sexuels</li> <li>• Toxicomanie, alcoolisme</li> <li>• Travaux abusifs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délinquance</li> <li>• Vol. viols et violences</li> <li>• Conditions de vie carcérales et conditions de détention</li> <li>• Mauvaise alimentation, manque de soins de santé, promiscuité.</li> </ul> <p>Etc.</p>



## 2. femmes en situation difficile

Sous-catégories	Principaux Risques	Facteurs de Risques
<p><b>Filles-mères</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des mères adolescentes ayant la charge d'au moins 2 enfants</li> <li>• Selon tes estimations : 2% des adolescentes non mariées ont une grossesse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abandon fore du foyer familial (filles-mères)</li> <li>• Prostitution de : survie</li> <li>• Perte d'emploi/ AGR</li> <li>• Pratiques coutumières néfastes</li> <li>• Maladies, IST et VIH- SIDA</li> <li>• Analphabétisme ne et abandon scolaire</li> <li>• Malnutrition</li> <li>• Stigma et rejet social</li> <li>• Grossesses précoces et non-desirées</li> <li>• Discrimination genre</li> <li>• Viols, violences maltraitances</li> <li>• Faible rente viagère et de survie</li> <li>• Divorce</li> <li>• Guerre</li> <li>• Mort précoce</li> <li>• Traumatisme</li> <li>• Accouchement dystocique</li> <li>• Troubles mer taux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauvreté et faible revenu</li> <li>• Urbanisation et ses conséquences</li> <li>• Rupture familiale/divorce</li> <li>• Faible scolarisation et abandon scolaire</li> <li>• Violences, viols</li> <li>• Précocité des rapports sexuels des adolescents et faible utilisation des contraceptifs modernes</li> <li>• Ignorance Manque d'expérience et faible statut social et économique (filles-mères)</li> </ul>
<p><b>Veuves avant la charge de plusieurs enfants de moins de 18 ans</b></p> <p>constituent 9% de toutes les congolaises veuves</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• qui supportent en moyenne 7 enfants</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• La surmortalité masculine naturelle</li> <li>• La mortalité due au VIH/SIDA et autres maladies infectieuses qui semblent emporter plus vite les hommes, et aux conflits armés</li> <li>• Manipulations spirituelles</li> </ul>
<p><b>Femmes divorcées /séparées</b> avant la charge de plusieurs jeunes enfants de moins de 18 ans proviennent des divorcées/séparées t 7.8 % de la population, supportent en moyenne 5 enfants</p>		<p><b>Causes du divorce ou de la séparation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'abandon un faveur d'une autre femmes</li> <li>• L'infidélité</li> <li>• Mauvais traitement subi (violence du mari, mésentente avec la belle-famille etc.)</li> <li>• Stérilité</li> </ul>
<p><b>Femmes abandonnées, violées et esclaves sexuelles</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guerre et conflits interethniques</li> <li>• Haine</li> <li>• Impunité</li> </ul>

### 3. Les personnes déplacées internes (environ 2.7 millions en janvier 2003)

Sous-catégories	Principaux Risques	Facteurs de Risques
Les PDI femmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malnutrition (surtout les PDI des forets)</li> <li>• Malades</li> <li>• VIH/SIDA et les IST (surtout les femmes et filles)</li> <li>• Violence</li> <li>• Viol (femmes et filles)</li> <li>• Décès précoce</li> <li>• Manque de d'instruction/abandon scolaire (enfants)</li> <li>• Perte précoce des membres de famille</li> <li>• Désignation des ménages</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La guerre et les conflits ethniques</li> <li>• Non-accès aux soins de santé</li> </ul>
Les PDI des forets (+/- 200.000)		
Les PDI exposés aux travaux forcés		
Les Communautés/enclavées		
Les PDI qui sont proches de leur foyer d'origine		
Les familles et communautés d'accueil		

### 4. Les personnes vivant avec handicap

Sous-catégories	Principaux Risques	Facteurs de Risques
<b>Handicapés physiques ou moteurs</b>  Les plus nombreux et visibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rejet et stigma social</li> <li>• Manque d'instruction de formation professionnelle</li> <li>• Faible mobilité</li> <li>• Manque des AGR</li> <li>• Maladies</li> <li>• Délinquance</li> <li>• Vagabondage</li> <li>• Folie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de considération pour la personne handicapée dans la société</li> <li>• Influence de coutumes et pratiques discriminatoires</li> <li>• Ignorance des causes du handicap</li> <li>• Ignorance des capacités des personnes handicapées</li> <li>• Non acceptation de soi-même</li> <li>• Faible accès aux soins de santé surtout pour les soins spécialisés</li> <li>• Manque de sécurité sociale</li> <li>• Promiscuité et manque d'hygiène</li> <li>• Difficultés de transport (déplacement)</li> </ul>
<b>Handicapés mentaux</b>		
<b>Handicapés sensori-moteurs</b>		

### 5. Les personnes vivant avec le Vil: SIDA et leurs descendants

Sous-catégories	Principaux Risques	Principaux Risques
<b>Les personnes adultes vivant avec le VIH/SIDA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimations varient entre 1.3 et 3 millions congolais</li> <li>• L'âge moyen des PVV : 34 ans pour hommes, et 23 ans pour les femmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stigma et rejet social</li> <li>• Perte d'emploi manque des AGR</li> <li>• Maladies</li> <li>• Réinfection du VIH</li> <li>• Décès précoce</li> <li>• Manipulai on spirituelle et hyper-réligiosité</li> <li>• Malnutrition</li> <li>• Contamination du bébé par le lait maternel</li> <li>• Traumatisme psychique</li> <li>• Expropriation de l'héritage</li> <li>• Perte précoce de ta mère/du père</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteurs de risques</li> <li>• Faible accès aux soins de santé et aux and- rétro-viraux</li> <li>• Prostitution (de survie et professionnelle)</li> <li>• Viols comme arme e guerre</li> <li>• Manipulation spirituelle</li> <li>• Guerre et conflits</li> <li>• Interethniques</li> <li>• Rapports sexuels non protégés</li> </ul>
<b>Enfants des PVV contaminés et non contaminés par le VIH SIDA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 130.000 enfants sont orphelins du SIDA</li> </ul>		

## 6. Les personnes de 3<sup>e</sup> âge sans soutien

Sous-catégories	Sous-catégories	Principaux Risques
<p><b>Les vieillards en rupture total avec leurs familles ou vieillards déplacés et non accompagnés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• proviennent des personnes âgées de 65 ans et plus qui représente 3% de la population totale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigma et rejet social</li> <li>• Malnutrition</li> <li>• Maladies</li> <li>• Insécurité physique</li> <li>• Très faible pension de retraite</li> <li>• Très faible pension de retraite</li> <li>• invalidité</li> <li>• Isolement, abandon</li> <li>• Déplacement forcé</li> <li>• Décès précoce</li> <li>• Spoliation des biens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non intégration familiale ou sociale</li> <li>• Faible ou manque de revenu</li> <li>• Très faible sécurité sociale</li> <li>• Manipulation spirituelle</li> <li>• Insuffisance de structures pour leur prise en charge des</li> <li>• Décès précoce enfants</li> <li>• Accusation de sorcellerie</li> </ul>
<p><b>Les retraités</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• environ 58.000 retraités et rentiers civils, 25.000 retraités et rentiers militaires et 92.000 retraités des secteurs privés et paraétatiques.</li> <li>• Les affiliés de l'INSS reçoivent 1000 Francs par mois, équivalent à moins de 3 USD.</li> </ul>		

### Les stratégies de prévention, atténuation, réaction

La revue des dispositifs informels et formels ciblant les groupes vulnérables fait ressortir des défis majeurs et urgents pour la protection sociale en RDC. Les principaux constats de la revue sont :

#### I. Dispositifs informels

- Faute de moyens, les groupes vulnérables disposent de très peu de stratégies pour prévenir, atténuer ou même réagir face à la gamme de risques auxquels ils sont exposés. Leurs possibilités de prévenir les risques ou d'améliorer leur état très précaire sont minimales, voire inexistantes.
- Le peu de dispositifs informels existants se limitent souvent aux stratégies de réaction.
- Etant donné la précarité de leur situation, les groupes vulnérables sont souvent obligés d'adopter des mécanismes de survie qui sont à la fois des stratégies et des risques par exemple la toxicomanie, l'alcoolisme, l'endettement, la fuite, la prostitution de survie, l'avortement provoqué, etc.
- Les mécanismes de solidarité et de survie traditionnellement adoptés par la famille élargie et la communauté de base sont devenus très fragiles. Ce problème semble être plus accentué en milieu urbain où souvent les familles et les communautés de base sont incapables de prendre en charge les plus vulnérables ou de les protéger contre par exemple l'accusation de la sorcellerie, le rejet et le stigma, la maltraitance et la violence.

#### 2. Les dispositifs formels non étatiques

- Il n'y a qu'une infime proportion de personnes les plus vulnérables qui bénéficient des interventions des ONG, des églises ou des organismes bi- et multilatéraux.
- Des ONG internationales et des églises avec leurs partenaires locaux offrent quasiment tous les filets de sécurité ciblant les groupes vulnérables. Ces organisations sont généralement soutenues par les bailleurs de fonds extérieurs.
- Il y a une quasi-absence des initiatives privées comme des sociétés d'assurances dont les conditions soient accessibles aux personnes vulnérables.

- La plupart des dispositifs formels se trouvent dans les grandes villes, délaissant ainsi les vulnérables du milieu rural, surtout ceux vivant dans les zones en conflit ou enclavées.
- Les interventions les plus nombreuses sont des stratégies de réaction. Elles sont souvent coûteuses et peuvent accentuer la dépendance (distribution des vivres sans ou avec peu d'accompagnement, hébergement prolongé et prise en charge des soins médicaux)
- Il existe très peu d'interventions de prévention.
- Les interventions des ONG et des églises souffrent souvent d'un manque de coordination des capacités limitées et leurs acquis sont peu diffusés.
- Les initiatives communautaires à l'instar des comités locaux de protection de l'enfant et de la réhabilitation à base communautaire qui visent la prévention sont des expériences prometteuses. L'approche semble avoir un meilleur rapport coût-efficacité que les autres interventions. Ces initiatives locales peuvent : (i) jouer un rôle d'écoute, de médiation, et de sensibilisation, (ii) initier des projets générant de ressources pour les familles vulnérables, et (iii) dénoncer auprès des autorités, les pratiques néfastes par exemple la maltraitance, l'accusation de la sorcellerie, l'abandon, les violences, et viols.

### 3. Les dispositifs formels étatiques

- Il existe très peu d'interventions de l'Etat ciblant les groupes vulnérables. Les quelques interventions recensées comprennent :
  - Pour les enfants vulnérables, il s'agit surtout de la mise à disposition des infrastructures immobilières dans les grandes villes, et surtout à Kinshasa et à Lubumbashi où plusieurs centres étatiques de ce genre ne sont plus opérationnels
  - Pour les femmes en situation difficile, il n'existe pas d'interventions étatiques qui les ciblent spécifiquement
  - Pour les PDI, les dispositifs étatiques sont très faibles
  - Pour les PVH, les interventions de l'Etat sont aussi limitées
  - Pour les PVV, le PNLS est l'unique structure étatique. Il s'occupe de la coordination des activités de l~ ne contre le VIH/SIDA, y compris celles ciblant les PVV.
  - Pour les vieillards sans soutien, il n'y a que 15 homes de vieillards de l'Etat sur l'ensemble de pays Ils fonctionnent difficilement la pension de survie est dérisoire.
- Une dépendance quasi-totale de l'aide des partenaires extérieurs pour tous les dispositifs.
- Des approches non-concertées entre les agences d'exécution/acteurs formels ciblant les groupes vulnérables à cause principalement de : (i) l'absence d'une stratégie nationale de protection sociale des groupes vulnérables, (ii) la précarité des moyens financiers et matériels mis à la disposition des structures étatiques censées de mettre en oeuvre les politiques et stratégie sociales en faveur des groupes vulnérables.
- Un Ministère des Affaires Sociales très démuné au sein du Gouvernement de la RDC, et souffre, notamment:
  - d'un budget dérisoire. Par exemple en 2002 le budget de fonctionnement n'a été exécuté que pour un montant de 100 à 200 dollars US par service !
  - des ressources humaines et techniques insuffisantes
  - des faiblesses dans la gestion des informations et des données entre les services et entre le niveau national et les provinces

## Recommandations

Le chapitre 6 du rapport présente des recommandations beaucoup plus détaillées.

- La Protection Sociale doit prendre en compte le caractère transversal des interventions qui ciblent les individus, les ménages et les communautés congolais dans leur gestion de risques et de leur vulnérabilité en vue d'améliorer leur état socio-économique actuellement très précaire. La Banque Mondiale et les autres bailleurs des fonds bi- et multilatéraux devraient appuyer la RDC dans cet effort ;
- La Protection Sociale doit cibler davantage les efforts qui visent la prévention et l'atténuation des risques qui affectent les différents groupes vulnérables. Ces expériences positives des ONG en matière de mobilisation des communautés de base pour la prévention de risque doivent être testées à une plus large échelle, et, si elles sont porteuses, elles doivent être capitalisées et diffusées sur l'ensemble du pays. La Banque Mondiale, les autres bailleurs de fonds et les ONG Internationales devraient tous aider les acteurs locaux dans cette démarche :
- Définir le rôle de l'Etat dans la Protection, Sociale spécialement celui du Ministère des Affaires Sociales et d'autres Ministères impliqués dans le secteur, et disponibilisé des moyens financiers, techniques et humains qui soient cohérents à ce rôle futur. La Banque Mondiale et les autres partenaires devraient assister l'Etat dans cet effort ;
  - Assurer la cohérence des activités relatives à la Protection Sociale des groupes vulnérables, y compris une meilleure coordination des efforts de gestion de suivi et d'évaluation régulière des différentes interventions ;
  - Renforcer les capacités techniques et humaines des partenaires locaux, surtout des ONG et des églises locales ;
  - Assurer la dissémination et l'adoption, par tous les acteurs concernés, des acquis et des bonnes pratiques découlant des interventions ciblant les différents vulnérables ;
  - Combler les carences en données sociales, le déficit en informations sur les risques et les facteurs de risque en particulier en données quantitatives et en études qualitatives sur les groupes vulnérables.

## 1. INTRODUCTION

La présente étude, qui s'est déroulée entre mars et décembre 2003, porte sur les risques sociaux en République Démocratique du Congo (RDC), spécialement sur les points suivants :

- (i) Une revue des données quantitatives sur les indicateurs sociaux en RDC.
- (ii) Une classification et une analyse des principaux risques et des principaux groupes vulnérables du pays et
- (iii) Une description des dispositifs informels et formels de prévention, d'atténuation et de réaction face aux risques, y compris des interventions publiques et privées ciblant les groupes vulnérables

Il s'agit d'une étude pilote portant sur l'évaluation des risques et de la vulnérabilité (ERV) qui servira de base à l'élaboration de la Stratégie Nationale de Protection Sociale en RDC et à une ERV plus exhaustive et compréhensive. En plus, cette évaluation entre dans le cadre de l'élaboration en cours du Document de Stratégie Nationale pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP) actuellement en cours.

Quatre ateliers régionaux ont été organisés Kisangani, Bukavu, Lubumbashi et Kinshasa. Les objectifs de ces ateliers étaient de mieux prendre en compte tous les aspects des risques et de la vulnérabilité dans le pays, d'appréhender les différences régionales en la matière, et d'identifier les bonnes pratiques dans les interventions des acteurs locaux ciblant les groupes vulnérables. Les résultats de ces ateliers ont été intégrés dans ce rapport final. En janvier 2004, le rapport final ainsi que la version préliminaire de la Stratégie Nationale de Protection Sociale seront discutés au cours d'un atelier national.

Le chapitre 2 examine les données quantitatives les disponibles relatives aux indicateurs sociaux, aux risques et aux groupes à risque identifiés. Les chapitres 3 et 4 classifient et analysent respectivement les risques et les groupes à risque. Le chapitre 5 examine les dispositifs informels et formels de prévention, d'atténuation et de réaction des risques majeurs, et le chapitre 6 propose des recommandations détaillées

### 1.1. Pourquoi une telle évaluation pilote en RDC?

En ce qui concerne la protection sociale, à plus d'un égard, la situation congolaise est catastrophique par rapport à celle de nombreux pays à faible revenu (cfr. les défis mentionnés ci-dessous). De plus, il existe peu d'informations fiables, peu ou pas de données quantitatives et d'études qualitatives qui décrivent les facteurs déterminants et l'ampleur réelle des problèmes et des risques auxquels les congolais sont exposés. De même, les stratégies dont les ménages et leurs communautés disposent pour faire face aux risques et aux facteurs de risques, ainsi que leur évolution, sont peu connues. Actuellement, les filets de sécurité sont mimes, voire inexistantes, et ne couvrent qu'une infime proportion des personnes vulnérables, surtout celles vivant en milieu urbain.

Afin d'améliorer et de renforcer les interventions en faveur des groupes vulnérables, le Ministère des Affaires Sociales (MAS) est en train de préparer une Stratégie Nationale de Protection Sociale. La Banque Mondiale (BM) qui s'est réengagée récemment en RDC accorde de plus en plus d'importance à la protection sociale et appuie l'élaboration de cette Stratégie. De plus, le Programme Multisectoriel d'Urgence de Réhabilitation et de Reconstruction (PMURR) soutenu par la BM et d'autres bailleurs de fonds comporte une

sous-composante «protection sociale» qui finance des interventions en faveur des groupes vulnérables cibles. <sup>(1)</sup>

Les nombreux défis de la RDC dans le domaine de la protection sociale comprennent:

- Trente-deux ans d'un régime dictatorial corrompu et cinq années des conflits armés qui ont conduit aux déséquilibres tant sur le plan politique, économique que social. Ceux-ci ont détérioré considérablement les conditions sociales de la grande majorité des congolais qui se retrouve aujourd'hui dans une extrême pauvreté et est très vulnérable et exposé a de nombreux et importants risques.
- Le revenu par habitant a baissé d'une manière plus que drastique. En effet, il est passé de USD 307 en 1970 à USD 107 en 2001 et à USD 95 en 2002 (R10).
- Le Rapport Mondial du PNUD sur le développement humain de 2002 a estimé, pour la RDC, un indice de développement humain de 0,431, occupant le 155<sup>ème</sup> rang sur 173 pays. En 2003, ce même rapport renseigne que la RDC occupe la 167<sup>ème</sup> place sur 173 pays (R37, R38).
- Les services gouvernementaux, notamment les services sociaux, et les infrastructures sociales de base se sont effondrés. En 2002, par exemple, d'après les données compilées par la section économique de la BM, Bureau de Kinshasa, environ 7 à 8% du budget national ont été consacrés au secteur social (éducation, santé, jeunesse, famille, culture, affaires sociales, etc.)
- Les interventions de l'Etat en matière de protection sociale sont quasi-inexistantes dans le pays, surtout en milieu rural et, particulièrement, dans toutes les zones en conflit ou enclavées.
- Le Ministère des Affaires Sociales dispose de très peu de moyens d'intervention par rapport à sa mission et à ses attributions. Par exemple, chaque direction de ce Ministère n'a reçu qu'un mois de frais de fonctionnement en 2002, soit environ 100 à 200 USD. En plus, il existe une faiblesse non seulement dans la collecte et la gestion des informations dans chaque service de ce Ministère, mais aussi dans la circulation et la transmission de celles-ci entre le niveau central et ses bureaux situés en province. Ceci explique le manque de données fiables sur les interventions publiques.
- Quelques Organisations Non Gouvernementales (ONG), y compris des Associations religieuses, et leurs partenaires extérieurs offrent quasiment tous les services sociaux de base en lieu et place de l'Etat. Toutefois, leurs interventions sont généralement peu coordonnées et leurs acquis, notamment les bonnes pratiques, sont peu diffusés. En outre, un grand nombre d'ONGs locales ont des capacités techniques, organisationnelles et financières limitées.
- Etant donné l'ampleur et la persistance de la pauvreté, les dispositifs informels de survie, traditionnellement adoptés par la famille et la communauté de base, sont actuellement devenus très fragiles, surtout en milieu urbain.

---

<sup>1)</sup> Les vulnérables ciblés sont : les enfants en situation difficile, les femmes en situation difficile. Les handicapés physiques et mentaux, les personnes vivant avec le VIH et leurs descendants, les déplacés de guerre et personnes de troisième âge.

## 1.2. Mandat

Selon les Termes de Référence (TDR), les objectifs généraux de cette étude sont de :

- (i) faire une évaluation rapide des risques et des groupes à risque en RDC,
- (ii) aider à identifier les activités qui peuvent être amorcées en vue de rendre plus efficace la gestion des risques en faveur des catégories les plus vulnérables, à la fois dans le contexte des projets en place de la préparation d'une Stratégie Nationale de Protection Sociale et de la conception de nouveaux projets.

Afin d'atteindre ces objectifs, la présente étude s'est fixée les objectifs spécifiques permettant de mieux comprendre : (i) les types et l'ampleur des risques auxquels font face les pauvres et (ii) la pertinence des stratégies formelles et informelles de prévention, d'atténuation et de survie auxquelles recourent les individus, ménages et communautés en RDC (pour plus de détails, voir les TDRs en Annexe 1)

## 1.3. Méthodologie et contraintes

L'évaluation s'est déroulée entre mars et décembre 2003. La méthodologie de la présente étude comprend quatre phases suivantes:

(i) *Une évaluation des données quantitatives* : La collecte des données a été entreprise à travers l'Internet, la Banque Mondiale à Washington et auprès de différents partenaires en RDC, entre autres les Ministères, les organismes publics, l'Institut National de Statistiques, les institutions académiques de Kinshasa, les bailleurs de fonds, les ONG, et les projets portant sur la protection sociale. Pour plus de détails, on peut consulter en annexes 2 et 3 qui listent respectivement les documents collectés et les organisations et personnes-ressources rencontrées.

(ii) *Une classification et une analyse des risques et des groupes à risque*. La base pour la classification et l'analyse a été la revue de la documentation existante et les entretiens avec des personnes-ressources au niveau de différentes organisations. Le guide de la Banque Mondiale pour l'évaluation des risques et de la vulnérabilité (R60) a servi comme outil principal de référence. Afin de tester les hypothèses préliminaires retenues, une enquête qualitative à focus-group a été menée dans la province de Bandundu, notamment à Kikwit et Vanga et leurs environs. Une équipe composée de quatre parmi les auteurs du présent rapport a eu des entretiens avec des groupes cibles <sup>(2)</sup>. Cette province a été sélectionnée parce qu'elle est parmi les plus pauvres de la RDC. Ensuite, son profil socio-économique est relativement représentatif de plusieurs risques qui affectent les populations rurales du Congo. Enfin, parce que se trouvant sous le contrôle gouvernemental et à proximité de Kinshasa, elle est d'accès facile. L'équipe a aussi rencontré des personnes de quelques groupes cibles dans la ville de Kinshasa (cfr liste des organisations et personnes rencontrées en Annexe 3)

(iii) *Une revue de la documentation disponible* portant sur les dispositifs informels et des interventions formelles privées et publiques qui ciblent les groupes vulnérables. Cette revue a été enrichie par des entretiens à Kinshasa avec les différents acteurs et personnes-ressources animant les organisations tant publiques (étatiques et non-étatiques) que privées. Le temps

---

<sup>2)</sup> Cette équipe était composée de Ms Anne Hatloy, Prof Nzinga Luyinduladio et de Messieurs Rijimba Mpiana ci Nsiala Nyoka



disponible pour l'étude n'a pas permis à l'équipe de mener des évaluations qualitatives approfondies ni à Kinshasa ni dans les provinces.

(iv) *L'organisation des ateliers respectivement à Kisangani (Province Orientale), à Bukavu (Province du Sud-Kivu), à Lubumbashi (Province de Katanga) et à Kinshasa en vue de discuter les conclusions préliminaires de cette étude et de consulter les acteurs locaux afin d'identifier les risques et la vulnérabilité dans leurs provinces, et surtout de déterminer les dispositifs informels et formels ciblant les groupes vulnérables ainsi que les bonnes pratiques dans leurs interventions. Des représentants du Ministère des Affaires sociales ont participé activement à tous les quatre ateliers. Les résultats des ateliers ont été intégrés dans le présent rapport.*

Au début 2004, ce rapport final ainsi que la version préliminaire de la Stratégie Nationale de Protection Sociale seront discutés au cours d'un atelier national.

**Contraintes méthodologiques.** La présente évaluation est pilote et préliminaire. Le temps <sup>(3)</sup> et le budget limités n'ont pas permis la couverture nationale de l'enquête qualitative. Une autre contrainte importante de cette évaluation est le manque d'études qualitatives et de données quantitatives fiables, notamment celles portant sur les groupes vulnérables. De plus, les rares données disponibles ne sont pas toujours totalement analysées pour en tirer les indicateurs sur les risques et les groupes vulnérables. Comme le chapitre 3 sur les risques le montre, la plupart des données fiables se trouvent dans le secteur de la santé. Un manque de données et d'indicateurs sur la pauvreté dans le pays à la fois en milieu urbain et rural, et un manque des enquêtes économiques fiables sur les groupes vulnérables. De ce fait, l'étude n'a pas pu faire une classification de la vulnérabilité des ménages congolais sur base des enquêtes économiques. Plutôt, elle ne donne qu'un profil très préliminaire des principaux risques et des groupes vulnérables en RDC et se veut comme le précurseur d'une ERV plus exhaustive et approfondie à mener ultérieurement.

#### 1.4. Cadre conceptuel – définitions

Dans ce chapitre les concepts suivants sont définis : risque, vulnérabilité, gestion du risque social et protection sociale. Le document portant sur « Gestion du risque social: Cadre théorique de la protection sociale » (R47) est la principale source de ces définitions.

**Risque :** Par risque, on entend généralement un événement incertain ou imprévisible pouvant engendrer une réduction du bien-être. Les personnes, les ménages, et les communautés sont exposées à des risques divers qui comprennent les risques naturels et environnementaux, économiques, sociaux, politiques, santé et cycle de vie. Pour des raisons de commodité, le terme de risque adopté ici inclut les événements prévisibles et imprévisibles. Par exemple, pour les personnes n'ayant pas accès à des instruments de gestion du risque, les événements prévisibles (tels que les sécheresses et inondations saisonnières) sont aussi des risques. Si les individus, ménages, communautés, régions ou pays entiers sont actuellement exposés aux risques ou vulnérables aux risques, cela dépend des divers facteurs. Par exemple, l'exposition aux risques de santé dépend d'un large éventail des facteurs comme : les épidémies, l'état nutritionnel des individus, de leurs conditions matérielles comme le logement, les infrastructures et l'emplacement du ménage, de leur niveau de formation et d'information et de

---

<sup>3)</sup> Par exemple, à cause de différentes contraintes, les consultants nationaux étaient recrutés en retard. En outre, toutes les missions et les études qualitatives, s'ont dû être menées avant fin juin 2003

leur comportement. Ces facteurs, parmi tant d'autres, déterminent s'ils sont exposés aux risques de santé

L'existence d'un risque n'occasionne pas nécessairement une situation défavorable. Un risque a des effets sur le bien-être de individus ou ménages seulement quand il se concrétise, par exemple, si le risque devient un choc. Les chocs peuvent être caractérisés par leur corrélation, leur fréquence et leur périodicité qui ont des effets sur la vulnérabilité des ménages. Ici, l'attention est portée sur les chocs qui sont susceptibles d'avoir des effets négatifs sur le bien-être.

**Vulnérabilité.** La vulnérabilité peut être définie comme la probabilité de subir les conséquences d'événements imprévus ou comme la sensibilité aux chocs extérieurs Elle est donc une notion plus vaste que celle de la pauvreté. La probabilité qu'un individu, un ménage, une communauté, une région ou un pays entier souffre d'un choc dépend : (i) de sa capacité d'adaptation au choc considéré (plus sa capacité d'adaptation est élevée, moins il est vulnérable), et (ii) de la force de l'impact (plus celui-ci est fort, lorsque le risque ne peut être minimisé, plus la personne, le ménage, la communauté ou le groupe est vulnérable). Le degré de sensibilité aux effets d'un choc dépend de la capacité à éviter ce choc, qui est un aspect très important de la gestion du risque.

Les groupes pauvres et extrêmement pauvres de la population sont particulièrement vulnérables car ils sont, en général, exposés aux chocs et disposent de peu de moyens pour gérer les risques. En plus, une détérioration de leurs conditions de vie, même minime, peut être catastrophique.

**Gestion du Risque Social.** Le concept de gestion du risque social repose sur l'idée que les individus, les ménages et les collectivités sont exposés à des risques divers, dus à des phénomènes naturels (éruptions volcaniques, inondations, sécheresses, etc) ou à ceux causés par l'homme (chômage, dégradation de l'environnement, guerre, etc). Comme il est souvent impossible de prévoir et de prévenir ces perturbations, elles ont pour effet d'engendrer et d'exacerber la pauvreté Il existe un lien entre la pauvreté et la vulnérabilité car les pauvres courent plus de risques mais ont un accès limité à des instruments qui leur permettraient de gérer ces risques. Il est donc important qu'ils aient accès et puissent choisir des mécanismes de protection sociale qui réduisent leur vulnérabilité et leur donnent les moyens de sortir de la pauvreté.

**Protection Sociale.** La protection sociale est définie comme l'ensemble des interventions qui visent à soutenir les individus, les ménages et les communautés dans leurs efforts de gestion des risques en vue de réduire leur vulnérabilité, de régulariser leur consommation et de parvenir à une plus grande équité sociale.

## **2. LES DONNEES QUANTITATIVES SUR LES INDICATEURS SOCIAUX ET LES GROUPES VULNERABLES EN RDC**

La RDC ne dispose pas d'enquêtes nationales spécifiques sur les groupes vulnérables si bien que les données quantitatives sur les indicateurs sociaux, notamment celles portant sur les groupes vulnérables, sont très rares. Lorsqu'elles existent, elles sont généralement partielles et ne couvrent que les milieux urbains ou quelques zones de santé en milieu rural. En plus, lorsqu'elles existent, elles ne sont pas toujours totalement analysées pour en tirer les indicateurs sociaux sur les risques, les facteurs de risques et les groupes vulnérables. Comme nous les verrons au chapitre 3 sur les risques majeurs, il existe plus de données fiables sur les risques de santé que des données sur les risques économiques, sociaux, naturels et environnementaux.

Les données nécessaires pour mesurer et analyser les indicateurs sociaux peuvent être collectées grâce aux enquêtes ou à l'aide d'un système d'enregistrement continu et suivi. En RDC, le fonctionnement d'un tel système d'enregistrement est déficitaire à tous les niveaux de la société (local, régional et central). Soulignons que le dernier recensement en RDC remonte à 1984. Ceci étant, la plupart des données sociales existantes actuellement dans ce pays sont donc basées sur des informations obtenues des enquêtes ou même quelquefois des estimations grossières.

Le fondement d'une politique sociale en général et plus spécifiquement, d'une stratégie de protection sociale, est une meilleure connaissance à la fois des risques affectant le bien-être des individus et des groupes vulnérables. Une telle connaissance n'est acquise qu'à l'aide des données sur la nature des problèmes et des risques auxquels les individus sont exposés et à l'aide des données sur le nombre total d'individus vivant de chaque groupe vulnérable. A cet effet, des statistiques détaillées sont donc indispensables. La situation idéale serait d'avoir des données sur le nombre total d'individus de chaque groupe vulnérable et de savoir où chaque individu vulnérable pourrait être localisé.

Afin de combler les lacunes des données, il y a un besoin important en études et enquêtes spécifiques pour chaque groupe vulnérable. De même, il est nécessaire de renforcer la coordination et les capacités des organisations impliquées, telles que l'Institut National de la Statistique et le Ministère des Affaires Sociales, dans la collecte, l'analyse et la diffusion des données. Pour les recommandations détaillées, voir chapitre 6 ci-dessous.

### **2.1. Données quantitatives**

En RDC, les données sociales existante, surtout sur les groupes vulnérables, sont rares et souvent pas ou peu fiables. La plupart de ces données sont basées sur des informations obtenues des enquêtes. Cette section fait un survol critique des données collectées au cours des dix dernières années.

#### **2.1.1. Enquêtes à couverture nationale**

Jusqu'à présent la RDC manque des enquêtes nationales spécifiques sur les groupes vulnérables. Cependant, au cours des dix dernières années seules quatre enquêtes nationales portant sur les aspects sociaux ont été menées, à savoir : les deux enquêtes sur la situation des enfants et des femmes notamment les enquêtes sur les «Multiple Indicators Cluster Surveys » (dits MICS1 et MICS2), deux enquêtes auxquelles cette étude fait souvent référence;

l'Enquête sur l'Etat des Lieux du Secteur de la Santé (FIS), et l'Enquête sur la mortalité en RDC. Avec un nouveau traitement des données, des analyses supplémentaires sur les risques et groupes vulnérables peuvent être faites sur base des deux MICS, comme elles sont parmi les sources les plus fiables des données sociales en RDC. Toutefois, l'organisation de nouvelles enquêtes spécifiques sur les différents groupes vulnérables est non seulement nécessaire mais aussi capital.

La première enquête **Multiple Indicator Cluster Survey 1** <sup>(4)</sup> (MICS 1, R11), Enquête Nationale sur la Situation des Enfants et des Femmes au Zaïre de 1995 a porté sur un échantillon représentatif de 4.574 ménages répartis en 100 grappes. L'enquête a été menée par des experts provenant essentiellement de l'Institut National de la Statistique (INS) et du Département de Démographie de l'Université de Kinshasa (DDK). L'UNICEF, le PNUD et l'OMS ont apporté un appui technique et financier à cette enquête.

Plusieurs indicateurs sociaux y sont inclus notamment : La couverture vaccinale ; la prévalence et traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA) et de la diarrhée, l'état nutritionnel des enfants âgés de moins 5 ans, la pratique d'allaitement, l'accès au sel iodé, à l'eau potable et à l'enseignement primaire, l'état et la qualité de l'habitat abritant les ménages enquêtés, le niveau et la structure de la mortalité, notamment la mortalité infantile (1 ans) la mortalité infanto-juvénile (5 ans) l'espérance de vie à la naissance.

Plus récemment, en 2001, **l'enquête MICS 2** (R1) a été réalisée sur un échantillon représentatif de 10.305 ménages répartis en 365 grappes. Cette enquête a utilisé un questionnaire comprenant 17 modules alors que MICS 1 n'en avait que 2. Elle a fourni des données quantitatives sur les indicateurs sociaux suivants : Habitat (degré de promiscuité, qualité de logements, degré d'assainissement du milieu ambiant immédiat), Accès à l'eau potable, Sécurité alimentaire, Education, Situation et travail des enfants, Mortalité des enfants, Vaccination des mères et des enfants de 0 à 59 mois, Allaitement et alimentation des enfants de moins de 24 mois ; Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et des mères, Santé de la reproduction, VIH/SIDA, Santé de la mère et mortalité maternelle, Paludisme, etc.

Dans les deux enquêtes MICS, les estimations calculées par catégorie socio-économique, âge, sexe, etc., sont fiables et efficaces seulement au niveau national. Les estimations sont moyennement fiables et efficaces lorsqu'elles sont calculées au niveau du milieu urbain et du milieu rural. La comparaison des estimations fournies/calculées entre province requiert une grande prudence car leurs niveaux de confiance sont souvent très peu faibles (degré de confiance 10%) et dans beaucoup de cas ces estimations chevauchent. De ce fait, on ne peut pas toujours conclure si les différences provinciales observées pour certains indicateurs sont réelles.

Même si les enquêtes MICS 1 et MICS 2 ont quelques faiblesses, elles sont pour le moment, parmi les sources les plus fiables des données sociales en RDC. Dans MICS2, par exemple, il y a un chapitre spécifique sur la protection sociale des enfants, traitant des questions relatives aux enfants les plus vulnérables tels que les enfants handicapés, orphelins, confiés et travailleurs.

---

<sup>4)</sup> Enquête par Grappes à indicateurs Multiples.

Comme on l'a dit ci-dessus, beaucoup d'autres analyses sur les risques et groupes vulnérables peuvent être faites sur base de ces deux enquêtes, mais un nouveau traitement des données est indispensable. A partir des données collectées dans les deux enquêtes MICS, il est possible de calculer par exemple, les indicateurs de sortie <sup>(5)</sup> relatifs à l'état nutritionnel et à la morbidité des groupes vulnérables tels que les orphelins, enfants travailleurs, enfants handicapés. Tout comme on peut mesurer les indicateurs de sortie pour les femmes en situation difficile comme les jeunes veuves et les filles-mères.

**L'Enquête sur l'Etat des Lieux du Secteur de la Santé (ELS, R12)** a été réalisée en 1998 avec l'appui financier de l'OMS et le concours des experts de l'École de Santé Publique, l'INS, le Ministère de la Santé Publique et des ONG telles que Horizon Santé et Omnis Omnibus. Elle a porté sur un échantillon de 8.613 ménages tirés aléatoirement dans un univers de 306 zones de santé regroupées en deux strates : strate urbaine et strate rurale. L'ELS fournit des renseignements sur 27 indicateurs de développement. En plus, elle fournit une description détaillée sur l'accessibilité et l'efficacité des centres de santé laquelle permet de tirer quelques conclusions sur la fonctionnalité de centres de santé dans chaque province. Toutefois, l'information collectée à partir du questionnaire ménage n'est pas très détaillée même si, à partir des fichiers des données, il serait possible d'entreprendre des nouvelles analyses sur les groupes vulnérables comme les handicapés et les ménages dirigés par des jeunes femmes.

Parmi les indicateurs sociaux et sanitaires calculés à l'aide de ces données, il y a lieu de citer : le taux de mortalité infantile, le taux de natalité, le poids à la naissance, la couverture vaccinale, la morbidité due à la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans, l'utilisation des services de santé maternelle et de planification familiale, éducation de base des jeunes, problèmes sociaux des adolescents et de personnes âgées, accès aux médicaments essentiels et aux soins spéciaux, accès à l'eau potable et à l'habitat, sécurité alimentaire et malnutrition des enfants.

Les résultats de cette enquête sont présentés par province. Mais le rapport final de l'enquête n'a pas publié les degrés de confiance des indicateurs mesurés, ce qui rend impossible de juger la qualité des statistiques publiées ni de conclure si les différences observées entre provinces sont statistiquement significatives.

En 2002, l'ONG International Rescue Committee (IRC) a mené une Enquête sur la mortalité (taux brut, taux de mortalité infanto-juvénile, etc., R44) qui conclut qu'il y a augmentation des taux de mortalité suite à la guerre. L'enquête ne donne pas des données spécifiques sur les groupes vulnérables. L'étude a couvert une population de 31,2 millions de l'Ouest de la RDC, territoire sous contrôle du gouvernement et, dans la partie Est, sous contrôle de la rébellion, elle n'a couvert que la population accessible (environ 9,3 millions d'habitants), excluant ainsi la population non accessible estimée à environ 14,3 millions d'habitants. Dans ces deux groupes de territoire, l'enquête a sélectionné systématiquement au premier degré, et cela proportionnellement à la population, un total de 20 zones de santé, soit 10 zones de santé par groupe. A l'intérieur de chaque zone de santé (<sup>2</sup><sup>ème</sup> degré de tirage), au moins 15 grappes ont été tirées. Celles-ci ont été constituées soit de «clinic areas», soit d'une avenue pour les zones de santé urbaines ou d'un village pour les zones de santé rurales. Enfin, au <sup>3</sup><sup>ème</sup> degré, on a tiré 225 ménages par zone de santé. L'enquête IRC-2002 a calculé les indicateurs suivants : Le

---

<sup>5</sup>) Outcome indicators

taux brut de mortalité, le taux de mortalité infanto-juvénile («under five child mortality») taux brut de natalité, taux d'avortements spontanés, causes de décès, décès dus aux violences, etc.

L'enquête a utilisé une méthodologie qui appelle de la prudence. Par exemple, le plan de sondage utilisé ne précise pas la nature des unités de sondage identifiées au second degré de tirage. De plus, il ne définit pas la base de sondage à partir de laquelle on a tiré les unités-secondaires échantillons. Au troisième degré du tirage de l'échantillon final, on a utilisé trois différentes techniques (cfr. p. 2 du texte), d'efficacité différentes qui ne rend pas aléatoire le tirage de l'échantillon des ménages interviewés. Ceci étant, les taux de mortalité infanto-juvénile mesurés par IRC en 2002 serait de 108% (soit 9/1000/mois) pour la partie Est du pays et de 53% (soit 4,4/1000/mois) pour la partie Ouest du pays. Ces taux sont visiblement sous-estimés comparés aux ceux calculés à l'aide des données issues des enquêtes MICS qui ont estimé cette mortalité à 213% en 2001 (MICS2) et à 190% en 1995 (MICS 1) pour l'ensemble du pays. Enfin, IRC a mesuré les taux bruts de mortalité dans la partie Ouest et dans la partie Est du pays. Partant de là, il établit la comparaison de ces deux indices. Ceci soulève un problème car les taux bruts de deux régions ne peuvent être comparés que lorsqu'on est sûr que la composition par âge de la population est la même dans les deux régions. Or, la partie Est du pays ayant connu des perturbations sociales, il n'est pas sûr qu'elle présente une composition par âge identique à celle de l'Ouest du pays.

### **2.1.2. Enquêtes à couverture partielle**

Quelques opérations de collecte partielles de quelques indicateurs sociaux ont été réalisées durant les dix dernières années. Aucune d'elles ne couvre spécifiquement les groupes vulnérables. Ces enquêtes comprennent l'Enquête Nationale sur l'Habitat et le Profil Socio-économique des Ménages en Milieu Urbain (ENHAPSE), les 11 enquêtes partielles de l'IRC sur la mortalité, l'enquête du Bureau de Coordination des Affaires Humanitaires (OCHA) sur la mortalité à Kinshasa, l'enquête épidémiologique du Médecins Sans Frontières (MSF), et l'enquête sur la malnutrition des enfants et des mères à Kinshasa menée par le Bureau Diocésain des Oeuvres Médicales (BDOM) et le Programme National de Nutrition (PRONANUT).

**L'enquête Nationale sur l'Habitat et le Profil Socio-économique des Ménages en Milieu Urbain (ENHAPSE, R73)** a eu lieu en 1999 dans 13 villes. L'enquête a été menée par les experts venus de l'INS et du DDK et a été financé par le PNUD. Par rapport aux groupes vulnérables, ENHAPSE fournit les indicateurs suivants : Estimation de la population urbaine par âge, sexe, état matrimonial, niveau d'instruction, etc. ; Habitat : qualité de logements, degré de promiscuité, densité de logement par parcelle, etc. Accès au sol et au logement pour les ménages déficit en logement ; Chômage et sous emploi , Revenu des ménages ; La capacité des ménages de rembourser un crédit immobilier Taux d'investissement immobilier des ménages ; Flux migratoires dans les villes congolaises etc.

Cette enquête est riche en information relative à l'habitat et aux logements. Elle est, par contre, relativement pauvre pour définir les groupes vulnérables et les facteurs de risque même si les données sur les pauvres, les chômeurs, les femmes-chef de ménage, les veuves et les femmes divorcées, ont été collectées.

De 1999 jusqu'en 2001 l'IRC a mené **11 Enquêtes sur la mortalité (R13)** dans la partie Est de la RDC, spécialement dans les provinces du Nord Kivu, Sud Kivu, Province Orientale, Maniema et Katanga couvrant un territoire d'environ 20 millions d'habitants. Ces enquêtes, à l'exception de celles menées en 2001, ont adopté chacune une méthodologie différente,

rendant la comparaison des données pas commode (et partant non acceptable) car on ne sait pas conclure si les différences observées sont dues au phénomène étudié ou plutôt à la méthodologie adoptée. Dans l'ensemble, les enquêtes ont calculé les indicateurs ci-après : Taux bruts de mortalité, taux de mortalité infantile et infanto-juvénile, nombre de décès excédentaires liés à la guerre, décès par cause, etc.

Ces enquêtes, surtout celles menées en 2001, ont procédé à un sondage en grappes à 2 degrés, très discutable dans ce sens que l'unité de sondage utilisée au 1<sup>er</sup> degré «clinic areas» n'est pas clairement définie. En plus, l'utilisation de Global Positioning System (GPS) pour tirer les unités de sondage au second degré est très discutable dans la mesure où cela ne permet pas de connaître la probabilité pour chaque unité secondaire d'être sélectionnée dans l'échantillon final. Enfin, il n'est pas possible, à partir de ces enquêtes, d'extrapoler les résultats obtenus à l'ensemble du territoire défini comme Est de la RDC comme le fait IRC.

**L'enquête sur la mortalité (les niveaux et tendances) de la population de Kinshasa (R74)** du 2000 a été financée par l'OCHA et a connu la participation des experts de l'INS et du DDK. Cette enquête se situe dans un continuum c'est à dire qu'elle se réfère aux résultats et conclusions d'enquêtes antérieures avant de proposer non seulement sa méthodologie mais aussi son questionnaire. En plus, c'est une enquête aléatoire par grappes dont le plan de sondage est stratifié au premier degré. Elle porte, en définitive, sur un échantillon représentatif 3.049 ménages. Les indicateurs quantitatifs ci-après sont disponibles, à savoir : Proportion des chefs de ménages selon le sexe, nombre de chambres à coucher par logement, l'accès à l'eau de boisson, gestion des ordures ménagères, sécurité alimentaire, santé maternelle, accès aux soins de santé et aux médicaments, mortalité infanto-juvénile, mortalité maternelle.

Malgré les soins pris pour tirer l'échantillon, les indicateurs de mortalité calculés à l'aide des données de cette enquête OCHA sont relativement sous-estimés, même si ceux relatifs à la fécondité se situent bien dans la fourchette des données acceptables pour la ville de Kinshasa. De même, les autres indicateurs reflètent la réalité de Kinshasa telle que couverte par d'autres enquêtes comme MICS2.

L'enquête épidémiologique de Médecins sans Frontières (MSF, R3) en 2001 a été menée dans les cinq zones de santé suivantes : Basankusu et Lisala situées dans la partie occupée par la rébellion dans la province de l'Equateur, Kilwa située sur la ligne de front dans la province de Katanga, la zone de santé de Kimpangu située au Bas-Congo et celle de Inongo située dans la province de Bandundu. Quatre Indicateurs de base sont mesurés à l'aide de cette enquête : décès dus à la violence, mortalité, accès aux soins de santé et couverture vaccinale. C'est une enquête aléatoire par grappes dont l'échantillon final inclut 4.500 ménages. Les résultats de cette étude ne peuvent en aucun cas être extrapolés à la province où se trouve la zone de santé. Ils sont valables pour les zones de santé enquêtées. Les résultats sur la mortalité publiés par MSF, comparés à ceux de MICS 1 et MICS 2, à l'exception de ceux de Basankusu, semblent être sous-estimés. Les autres indicateurs mesurés à partir de ces données (accès aux médicaments, couverture vaccinale, taux d'utilisation de l'hôpital, etc.) reflètent bien le schéma identifié par d'autres enquêtes menées dans d'autres zones de santé.

**L'enquête sur la malnutrition des enfants et des mères à Kinshasa en 2003 (R 32)** a été menée conjointement par le Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) et le Programme Nationale de Nutrition (PRONANUT). L'enquête renseigne sur la vulnérabilité des enfants et des mères à Kinshasa en ce qui concerne la malnutrition et identifie les groupes

à risque de la malnutrition chez les enfants et les mères. Elle a adopté un sondage en grappes avec tirage aléatoire à 3 degrés. Le premier degré du sondage constitué des quartiers a été stratifié. L'enquête a couvert un total de 1.800 enfants de 6 à 59 mois et un total de 1.621 mères (âgées de 15 à 50 ans) non enceintes.

Les indicateurs ci-dessous ont été prévus :

- Pour apprécier l'état nutritionnel des enfants, on a calculé : Indice poids/âge, indice taille/âge, et l'indice poids/taille;
- Pour apprécier l'état nutritionnel des mères, on a calculé l'indice de masse corporelle
- D'autres indicateurs : poids à la naissance, pratique d'allaitement, couverture des programmes nutritionnels, sécurité alimentaire et supplémentation en vitamine A.

## **2.2. Aspects institutionnels**

Les données nécessaires pour mesurer et analyser les indicateurs sociaux peuvent être collectées grâce aux enquêtes ou à l'aide d'un système d'enregistrement continu et suivi. En RDC, le fonctionnement d'un tel système d'enregistrement est déficitaire à tous les niveaux de la société (local, régional et central). De plus, l'INS ainsi que les différentes structures étatiques relatives à la protection sociale sont peu impliqués dans beaucoup d'enquêtes, surtout les enquêtes partielles qui sont généralement menées par des ONG internationales. Quelquefois ces enquêtes sont peu diffusées. En vue d'améliorer la qualité des enquêtes, la fiabilité des données, et de rendre utile les informations collectées, une coordination des enquêtes dans leur conception, leur organisation et leur réalisation et dissémination serait souhaitable.

Comme il n'y a pas eu de recensement en RDC depuis 1984, un nouveau recensement devient plus qu'indispensable non seulement pour renouveler la base de sondage de nouvelles enquêtes mais aussi pour avoir une base statistique récente permettant de prendre des décisions politiques et sociales pertinentes.

Les données du recensement scientifique de 1984 étaient publiées en 1990 mais n'ont pas fait l'objet d'une exploitation détaillée. Pour le moment, quand bien même la loi réglementant la production des données en RDC existe, elle n'est pas malheureusement appliquée. La conséquence de ce manquement est que souvent les enquêtes menées et les statistiques produites par différents intervenants, ne bénéficiant pas du contrôle de qualité de l'INS en tant qu'institution, ont une fiabilité limitée. Il y a actuellement une tendance d'utiliser les agents de l'INS dans les différentes enquêtes qui sont organisées sans impliquer l'organisation INS comme tel. Cette pratique a trois conséquences directes :

- (i) l'INS en tant qu'institution ne sait pas contrôler ni harmoniser la méthodologie ni même suivre les indicateurs inclus dans ces enquêtes,
- (ii) l'INS, qui devrait être la mémoire collective de l'Etat en ce qui concerne les enquêtes menées en RDC, n'est pas toujours au courant de l'existence de beaucoup de données collectées par les intervenants extérieurs,
- (iii) Les données sociales, économiques, sanitaires, etc., collectées par ces intervenants sont éparpillées dans divers services. Par conséquent, l'INS ne sait pas organiser une banque des données disponibles pour tous les utilisateurs potentiels.



Cependant, il faut noter que des activités de renforcement des capacités de l'INS sont prévues dans l'Enquête Nationale sur la Pauvreté (ENAP, voir ci-dessous). De même, dans les activités de l'UNICEF prévues pour la RDC dans le domaine des enfants et du couple femme/mère, l'INS va être renforcé.

Au Ministère des Affaires Sociales, c'est la Direction d'Etudes et de Planification (DEP), qui est, entre autres, chargée de mener des études sociales et de créer une banque des données sociales. Actuellement, la DEP a mené très peu d'études et n'a pas une banque de données sociales. En plus, la coordination des informations et données entre le niveau central et le niveau provincial est faible. Il existe à ce propos très peu de données fiables sur les interventions publiques. Pour les besoins de la présente étude, la collecte des données organisée par la DEP sur les interventions de MAS en province/district a relevé, par exemple, la question de savoir si les centres et unités spécialisées situés au niveau régional et district sont fonctionnels ou pas. En général, la DEP n'est pas impliquée dans les études relatives à la protection sociale menées en RDC.

### 2.3. Besoins en données

La revue des données quantitatives présentée dans la section précédente aboutit à un constat. Il y a un grand déficit en données sur les groupes vulnérables en RDC. Comme la revue des données existantes l'on montré, par manque de recensement et d'un bon système d'enregistrement continu et suivi des données, il n'est pas possible de dénombrer avec exactitude les individus appartenant à ces groupes. En plus, pour certains groupes à risque comme les enfants soldats, les enfants de la rue et les personnes déplacées, le nombre total d'individus concernés est extrêmement difficile à estimer, même en utilisant des méthodes sophistiquées d'enquête par échantillon. Pour obtenir une estimation fiable sur les personnes vivant avec le VIH/SIDA, des tests de laboratoires doivent être faits, ce qui exige des ressources énormes. Toutefois, des informations utiles peuvent être obtenues par enquête ménage seulement pour la plupart des groupes vulnérables vivant dans des ménages (tels que les mères seules, les femmes veuves/divorcées/séparées, les enfants et adultes handicapés, les enfants vivant en dehors de leurs parents biologiques). Dans ce cas particulier, en rapport avec la taille de l'échantillon, les différences régionales et les différences genre peuvent être mesurées, et le niveau de risques peut être estimé pour chaque groupe vulnérable. Les données sur les risques qui peuvent être obtenues à partir d'une enquête auprès du ménage sont, par exemple, celles sur le revenu, le transport, la violence domestique, l'éducation, le statut d'occupation professionnelle, l'état sanitaire et nutritionnel des individus vivant dans le ménage, la mortalité maternelle, la mortalité des enfants (infantile et infanto-juvénile).

**A propos de nouvelles analyses des données existantes.** Quand bien même certaines de ces informations ont déjà été collectées dans MICS 2 et, dans une certaine mesure, dans l'enquête Habitat de 1999 menée en milieu urbain, mentionnées ci-dessus, peu d'analyses portant sur les groupes vulnérables ont été faites à l'aide de ces données. De telles analyses, utilisant les données du MICS 2 et de l'enquête Habitat, sont encore possibles à faire. Il suffit d'accéder aux fichiers des données de base et de constituer une équipe de travail. Ces analyses pour l'ensemble du pays peuvent être réalisées par niveau d'éducation, état sanitaire et nutritionnel des groupes vulnérables ci-après : les ménages dirigés par les veuves/divorcées/séparées, ceux dirigés par les parents handicapés et les enfants handicapés. Cependant, si les données ou analyses par province sont exigées, alors on doit collecter d'autres données étant donné que l'enquête MICS 2 ne permet pas de descendre à ce niveau.

**Des études et enquêtes spécifiques aux groupes vulnérables ou une intégration de ces aspects dans l'Enquête Nationale sur la Pauvreté?** Pour couvrir les besoins de la RDC en données quantitatives sur les risques et les groupes à risque, on doit premièrement mener des études spécifiques sur chaque groupe vulnérable afin d'avoir l'information et des données plus fiables et d'avoir plus d'information sur les aspects régionaux relatifs à chaque groupe. Deuxièmement, des enquêtes quantitatives doivent être menées pour les groupes à risque vivant dans les ménages. Pour ces dernières, il y a deux options suivantes soit on organise des nouvelles enquêtes-ménage sur un échantillon dont le plan de sondage permet d'obtenir des estimations fiables et efficaces au niveau de la province, soit on organise des enquêtes séparées pour chaque province. De telles enquêtes devraient être menées conjointement entre l'INS et le Ministère des Affaires Sociales en collaboration avec, par exemple, le Département de Démographie de l'Université de Kinshasa.

L'intégration des aspects relatifs aux risques et groupes vulnérables dans l'Enquête Nationale sur la Pauvreté (ENAP) semble difficile. L'ENAP a comme objectif d'étudier les conditions de vie des communautés de base <sup>(6)</sup>. L'enquête est prévue en l'an 2003-4 et sera réalisée par L'INS avec la participation du Ministère du Plan et de la Reconstruction, du Centre d'information pour le Développement (C.I.D.), l'ONG GRET et autres, et avec l'appui financier de la Banque Mondiale. L'ENAP est un recensement de toutes les communautés de base. Elle va procéder à la collecte des informations en adoptant deux techniques connues : «interviews des personnes ressources/informant interviews» et les focus-groups. Un questionnaire est prévu à chaque niveau de la communauté de base et un guide d'interviews participatives sera élaboré pour collecter les données supplémentaires dans les villages et quartiers. Actuellement, l'ENAP ne prévoit pas des interviews au niveau ménage. Des questions sur la vulnérabilité, les risques ou les groupes vulnérables ne sont pas prévues dans cette enquête. En les ajoutant, on risque d'alourdir ses questionnaires qui sont déjà très lourds. Les questions relatives aux risques et à la vulnérabilité risquent de se noyer dans toutes les autres questions pertinentes sur la pauvreté et il va falloir attendre longtemps pour avoir les résultats. L'ENAP qui peut être une bonne source des données des données qualitatives en ce qui concerne les communautés de base, ne l'est pas ni pour ce qui est des données quantitatives ou des données qualitatives au niveau de ménage.

**Enquêtes qualitatives.** En plus d'une collecte auprès des ménages, des enquêtes qualitatives approfondies devraient être organisées pour les groupes vulnérables dont les membres sont difficilement repérables dans le ménage ordinaire. Des enquêtes qualitatives visant des groupes vulnérables, particulier comme les enfants de la rue, les handicapés et les différentes catégories des personnes déplacées, etc., sont nécessaires et urgentes et devraient être menées avec l'objectif d'avoir une meilleure compréhension des risques et des facteurs des risques auxquels ils sont exposés, leurs conditions de vie, leurs besoins spécifiques et leurs mécanismes de survie. En outre, des études qualitatives sur les différents dispositifs informels relatifs à la prévention, l'atténuation ou la réaction des risques au niveau des communautés de base sont importantes. Par exemple, il existe actuellement une certaine incertitude chez des personnes-ressources oeuvrant en RDC pour déterminer si les dispositifs communautaires sont en baisse ou en hausse.

---

<sup>6)</sup> Par communauté de base, l'ENAP inclut le Villages, le Secteur et le Territoire pour le milieu rurales le Quartier et la Commune pour le milieu urbain

### 3. LES PRINCIPAUX RISQUES

La protection sociale consiste à gérer les risques en vue de réduire la vulnérabilité, régulariser la consommation et prévenir à une plus grande équité sociale. Ce chapitre tente d'identifier et de classer les risques majeurs auxquels sont exposés les Congolais. C'est une tâche difficile à cause de la gamme de risques auxquels la plupart des Congolais font face et le manque de données quantitatives et d'informations qualitatives.

La base pour la classification des risques a été la revue de la documentation existante, les entretiens avec différents partenaires, personnes-ressources et groupes cibles à Kinshasa, dans la province de Bandundu et travers les ateliers régionaux organisés à Kisangani, Bukavu, Lubumbashi et Kinshasa . En plus, l'utilisation des matrices sur la corrélation, la fréquence et la sévérité des risques a renforcé la classification

Les risques ont été regroupés en fonction de leur nature (économique et politique, social, santé et naturel) et du niveau auquel ils interviennent. Un risque est dit macro lorsqu'il agit au niveau du pays ou au niveau international, il est dit méso s'il affecte la communauté, le district ou la province toute entière, et il est dit micro s'il affecte les individus, les ménages et les familles.

Il existe plus de données fiables sur les risques de santé que des données fiables sur les risques économiques, sociaux, naturels et environnementaux

Le tableau 3.1 ci-dessous donne la synthèse des risques majeurs auxquels sont exposés les Congolais. La section 3.1 décrit les risques politiques et économiques, tandis que les sections 3.2 et 3.3 décrivent respectivement les risques sociaux et socioculturels et les risques de santé et cycle de vie. Enfin, la section 3.4 décrit les risques naturels et environnementaux.

Tableau 3.1 : Les risques majeurs en RDC

Risques	Niveau macro pays/international	Niveau méso Communauté/région	Niveau micro Individu/ménage
<b>Politiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guerre et rébellions</li> <li>• Corruption et trafic d'influence</li> <li>• Insécurité juridique et physique</li> <li>• Pillages</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflits interne techniques armées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tracasseries administratives et policières</li> </ul>
<b>Économiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instabilité du cadre macro-économique</li> <li>• Chute de la production nationale</li> <li>• Circulation difficile des personnes et des biens</li> <li>• Pillages</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prolifération des taxes</li> <li>• Coupures intempestives d'électricité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte d'emploi et des AGR</li> </ul>
<b>Sociaux et Socio-culturels</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insécurité sociale</li> <li>• Déplacements forcés</li> <li>• Conflits sociaux (coutumiers, fonciers, tribaux, etc. )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible ou manque d'instruction et analphabétisme</li> <li>• Viols, violences et maltraitements</li> <li>• Divorces et rupture familiale</li> <li>• Discrimination genre</li> <li>• Très faible pension de retraite de survie et de la rente viagère</li> <li>• Perte de logement</li> <li>• Impaiement des salaires</li> <li>• Rejet, stigma, isolement et abandon</li> <li>• Conflit de travail</li> <li>• Pratiques coutumières et sociales néfastes</li> </ul>
<b>Santé</b>	Pandémies/ VIH-SIDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Endémies et Epidémies (paludisme)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malnutrition</li> <li>• Maladies</li> <li>• VIH/SIDA et IST</li> <li>• Malaria</li> <li>• Intoxication</li> <li>• Décès précoce</li> <li>• Accident et Invalidité</li> <li>• Traumatismes psychiques</li> </ul>
<b>Cycle de vie</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grossesses non désirées, précoces, rapprochées et tardives</li> <li>• Accouchements dystociques et non assistés</li> <li>• Avortements provoqués</li> <li>• Perte précoce d'un parent/ membre de famille</li> <li>• Stérilité/infécondité</li> </ul>
<b>Naturels et Environnementaux</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inondation</li> <li>• Érosion</li> <li>• Eboulement</li> <li>• Problème phytosanitaire</li> <li>• Déboisement et déforestation</li> <li>• Eruption volcanique</li> <li>• Insalubrité</li> <li>• Manque d'eau potable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inondation</li> <li>• Érosion</li> <li>• Éboulement</li> <li>• Bruits et tapages</li> </ul>

### 3.1. Risques politiques et économique

#### 3.1.1. Les Risques

Le tableau 3 2 ci-dessous reprend les risques politiques et économiques auxquels les Congolais font face.

**Tableau 3.2. Risques politiques et économique les identifiés en ROC**

Risques	Niveau macro Pays/international	Niveau méso Communauté/région	Niveau micro Individu/ménage
<b>Politiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guerre et conflits interethniques armés</li> <li>• Corruption et trafic d'influence</li> <li>• Insécurité juridique et physique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflits interethniques armés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tracasseries administratives et policières</li> </ul>
<b>Economiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instabilité du cadre macro-économique</li> <li>• Chute de la production nationale (par exemple : cuivre, cobalt, café)</li> <li>• Circulation difficile des personnes et des biens</li> <li>• Pillage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prolifération des taxes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte d'emploi et des AGR</li> </ul>

Le contexte politique et économique de la RDC est particulièrement hostile. Il est notamment caractérisé par une mauvaise gouvernance prononcée, une transition politique interminable depuis le début des années 90, un tissu économique fortement délabré suite aux pillages et destructions à répétition, des guerres et conflits ethniques cycliques. Cette situation se traduit par l'exportation illégale des ressources naturelles nationales par des acteurs civils et militaires des pays voisins avec leurs complices nationaux. D'après MICS-2, la déliquescence de l'économie du pays et les troubles politiques ont conduit à une forte détérioration des conditions de vie des populations congolaises. Ainsi, l'indicateur de développement humain (IDH) connaît une régression de 1,7 % en moyenne depuis 1990. Il est estimé à 0,455 en 1998 et classe la RDC parmi les pays les plus pauvres du monde (PNUD, 2001). Le pouvoir d'achat de la population, mesuré en terme de salaires réels, ne représentait que 1,7 % du niveau normal de salaires pour le fonctionnaire et de l'administration publique le plus gradé » (MICS-2, R1) <sup>(7)</sup>.

Les risques majeurs politiques, juridiques et économiques identifiées ci-dessus se manifestent à la fois en milieu urbain et en milieu rural mais à des degrés et niveaux divers.

**La guerre et les conflits interethniques** sont des risques majeurs situés respectivement aux niveaux macro et méso, mais qui affectent dramatiquement le bien-être de toute la population. En effet, tous les Congolais sont affectés, directement ou indirectement, par la guerre. Les effets néfastes directs de ces deux risques comprennent :

- De nombreuses morts directes et indirectes évaluées entre 2 et 3,3 millions (selon les sources). Les morts indirectes sont dues à des maladies non soignées, à la malnutrition

<sup>7)</sup> Ce niveau a été estimé à 622 USD par mois en 1997. La suite d'une enquête sur les prix des biens sur les marchés de Kinshasa (MICS, RI)

consécutives aux déplacements ou à l'isolement prolongé. D'après l'IRC, près de 500.000 morts seraient des victimes directes de la guerre. Toutefois, cette estimation doit être prise avec prudence au regard de la méthodologie utilisée par cette organisation pour collecter les données (cfr, Chapitre 2 à ce propos)

- Le déplacement massif des populations dont le chiffre global est évalué actuellement à près de 2,7 millions des personnes déplacées internes par OCHA (cfr. la section 4.3 sur les déplacés internes)
- Le recrutement d'environ 30.000 enfants comme soldats ou auxiliaires des forces armées.
- Des invalides et mutilés estimés entre 70.000 et 100.000 personnes (cfr rapport CICR de 2001 (R45) et Handicap International 2001, R27).
- Des viols et violences accompagnés de traumatismes psychiques.
- La prévalence élevée du VIH/SIDA qui atteint 20 à 22 % dans les zones en conflit contre 5 à 10 %, en moyenne, au niveau national à cause du nombre élevé des personnes séropositives dans les forces armées des pays voisins de la RDC ou des forces impliquées dans la guerre (OMS-2001, UNAIDS, USAID R102). Le PNLS évalue cette prévalence dans les zones en conflit entre 25 et 35 % (R22)
- La destruction massive et le pillage systématique des infrastructures sociales. Selon UNICEF, 170.000 salles de classe ont été détruites (UNICEF-rapport 2000, R46), et d'après l'OMS, 5.000 centres de santé et 400 hôpitaux ont été pillés (OMS 2001, R22).
- Des émeutes, mutineries, pillage et exploitation illégale des ressources naturelles consécutifs à la guerre, aux conflits interethniques ont entraîné sur leur sillage des marginaux et autres chômeurs. Ces événements ont conduit à la destruction des infrastructures économiques, sociale et administratives dont les entreprises, aggravant aussi le chômage, la perte de revenu et accroissant la vulnérabilité des populations pauvres surtout celles vivant en milieux urbains et péri-urbains.

Les Congolais vivant dans les zones en conflit ou dans les zones isolées par les conflits, sont souvent pris en étau entre les belligérants. Ils se retrouvent démunis à tous points de vue. Ils sont aussi victimes de viols et violences de toutes sortes. Ils sont privés d'eau, de nourriture, d'abris, d'habits, de soins de santé, de scolarité, etc., ensuite, ils sont exposés à diverses intempéries installés sur des sites souvent insalubres et y vivent dans la promiscuité. Ils sont en proie à des épidémies telles que le choléra, la fièvre typhoïde, la diarrhée rouge, les maladies virales, les infections des voies respiratoires et les IST. Les groupes les plus vulnérables, constitués essentiellement des femmes (surtout celles en état de grossesse ou des femmes allaitantes), des vieilles personnes, des petits-enfants (les moins de 5 ans) et des handicapés, payent un lourd tribut en vies humaines.

La guerre et les conflits armés ont aussi produit des effets néfastes directs et indirects sur l'économie du pays qui était déjà en crise à cause de l'instabilité institutionnelle liée à la mauvaise gouvernance. Par exemple, les conflits ont fortement perturbé les circuits de transport et de communication ainsi que les réseaux d'approvisionnement de l'ensemble du pays. De ce fait, les paysans, les petits commerçants notamment ont perdu beaucoup d'opportunités d'accès aux revenus liés aux activités génératrices de revenus (AGR) à la production agricole, aux échanges villes-campagnes se sont enfoncés dans la pauvreté extrême, ne pouvant plus produire, évacuer ou vendre en toute sécurité.

En plus, à cause de la guerre, les secteurs de la défense et de la sécurité absorbent une grande partie du budget de l'Etat par rapport aux autres secteurs, en particulier les secteurs sociaux, amenuisant la capacité d'intervention déjà faible de l'Etat en faveur des groupes extrêmement vulnérables.

**La corruption et trafic d'influence.** En RDC, la corruption et le trafic d'influence sont des pratiques courantes pour obtenir des avantages indus à différents niveaux et dans différents secteurs de la vie nationale. Ces pratiques sont entrées dans la mentalité des congolais. Tous les services se monnaient (pot-de-vin, pourboire, etc.) et on ferme les yeux devant des situations graves. La corruption est particulièrement développée dans les services de douane, des impôts, de la passation des marchés publics, des cours et tribunaux, dans l'enseignement et dans les affaires foncières et immobilières.

Les pratiques de corruption enrichissent les individus au détriment de l'Etat suite à des « manque à gagner » très importants résultant de la fraude douanière, de la sous-évaluation des taxes et impôts, de la surévaluation des devis et factures liés aux marchés publics et de la perception des recettes dues à l'Etat au moyen de faux documents. L'exemple le plus scandaleux dans l'histoire récente de la RDC c'est la production des billets parallèles de Zaïre-monnaie en 1994 dans une imprimerie argentine par un homme d'affaires étranger avec l'autorisation et la complicité des autorités congolaises de l'époque.

Dans l'enseignement, beaucoup d'élèves et étudiants achètent des côtes non méritées auprès des enseignants véreux, parfois sans avoir participé aux examens.

Au niveau des administrations et de la justice, les documents d'Etat-civil, des extraits de casier judiciaire et des attestations de bonne vie et moeurs sont établis par les préposés sans aucune vérification des conditions préalables moyennant le pot-de-vin. Des repris de justice bien connus réussissent à obtenir des extraits de casier judiciaire avec mention « aucun antécédent judiciaire connu ».

Dans la police, en particulier la police de roulage, des infractions imaginaires sont imaginées et des amendes fantaisistes sont perçues à longueur des journées sur les véhicules en circulation au vu et au su de autorités hiérarchiques et ce sans réaction.

Quant aux instances judiciaires, elles ne rendent la plupart des jugements que moyennant intéressement et souvent en violation des textes de lois qu'elles sont censées appliquer.

La corruption au Congo trouve ses racines dans l'instabilité politique chronique et la mauvaise gouvernance du pays depuis 1960. A ce propos, et à titre d'illustration, le Rapport Mondial sur la corruption publié en 2003 par Transparency International (R35), affirme que l'instabilité chronique a donné lieu à une corruption caractérisée qui s'est étendue au détournement des ressources nécessaires à la lutte contre la pauvreté. En plus, « les entreprises ont tiré profit des faiblesses de l'Etat qui n'a pas pu empêcher les fonctionnaires d'exploiter illégalement et à bon marché les richesses naturelles du pays. En RDC, c'est la course entre diverses factions militaires et ethniques pour s'emparer des nombreux gisements de diamants, d'or, de bois et du coltan. Elles utilisent les revenus tirés des exportations illégales à la fois pour enrichir leurs chefs et acheter des armes pour poursuivre la guerre. La corruption et les pots-de-vin sont par ailleurs des pratiques courantes pour obtenir le soutien politique des population des zones aux mains de rebelles en RDC et du territoire contrôlé par le gouvernement » (R35, p.308).

**Les pillages.** L'effondrement de l'Etat a été suivi par des émeutes et des pillages provoqués par des soldats mal payés ou impayés qui ont entraîné de chômeurs et autres badauds désespérés en 1992 et 1993. Ces pillages ont détruit une grande partie du capital productif. Le pays continue à souffrir de cette situation qui s'est traduite par des suppressions massives d'emplois, une chute de la production et une pénurie de certains biens de première nécessité avec pour conséquence la hausse des prix.

Les principaux facteurs de ce risque sont l'Impaiement des salaires, la pauvreté, les manipulations politiques et les tensions sociales.

Récemment, les pillages et l'exploitation illégale des ressources naturelles et autres richesses de la RDC ont fait l'objet d'une enquête de l'ONU qui a révélé d'importantes pertes de recettes pour le Congo au profit des acteurs militaires et politiques tant internes qu'externes. Les pillages ont été épinglés comme un facteur déterminant de la guerre et des conflits interethniques qui ont servi en RDC au cours des cinq dernières années.

**L'insécurité juridique et physique.** Le déficit de l'Etat de droit, la culture d'impunité, la mauvaise gouvernance, l'inefficacité et/ou la faiblesse des garde-fous institutionnels et juridiques, et le manque de volonté politique créent des conditions favorables à l'insécurité juridique, l'injustice et la criminalité, y compris les assassinats. Les cours et tribunaux sont débordés de travail et fonctionnent dans des conditions matérielles et morales qui ne garantissent ni la diligence ni l'équité dans la distribution de la justice ni l'autorité pour faire exécuter les jugements. Dans ce contexte, aucun droit n'est acquis de manière certaine ni opposable à tous (PNUD, CCA, 2000, R39). Quasiment, tous les Congolais sont vulnérables à l'insécurité juridique et physique. Les pillages de 1991 et 1993 sont une illustration de cette insécurité.

**Les tracasseries administratives et policières** sont un aspect particulier de l'insécurité juridique, que subissent les populations de la part des responsables administratifs, territoriaux et des agents en uniforme qui taxent des amendes fantaisistes, extorquent et briment les citoyens sans défense.

**L'instabilité du cadre macro-économique** (monnaie et prix). Le très bas revenu du congolais est fortement laminé, d'une part, par un taux d'inflation qui est souvent très élevé et, d'autre part, par la dépréciation continue du pouvoir d'achat et du taux de change. A titre d'illustration, le taux d'inflation est passé de 874,50% en 1990 à 9.795,40% en 1994, à 511,20% en 2000, à 135,10% en 2001 et à 15,20% en 2002 (Source - Banque Centrale du Congo, Condensé d'informations statistiques n° 01/2003, R154). Cependant, on constate depuis 2001 que le taux d'inflation est en baisse continue grâce à la conclusion d'un nouveau programme de coopération entre la RDC, le FMI et la Banque Mondiale. Ce programme de coopération impose une nouvelle discipline dans la gestion budgétaire et monétaire. Le taux de change du franc congolais (CDF) est passé, à son lancement le 30 juin 1998, de 4,50 CDF pour 1 USD à 25,50 CDF le dollar au 31 décembre 1999, à 141 CDF le dollar au 31 décembre 2000, à 311,50 CDF au 31 décembre 2001 et à 400 CDF le dollar au 31 décembre 2002. Le franc congolais s'est déprécié de 87,88% en quatre ans affectant négativement les prix et le pouvoir d'achat des Congolais. Depuis 2001, avec la mise en oeuvre du programme susmentionné, le taux de change du franc congolais a tendance à se stabiliser (Banque Centrale du Congo, Ibidem).



La hausse des prix et l'instabilité monétaire asphyxient les ménages les plus pauvres qui sont incapables de faire des stocks ou de se prémunir en achetant des devises. Les paysans assistent impuissants à la détérioration des termes de l'échange villes-campagnes et sont contraints de revenir au troc pour atténuer les effets néfastes de cette instabilité.

**Chute de la production nationale.** La chute de la production de principaux produits agricoles et miniers est un risque important en RDC à cause de la dépendance du budget de l'Etat et de l'Economie nationale, depuis près de trois décennies, de quelques produits notamment le cuivre, le cobalt, le diamant, le café et le bois. Il en est de même de la production vivrière, facteur important d'insécurité alimentaire et de malnutrition, qui n'a cessé de se dégrader depuis les années 90 et la guerre déclenchée en 1998 a exacerbé la situation. Cette production vivrière, essentiellement organisée dans les petites exploitations familiales, accuse une baisse estimée globalement à -20% pour les céréales, -12% pour les racines et les tubercules et -6% pour les légumes et fruits (source : DEP/Agriculture).

D'après la Direction des Etudes et de Planification du Ministère de l'Agriculture précitée, la baisse moyenne de la production de poissons est estimée à 45%. Quant à la production animale, elle a été particulièrement affectée par la guerre et les conflits interethniques dans les provinces à vocation pastorale (Nord et Sud Kivu, district de l'Ituri), qui ont perdu près de 80% de leur cheptel. Cette baisse continue de la production vivrière, source de pénurie et de hausse des prix observée sur le marché, participe énormément à la vulnérabilité des populations pauvres ayant un pouvoir d'achat faible en affectant leur accès à la nourriture.

La production minière s'est, de son côté, effondrée à l'exception de la production du diamant artisanal qui a connu une stabilité relative. Le cuivre produit par la Gecamines, pourvoyeuse traditionnelle de devises et de recettes de l'Etat dans les décennies 1970 et 1980 a connu une chute brutale en passant de 442.828 tonnes en 1989 à 20.378 tonnes en 2001, soit une baisse de 95,4% (Ministère du Plan, CAP-PMURR vol. 1 avril 2003). L'effondrement de la production minière, concentrée principalement dans la province du Katanga a entraîné la fermeture de plusieurs entreprises dans cette province opérant en amont ou en aval de la Gecamines et a provoqué les licenciements massifs ou la perte d'emplois de plus de 20.000 personnes au Katanga. A titre d'illustration, la production du cobalt est passée, entre 1985 et 2001, de 15.000 tonnes à près de 5.000 tonnes. Tandis que les productions du zinc, de manganèse et d'étain, entre 1985 et 2001, sont passées respectivement de 200.000 tonnes, 360.000 tonnes et 9 millions de tonnes à zéro tonne pour les trois produits miniers.

**Le secteur industriel privé souffre** d'une diminution drastique des investissements qui sont tombés en dessous de 10% du PIB. Les investissements publics et privés, qui représentaient 26% avant l'indépendance et dont les trois quarts étaient privés, sont à peine à 6,7% du PIB en 1996 et 7,4% en 1999. Les industries manufacturières encore en activité fonctionnent, entre 15 et 17% de leur capacité installée avec un maximum de 25% pour les entreprises les plus performantes (Ministère du Plan, op.cit.). Cet effondrement de la production se traduit par une baisse sensible de recettes d'exportations et de la contribution des entreprises au budget de l'Etat. A titre d'exemple, l'apport du café à l'économie nationale est passé de 300 millions USD dans les années 80 à 40 millions USD en 2002.

*Un revenu bas des ménages.* La chute de la production nationale a des conséquences directes sur la vulnérabilité des populations car elle influe sur le revenu des ménages. A titre d'illustration, voici l'allure des PIB/habitant en RDC de 1992 à 2003. Il est passé de 167,5

USD (1992), 150,6 USD (1997), 84,2 USD (1998), 96 USD (1999), 82,6 USD (2000), 96,3 USD (2001) à 96,1 USD en 2002 (Banque Centrale du Congo-statistiques 2003, R41).

Le seuil de pauvreté absolue, fixé conventionnellement au niveau international à 1 USD (en Parité du Pouvoir d'Achat de 1985) par jour et par personne, est encore loin d'être atteint en RDC. Car, le niveau le plus élevé du revenu par habitant et par jour, au cours des 40 dernières années, été réalisé en 1973 où il atteignait 1,31 USD. Après cette année, ce niveau n'a cessé de se dégrader 0,91 USD en 1974 et 0,30 USD en 1998. Selon la Banque Mondiale, en 2002, 80% de la population congolaise vivait avec moins de 0,50 USD par personne et par jour. Donc, depuis 1974, le revenu moyen du congolais se situe en dessous du seuil de pauvreté absolue et a continuellement baissé de 3,08% en moyenne annuelle jusqu'en 1998 (Source : PNUD, CCA 1999 ; Banque Mondiale : Communication de la Représentation résidente de Kinshasa du 31 juillet 2003). Il faut préciser qu'il s'agit là d'une moyenne nationale qui ne reflète pas nécessairement la situation précaire des catégories sociales les plus défavorisées ni les disparités géographiques (rural/urbain). Elle donne seulement des repères quant à l'état de dénuement dans lequel vivent les populations congolaises (Source : UNDP, CC 1999).

#### **Encadré 1 : La perception de la pauvreté**

Par les femmes de L'UNAF/Kikwit. " Nous constatons notre pauvreté quand nous sommes obligées de nous réveiller très tôt, vers 4 heures du matin, laissant nos maris et nos enfants sur la couche pour aller aux champs ou vendre, quand nous marchandons exagérément les prix des denrées alimentaires sur les marchés, quand nous allons demander régulièrement de l'huile, du sel, ... chez les voisins ; quand nous envoyons nos enfants de moins de 15 ans vendre au marché ou dans la rue ; quand sur 7 enfants un seul est envoyé à l'école, quand nous manquons de provisions à la maison, ne savons pas nous soigner lorsqu'on tombe malade, prenons un seul repas non consistant par jour ; manquons même de l'argent pour cotiser dans nos associations, etc. »  
Source : Evaluation rapide des risques et groupes à risque an Bandundu.

L'Enquête Nationale sur l'Habitat et le Profil Socio-économique des ménages en milieu urbain (ENHAPSE, R13) portant sur 12 villes, renseigne sur le revenu moyen dépensé par jour et par personne en 1999. Ce revenu se chiffrait à 0,92 USD pour l'ensemble des villes. Pour chaque enquêtée, ce revenu était de 0,85 USD (Kinshasa), 1,15 USD (Matadi), 1,18 USD (Borna), 0,38 USD (Bandundu), 0,35 USD (Kikwit), 0,46 USD (Mbandaka), 1,06 USD (Lubumbashi), 0,53 USD (Kolwezi), 2,52 USD (Mbuji-Mayi), 0,78 USD (Mwene-Ditu), 0,84 USD (Kananga). S'agissant des femmes, les informations disponibles renseignent que le niveau de leur revenu est encore plus bas que celui des hommes. Tandis que le PIB réel par habitant, mesuré en PPA, s'élevait à 1.030 pour la femme contre 1.563 pour l'homme congolais (Rapport Mondial sur le Développement Humain 1999, PNUD, R18).

La RDC est par ailleurs classé, en 2001, 142<sup>ème</sup> sur 162 pays du monde, classement basé sur l'indice de développement humain (IDH) estimé à 0,429 contre une moyenne de 0,647 pour l'ensemble des pays en développement, 0,467 pour l'Afrique Subsaharienne et de 0,442 pour les pays les moins avancés (Sources : Rapport sur le développement humain PNUD – 2001, 40).

**La perte d'emploi et des AGR** est un risque qui touche fortement la population active de la RDC. D'après MICS2 (R1), 57% seulement de cette population active (15 à 64 ans) exercent une des activités économiques suivantes : travailleurs salariés, non salariés et travailleurs agricoles. La majorité des travailleurs est occupée dans le secteur agricole (41%), se consacrant à l'agriculture, à la pêche, à l'élevage et à la chasse. Cette proportion est de 56% en milieu rural contre 10 % en milieu urbain. La population active du pays, qui est estimée (à 27.390.000 personnes, représente 52,7% de la population congolaise totale. Sur cet effectif, MICS2 estime les inactifs à 2,5%, les chômeurs à 3,6% (soit 7% en milieu urbain et 2% en milieu rural), les ménagères à 12,7 % (20,1 % urbain – 9,1 % rural), les retraités à 0,2 %, les travailleurs non salariés à 8,8 %, les travailleurs salariés à 7,2 %, les élèves et étudiants à 17,6% et les enfants non scolarisés à 6 %. Ces chiffres sont révélateurs de l'effondrement de l'emploi dans le secteur moderne. Ceci est, par ailleurs, confirmé par le Rapport National sur le Développement Humain du PNUD de 2001 qui estime à 7% seulement la proportion des travailleurs salariés dans la population active. C'est à Kinshasa que cette proportion est la plus élevée (10%), suivie du Kasai-Occidental (13%), du Bas-Congo (9%) et du Katanga (7%) Source MICS-2).

Le volume de la main d'oeuvre salariée est tombé, passant de 8% en 1958 à 2% en 1997. D'après le rapport susnommé, les facteurs à la base de cette chute sont (i) le manque d'investissement créateur d'emplois, (ii) les contraintes de l'ajustement structurel qui ont envoyé des milliers de salariés au chômage ou à l'inactivité, (iii) les pillages des années 1991 et 1993 et la guerre depuis 1996 à ce jour, qui ont détruit l'outil de travail de beaucoup d'entreprises et un grand nombre d'infrastructures réduisant de manière drastique l'offre de travail.

La proportion des travailleurs salariés de sexe masculin (12%) est quatre fois plus élevée que celle du sexe féminin (3%), l'écart étant plus réduit lorsqu'on considère le travail non salarié où les femmes représentent la moitié des travailleurs hommes. Les femmes travaillent surtout dans le secteur informel (6%), alors que les hommes sont aussi nombreux dans le secteur formel qu'informel (12 %).

**La circulation difficile des personnes et des biens** est un risque économique majeur en RDC. Le pays est un sous-continent dont le développement et le bien-être des habitants dépendent essentiellement des échanges villes-campagnes et des échanges entre la RDC et le reste du monde. A cause de l'état défectueux des voies de communications (routes, chemins de fer, fleuves) plusieurs contrées de ce pays sont isolées voire enclavées, étant devenues inaccessibles aux véhicules, aux bateaux et trains. Quant aux quelques avions qui volent encore, nombreux ne répondent plus aux normes internationales et sont devenus des cerceaux volants. L'état technique défectueux des véhicules, des bateaux et des avions est source de beaucoup d'accidents qui provoquent de nombreux décès et invalidités dans le pays. A titre d'exemple, dans la Province Orientale, le principal moyen de transport c'est la bicyclette (couramment appelée Toлека) qui arrive à transporter en plusieurs tours jusqu'à 5 tonnes de paddy (riz) sur une distance de 60 Kms, cela à cause du mauvais état des routes et du manque de véhicules. Un autre exemple est celui de l'huile de palme produite principalement dans les provinces de Bandundu et de l'Equateur. Les populations proches de ces deux provinces, à savoir la population du Kasai et celle du Katanga, accèdent difficilement à l'huile de palme parce que le voyage par véhicule de la province du Bandundu au Kasai ou de la province de l'Equateur au Katanga peut prendre plus de trois mois à cause de la mauvaise état des routes. A cause de la circulation difficile des personnes et des biens en RDC, une proportion importante de la population rurale congolaise s'est repliée sur l'autosubsistance car ne pouvant

évacuer sa production vers les centres de grande consommation ni s'approvisionner en produits manufacturés provenant des centres urbains.

**Les coupures intempestives d'électricité.** Ce risque est vécu essentiellement dans les centres urbains. Avec un potentiel Hydroélectrique estimé à 100.000 mégawatts, environ 13% du potentiel mondial, 6 % seulement de la population a accès à l'énergie électrique dont 31% dans la Ville de Kinshasa. C'est l'une des plus bas taux d'accès dans le monde. Les villes qui sont desservies subissent des ruptures fréquentes d'approvisionnement suite à un manque criant d'investissements et d'entretien.

### 3. 1.2. Facteurs de risques

Les facteurs principaux de risques politiques et économiques analysés ci-dessus comprennent :

- La mauvaise gouvernance ;
- La mauvaise répartition du budget national au détriment du secteur social, L'impunité ;
- Le délabrement des voies de communication ;
- Le mauvais état des moyens de transport ;
- Le mauvais état des routes.

**La mauvaise Gouvernance** est un facteur majeur de risque majeur au niveau politique qui crée une instabilité institutionnelle, bloque le fonctionnement de l'administration publique, et favorise ou accélère les conditions d'émergence des conflits armés. La RDC qui est caractérisée par l'instabilité institutionnelle a connu depuis 1960 les événements ci-après :

- Une dictature corrompue et prédatrice de 1965 à 1997 (soit 32 ans),
- Sept constitutions dont la plus durable, celle de 1967 à 1990, a été révisée près de douze fois ;
- Des changements de gouvernement au rythme de deux, en moyenne, par an ;
- Trois élections libres et démocratiques dont deux au suffrage universel direct en mai 1960 et en mai 1965 ;
- Trois coups d'Etat intervenus respectivement le 14 septembre 1960, le 24 novembre 1965 et le 2 décembre 1992 et, une accession au pouvoir par la violence armée intervenue le 17 mai 1997 ;
- Une prolifération des tracasseries administratives et policières ;
- Une administration défaillante et un système judiciaire insécurisant qui ont exacerbé la médiocrité et l'inaccessibilité croissante des services publics (voir ci-dessous) ;
- Une corruption, un trafic d'influence, un clientélisme et un népotisme.

L'administration publique depuis longtemps en état de léthargie, souffre de plusieurs maux notamment :

- Des bâtiments et équipements publics délabrés,
- Des effectifs pléthoriques (environ 600.000 fonctionnaires en janvier 1999, le recrutement continue),
- Des agents dont les soldats et policiers avec des rémunérations modiques (5 USD à l'échelon le plus bas et 40 USD à l'échelon le plus haut), et payés irrégulièrement. Par exemple, les arriérés sont de 1 à 3 mois au niveau de l'administration centrale, à près de 5 ans dans les provinces jadis sous contrôle des rebelles et de d'ordre de 10 ans dans la diplomatie et des carences de moyens de fonctionnement. La corruption et la conclusion constituent souvent la principale source de revenu des fonctionnaires,

- Des tracasseries administratives et policières à l'endroit des populations (surtout les plus pauvres) ;
- L'inefficacité du travail à cause entre autres de : l'absentéisme, l'incompétence, la confusion de rôles, l'impunité, l'absence de données et d'archives.

**La culture d'impunité**, est caractérisée par le manque de sanction, même en cas de flagrant délit et par l'absence des sanctions positives à l'égard des agents et cadres honnêtes, encourage la corruption et les tracasseries administratives et policières.

**La mauvaise répartition du budget national au détriment du secteur social.** La faiblesse du budget national et surtout les ressources insignifiantes allouées aux secteurs sociaux (5,36%) se traduisent par des interventions dérisoires en faveur des groupes les plus vulnérables, ce qui expose des communautés entières (orphelins, veuves, handicapés, vieillards, etc.) à l'indigence et au dénuement. A titre illustratif, l'exécution des dépenses de santé et de protection sociale n'a représenté que 1,9% des dépenses totales de l'Etat en 2001 et 2,6% durant les six premiers mois de 2002. La ventilation des dépenses sociales respectivement en 2001 et au cours des six premiers mois de l'année 2002 se présente de la manière suivante pour la RDC : santé publique (1,1% et 1,5%), affaires sociales (0,1% et 0,02%), sports et loisirs 0,80% et 0,7%), enseignement primaire et secondaire (3,5% et 0,8%) et sinistres et calamités (0% et 0,5%). Toutefois, on doit signaler que plus de 90% de ces dépenses sont affectées aux salaires (Estimations du FMI à partir des données fournies par la Direction du Trésor du Ministère des Finances, R42)

**Le délabrement des voies de communication et le mauvais état de moyens de transport.** Ce facteur rend difficile la circulation des personnes et des biens. En effet, par manque d'entretien des infrastructures de communication et de transport pendant plus d'une décennie et à cause des dégâts causés par les conflits armés, on assiste à la détérioration des routes, des ponts, des rails, des bacs et des autres infrastructures de transport. Les relations villes-campagnes se sont détériorées et les producteurs agricoles ne peuvent ni s'approvisionner en intrants agricoles ni évacuer ou vendre régulièrement leurs productions. En conséquence, les paysans se replient sur les cultures de subsistance et les produits alimentaires deviennent de plus en plus chers dans les villes.

### **3.2. Risques sociaux et socio-culturels**

Au plan de vue social et socio-culturel, les Congolais sont exposés à plusieurs risques aussi bien au niveau micro, méso que macro dont les risques majeurs sont identifiés dans le tableau 3.3. ci-dessous.

**Tableau 3.3 : Risques sociaux et socio-culturels selon les niveaux**

Risques	Niveau macro Pays/inter-national	Niveau méso Communauté/région	Niveau micro Individu/ménage
Sociaux et Socio-culturels		<ul style="list-style-type: none"> <li>• insécurité sociale</li> <li>• Déplacements forcés</li> <li>• Conflits sociaux (coutumiers fonciers et tribaux)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible ou manque d'instruction (entrée scolaire tardive, échecs scolaires, redoublement, abandon)</li> <li>• Viols, violences et maltraitance</li> <li>• Divorces/rupture familiale</li> <li>• Discrimination genre</li> <li>• Très faible pension de retraite et rente viagère</li> <li>• Impaiement des salaires</li> <li>• Stigma, rejet, isolement et abandon</li> <li>• Conflit de travail</li> <li>• Pratiques coutumières et sociales néfastes</li> <li>• Perte de logement</li> </ul>

**Faible ou manque d'instruction** est un risque micro qui se traduit au niveau méso par l'analphabétisme de fait. Dans le domaine de l'éducation des enfants, des jeunes et des adultes, la réalité congolaise est désastreuse. Les facteurs de ce risque sont : la pauvreté, l'Impaiement des parents, la faible sécurité sociale, le chômage des parents, l'éloignement de l'école, la déscolarisation, le décès de l'un ou de deux parents... Selon MICS 2 (R1), seulement un peu plus d'un enfant d'âge scolaire sur deux (52%) fréquente actuellement l'école. Les enfants Congolais accèdent peu et tardivement à l'école primaire. Cette source signale également un très faible taux net d'admission en 1ère année primaire de 17 % pour l'ensemble du pays, avec une différence significative entre le milieu urbain (33%) et le milieu rural (10%). Seulement 20 % d'enfants entrent à l'école primaire à l'âge légal de 6 ans tandis que tous les autres accèdent après l'âge de 6 ans et, la majorité d'enfants (32 %) entre à l'école à 9 ans et plus. MICS 2 signale en outre de nombreux abandons et redoublements entre la 1<sup>ère</sup> année et la 5<sup>e</sup> année primaire. Le taux d'abandon chez les filles est de 12,2 % et chez les garçons de 9,8 %. La proportion des adolescents (6-14 ans) n'ayant jamais fréquenté l'école, est élevée (31 %) surtout en milieu rural (39%) par rapport au milieu urbain (14%). A cela, il faut ajouter d'importantes disparités entre les provinces. Par exemple, à Kinshasa 9% d'enfants n'ont jamais fréquenté l'école tandis qu'au Sud-Kivu cette proportion s'élève à 42%, à l'Equateur 44 %, au Nord-Kivu 47 %.

#### **Encadré 2 : Accès tardif à l'école**

Villageois de Ndunga : « L'école la plus proche se trouve à 7 km, les enfants sont obligés de se réveiller très tôt, à 4 heures du matin, pour y aller. Dans des telles conditions, on ne peut pas envoyer les enfants de moins de 8 ans à l'école, d'où l'âge de scolarité est retardée ».

**Source :** Evaluation rapide des risques et groupes à risque au Bandundu.

A titre d'illustration, les enfants vivant dans les villages visités lors de l'enquête qualitative sur l'axe Kikwit-Vanga (Province de Bandundu), font face au faible ou manque d'instruction et aux abandons scolaire suite principalement, au manque de moyens financiers et aux frais scolaires élevés. Dans ces villages, près de la moitié des enfants qui commencent le cycle primaire n'arrivent pas au bout soit en sixième primaire. En outre, les distances trop grandes

(8-20 km) séparant certains villages des écoles ont pour conséquence l'entrée tardive des enfants à l'école (8 ans) et aussi l'abandon scolaire des ceux-ci, surtout des filles, moins motivées. Ces derniers, au lieu d'aller à l'école, accompagnent plutôt leurs mères aux champs ou les aident dans les travaux de ménage, subissant ainsi une discrimination en matière de scolarité par rapport aux garçons.

Toujours d'après MICS2, un adulte sur trois âgé de 15 ans et plus est analphabète tandis que l'analphabétisme touche surtout les femmes (44 %) par rapport aux hommes (19 %). En plus, les zones en conflit sont plus touchées par ce fléau : Nord-Kivu (47%), Equateur (43 %), Sud-Kivu (38%) par rapport au Bas-Congo (30%), Bandundu (29%) et à Kinshasa (0%). Le taux d'analphabétisme en RDC n'a pas varié entre 1995 et 2001. En effet, il est passé de 33 % en 1995 à 32% en 2001 pour l'ensemble du pays.

Le faible et tardif accès à l'école et la non-scolarisation des adolescents sont dus à plusieurs facteurs notamment : (i) le faible budget de l'Etat alloué au secteur de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel qui est estimé par la Banque mondiale, à environ 10.421.509 USD pendant l'exercice budgétaire 2001 soit seulement 3,5% du budget total exécuté en 2001, (ii) le délabrement des infrastructures et le manque de matériel didactique, (iii) la démotivation des enseignants qui sont mal payés, (iv) la saturation des structures d'accueil, (v) le bas niveau d'acquis réalisé par les apprenants à tous les niveaux (R42).

Le faible engagement de l'Etat vis-à-vis du financement de l'éducation a fait que la scolarisation en RDC est de plus en plus tributaire de la capacité des parents à payer les frais scolaires. Les coûts de scolarisation, relativement élevés, rendent très difficile l'accès de tous les enfants à l'école, surtout pendant la crise économique. En conséquence, le niveau de vie des ménages influe sur le niveau de scolarisation des enfants. A titre d'illustration, le taux de scolarisation des enfants provenant des ménages les plus riches est de 81% et seulement de 39% pour les enfants des ménages les plus pauvres (MICS2). En plus, selon Dr Sekimonio <sup>(8)</sup>, cité par MICS2, «la déscolarisation accroît le taux d'analphabétisme, ouvre la voie aux candidats enfants de la rue, à la débauche, aux menaces à la santé de la reproduction notamment au contact avec le VIH-SIDA. Elle ne permet pas une bonne formation professionnelle, crée des conditions de marginalisation, d'exclusion et de privation de dignité humaine ».

**L'insécurité sociale et le déplacement forcé** ont des risques situés à la fois au niveau méso et micro. Au niveau méso, ces risques frappent surtout les personnes déplacées <sup>(9)</sup> suite à la guerre ou aux conflits interethniques, c'est surtout le cas des zones en conflits tels les deux provinces du Kivu, la province du Katanga et la Province Orientale. Les déplacements massifs de la population créés par l'insécurité entraînent des conséquences d'ordre démographique, social, sanitaire, psychique, économique et autres, non seulement dans les régions de départ mais aussi dans les régions d'arrivée. Aux niveaux méso et micro, le déplacement forcé entrave sérieusement le bien-être des communautés (perte des biens, abandon des terres, destruction des infrastructures socio-économiques) ou des individus qui vivent les enlèvements, tueries, abus, etc. Ce risque est plus accru chez les femmes et les enfants qui subissent de nombreuses violences (prostitution, viols, etc). Sont donc exposés à

<sup>8)</sup> Sekimonyo wa Magango. 2001. Le droit de l'enfant à l'éducation fondamentale : données récentes Kinshasa

<sup>9)</sup> Chiffrées à environ 2,7 millions de personnes déplacées internes selon la dernière estimation d'OCHA, voir le chapitre 4.3 pour plus de détail.

ces deux risques : les personnes vivant dans les zones en conflit (guerre), les femmes (filles), les enfants, les personnes handicapées, les vieilles personnes.

Les principaux facteurs de ce risque sont : la guerre, les conflits interethniques, la haine, la promiscuité et l'autoritarisme (égoïsme) des hommes (pour l'insécurité sociale).

D'après les données recueillies dans les ateliers régionaux, la guerre, les conflits interethniques et la haine ont multiplié d'autres formes de violences (Province Orientale, Sud-Kivu et Katanga) tels que :

- La maltraitance des enfants : risque vécu surtout en milieu urbain et causé par la rupture familiale, le décès de l'un ou de deux parents ;
- Les travaux abusifs des enfants notamment dans les carrières de diamant, en milieu rural, risque dû principalement à la conjoncture économique difficile (chômage et Impaiement des parents),
- La prostitution de très jeunes enfants (-12 ans) à Kisangani, due aux moeurs légères mais amplifiées à cause du chômage et l'Impaiement des parents fonctionnaires pendant les cinq années de la guerre,
- La prostitution de survie : due à l'Impaiement des salaires des agents et cadres des entreprises du Katanga ; à Kisangani, les femmes des fonctionnaires, notamment, entretiennent de multiples liaisons avec les hommes travaillant dans les carrières d'or et de diamant ;
- Les incendies de village, la criminalité et le banditisme se sont fortement développés, surtout en milieu rural (Sud-Kivu) ;
- Le viol et le traumatisme psychique, avec plus d'ampleur dans le milieu urbain. Ces risques affectent surtout les filles, les femmes, les enfants maltraités (traumatisme) et aussi parfois les hommes et les vieilles femmes (Sud-Kivu) ainsi que les filles et les femmes pygmées , et
- L'enrôlement massif des enfants dans l'armée et dans les milices, surtout dans le milieu rural.

La prévalence de la violence domestique faite à la femme est très élevée dans toutes les provinces de la RDC. En effet, d'après l'Enquête sur la Violence faite à la femme et à la jeune fille en RDC. En 1999 (R30), la proportion des femmes victimes varie comme suit : Lubumbashi (100%), Mbuji-Mayi (84%), Mbandaka (79%), Bandundu (74%), Kinshasa (73%), Matadi (72%), Kananga (68%). Selon toujours la même enquête, la violence domestique que subissent les femmes congolaises est constituée de : (i) propos injurieux (53%) ; coups et blessures (39%); harcèlement sexuel (16%) et viol (14%). Cette violence est prépondérante dans la relation entre l'homme et la femme où sa prévalence est de 62 %, tandis qu'entre les femmes, cette violence représente 23 %.

**Le divorce/la rupture familiale.** En RDC, le divorce/rupture familiale est un risque majeur social et socioculturel provoqué par plusieurs facteurs entre autres les migrations surtout celles des hommes vers les régions minières et le déplacement forcé dans les zones en conflit. Ici, entre 50 et 80% des ménages des déplacés sont gérés par des femmes (R112, p.10). La rupture familiale est aussi provoquée par le décès de l'époux. Les personnes les plus vulnérables à ce risque sont les enfants et les femmes. Il semble que ce risque est beaucoup plus accentué en milieu urbain qu'en milieu rural. Par exemple, en ville le phénomène d'enfants abandonnés est souvent dû à une rupture familiale qui entraîne un déséquilibre du cadre social favorable pour élever les enfants ou aussi une perte baisse drastique du revenu. D'après les données collectées par MICS2 en 2001, au Congo il y a près de 8% des femmes divorcées contre seulement 2% d'hommes. Cette population représente environ 4.240.000



femmes divorcées (pour plus d'information, voir les sections 4.1 et 4.2 respectivement sur les enfants et les femme en situation difficile).

**La discrimination genre.** Ce risque qui touche la femme et la jeune fille est très important en RDC et se manifeste dans plusieurs domaines, notamment :

- La difficulté d'accès à l'éducation. Comme mentionné ci-dessus, selon MICS2 (R1), l'analphabétisme touche surtout les femmes (44%) par rapport aux hommes (19%). Le taux net de scolarisation au primaire chez les enfants âgés de 6-11 ans pour l'ensemble du pays est de 48.6% pour les filles et 54,8 % pour les garçons. Les filles sont plus nombreuses (35%) que les garçons (28%) à n'avoir jamais fréquenté l'école. En plus, la proportion des filles n'ayant jamais fréquenté l'école est quatre fois plus élevée parmi les enfants des mères sans instruction (56%) que parmi ceux des mères ayant le niveau d'instruction secondaire (13%).
- Une pauvreté souvent plus accentuée chez les femmes que chez les hommes à cause, d'après le DRSP-1 (R1O), de la Faible productivité des femmes, de leur...
- Un dispositif juridique et institutionnel discriminatoire qui consacre l'incapacité de la femme mariée en lui exigeant, par exemple, l'autorisation préalable du mari avant d'exercer un emploi dans le secteur moderne. Soulignons que cette disposition vient d'être supprimée au dernier code du travail promulgué le 1<sup>er</sup> mai 2003. Par exemple, seulement 10% de femmes congolaises ont le droit de gérer seules leurs biens. De plus, selon DRP-1 (R1O), «en milieu rural la femme assure 75% de la production alimentaire, s'occupe du stockage, de la transformation des produits vivriers pour la survie de la famille et commercialise 60% de la production sans toutefois disposer en propre du revenu qui revient de droit au mari ».
- Une dépendance économique et financière de la femme vis-à-vis du revenu du mari qui est à la base de la violence, notamment : le viol, la maltraitance, les propos injurieux et la violence sexuelle conjugale dont les femmes sont victimes <sup>(10)</sup> (R118, cfr aussi l'information sur l'insécurité sociale ci-dessus).
- Des pratiques coutumières et sociales néfastes et/ou actuellement discriminatoires. Parmi elles, on peut épingler la polygamie, parfois le lévirat et le sororat, le mariage à l'essai, le mauvais traitement de la veuve lors du décès de son mari (spoliation des biens, etc.).

Les femmes interviewées dans l'étude sur les violences faites à la femme et à la jeune fille en RDC (R30, p.27) ont cité 11 principaux faits constituant ces violences. Il s'agit de : (1) propos injurieux (53%), 2) prostitution (40%), (3) coups et blessures (39%), (4) dot impayée (32%), (5) pratiques coutumières néfastes (27%), (6) avortement forcé (23%), (7) autorisation maritale préalable à l'engagement (20%), (8) mariage préférentiel (17%), (9) harcèlement sexuel (16%), (10) viol (14%), et (11) refus de payer les avantages sociaux à la femme mariée employée (8%). Cette étude note l'existence des différences régionales suivantes concernant les violences faites à la femme :

- Propos injurieux plus élevés à Lubumbashi (cité par 69% des femmes) et moins élevés à Bandundu (36%) ;
- Prostitution plus élevée à Mbandaka : 67%) et moins élevée à Mbuji-Mayi (13%),

<sup>10)</sup> Toutefois on doit noter que cette dépendance est beaucoup plus vraie en milieu urbain où le secteur d'emplois modernes a toujours été l'apanage de l'homme, héritage de la «discrimination » introduite par la colonisation à la naissance des villes congolaises. En effet, ces villes naissantes ont, à leur début, recruté exclusivement la main d'oeuvre masculine. Cette politique de recrutement sélectif et discriminatoire a duré près de 80 ans Pour plus d'informations, veuillez consulter M. Pain (1984)

- Coups et blessures plus élevés à Lubumbashi (75%) et moins élevés à Bandundu (11%);
- Dot impayée plus élevée à Mbandaka (64%) et moins élevée à Kananga (1%) ;
- Pratiques coutumières néfastes plus levées à Mbandaka (45%) et moins élevées à Mbuji-Mayi (10%).

Bref, il ressort de ces données que la vulnérabilité de la femme est accentuée par un ensemble d'éléments culturels (tradition, coutumes, tabous, interdits, etc.) rendant la femme incapable de défendre ses droits (procédures judiciaires coûteuses, avocats corrompus, etc.). A tout cela il faut ajouter la résignation de la femme elle-même, influencée par des religions qui se confondent aux coutumes et qui la manipulent spirituellement, la femme dans l'ignorance et l'inconscience.

Il est à noter aussi de nombreuses violences faites à la femme et à la jeune fille par les troupes armées venant des pays à haute prévalence du VIH/SIDA.

**Les conflits sociaux (fonciers, coutumiers et tribaux).** Ce sont généralement des conflits des fonciers. En milieu rural, l'occupation des terres laissées par les ancêtres conduits souvent à d'interminables conflits et palabres entre communautés, clans ou entre tribus. Les tribunaux de paix sont chargés de trancher ces conflits. Mais le jugement peut durer des nombreuses années. Bien qu'on ne dispose pas d'assez de données sur ce risque, voici néanmoins quelques cas des conflits sociaux qui ont entraîné de nombreuses victimes :

- à Kinshasa (1960), les Luba contre le Lulua. Le nombre de victimes n'est pas connu;
- au Katanga (1992), les Katangais contre les Kasaiens, plusieurs morts, spoliations et expulsions des Kasaiens ;
- en Ituri (1998 à ce jour), les Hema contre les Lendu, avec plusieurs morts et de nombreux déplacements forcés.

Ces conflits sont généralement liés à l'occupation des postes de responsabilité par les mon-originaires» de la province.

Impaiement des salaires est un risque majeur, notamment pour les travailleurs de l'Administration publique et ceux des entreprises publiques et privées qui connaissent d'énormes problèmes de fonctionnement et de production. On ne dispose pas des données chiffrées sur cette question. A titre d'illustration :

- dans les zones en conflit, selon les participants aux ateliers régionaux, les fonctionnaires de l'Etat sont restés impayés pendant plus de cinq ans ;
- dans les grandes entreprises d'Etat telles que la GECAMINES et la SNCC, les cadres et agents connaissent plusieurs mois d'Impaiement atteignant jusqu'à plus de trente mois ;
- partout à travers le pays, les fonctionnaires connaissent de longs mois de plus de soixante jours avant de percevoir un seul mois de salaire dérisoire ;
- les diplomates congolais sont impayés depuis plus de dix ans ;

Les facteurs de ce risque sont notamment la crise économique persistante, la guerre et les conflits interethniques, la baisse de la production des matières premières.

**Très faible pension de retraite et rente viagère** est un risque majeur en RDC. Les groupes les plus exposés à ce risque sont les retraités, leurs conjoints, leurs descendants ainsi que leurs veuves. Les facteurs de ce risque sont notamment : le très bas niveau de salaires, la très faible sécurité sociale et l'irrégularité du paiement.

A titre d'illustration, la cotisation totale versée à l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS) s'élève à 7% des salaires payés aux travailleurs dont 3,5% constituent la quote-part patronale. La pension de retraite pour un huissier, était de 3.000 FC par trimestre (soit 7 USD) dans l'ancien code du travail. Avec l'adoption du nouveau code du travail le 1<sup>er</sup> mai 2003, le principe est de payer 50% du SMIG par mois au retraité. Le SMIG étant de 8.700 FC, les 50% représentent 4.350 FC par mois soit environ 10 USD. Les risques couverts par l'INSS sont : la vieillesse, les risques professionnels tandis que les allocations familiales sont prise en charge uniquement dans la province du Katanga. Quant à la veuve, sa rente viagère représente 40% de la pension du retraité, alors que pour l'orphelin elle est de 25%.

**La manipulation spirituelle** est un facteur de risque situé respectivement au niveau micro et méso. Il existe peu d'informations sur ce phénomène. Selon une évaluation faite par «The Displaced Children and Orphans Fund » (Fond des enfants orphelins et déplacés, R26), la prolifération des confessions religieuses à tendance sectaire s'est amplifiée à travers tout le pays depuis les années 1990. Souvent ces confessions ont des buts plus lucratifs que religieux. L'influence de ces sectes est surtout importante dans les quartiers pauvres du milieu urbain où la crise économique conduit les individus ou la communauté à se sentir tellement désespérés. Ces sectes peuvent entraîner la dislocation des ménages et de la famille élargie. Cette dernière, malgré la diminution de son influence due principalement à la crise économique, agit encore comme institution d'encadrement, de contrôle et de protection de ses membres. Par exemple, à Kisangani on a assisté à l'émergence, durant les dix dernières années, de plus de 100 sectes. Généralement, les sectes religieuses prétendent prédire un avenir meilleur à leurs adeptes. Lorsque les prophéties des prédicateurs laïcs échouent, souvent ces sectes considèrent que la misère atroce que vit la famille est causée par la sorcellerie. Ici, ce sont les enfants qui sont les plus accusés de sorcellerie, spécialement les enfants handicapés, les enfants orphelins mais aussi les vieilles personnes, etc. (cfr la section 4.1 pour plus d'information). De plus, les sectes exigent des parents un paiement pour des sessions d'exorcisme (R26). Pratiquement tous les vulnérables sont victimes de la manipulation spirituelle.

**Perte de logement.** C'est un risque majeur en milieu urbain de la RDC. Les ménages deviennent vulnérables et tentent difficilement de se faire héberger chez des membres de familles, des amis, des associations ou Eglises. Parfois ils occupent anarchiquement des immeubles publics abandonnés ou dressent des abris précaires dans des endroits insalubres. Les principaux facteurs de ce risque sont la pauvreté, la perte d'emploi, l'Impaiement, le décès d'un membre influent de la famille, le divorce, les pratiques coutumières et sociales néfastes, les catastrophes naturelles telles que les inondations (cas de la rivière Makelele à Kinshasa), les érosions et éboulements, et les éruptions volcaniques (cas du Nyiragongo dans la Ville de Goma). On peut aussi mentionner les caprices des bailleurs.

### 3.3. Risques de santé et cycle de vie

Le tableau 3.4 synthétise les principaux risques de santé et de cycle de vie vécus en RDC. Il existe plus de données fiables sur ces risques que les autres catégories de risques. Les risques de santé sont localisés à la fois au niveau macro, méso et micro. Tandis que les risques de cycle de vie affectent essentiellement les individus ou les ménages, donc se situent au niveau micro.

**Tableau 3.4. Les risques de santé et cycle de vie**

Risques	Niveau macro pays/international	Niveau méso communauté/région	Niveau micro individu ménage
Santé	Pandémie (ex : VIH/SIDA)	Endémies et épidémies	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malnutrition</li> <li>• Maladies infectieuses et parasitaires, etc.</li> <li>• Malaria</li> <li>• VIH/SIDA et IST</li> <li>• Décès précoce</li> <li>• Intoxication</li> <li>• Accident et Invalidité</li> <li>• Traumatismes psychiques</li> </ul>
Cycle de vie			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grossesses non désirées</li> <li>• Grossesses précoces, rapprochées et tardives</li> <li>• Accouchements dystociques et non assistés</li> <li>• Infécondité/stérilité</li> <li>• Avortements provoqués</li> <li>• Perte précoce d'un parent /membre de famille.</li> </ul>

**Les endémies.** En 2001, les endémies les plus enregistrées en RDC sont le paludisme, la diarrhée aiguë, le choléra, la lèpre, la tuberculose et le VIH/SIDA (R28). Le paludisme, la diarrhée, et le VIH/SIDA sont décrits en détail dans le texte sur les maladies infectieuses et parasitaires ci-dessous. Par manque de données et d'informations détaillées, le choléra, la lèpre, et la tuberculose, ne sont pas développés dans ce texte même si l'on sait que l'incidence du choléra, comme le note le rapport du Ministère de la Santé, a été la plus élevée dans les provinces du Katanga (49 cas pour 100.000 habitants), du Nord Kivu (9 cas) et du Sud Kivu (35 cas) (R28). Le tableau 3.5 donne le nombre de décès relatifs aux maladies à potentiel épidémique en 2001.

**Tableau 3.5 : Nombre de cas et décès relatifs aux maladies à potentiel épidémique notifiées par les zones de santé en 2001 (R28) <sup>(11)</sup>.**

N°	Pathologie	Cas	Incidence (pour 100.000)	Décès
1.	Paludisme	2.199.247	4.131	11.597 (79,6)
2.	Rougeole	12.106	23	454 (3,1)
3.	Diarrhée sanglante	29.103	55	336 (2,3)
4.	Choléra	8.648	16	416 (2,9)
5.	Méningite	6.401	12	1.123 (7,7)
6.	Tétanos néonatal	1.632	3	555 (3,8)
7.	Paralysie Fléttre aiguë (PFA)	776	1,5	22 (0,2)
8.	Peste	553	1,04	49 (0,3)
9.	Monkey pox	386	0,07	386
10.	Fièvre jaune	36	0,07	5 (0,03)
11.	Fièvre hémorragique	16	0,03	2 (0,01)
12.	Typhus	122	0,23	3 (0,02)
<b>Total</b>		2.259.025	4.243	14.574

<sup>11)</sup> 11.Source : Rapport Epidémiologique Annuel des Maladies Epidémiques 2001, p.13 (R28).

**Les épidémies.** En 2001, selon le Ministère de la Santé (R28), il y a eu 37 flambées d'épidémies enregistrées en RDC, parmi lesquelles: 4 épidémies de diarrhée sanglante, 5 épidémies de rougeole et 5 de coqueluche, 1 épidémie de schistosomiase et 1 de dermatose, 4 épidémies de peste, 2 de méningite et 15 épidémies de choléra. Il y a d'énormes variations régionales à ce sujet. Par exemple, la province du Katanga a connu 15 épidémies, soit 14 de choléra et 1 de méningite, la province de l'Equateur en a connu 7 dont 4 de coqueluche et le Bas-Congo 5 épidémies.

Les facteurs de risque d'endémies et d'épidémies ne sont pas toujours documentés dans la littérature. Durant les ateliers régionaux les facteurs ci-dessous de risques d'endémies et d'épidémies ont été enregistrés : (i) le faible accès à l'eau potable, (ii) la proximité de forêts, spécialement dans la Province Orientale, (iii) la détérioration des structures de santé en charge du contrôle des épidémies et endémies, (iv) la faible couverture vaccinale, (v) le manque d'hygiène, (vi) et le déplacement forcé, spécialement dans les Provinces touchées jusqu'il y a peu par la guerre.

**Les maladies infectieuses et parasitaires.** Parmi les maladies qui affectent le bien-être des individus ou des ménages, on peut citer entre autre la malaria, la diarrhée et le choléra, les infections respiratoires aiguës et le VIH/SIDA.

**Le Paludisme.** Près de 80% de décès notifiés en RDC en 2001 sont dus au paludisme. Selon le Ministère de la Santé, chaque congolais subit 1 à 6 épisodes paludiques par an, ce qui représente au total plus de 12.000.000 d'épisodes annuels aigus avec plus de 500.000 décès notifiés (R28). Les groupes les plus vulnérables à la malaria sont les ménages habitant le long des cours d'eau, les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, les ménages pauvres chez qui on observe un grand nombre de cas de résistance de la maladie face aux médicaments existants à cause principalement des cures incomplètes consécutives au coût élevé de traitement de cette maladie. D'après le «Bulletin Epidémiologique de Kinshasa » n° 11/99, la malaria a causé à Kinshasa en mai-juin 1999, 140 décès d'enfants de moins de 5 ans contre 105 décès de personnes de 5 ans et plus. Et d'après le programme du PNLP, 5% des femmes enceintes meurent de malaria (OCHA, R19).

**La Diarrhée.** Au Congo, la prévalence de cette maladie est élevée particulièrement chez les enfants. D'après MICS2, en 2001 celle-ci était de l'ordre de 22%, durant les 2 semaines précédant l'enquête, chez les enfants de moins de 5 ans, soit 5 épisodes diarrhéiques par an et par enfant. Le groupe à plus haut risque est constitué (les enfants âgés de 6 à 23 mois chez qui la prévalence est de 36-37% alors qu'elle est de 16% à moins de 6 mois. Au sujet de la diarrhée sanglante, selon le Ministère de la Santé, elle est particulièrement importante dans les provinces de Maniema (377 cas pour 100.000 habitants), Kinshasa (127 cas) et Nord Kivu (136 cas) (R28).

**Les Infections Respiratoires Aiguës (IRA)** sont des maladies particulièrement importantes chez les enfants de moins de 5 ans. En 2001, la prévalence des IRA était, durant les 2 semaines précédant l'enquête, de l'ordre de 11%. Les groupes à plus haut risque des IRA identifiés dans MICS2 sont les enfants vivants en milieu rural (11,8%) comparés à ceux vivant en milieu urbain (8,2%), les enfants vivant dans les provinces du Sud Kivu (24%), Katanga (16%), Nord Kivu (15%), province Orientale (13%) comparés, par exemple, aux enfants du Bas-Congo (3%).

**Le VIH/SIDA.** Le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA, enfants comme adultes, est estimé à environ 1,3 millions en 2001. Le nombre de décès dus au SIDA était estimé à près de 700.000 adultes et enfants en l'an 2000. Tandis que le nombre total d'orphelins est énorme, estimé à près de 930.000.

La prévalence de cette infection parmi les femmes reçues en CPN variait en 1999 autour de 5-6%. Celle-ci varie d'un milieu à l'autre. Par exemple, à l'Est de la RDC touché par les conflits armés, cette prévalence atteignait jusqu'à 24% (R19, p.54). En 2003, la prévalence du VIH/SIDA parmi les femmes reçues en CPN dans les 9 sites de la partie Ouest de la RDC variait de 1,8% à Mikalayi (Kasai Occidental) à 7% à Lubumbashi (R53). Il s'agit de sites accessibles où le PNLIS effectue une surveillance épidémiologique et qui, jusqu'il y a peu, n'étaient pas occupés par la rébellion.<sup>(12)</sup>

Lorsqu'on considère les donneurs de sang reçus en 1998 dans les sites sentinelles en 1998, la prévalence du VIH positif se situait entre 4-7% soit dans les provinces du Sud Kivu (7,1%), du Bas-Congo (5,3%), du Katanga (5,3%), du Kasai Oriental (5%) et de Kinshasa (4,3%). Ce taux était plus élevé par dans les provinces du Nord Kivu (16,3%) et de Bandundu (10%) et dans la zone de santé de Mwene-Ditu (16,8%). A l'heure qu'il est, il y a lieu de penser que tous ces chiffres sont dépassés à cause de la guerre. D'autres raisons liées au comportement sexuel permettent de soutenir que la prévalence du VIH/SIDA en RDC a déjà dépassé les niveaux atteints au cours des années quatre vingt dix. En effet :

- Les rapports sexuels sont de plus en plus précoces : l'âge au premier rapport sexuel est passé de 22 ans dans la génération d'individus ayant 40-50 ans à 16 ans chez les personnes âgées de moins de 20 ans actuellement. A ce sujet, les données MICS2 indiquent que près de 25% des femmes interviewées en 2001 ont eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans. Le rapport des activités de surveillance épidémiologique du VIH/SIDA dans 19 sites sentinelles indique que les femmes reçues en CPN avaient un âge moyen de 16 ans lors de leurs premières relations sexuelles.
- 11 y a multiplicité des partenaires sexuels occasionnels : A ce propos, MICS2 révèle que près de 25% des femmes âgées de 15 à 49 ans révolus interviewées ont eu, au cours de 12 mois précédant l'interview, des rapports sexuels avec trois partenaires occasionnels ou plus. Lors de l'atelier de Kisangani du 27 au 29 septembre 2003, il a été révélé l'existence de la pratique de multiple mariage par les femmes visitant les carrières de mines d'or et de diamants, pratique qui n'exclut pas la multiplicité des partenaires occasionnels chez ces femmes mêmes quand elles sont «mariées» à plusieurs hommes à la fois.
- Les rapports sexuels occasionnels ne sont pas protégés : A ce sujet, selon le PNLIS (dans «Le point sur l'épidémie du VIH/SIDA en RDC», R22) moins de 5% des congolais utilisent toujours le préservatif lors des rapports sexuels occasionnels (4,8% chez les individus âgés de 15-24 ans et seulement 1,6% chez ceux âgés de 25-50 ans).

**Facteurs de risques des maladies.** A côté de facteurs mentionnés dans les documents consultés pour expliquer les risques de maladies, spécialement les maladies infectieuses et parasitaires, il y a lieu d'ajouter

- le faible budget l'Etat alloué au secteur santé: A titre illustratif les chiffres qui suivent renseignent sur l'effort de l'Etat congolais dans le financement du secteur de la santé et donnent une idée sur l'état désastreux de la santé en RDC. En 2001, les dépenses totales de l'Etat se sont élevées à 62.149 millions de FC (soit \$ US 199.476.830)

<sup>12)</sup> Ces sites (et la prévalence du VIH/SIDA correspondant) sont. Mikalayi (1,8%), Vanga (2,5%), Mbuji-Mayi (3,2%) Kinshasa (3,8%), Mbandaka (5,8%), Matadi (5,7%), Lubumbashi (7%).

tandis que les dépenses totales exécutées relatives au secteur de la santé publique étaient le l'ordre de FC 989.100.000 (soit \$ US 3.174.669), soit environ 1,6% des dépenses totales exécutées en 2001. Cependant, 90% du budget total dépensé pour ce secteur ont consisté à payer les salaires, pensions et retraite (Estimations du FMI sur base des données fournies par les autorités congolaises, R42).

- Le faible accès aux soins de santé. Ici l'accès est compris au sens géographique, humain et financier. Le faible accès aux soins de santé en tant que risque est vécu en RDC dans les soins préventifs et curatifs. Selon MICS 2 (R1), en 2001 les taux de prévalence de quelques indicateurs d'accès aux soins préventifs étaient :
- La promiscuité et le manque d'hygiène ;
- Le faible accès à l'eau potable ;
- La promiscuité, le manque d'hygiène, et l'insalubrité généralisée. Le dernier surtout des villes congolaises due entre autres au bouchage des caniveaux, aux inondations causées par l'ensablement: de rivières ;
- La présence sur le marché et dans les officines des médicaments périmés ou sous-dosés ;
- Les viols, violences et maltraitance liés à la guerre et aux conflits interethniques,
- La sexualité irresponsable et/ou précoce : rapports sexuels non protégés, dévergondage, multiplicité des partenaires occasionnels, etc.,
- La sous-information de la population sur les questions de santé publique, de planification familiale, des IST VIH/SIDA.

**Pour les mères:** La prévalence de la vaccination antitétanique (VAT) est 50% pour l'ensemble de la RDC; elle est de 72% en milieu urbain et 41% en milieu rural, 82% dans les ménages les plus riches et 31% dans ménages les plus pauvres, 60% chez les femmes les plus instruites (niveau secondaire ou plus) contre 37% chez les mères sans instruction

La prévalence d'accouchements assistés par un personnel médical qualifié en

RDC est de 61%, variant de 83% en urbain à 51% en milieu rural , 91% dans les ménages les plus riches et 45% dans les ménages les plus pauvres, 82% chez les femmes les plus instruites (niveau secondaire ou plus) contre 41% chez les mères sans instruction.

Les consultations prénatales (CPN) ont une prévalence de 68% pour l'ensemble de la RDC, 81% en milieu urbain et 63% en milieu rural, 88% dans les ménages les plus riches et 59% dans ménages les plus pauvres 83% chez les femmes les plus instruites (niveau secondaire ou plus) contre 55% chez les mères sans instruction.

**Pour les enfants :** La proportion des enfants complètement vaccinés est de 23% pour l'ensemble du pays, soit 37% en milieu urbain et 16% en milieu rural, 45% dans les ménages les plus riches et 10% dans les ménages les plus pauvres, 36% chez les femmes les plus instruites contre 14% chez les mères sans instruction.

### **Encadré 3 : Accès aux soins de santé**

Les villageois de Ndunga, B.A. Mukoko, et Kilusu : « La plupart de centres de santé se trouvent à plus ou moins 7 km, parfois nos enfants malades meurent en cours de route, nos femmes accouchent en cours de route dans des conditions non hygiéniques avant même d'atteindre le centre et elles commencent leur CPN tardivement soit entre le quatrième et le sixième mois»

**Source :** Évaluation rapide des risques et groupes à risque au Bandundu

Le taux de prévalence des consultations préscolaires (CPS) est de 24%, 28%, et 22% respectivement pour l'ensemble du pays, le milieu urbain et rural. Ce taux est de 32% dans les ménages les plus riches contre 18% dans ceux les plus pauvres 31% chez les enfants des mères les plus instruites contre 7% chez ceux des mères sans instruction.

Seulement 12% d'enfants de moins de 5 ans dorment sous une moustiquaire, soit 15% en milieu urbain et 10% en milieu rural, d'enfants des ménages les plus riches contre 7% de ceux vivant dans les ménages les plus pauvres.

Quant aux soins curatifs, l'enquête MICS2 renseigne également que pour les enfants de moins de 5 ans atteints des infections respiratoires (IRA) et du paludisme, l'accès aux soins de santé moderne est faible <sup>(13)</sup> : 35,8% pour les IRA et 52% pour le paludisme. Cette enquête indique aussi les enfants vivant en milieu rural, comparés à ceux vivant en milieu urbain, ont un faible accès aux soins modernes appropriés. En effet, pour le IRA, la proportion des enfants bénéficiant des soins modernes varie de 32,3 % en milieu rural 46,3% en milieu urbain pour le paludisme, elle varie de 47,4% (rural) à 63% (urbain). Ensuite, les ménages les plus pauvres et ceux ayant une mère non instruite ont un faible accès aux soins curatifs pour les enfants de moins de 5 ans.

Le coût du traitement des maladies est un autre facteur important limitant l'accès aux soins médicaux, surtout pour les ménages pauvres et ceux vivant en milieu rural. Par exemple, le rapport de Médecins sans Frontières de l'an 2000 sur la RDC (R8) a mentionné que le coût moyen par personne du traitement de la trypanosomiase s'élevait à environ 50 \$ US. Ce coût est énorme au regard du revenu moyen des ménages et surtout du niveau actuel du PIB par personnes estimé à 82.6 \$ (en 2000) ou 96.1\$ (en 2002) (Cfr. chapitre 3.2). Pour le traitement de la malaria, les données renseignent que les dépenses moyennes par an et par ménage reviennent à 35 \$ US (R27).

Vu la vétusté de la plupart des zones de santé, les estimations modestes de la couverture des installations de santé renseignent qu'au moins 37% de la population congolaise, soit à peu près 18,5 millions des personnes, n'ont pas accès à toutes formes de soins de santé curatifs (R10). La situation semble être pire dans les provinces ravagées par la guerre et les conflits ethniques. En effet, d'après l'enquête MICS2 de 2001, l'accès des enfants de moins de 5 ans aux soins curatifs modernes lors des épisodes des IRA et de paludisme est très faible dans les zones en conflit comparé aux zones contrôlées par le gouvernement. Pour les IRA, cet accès est de 27,1% au Sud-Kivu, 22% au Kasai Orientale et 24,3% à l'Equateur, deux provinces où la grande partie du territoire se situe dans la zone en conflit, alors qu'à Kinshasa la proportion correspondante est de 57%. Pour paludisme, l'accès aux soins modernes appropriés dans les zones en conflit est de 29 % au Sud-Kivu, 36,6% au Nord-Kivu et 41% au Maniema, alors que dans les zones contrôlées par le gouvernement cet accès est de 63% à Kinshasa et 65% dans le Bas-Congo.

Les groupes sociaux les plus exposés au nonaccès aux soins de santé sont les populations rurales et suburbaines vivant dans les bidonvilles, les femmes chefs de ménages et les femmes enceintes, et les enfants de moins de 5 ans (DSRP, 2002, p.1).

---

<sup>13)</sup> Ici, l'accès est mesuré en terme de proportion d'enfants de moins de 5 ans bénéficiant des soins de santé modernes



Dans l'axe Kikwit-Vanga visité lors de l'enquête qualitative susmentionnée, une très faible proportion de la population a accès aux soins de santé. La règle générale est l'automédication, le recours aux paramédicaux, voire même à l'accouchement à domicile. Ce comportement est lié au faible niveau de revenu et à la distance parfois éloignée séparant le village et la zone ou le centre de santé. Près de la moitié de la population à Kikwit et plus de 2/3 des villages visités sont concernés par le faible accès aux soins de santé.

**La malnutrition.** En RDC, la malnutrition demeure encore un grand problème de santé publique. Les enfants comme les adultes en souffrent. A titre illustratif, «en novembre 2000, le Programme Alimentaire Mondiale (PAM) estimait que 16 millions de personnes (ou 33% de la population) avaient de sérieux besoins alimentaires suite aux déplacements prolongés, à l'isolement, au manque de débouchés sur le marché, à la rupture des voies d'approvisionnement, et à l'inflation » (R10, p.11). Deux formes essentielles de malnutrition sont vécues au Congo, il s'agit de la malnutrition protéino-énergétique (MPE) et les carences en micro-nutriments (goitre, anémie, «Konzo », etc.). D'après le tableau 3.6, la MPE est très préoccupante chez les enfants de moins de 5 ans quelle que soit la forme de malnutrition choisie.

**Tableau 3.6 : Types et niveau de la malnutrition en RDC en 2001**

Types de malnutrition	Niveau de malnutrition (en %)						
	M ou S	U	R	R+	P+	SI	Sec+
Chronique	38	29	43	25	43	45	30
Aiguë et oedème	16	12	18	11	17	20	12
Insuffisance pondérale	31	22	36	19	35	38	21

**Source :** MICS2 ; Légende M ou S = Modéré ou Sévère ; U=Urbain et R=Rural ; R+= Ménages les plus riches et P+= Ménages les plus pauvres; SI=Sans Instruction et Sec+ = Secondaire ou plus.

Le tableau 3.6 non seulement indique le niveau de la malnutrition au Congo quelle que soit la forme choisie mais aussi renseigne sur les variations différentielles selon les catégories sociales et socioéconomiques de notre pays.

Toutefois, il y a lieu de signaler que la prévalence de la malnutrition chez les enfants varie également par province et par tranche d'âge. La malnutrition, comme l'indique les données ci-dessous (Tableau 3.7), est la plus faible à Kinshasa quelle que soit la forme choisie et la plus élevée surtout dans les provinces situées dans les zones en conflit. En plus, les enfants de moins de 6 mois bénéficiant encore de l'immunité maternelle sont moins touchés par toute forme de malnutrition que ceux âgés de plus de 6 mois, surtout ceux de 3 ans et plus.

**Tableau 3.7 : Variation de la malnutrition dans quelques zones non en conflits et en conflit et par tranche d'âge**

Types de malnutrition	Malnutrition (%) dan; quelques zones non en conflit et en conflit					Malnutrition (%) par tranche d'âge (en mois)			
	Kinshasa	Bas-Congo	S-Kivu	N-Kivu	Maniema	< 6	12-23	24-35	36-47
Chronique Aiguë et oedème Insuffisance pondérale	19,9	43,1	47,6	45,4	45,5	4,7	33,4	41,4	52,7
	14,3	10	17,5	16,8	11,2	11	24,8	15,5	11,7
	18,2	35,3	35,1	33,6	37,5	3,8	36,4	32,3	35,8

**Source** : MICS2 ; Zones non en conflit : Kinshasa et Bas-Congo ; Zones en conflit : Sud/Nord Kivu et Maniema.

D'après MICS2, les groupes à haut risque de la MPE sont les enfants vivant en milieu rural. En plus, selon le Programme National de Nutrition (PRONANUT), les enfants vivant dans les milieux suburbains, c'est à dire dans les quartiers d'extension ou des cités rurales des villes congolaises sont également très vulnérables à la MPE (R32). D'autres groupes très vulnérables à la PME sont respectivement les enfants des ménages les plus pauvres et les enfants des mères non instruites.

« Le lion très affamé mange même de l'herbe » : Ce proverbe illustre le fait qu'à cause de la malnutrition, même les carnivores deviennent herbivores. On mange tout ce qu'on trouve.

Pour les mères en âge de procréer, il ressort de l'enquête MICS2 que plus de 17% sont mal nourries et 10% sont obèses. Comme le montre le tableau 3.8 ci-dessous, les mères mal nourries proviennent des ménages les plus pauvres vivant essentiellement en milieu rural tandis que celles qui sont obèses proviennent des ménages les plus riches vivant, en majorité, en milieu urbain.

**Tableau 3.8 : Problème nutritionnel chez les mères par niveau de malnutrition, de pauvreté et par milieu de résidence en RDC.**

Problème nutritionnel	Niveau de malnutrition (en°%)	Niveau de pauvreté du Ménage		Milieu de résidence Ménage	
		P+	R+	Urbain	Rural
Mères mal nourries (IMC < 18.5) 17	17	20,7	12,3	13,2	19,2
Mères obèses (IMC ?25) 10	10	6,2	21,8	17,3	6,1

**Source** : MICS2; Légende: P+ = ménages les plus pauvres ; R+ = ménages les plus riches ; IMC= Indice de Masse Corporelle.

La malnutrition protéino-énergétique a également été citée parmi les 4 problèmes majeurs de santé à côté du paludisme, de maladies hydriques et de la trypanosomiase dans les zones de santé de Kikwit et de Vanga visitées du 3 au 8 mai 2003 durant l'enquête qualitative. Par exemple, en 2002 la prévalence de cette forme de malnutrition chez les enfants de 0-59 mois vivant dans les villages situés dans la zone de santé de Vanga s'élevait à environ 50% (cf. Rapport annuel de 2002, Zone de Santé Rurale de Vanga). Elle constitue la quatrième cause de mortalité des enfants après le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, sans oublier qu'elle est un facteur aggravant toutes les autres maladies. La malnutrition dans le secteur de Kilunda, très affecté par la déforestation, le déboisement et

dont la densité s'élève à 70 habitants au Km<sup>2</sup>, a atteint 60 % d'enfants dans certains villages. De plus, les participants aux ateliers de Kisangani et Lubumbashi organisés du 25 septembre au 4 octobre 2003, ont mentionné la MPE comme risque majeur de santé dans leur province respective, risque agissant en milieu rural comme en milieu urbain.

Les carences en micronutriments souvent rencontrées en RDC sont le goitre, la carence en vitamine A, l'anémie, «Konzo », etc., mais les données à ce sujet font défaut.

Les cinq facteurs les plus cités pour la MPE sont : (i) la pauvreté et le faible pouvoir d'achat de la population, (ii) le manque de sensibilisation de la population sur la valeur nutritive de certains aliments locaux, (iii) l'indisponibilité des produits alimentaires dus à l'insécurité alimentaire liée à la guerre et les conflits interethniques, à la déforestation/déboisement, à la dégradation des voies de communication (routes, chemin de fer, voies navigables, voies aériennes), et au déplacement forcés, et (iv) l'Impaiement des salaires, spécialement pour les fonctionnaires de l'administration publique.

Au sujet de l'insécurité alimentaire, les données MICS2 renseignent qu'elle est caractérisée en RDC par une faible proportion de ménages, seulement 12%, ayant 3 repas par jour, un manque de réserve alimentaire (cette situation touche, d'après ces données, 34% des ménages vivant essentiellement en milieu urbain : 56.4% en milieu urbain contre 24.4% en milieu rural). Ensuite, l'insécurité alimentaire est caractérisée au Congo par une hausse des prix des denrées alimentaires alors que le pouvoir d'achat de la majorité de la population congolaise ne dépasse pas 20 cents par jour (OCHA, p. 56, R19).

**Décès précoce.** Le risque de décéder précocement en RDC a augmenté. Comme on a vu plus loin l'espérance de vie à la naissance, qui donne l'idée de la durée moyenne de vie, est descendue à 45 ans alors que, par exemple, dans le pays voisin, la République du Congo, elle est de 50-53 ans. Ce risque est le plus élevé pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. En effet, d'après les données de MICS2, la mortalité infantile est passée de 114 à 126 pour mille naissances vivantes entre 1995 et 2001. Tandis que la mortalité infanto-juvénile est passée pendant la même période de 190 à 213 pour mille naissances vivantes. La mortalité maternelle est de 1.289 pour 100.000 naissances vivantes. Toujours d'après MICS2, il semble qu'il y ait une forte variation régionale de la mortalité des enfants en RDC. Les provinces de l'Est ont une mortalité des enfants plus élevée que celles de l'Ouest. A ce sujet, la mortalité infanto juvénile <sup>(14)</sup> dans les provinces de l'Ouest est de 133 à Kinshasa, 221 au Bas-Congo, 164 au Bandundu, tandis que dans les provinces de l'Est cette mortalité est estimée à 241 dans la Province Orientale, 249 au Sud-Kivu, 237 au Nord-Kivu et à 205 au Maniema. ci, tous les facteurs mentionnés dans le tableau 3 peuvent provoquer le décès précoce..

**Risque d'accidents et invalidité.** En RDC les risques d'accidents et invalidité sont importants. Les risques d'accidents peuvent provenir de plusieurs causes ou facteurs : la guerre et conflits inter-ethniques, le travail, le transport, les incendies, les brûlures domestiques, l'empoisonnement, la noyade, les morsures de serpents, la chute, la tentative de suicide, etc. Cependant, on doit tout de suite regretter le manque de statistiques d'accidents. Le Centre de rééducation des handicapés de Kinshasa signale que la proportion des handicaps physiques liés aux accidents soignés dans leur centre est passée de 6% en 1989 à 20% en 1995 dans la ville de Kinshasa.

---

<sup>14)</sup> Présentée ici en pour mille

Lors des ateliers organisés à Lubumbashi et à Kinshasa, les participants ont cité d'autres facteurs d'accidents et invalidité dans les provinces du Katanga et de Kinshasa. Il s'agit de : (i) les malformations congénitales, (ii) la vieillesse, (iii) la toxicomanie et l'alcoolisme, (iv) les viols, violences et la maltraitance, (v) la prise de médicaments de mauvaise qualité (sous-dosés ou périmés) et l'intoxication médicamenteuse, (vi) le mauvais état de routes, (vii) le manque total de contrôle technique des engins roulant ou volant (voitures, motos, véhicules, avions, etc..

**Traumatisme psychique** manifesté par des troubles mentaux et troubles de comportements, troubles d'identité, etc., c'est un risque majeur mentionné par les participants aux ateliers organisés dans les provinces où la guerre avait sévi jusqu'il y a peu (Kisangani et Lubumbashi.) Les facteurs de ce risque sont : (i) la guerre et les conflits inter-ethnique, (ii) les viols, violences et maltraitance liés à la guerre et aux conflits inter-ethniques, (iii) les divorces et les recompositions familiales, (iv) les abandons d'enfants, (v) les déplacements forcés, (vi) l'alcoolisme et la toxicomanie, (vii) le rejet et le stigma, (viii) manque d'affection, conséquence directe de la désintégration progressive de la famille élargie, institution qui, autrefois, servait de contrôle, d'intégration, de socialisation des individus membres de la famille. En même temps, on assiste à la désintégration croissante de la famille nucléaire, laquelle se matérialise sous plusieurs formes telles que la discrédibilisation du père géniteur, surtout lorsque celui-ci est sans emploi c'est-à-dire sans revenu, l'incompréhension entre parents et enfants et entre époux, etc., (ix) le tapage diurne et nocturne causé par les bars, lieux de divertissement/amusement, les lieux de prière/églises, etc. , et (x) intoxication due à la toxico-dépendance, à l'alcoolisme, à l'automédication et aux traitements traditionnels inadéquats.

**Perte précoce d'un parent ou d'un membre de famille.** Par manque d'interventions de sécurité sociale, la perte précoce d'un parent fait courir, essentiellement aux enfants, plusieurs conséquences entre autres la discrimination de la part de certains membres de famille élargie, les violences physiques ou verbales de la part de nouveaux tuteurs, la négation de leurs droits à l'héritage, l'exploitation sexuelle ou économique, l'accusation de sorcellerie, la basse de revenu (pour plus de détail, voir la section 4.1). Les données de l'enquête MICS2 (R1) indiquent que 9,3% d'enfants congolais ont perdu l'un des parents. Cette proportion varie peu entre les provinces, même si les provinces du Sud et du Nord Kivu ont respectivement 14,3% et 12,6% d'orphelins. Parmi les enfants orphelins 4,5% ont perdu leurs pères contre 1,2% qui ont perdu leurs mères. La perte précoce des pères affecte aussi les mères qui vont rester veuves parfois jusqu'à la fin de leur vie et qui vont subir une perte de revenu, à cause du fait que la rente de viagère versée aux veuves est très insignifiante (pour plus d'information, voir le chapitre 4.2 sur les femmes en situation difficile). Dans l'enquête MICS2, on estime à 9% les femmes qui ont perdu leurs maris contre 1,4% d'hommes veufs.

En plus les participants aux ateliers régionaux signalés quatre autres risques majeurs de cycle de vie, notamment :

**Les grossesses non désirées :** Ce risque est plus prévalent en milieu rural qu'en milieu urbain. Ses facteurs explicatifs sont : (i) la prostitution aussi bien professionnelle que de survie observée chez les filles et même chez les femmes mariées dans la Province Orientale, (ii) la pauvreté, (iii) les relations sexuelles non protégées, (iv) la sous-information de la population sur le planning familial et sur l'Information, l'Education et la Communication (IEC), et (v) les viols les violences et les maltraitements faites aux femmes et aux filles, (vi) la séparation parfois longue des couples pour raisons d'études, de guerre, de mutations de service, de

voyage de survie (afflux vers les mines de diamant à Lunda en Angola, afflux vers l'Europe ou l'Afrique du Sud, etc.)

**Les grossesses précoces, rapprochées et tardives** : Dans la province Orientale, d'après les participants à l'atelier, ce risque est plus observé en milieu rural qu'urbain. Les principaux facteurs causaux ont : (i) la sous-information de la population en matière de planification familiale et en matière d'information, éducation et communication (IEC), et (ii) l'abandon des pratiques coutumières qui autrefois régissaient les intervalles entre les grossesses/naissances successives dans le mariage.

**Les accouchements dystociques et non assistés** : Parmi les facteurs cités pour ce risque, on a : (i) le faible accès aux soins de santé, (ii) la pauvreté, (iii) la sous-information de la population sur la planification familiale et sur l'information, éducation et la communication (IEC) (iv) l'abandon ou la non utilisation des consultations prénatales (CPN) par les femmes enceintes, (v) les interdits et habitudes alimentaires imposés aux femmes enceintes.

**Les avortements provoqués** : D'après les participants aux ateliers, ce risque est plus prévalent en milieu urbain plutôt qu'en milieu rural. Parmi les facteurs explicatifs de ce t risque, oil a cite. (i) le faible accès at x soins de santé, (ii) ) la sous-information de la population sur la planification familiale et sur l'information, éducation et la communication (IEC), (iii) les relations sexuelles non protégées.

**La stérilité et l'infécondité** : Les facteurs mentionnés comprennent : (i) les malformations congénitales (cas de stérilité), (ii) les infections génitales mal soignées dues à la mauvaise hygiène (iii) les IST mal soignées essentiellement chez les femmes, (iv) l'infécondité/stérilité de l'époux, etc.

### 3.4. Risques naturels et environnementaux

Le tableau 3.9 ci-dessous présente les risques naturels et environnementaux majeurs identifiés en RDC.

**Tableau 3.9 : Risques naturels et environnementaux majeurs en RDC.**

Risques	Niveau méso	Niveau micro
<b>Naturels et environnementaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communauté/région</li> <li>• Inondation</li> <li>• Érosion</li> <li>• Éboulement</li> <li>• Problème phytosanitaire</li> <li>• Déboisement et déformation</li> <li>• Eruption volcanique</li> <li>• Insalubrité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individu/ménage</li> <li>• Inondation</li> <li>• Érosion</li> <li>• Éboulement</li> <li>• Bruits et tapage</li> </ul>

Tous les risques majeurs, naturels et environnementaux, identifiés dans ce pays interviennent essentiellement au niveau méso. Les risques d'éboulement, d'érosion, et d'inondation frappent aussi bien les individus que les ménages. Actuellement, il y a très peu de données en ce qui concerne l'ampleur de ces différents risques en RDC.

**Les inondations et les éboulements** sont des risques quasi-permanents dans toutes les provinces. Les personnes les plus touchées par les inondations sont les plus pauvres vivant le long des grandes rivières, surtout dans les zones non urbanisées. Le manque de viabilisation des sites urbains, et le déboisement sont les causes les plus importantes des éboulements. La fréquence des éboulements est élevée, particulièrement dans les quartiers pauvres en milieu urbain et périurbain. A titre d'exemple, un éboulement à Kadutu dans la ville de Bukavu, a détruit une centaine de maisons, laissant plus de 500 familles sans abri. D'autres zones touchées de manière importante sont l'île Idwi au Sud Kivu, et les régions d'Itebero et Matanda au Nord Kivu (R24).

**L'érosion** est souvent causée par des fortes inondations et le déboisement ou la déforestation. Les endroits les plus touchés par les érosions sont les villes et les sites où on a construit sur des terrains accidentés ou terrains en relief (R24).

**Le déboisement ou la déforestation** en tant que risque est devenu un problème important, surtout dans les régions de savane, de forêts à l'Est, de forêts-galeries et de franges urbaines. D'après certains auteurs, la forêt équatoriale de la cuvette Centrale n'est menacée que de façon très limitée (R48). La forêt congolaise qui représente environ 47% des forêts d'Afrique et 6% des superficies forestières du monde, connaît une exploitation forestière classique affectant près de 6% de la superficie allouée à la coupe de bois.

#### **Encadré 4 : Surexploitation de la forêt et conflits fonciers**

A Kikwit Minvala et à Kondji : « Le manque d'emploi incite tout le monde, même les jeunes diplômés, à se convertir en agriculture. Les villageois se rabattent ainsi sur la forêt pour chercher des espaces fertiles qui deviennent de plus en plus rares et entraînent des conflits fonciers »

Source : Evaluation rapide des risques

En plus, le taux annuel de déforestation en RDC était d'environ de 0.4 % au cours de la période 1984-1998, ce qui représente un taux relativement faible par rapport aux autres pays d'Afrique tropicale (par exemple, le Ghana 1,3 %, la Côte d'Ivoire 1% et le Cameroun 0.9%) (R34). Jusqu'à présent les facteurs les plus importants de la déforestation au Congo sont liés à l'agriculture et au ramassage de bois de feu ou à la fabrication de charbon de bois, particulièrement dans les zones à forte densité de peuplement. Les pauvres qui, au fur et à mesure deviennent de plus en plus nombreux, se rabattent sur la forêt pour en retirer les vivres, le bois de service ou d'œuvre, le bois de feu, le gibier, les plantes médicinales, etc. La forêt, comme source d'énergie, est également exagérément exploitée dans les environs des grands centres urbains jusqu'à 100 Km de rayon dans certains cas.

Les risques phytosanitaires ont un impact néfaste sur la production agricole congolaise. Il existe très peu de données à ce propos. D'une façon générale, les statistiques agricoles à ce sujet et celles sur la production agricole, sont peu fiables à cause de l'insuffisance de ressources dont dispose le service chargé de les produire. En RDC, les problèmes phytosanitaires sont partiellement liés à l'inefficacité de la vulgarisation agricole et à la baisse de la recherche agronomique depuis des décennies. A cela s'ajoute l'épineux problème d'approvisionnement déficient en semences de qualité et en produits phytosanitaires.

**Les éruptions volcaniques.** Au Congo, ce risque est localisé à l'Est du pays, essentiellement dans la région des Grands Lacs. Toutefois, il y a lieu de noter que la fréquence des éruptions volcaniques dans cette région est faible, même si celles-ci peuvent avoir un impact ponctuel catastrophique, provoquant, par exemple, des déplacements massifs des populations avec

toutes leurs conséquences. A titre d'exemple, l'éruption de Nyiragongo près de Goma, en 2001, a frappé environ 500.000 personnes (R24) parmi lesquelles près de 120,000 sont devenues sans abri (R6, p.40) et a causé d'énormes destructions des infrastructures socio-économiques.

**L'insalubrité** est un risque essentiellement au niveau méso. Elle est manifeste dans certains milieux urbains et surtout dans la ville de Kinshasa où les participants à l'atelier l'ont identifiée comme un risque majeur auquel la population Kinnoise est exposée. Les facteurs à la base de L'insalubrité de ce risque sont entre autre le manque d'hygiène, la mauvaise gestion des déchets ménagés et des marchés notamment les déchets non recyclables tels les sachets, l'entassement des carcasses des véhicules le long des routes, le manque ou l'état de délabrement des systèmes d'évacuation des eaux usées et d'autres produits liquides des ménages et des usines.

**Le manque d'eau potable** : Par manque de ressources, la REGIDESO, entreprise nationale, n'est plus en mesure de réhabiliter ou d'entretenir les stations de traitement des eaux. On estime à 40% les 93 stations d'adduction d'eau qui ne fonctionnent pas réduisant la quantité d'eau fournie dans les centres urbains et exposant les résidents aux risques de maladies. En 2002, moins de 50% d'habitants des villes avaient accès à l'eau fournie par cette entreprise. Dans certains milieux, ce taux de fourniture d'eau se situe à moins de 10%. Ceci étant, les résidents sont obligés de boire de l'eau de puits. En milieu rural et péri-urbain, la population n'est pas généralement desservie par cette entreprise. Ici, l'eau constitue la source de beaucoup de maladies.

**Les bruits et tapage** : Ce risque se manifeste essentiellement en milieu urbain surtout dans la ville de Kinshasa. La prolifération des sectes, la multiplicité des débits de boissons, l'implantation anarchique des garages et ateliers sont autant des facteurs qui exacerbent les bruits et le tapage. Il affecte les populations des communes dites «anciennes citées» de Kinshasa et celles vivant le long des routes.

#### 4. LES GROUPES VANNERABLES

L'ampleur et la panoplie de risques auxquels les Congolais sont exposés, font que la majorité (entre 60 et 80%) des personnes vivant en RDC sont vulnérables.

Suite à l'insuffisance de données quantitatives et d'informations qualitatives, Ce chapitre n'examine pas tous les groupes à risque au Congo. La présente étude se limite à l'examen uniquement des principaux groupes vulnérables vivant en RDC, des risques majeurs auxquels ils font face et des facteurs de ces risques.

La classification et l'analyse des groupes sont basées sur des entretiens avec des personnes ressources et des groupes cibles, surtout à Kinshasa, la revue de la documentation existante, et des informations obtenues lors des quatre ateliers régionaux <sup>(15)</sup>.

---

<sup>15)</sup> A propos des ateliers lire le chapitre 1.

Les groupes vulnérables retenus par l'étude comprennent :

- (i) Les enfants en situation difficile, notamment les enfants abandonnés, de la rue/déplacés, les enfants handicapés, les enfants associés aux conflits armés, et les enfants en conflit avec la loi ;
- (ii) Les femmes en situation difficile, surtout les filles-mères et les femmes seules chefs de ménage ayant des enfants de moins de 18 ans à charge ;
- (iii) Les personnes déplacées internes, particulièrement les déplacées femmes, les déplacés des forêts, les déplacés exposés aux travaux forcés, les communautés des déplacés isolées, les déplacés qui sont proche de leur foyer d'origine, et les familles et communautés d'accueil ;
- (iv) Les personnes vivant avec handicap, notamment les handicapés physiques, les handicapés sensori-moteurs et les handicapés mentaux ;
- (v) Les personnes vivant avec le VIH/SIDA et leurs descendants ; et
- (vi) Les vieillards sans soutien, spécialement les vieillards en rupture totale avec leurs familles, les vieillards déplacés non accompagnés, et les retraités

Néanmoins, à travers les ateliers régionaux, il a été signalé un groupe vulnérable non pris en compte dans cette étude. Il s'agit des victimes des catastrophes et calamités naturelles (cas des inondations, éruptions volcaniques, tornades, éboulements, etc.) qui méritent une assistance spécifique parce que ces personnes sont vulnérables au même titre que les autres groupes étudiés dans ce document.

#### **4. 1. Enfants en situation difficile**

Les enfants en situation difficile constituent, d'après les informations disponibles, un des groupes à risque le plus important de la société congolaise. En plus, il semble qu'avec la persistance de la crise économique ce groupe continue à s'accroître considérablement.

Selon MICS2 (Ri), la population congolaise est composée de près de 60 % d'enfants de 0 à 19 ans (équivalent à environ 31 millions d'individus) qui se répartit de manière équitable entre garçons et filles. Sur ce pourcentage, près de 60,1% vit en milieu rural tandis que 57,7% vit en milieu urbain.

La catégorie des enfants en situation difficile se situe globalement dans la plage âge de 6 à 15 ans et concerne particulièrement les enfants vivant en dehors de la famille biologique et les enfants orphelins qui, d'après l'UNICEF, sont les plus vulnérables. Parmi les enfants en situation difficile, on trouve principalement trois sous-catégories :

- Les enfants abandonnés dans la rue ( dans cette sous catégorie on trouve aussi les enfants «dits » sorciers, les enfants orphelins, les enfants dans la rue et qui sont souvent soumis aux travaux abusifs, les enfants déplacés, etc.) ;
- Les enfants handicapés physiques et mentaux ;
- Les enfants associés aux conflits armées (soldats et auxiliaires) et
- Les enfants en conflit avec la loi.

Le tableau 4.1 ci-dessous donne les risques majeurs et leurs facteurs déterminants auxquels sont exposés les trois sous catégories des enfants en situation difficile.



**Tableau 4.1 : Les principaux risques et leurs facteurs déterminants auxquels sont soumis les sous catégories des enfants n situations difficile en RDC.**

<b>Sous-catégories</b>	<b>Principaux Risques</b>	<b>Facteurs de Risques</b>
<b>Enfants abandonnés/de la rue</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Environ 40.000 en RDC dont 15% de filles qui sont les plus vulnérable à tous les risques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malnutrition</li> <li>• Maladie, y compris le VIH/SIDA et les IST</li> <li>• Abandon scolaire/non instruction</li> <li>• Travaux abusifs</li> <li>• Toxicomanie</li> <li>• Rejet et stigma y compris l'accusation de sorcellerie</li> <li>• Viols et abus sexuels</li> <li>• Violence et maltraitance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pauvreté</li> <li>• Rupture familiale</li> <li>• Décès d'un ou de deux parents</li> <li>• Accusation de sorcellerie</li> <li>• Manque d'accès à l'instruction</li> <li>• Tensions familiales</li> <li>• Impunité (des auteurs)</li> <li>• Faibles accès aux soins de santé.</li> </ul>
<b>Enfants handicapés</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2% des enfants congolais souffrent d'un handicap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rejet et stigma social</li> <li>• Manque d'instruction et de formation professionnelle</li> <li>• Faible mobile</li> <li>• Maladies</li> <li>• Accusation de sorcellerie</li> <li>• Maltraitance</li> <li>• Accidents et traumatismes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauvreté</li> <li>• Mauvaise perception des causes du handicap</li> <li>• Manipulation spirituelle</li> <li>• Sous-alimentation</li> <li>• Faible protection sociale des handicapés</li> <li>• Insuffisance des centres spécialisés</li> </ul>
<b>Enfants associés aux conflits armés</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Environ 30.000 enfants soldats dont 3% des filles qui sont les plus vulnérables et marginalisées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• malnutrition</li> <li>• Travaux abusifs</li> <li>• Mutilation et invalidité</li> <li>• Décès précoce</li> <li>• Maladies (VIH/SIDA et IST)</li> <li>• Traumatismes psychiques</li> <li>• Agressions physiques et brûlures</li> <li>• Toxicomanie et l'alcoolisme</li> <li>• Violences, viols et abus sexuels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tensions sociales au sein des ménages</li> <li>• manque d'accès à la société</li> <li>• La situation économique des ménages (pauvreté)</li> </ul>
<b>Enfants en conflit avec la loi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incarcération</li> <li>• Détermination</li> <li>• Viols et abus sexuels</li> <li>• Toxicomane et alcoolisme</li> <li>• Travaux abusifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mauvaises conditions de détention et carcérales</li> <li>• Promiscuité</li> </ul>

#### **4.1.1. Les enfants de la rue/les enfants abandonnés/déplacés**

Personne ne connaît le nombre exact des enfants de la rue en RDC. Les estimations des ONG les plus crédibles donnent un chiffre variant entre 12 à 20.000 (cité par UNICEF), 20 à 25.000 (selon l'ONG ORPER) pour la ville de Kinshasa. Le Ministère des Affaires Sociales estimait cette population avant la guerre de 1998 à près de 40.000 personnes dans toute la République dont près de la moitié à Kinshasa parmi lesquelles 15% des filles.

Les enfants de la rue est un phénomène est essentiellement urbain, surtout vécu dans les grandes villes et centres urbains, c'est un phénomène qui s'est accéléré à la fin des années 1980 avec l'exacerbation de la crise économique. Dans la sous-catégorie des enfants de la rue, on trouve notamment les enfants travailleurs, les enfants «dits» sorciers, les enfants confiés, les enfants orphelins, les enfants déplacés, les enfants exploités et violés, etc. Il y a lieu de distinguer des enfants dans la rue qui vivent en famille mais se livrent à divers travaux dans la rue (petit commerce, nettoyage de voitures, cirage des chaussures, etc.) pour survenir à leurs besoins et à ceux de leurs familles. Certains sont soumis à des travaux abusifs notamment

dans les mines, les carrières et dans la manutention des produits lourds. Ici également, il n'y a pas des données sur le nombre d'enfants dans la rue, ni pour la ville de Kinshasa ni pour l'ensemble du pays.

**Risques.** Les enfants de la rue sont exposés à un certain nombre de risques dont les plus importants sont : (i) la malnutrition, (ii) le manque de soins de santé, (iii) le manque d'instruction et abandon scolaire, (iv) les maladies, IST et VIH-SIDA, (v) les travaux abusifs, la toxicomanie, les viols et abus sexuels, la violence et la maltraitance, (vi) le rejet et le stigma, y compris l'accusation de sorcellerie.

**La malnutrition.** C'est un risque majeur pour les enfants de la rue qui s'alimentent de manière sporadique en recourant à la mendicité ou en ramassant les déchets des poubelles. Même s'il n'y a pas de statistiques se rapportant spécifiquement à la malnutrition des enfants de la rue, on a noté dans le chapitre 3 (section 33) du présent rapport que la malnutrition est un fléau majeur en RDC, frappant environ 33% de toute la population congolaise spécialement les enfants. S'agissant des enfants de moins de 5 ans, par exemple, l'enquête MICS2 rapporte que 16% d'entre eux souffrent de la malnutrition, soit un effectif de près de 4 millions. Dans les territoires en conflit, poursuit la même enquête, la malnutrition globale des enfants de moins de 5 ans a atteint une prévalence énorme de 41% avec des taux de malnutrition globale graves allant jusqu'à 25,8 %. La description, de la situation alimentaire désastreuse des tous les enfants (ceux vivant en famille et ceux vivant dans la rue) qui vient d'être faite ci-dessus permet de soutenir que le niveau de malnutrition des enfants ayant élu domicile dans la rue est de loin plus catastrophique que celui présenté par les statistiques disponibles. D'après le Ministère de l'Agriculture (Direction des Etudes) 56 % de ménages urbains congolais dont 3/4 des habitants de Kinshasa ne disposent pas de réserves alimentaires et vivent au jour le jour.

#### Encadré 5 : Risques enfants de la rue

Vivant au contact permanent avec les plus jeunes ou les moins forts, la nuit comme le jour, les jeunes plus âgés ou plus forts profitent de leur suprématie. Ils exercent sur les plus jeunes ou les moins forts toute forme d'oppression : produits nocifs, brûlures, coup de tête et de poing contre le mur, pratiques homosexuelles ou kafash, coups et blessures... Les agents de l'ordre, dans leurs interventions, accentuent également la souffrance de ces enfants.

**Source :** Masiala ma Solo : 1999: Les enfants de personne, R19

**Maladies, IST, VIH/SIDA.** La maladie est un grand risque pour les enfants de la rue exposés à plusieurs intempéries (pluies, vents chaleur, insalubrité, moustiques, etc.), à plusieurs maladies (épidémiques ou endémiques) comme la diarrhée, le paludisme, les IS T, les IRA, etc., et à plusieurs formes de violences. En cas de maladie, ces enfants n'accèdent pas aux soins de santé par manque de moyens financiers.

**Analphabétisme et manque d'instruction.** Certains enfants de la rue le sont devenus suite à l'inaccessibilité ou l'abandon scolaire dû au manque de moyens financiers des parents ou des tuteurs. A propos de l'accès, l'enseignement, MICS2 renseigne que 17% seulement d'enfants congolais débutent l'école primaire à l'âge de 6 ans. Les autres (83%), soit débutent tardivement ou n'entreront plus jamais à l'école, se retrouvant ainsi parmi les enfants en situation difficile. Toujours d'après MICS2, près de la moitié d'enfants âgés de 6 à 14 ans

fréquentent effectivement l'école (52%), 31% d'enfants de ces âges n'ont jamais fréquenté l'école tel est le cas des filles, des enfants vivant en milieu rural et des enfants des parents pauvres. Dans le groupe d'enfants de 6 à 14 ans ayant déjà fréquenté école, 40% n'allaient plus à l'école en 2001. Selon MICS2, à cause du non-paiement de frais scolaires. Pour le MASIALA ma SOLO, ancien Vice-Ministre de l'Education Nationale : « sur 100 enfants qui commencent le cycle primaire en RDC, 30 seulement arrivent en fin de cycle six ans après, les autres redoublent ou finissent par abandonner ».

L'on constate que les enfants de la rue qui ont été récupérés par certaines ONG et associations caritatives et réinsérées dans les écoles, présentent des résultats assez performants. Malheureusement d'après les ONG consultées (ORPER, BICE, Save the Children), 80 % des enfants réinsérés en famille retournent dans la rue.

**Les travaux abusifs.** Pour survivre, les enfants en situation difficile se livrent à diverses activités dont certaines affectent leur santé et leur développement physique et mental. Selon MICS-2, 24% d'enfants Congolais âgés de 5 à 14 ans travaillent ( $\pm$  6.000.000 d'enfants). Près de 10% d'enfants travaillent pour une personne extérieure au ménage; parmi eux 8% ne sont pas rémunérés. La moitié des enfants exercent des travaux ménagers. Près de 10% d'enfants exercent un travail pour la famille et 4% travaillent pour leur propre compte. Les activités exercées par ces enfants sont : les travaux agricoles (34% de cas), le petit commerce (31%) et les petits métiers/services tels la cordonnerie, cirage des chaussures, nettoyage de voitures, etc. (R1).

Les travaux abusifs des enfants selon l'âge, le genre, le milieu de résidence et la province. Par exemple, ce sont essentiellement les enfants âgés de 10-14 ans qui travaillent. Les filles travaillent plus que les garçons (82% contre 25%). De même, les enfants vivant en milieu rural travaillent plus que ceux du milieu urbain (26% contre 19 %), sauf en ce qui concerne le travail non rémunéré exercé pour des tierces personnes (8 % dans les deux milieux). Dans les provinces du Maniema, du Nord-Kivu et de l'Equateur, on enregistre respectivement 34%, 30% et 30% d'enfants qui travaillent alors qu'à Kinshasa cette proportion représente 12 % seulement.

Violence, maltraitance, abus sexuels, drogue et autres fléaux sont souvent le lot quotidien des risques vécus par les enfants en situation difficile en particulier ceux qui sont dans la rue. Beaucoup d'enfants de la rue subissent ces risques de la part des adultes, des chefs de bande, des agents en uniforme qui les abusent ou les utilisent pour commettre des actes délictueux (vol, vente de drogue) ou les manipulent.

**Facteurs de risque.** Les enfants arrivent dans la rue à cause d'un certain nombre de facteurs qui sont souvent en corrélation. Il existe très peu d'études qualitatives qui donnent des informations précises sur les causes du phénomène enfants de la rue. Pour combler cette lacune, l'ONG Save the Children UK vient de lancer une étude pour analyser les causes de la présence des enfants de la rue dans la ville de Kinshasa. En attendant ces résultats, certaines personnes ressources et l'UNICEF qui travaillent sur les enfants de la rue, ainsi que l'évaluation récente réalisée par le fonds des orphelins et des enfants abandonnés de l'USAID (R112), s'accordent sur les facteurs principaux ci-après : la pauvreté, la rupture familiale, la mort d'un ou de deux parents, l'accusation de sorcellerie, le faible accès d'éducation, et l'impunité des auteurs de la maltraitance des enfants.

**La pauvreté.** À cause de la crise économique persistante, les familles congolaises sont devenues incapables de faire face à leurs besoins de base y compris ceux des enfants. Ce

problème semble être plus accentué dans les centres urbains principalement dans les quartiers pauvres où la misère est souvent extrême et où la solidarité des familles élargies n'agit plus.

**La rupture familiale.** Un nombre important d'enfants abandonnés proviennent des familles éclatées par le divorce ou la séparation, le décès d'un parent ou de deux et/ou par le remariage d'un parent. Cette rupture entraîne souvent un déséquilibre social et économique qui gêne la prise en charge ces enfants (cfr. section 3.3). Beaucoup d'enfants de la rue le sont devenus à la suite soit à la mort des parents biologiques ou de leur divorce. MICS2 (R1) renseigne que seulement 70% des enfants congolais vivent avec les deux parents soit environ 65% en milieu urbain (59% à Kinshasa) et 71% en milieu rural. Parmi eux, 68% sont des filles. Un enfant sur dix (10%) ne vit pas avec un parent. C'est généralement semble-t-il, dans les familles recomposées par le remariage d'un parent que les enfants sont les plus maltraités, soumis aux travaux abusifs, accusés de sorcellerie et privés d'affections et de soins appropriés. Une autre cause de rupture familiale involontaire c'est le déplacement forcé des familles qui entraîne la dispersion des familles et souvent leur séparation.

**Décès précoce des parents.** Un des risques majeurs qui amène les enfants dans la rue c'est la perte précoce d'un ou de deux parents. Au Congo, la population des enfants orphelins représente environ 10,7% de l'ensemble des enfants (R1). Parmi eux, environ 34% sont des orphelins du SIDA soit un effectif de 937.000 (R22). D'après MICS2, les orphelins de père représentent 6%, de mère 2% et de deux parents 1%. Toujours selon la même source, les orphelins sont plus nombreux dans les provinces affectées par la guerre et les conflits armés (par exemple, ils sont 10% au Sud-Kivu) que dans celles non affectées pour ces conflits (par exemple, ils ne représentent que 4% dans la province du Bas-Congo). Il y'a lieu de signaler que dans les provinces non affectées par la guerre et les conflits armés, les enfants orphelins, qui ne sont pas dans la rue, vivent soit avec l'un des parents, soit avec les membres de la famille élargie ou dans des familles d'accueil.

**L'accusation de sorcellerie.** D'après les ONG qui encadrent les enfants de la rue, 80% d'entre-eux sont accusés de sorcellerie par les familles (généralement les familles d'accueil où ils sont confiés) ou par le conjoint et surtout la conjointe du parent remarié. Une enquête réalisée en 2002 par le Centre d'Intervention Psychosociale de Kisangani auprès de 305 enfants qui ont été accusés de sorcellerie, a révélé que dans 99% des cas, ces enfants ne vivaient pas avec leur mère biologique. Ils provenaient des familles séparées et étaient accusés de sorcellerie par leurs marâtres qui cherchaient à se débarrasser d'eux (R26). Il faut noter que c'est souvent d'autres facteurs, notamment la misère et la pauvreté, qui motivent ces accusations. Les enfants ainsi accusés, sont généralement battus, maltraités, abusés sexuellement (surtout les filles), enfermés dans les sectes religieuses où ils subissent des tortures physiques et psychiques pour les amener à avouer leur soit disant sorcellerie. Ils finissent par fuir dans la rue ou dans les institutions d'accueil.

**Le faible accès à l'éducation.** Le faible engagement de l'Etat dans le secteur de l'éducation, fait qu'un grand nombre de familles, surtout les plus pauvres, ne sont pas en mesure de faire face aux coûts élevés des frais scolaires. Ceci- étant, beaucoup d'enfants de ces familles se retrouvent dans la rue.

**L'impunité.** Actuellement, l'abandon des enfants dans la rue se fait sans crainte d'une sanction négative quelconque de la part de la communauté ou de l'Etat en l'absence d'une base juridique légale pour sanctionner des actes tels que l'accusation de sorcellerie. En plus, il y a rarement une réaction de la communauté de base contre les familles/ménages qui abandonnent leurs enfants ou les accusent de sorcellerie.

#### **4.1.2. Les enfants handicapés**

Il s'agit des enfants vivant avec une infirmité physique ou mentale. D'après MICS2, 2% des enfants âgés de 0 à 15 ans souffrent d'un handicap quelconque dont 1,6% vivent en milieu urbain et 2,1 % en milieu rural. A partir de ces données, on peut estimer le nombre d'enfants handicapés à près de 500.000 personnes. En plus, MICS2 rapporte que 2,16% de handicapés sont des garçons contre 1,8% de filles. La répartition par groupes d'âges des enfants handicapés se présente comme suit : 1,2 % dans le groupe 0 à 4 ans ; 2,1% dans le groupe d'âge 5-9 ans et 2,1% dans le groupe 10 à 14 ans.

Aussi, MICS2 renseigne que 78% d'enfants ayant un handicap ( $\pm$  483.600 d'enfants) souffrent d'une infirmité physique (motrice, auditive, verbale ou visuelle) tandis que 15% sont frappés d'un trouble mental (soit 93.000 cas). Parmi les enfants ayant un handicap physique, 44% souffrent d'un handicap moteur ( $\pm$  212.520 enfants). Dans l'enquête sur l'Etat des Lieux du secteur de la santé de 1999 (R12), la proportion des enfants de 0 à 4 ans révolus ne présentant pas de handicap s'élève à 1,2%. Les adolescents de 10-19 ans ayant un handicap représentent 1,4%. Cette enquête estime le taux de handicap des enfants autour de 1,4% au niveau national et affirme que les différences entre provinces sont minimales.

**Les risques.** Les principaux risques auxquels les enfants handicapés sont exposés comprennent : le rejet et stigma social, l'analphabétisme et le manque d'instruction et de la formation professionnelle, la faible mobilité, les maladies et IST, l'isolement, le manque d'appareil orthopédique, l'accusation de sorcellerie.

**Rejet et stigma social.** Les personnes handicapées sont généralement regardées et traitées soit avec pitié, soit avec crainte, soit avec répulsion ou encore sans considération. Ces attitudes négatives sont dues à la fois à l'ignorance des capacités nettes de ces personnes qui sont abusivement considérées comme « sorciers » ou porteurs de « mauvais esprit ». Ces attitudes sont aussi liées à la pauvreté étant donné que ces personnes sont souvent considérées comme une charge pour les ménages ou la communauté. Ce rejet et ce stigma engendrent l'isolement qui, à son tour, renforce les préjugés. Ces attitudes constituent des obstacles à l'intégration sociale des personnes handicapées.

**Analphabétisme, Manque d'instruction et la formation professionnelle.** Le rejet social et le faible revenu ne favorisent pas l'accès des personnes vivant avec handicap à l'enseignement ou à la formation professionnelle. Un grand nombre d'enfants handicapés ne sont pas instruits à cause de l'insuffisance des centres spécialisés et de leur inégale répartition à travers le pays. De plus, à cause de la situation de pauvreté généralisée en RDC, les parents trouvent inutile la scolarisation d'un enfant handicapé dont le coût est par ailleurs plus onéreux que la formation dans les écoles classiques, car nécessitant un matériel didactique spécialisé et assez coûteux comme la machine de transcription en braille.

**Faible mobilité.** Un des risques majeurs auxquels est exposé l'enfant vivant avec handicap, est celui lié au déplacement. En effet, le déplacement qui est déjà difficile pour les Congolais « valides » est un véritable casse-tête pour l'enfant handicapé qui doit chaque jour aller à l'école. Le déplacement est rendu encore plus difficile par le fait que les personnes handicapées ne sont pas surtout acceptées dans les moyens de transport en commun parce qu'elles seraient exemptées de payer les frais y relatifs. La mobilité des personnes handicapées est, en outre, rendue difficile par le manque de supports techniques que celles-ci devraient utiliser tels que le tricycle, les béquilles, la canne blanche, les prothèses, les chaises roulantes, les guides, etc.

#### 4.1.3 Les enfants associés à la guerre aux conflits armés.

Parmi les enfants les plus vulnérables, on compte ceux, âgés de moins de 18 ans associés aux conflits armés soit comme combattants ou comme auxiliaires (R36). Il n'y a pas de chiffres fiables sur le nombre réel de ces enfants. D'après certaines personnes-ressources rencontrées, on estime cette population à environ 30.000 enfants dont 6 à 8000 sont enrôlés dans les forces armées congolaises (partie Gouvernement). A l'arrivée de l'AFDL au pouvoir, on les estimait à plus ou moins 15.000. Les autres enfants soldats sont dans les mouvements ex-rebelles le RCD, le MLC, les MAI-MAI, etc., (cfr. UNICEF et la Banque Mondiale bureau de Kinshasa). On peut supposer que leur nombre a augmenté avec la reprise des conflits inter-ethniques dans l'Ituri où les enfants sont fortement impliqués dans les milices tribales. D'après le Ministère de la Défense de la RDC, les filles représentent 3% des enfants soldats. Le BIT, avance un chiffre de 2% de filles enfants soldats dans le rang de l'armée à Kinshasa. Les ONG soutiennent que les filles sont plus nombreuses que signalé dans les différentes forces armées, servant comme femmes de ménage ou comme esclaves sexuels des chefs militaires, mais sont souvent dissimulées lors des visites. Il y a aussi des indications qui appuient que les filles associées aux forces armées sont les personnes les plus vulnérables et marginalisées (R36). Jusqu'à présent le processus de démobilisation entamé n'a touché que près de 270 enfants

**Risques.** Les enfants associés aux forces combattant sont exposés à plusieurs risques, notamment : (i) le décès précoce (ii) les maladies et infections, (iii) les traumatismes psychiques, (iv) les agressions physiques et brûlures, (v) la toxicomanie et l'alcoolisme, (vi) les violences et abus s sexuels, (vii) la malnutrition, (viii) les travaux abusifs, et (ix) la mutilation et l'invalidité, etc.

*Le décès précoce* guette ces enfants qui sont généralement envoyés au front en première ligne, servant comme chair à canon. Quand ils échappent à la mort, ils sont généralement mutilés ou handicapés.

**Maladies et les infections.** Exposés à beaucoup d'intempéries et soumis à des travaux abusifs, aux violences et aux abus sexuels, aux agressions et brûlures, à la toxicomanie et à l'alcoolisme, ces enfants sont vulnérables à diverses maladies dont les maladies diarrhéiques, le paludisme, les IST, le VIH/SIDA et les troubles mentaux. L'Enquête Nationale sur la Situation des Enfants engagés dans les Conflits Armés de septembre 2002 menée par le BIT/IPEC révèle que près de la moitié des enfants soldats enquêtés ont signalé les méfaits suivants dont ils étaient victimes : (i) viols, (ii) consommation de mauvaise nourriture, (iii) mauvais logement. Cette enquête indique aussi qu'un grand nombre de ces enfants se déclarent être en bonne santé. Enfin, cette enquête révèle que la majorité d'enfants (deux tiers) a été enrôlée volontairement dans ces forces, seulement une minorité parmi eux reconnaît avoir été capturée (cf. BIT, Wounded Childhood, Report 2002, R 43).

**Facteurs de risques.** Parmi les facteurs qui amènent les enfants à s'enrôler dans les forces combattantes, le rapport BIT/IPEC (R20) sur la réinsertion des groupes vulnérables en cite trois : les mauvaises relations sociales, la faible scolarité et la situation économique des ménages.

**Les relations sociales :** Il s'agit du climat de tension régnant dans la famille d'origine de l'enfant, prédisposant ce dernier à choisi le mette des armes.

**La scolarité.** Beaucoup d'enfants soldats déclarent avoir été recrutés en pleine scolarité. Ils se sont engagés dans l'a niée suite à l'échec ou à l'abandon scolaire dû au manque d'argent pour payer les frais de scolarité.

La situation économique des ménages. Beaucoup d'enfants soldats proviennent des ménages à bas revenu et/ou à revenu irrégulier.

#### **4.1.4. Les enfants en conflits avec la loi.**

Les enfants en conflits avec la loi son une sous-catégories d'enfants qui ont commis des infractions ou des délits qui les ont conduit devant la police ou les cours et tribunaux. Ces enfants se retrouvent dans des cachots de la police, en prison ou dans des établissements de garde et d'éducation de l'Etat (EGEE) ou des centres d'hébergement comme celui du 'Bureau International Catholique de l'Enfance. Le nombre exact de ces enfants n'est pas connu car ils sont dispersés dans plusieurs cachots. En octobre 2003, le nombre d'enfants détenus au centre de rééducation pénitentiaire de Kinshasa-Makala était de 44 dont 5 filles. Dans les EGEE, ils sont environ 1.000, notamment à Mbenseke et au centre social de Kitambo du BICE. Les délits les plus importants commis par ces enfants sont les vols qualifiés et parfois des homicides.

**Risques.** Les principaux risques auxquels les enfants en conflit avec la loi sont exposés une fois arrêtés sont : (i) la détention, (ii) l'emprisonnement, (iii) l'abandon scolaire, (iv) le maladies, (v) les violences, viols et abus sexuels (surtout les filles), (vi) la toxicomanie, (vii) l'alcoolisme, et (viii) les travaux abusifs dans les cachots ou en prison.

Ceux qui sont gardés dans les EGEE sous-contrôle judiciaire sont exposés essentiellement aux risques de malnutrition, d'abandon scolaire, de maladies, de promiscuité. Ces enfants fuient souvent ces établissements de garde pour se retrouver dans la rue. D'autres sont régulièrement relâchés par la police avec qui ils entretiennent des rapports ambigus. En effet, certains de ces enfants partagent le produit de leur vol avec des agents de la police.

Quelques ONG caritatives assistent les enfants en conflit avec la loi dans les prisons en leurs apportant la nourriture, les soins de santé et en organisant des cours de rattrapage scolaire.

**Facteurs de risques.** Les principaux : facteurs de ces risques sont le manque d'accès à l'instruction, l'impunité, la pauvreté, les tensions ou la rupture familiale.

## **4.2. Les femmes en situation difficile**

En RDC, la discrimination à l'égard de la femme et de la jeune fille persiste (Cfr. chapitre 3.2). En effet, les indicateurs économiques et sociaux pour les femmes congolaises sont pires que pour les hommes. Elles subissent encore les discriminations/injustices ci-après : un tiers d'entre-elles ne vont pas à la consultation prénatale durant la grossesse, plus de filles que de garçons n'ont jamais fréquenté l'école (35 % contre 28%), plus de femmes que d'hommes sont analphabètes (44% contre 19%), l'insécurité physique, sociale et juridique est plus accrue chez les femmes (qui subissent de nombreuses violences) que chez les hommes, un accès difficile a la formation professionnelle et au crédit par rapport aux hommes, une forte dépendance économique vis-à-vis du mari q qui, dans certaines coutumes, gère les biens et le revenu de sa ou de ses coépouses, etc. Donc, beaucoup de Congolaises sont vulnérables. Cette section inclut seulement les femmes en situation difficile considérées comme groupe le plus vulnérable constitué de :

- Filles-mères ;
- veuves ou femmes divorcées ayant toutes la charge d'élever seule les enfants de moins de 18 ans ;
- femmes enceintes et
- femmes associées à la guerre, exposées à plusieurs risques susceptibles d'affecter drastiquement leur bien-être physique, moral, psychique.

Le constat général est que les femmes en situation difficile sont chefs de ménage, sans conjoints, ce sont donc des femmes seules que l'on rencontre en milieu urbain ou rural ayant la lourde charge de jeunes enfants, etc., ce qui les rend plus vulnérables. Ceci est une conséquence logique d'une société où la femme, pour accéder à une ressource quelconque (terres, propriétés, argent, biens, services, etc.), doit passer par l'homme.

Signalons qu'il existe très peu de données concernant ce groupe cible. Selon l'Enquête sur l'Etat des Lieux du Secteur de la Santé de 1998 (R12), 13% des ménages sont dirigés par une femme. La proportion des ménages dirigés par les femmes est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (17% contre 12%). Le phénomène des mères sans conjoints, rare dans les sociétés traditionnelles, est devenu un fait social réel tant en milieu rural qu'en milieu urbain mais prépondérant dans ce dernier. Selon l'enquête MICS2 2001 (R1), les ménages dirigés par les femmes représentent 15% alors qu'ils représentaient 13% en 1998. D'après les documents disponibles consultés, ce groupe est constitué des sous-catégories suivantes : (i) les filles-mères, (ii) les veuves, et (iii) les divorcées/séparées ayant des enfants de moins de 18 ans à charge.

En plus de ces sous-catégories, les participants à l'atelier de la Province Orientale ont signalé quelques sous-catégories spécifiques à savoir : les filles soldats, les femmes abandonnées et les filles et les femmes traumatisées. Les participants à l'atelier de Bukavu (Province du Sud-Kivu) ont mentionné : les femmes victimes des viols et violences et les femmes esclaves sexuelles. Au Katanga des sous-catégories ont été ajoutées: les femmes de la rue, les filles exploitées sexuellement, les femmes mendiante, et les femmes en conflit avec la loi. A Kinshasa, les sous-catégories spécifiques suivantes ont été identifiées les femmes «londoniennes» (professionnelles du sexe) et les femmes en détention.

**Les maladies et IST.** Les personnes vivant avec handicap, spécialement les enfants, sont très vulnérables aux maladies mais ne l'ont pas un accès facile aux soins de santé. Alors qu'elles sont censées bénéficier de la gratuité des soins de santé, aucun centre hospitalier ne leur assure cette gratuité si ce n'est uniquement pour les consultations. Ces personnes, comme tout autre Congolais, doivent acheter les médicaments au prix du marché, payer les frais de laboratoire et même d'hospitalisation la situation est particulièrement difficile pour les filles handicapées qui sont souvent sexuellement abusées. Quand elles deviennent enceintes, elles vont rarement aux consultations prénatales par manque de moyens financiers et d'information dans ce domaine, en plus elles accouchent souvent par césarienne au risque de leur vie.

A titre d'illustration, à l'Institut National des Aveugles de Kinshasa, nous avons été informés lors de nos enquêtes qu'une fille aveugle de classe terminale a été rendue grosse par la sentinelle de l'école, et forcée d'abandonner ses études subissant un grave préjudice pour son avenir alors que la sentinelle s'en est sortie avec une simple révocation.



**Principales causes de handicap.** D'après les mères ou les personnes en charge de ces enfants interviewées dans MICS2, le handicap chez l'enfant est principalement dû aux causes congénitales (28% des répondants), accidents ou traumatismes (14%), mauvais sort (11%), la poliomyélite (10%), injections mal administrées (8%) et aux accidents lors de l'accouchement (5%). D'autres causes telles que le Konzo et la gangrène sont signalées par moins de 1 % les mères enquêtées (Tableau 4.2).

**Tableau 4.2.: Répartition des enfants s, souffrant d'un handicap selon les causes déclarées par les mères et/ou tuteurs (en %)**

Causes du handicap selon les déclarations des mères ou tuteurs	%
Poliomyélite	9,6
Injection	7,6
Accident / Traumatisme	14,2
Konzo	0,8
Gangrène	0,6
Mauvais sort	11,3
Accident à l'accouchement	4,8
Cause congénitale	28,2
Autres	23,0
Total	100,0

Source : MICS-2 (R1)

Le tableau 4.2 renseigne que 11% des mères interviewées ont cité le mauvais sort (effet nuisible de la sorcellerie ou malédiction) comme cause de handicap dont souffre leurs enfants. Cette croyance, du reste erronée, doit être pourtant prise en compte dans les stratégies visant le traitement ou l'encadrement des enfants avec handicap dans la mesure où elle pousse les parents à rechercher des soins chez des guérisseurs ou les charlatans plutôt qu'auprès des services de santé modernes.

Le tableau 4.3 ci-dessous synthétise les principaux risques et les facteurs de risques auxquels sont exposées les principales sous-catégories de femmes.

**Tableau 4.3 : Les principaux risque et leurs facteurs déterminants subis par sous catégories des femmes en situations difficile en RDC.**

Facteurs de Risques	Facteurs de Risques	Facteurs de Risques
<b>Filles-mères</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des mères adolescentes ayant la charge d'au moins 1 enfant</li> <li>• Selon les estimations : 2% des adolescentes ont une grossesse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abandon forcé du foyer familial (pour les filles mères)</li> <li>• Prostitution de survie (surtout pour les filles mères)</li> <li>• Perte d'emploi rémunéré ou des AGR (surtout en milieu urbain)</li> <li>• Pratiques coutumières néfastes/spoliation des biens</li> <li>• Maladies, IST et VIH/SIDA</li> <li>• Analphabétisme et abandon scolaire</li> <li>• Malnutrition</li> <li>• Stigma et rejet social</li> <li>• Grossesses précoces et non-désirées</li> <li>• Discrimination genre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauvreté et faible revenu</li> <li>• Urbanisation et ses conséquences</li> <li>• Rupture familiale/divorce</li> <li>• Faible scolarisation et abandon scolaire</li> <li>• Violences, viols</li> <li>• Précocité des rapports sexuels des adolescentes</li> <li>• Faible utilisation des contraceptifs modernes</li> <li>• Ignorance</li> <li>• Manque d'expérience et très faible statut social et économique (pour les filles-mères)</li> </ul>
<b>Veuves ayant la charge de plusieurs jeunes enfants de moins de 18 ans</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• proviennent de toutes les veuves représentant 9% de la population totale</li> <li>• Supportent en moyenne 7 enfants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viols, violences, maltraitements et abus sexuels</li> <li>• Faible rente viagère et de survie</li> <li>• Divorce</li> <li>• Guerre</li> <li>• Mort précoce</li> <li>• Traumatisme</li> <li>• Accouchement dystocique (souvent par césarienne)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surmortalité masculine naturelle</li> <li>• Mortalité due au VIH/SIDA et autres maladies infectieuses qui semblent emporter plus vite les hommes, et aux conflits armés</li> <li>• Manipulations spirituelles</li> </ul>
<b>Femmes divorcées/séparées</b> ayant la charge de plusieurs jeunes enfants de moins de 18 ans. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proviennent des divorcées/séparées représentant 7,8% de la population</li> <li>• Supportent en moyenne 5 enfants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toxicomanie</li> <li>• Perte de logement</li> <li>• Stérilité et infécondité</li> <li>• Troubles mentaux</li> </ul>	Causes du divorce ou de la séparation : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abandon en faveur d'une autre femme</li> <li>• Infidélité</li> <li>• Mauvais traitement subi (violence du mari, mésentente avec la belle-famille etc.)</li> <li>• Stérilité/infécondité</li> </ul>
<b>Femmes abandonnées, violées et esclaves sexuelles</b> : violées devant les maris, épouses des militaires au front, femmes capturées dans les villages par les milices...		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guerre et conflits interethniques</li> <li>• Haine</li> <li>• Impunité</li> </ul>

#### 4.2.1. Les filles-mères.

Les filles-mères sont des mères adolescents ayant un ou plusieurs enfants <sup>(16)</sup> à charge. Elles forment un groupe très vulnérable en RDC. Bien que les données existantes ne permettent pas d'estimer leur nombre des filles-mères, la situation sociale et économique actuelle laisse présager qu'il s'accroît.

<sup>16)</sup> Elles sont responsables, en moyenne, de deux enfants selon l'Étude sur les Femmes en situation particulièrement difficile (R23)

A titre indicatif, selon MICS2, en 2001 les femmes célibataires représentaient 24% de la population dont 30% en milieu urbain et 21% en milieu rural (R1). En plus, l'Enquête sur l'Etat des Lieux du Secteur de la Santé a estimé en 1999 à 2% la proportion des adolescentes de 12 à 19 ans non mariées mais ayant une grossesse (R12).

D'après l'évaluation faite par le Don USAID pour les orphelins et les enfants déplacés (DCOF, R26) relative à la contribution des mères adolescentes au nombre total des naissances en RDC pour la période 1995-99, il semble que cette contribution s'élevait à 26% dans la Province Orientale (à Kisangani) et à 9% à Kinshasa. Cette étude cite aussi les estimations faites par les ONG de Kisangani qui affirment qu'entre 5 et 6 filles sur 10, âgées de 13 à 16 ans, sont déjà mères. En plus, l'étude de Piripiri, basée sur une l'Enquête <sup>(17)</sup> menée à Kinshasa en 1998 sur un échantillon de 1.142 filles non mariées, indique que les adolescentes attrapent souvent une grossesse non désirée entre 13 et 16 ans et que les estimations faites par DCOF relatives à la période 1995-1999 sont plus faibles actuellement (R2). Il est regrettable qu'il n'existe pas d'études sur ce phénomène en milieu rural.

**Risques.** En plus des risques auxquels sont exposées les femmes seules chefs de ménages (Cfr. section 4.2.2), les filles-mères font face à plusieurs risques dont les plus spécifiques sont : stigma et rejet social ou marginalisation, IST et VTH/SIDA (R26), analphabétisme, grossesse précoce et non désirée, prostitution et malnutrition. Les ONG de Kisangani citées dans l'évaluation USAID estiment que seulement 5% des familles acceptent de garder les filles-mères dans leurs foyers. Généralement, les filles-mères sont obligées de quitter le toit familial à cause du statut inférieur que leurs familles leur accordent. Selon la même source, seulement environ 15% des filles-mères parviennent à se marier, 80% deviennent des concubines et, au total, 60% des filles-mères abandonnent leurs enfants. Le risque de quitter le foyer familial après mésentente est assez lourd de conséquences ces filles sont aussi rejetées par leurs familles élargies concernant leur prise en charge et celle de leurs enfants et, elles finissent par se livrer à la prostitution comme seul moyen de survie. Ainsi, le risque très élevé de contamination aux IST et l'infection à VIH/SIDA observé chez les filles-mères (R26).

**Facteurs de risques.** Il semble que le phénomène filles-mères est lié à plusieurs facteurs, notamment la pauvreté, l'urbanisation et ses conséquences dont la mobilité des personnes, la rupture/séparation temporaire de la famille, le faible scolarisation des filles et l'abandon scolaire de celles ci souvent à cause de mariage précoce <sup>(18)</sup>, la violence y compris les viols des filles et les femmes par les forces armées et autres, la précocité des rapports sexuels des adolescentes et la faible utilisation des contraceptifs modernes. On peut aussi ajouter le manque d'expérience, le faible statut social et économique, etc.

---

<sup>17)</sup> Lina Piripiri 2001. Cultural Socioeconomie Correlates of Premarital Adolescent Pregnancy in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: 41 Public Health Approach (Unpublished Doctoral Dissertation) cité en R26

<sup>18)</sup> D'après MICS2, seulement 35% des filles d'âge : scolaire étaient effectivement scolarisées en 2001. La même étude révèle que seulement 24% des filles qui entrent en 1ère année primaire atteignent la 5<sup>ème</sup> année.

### Encadré 6 : Mariage précoce et veuvage en RDC

« L'exemple de Maman Mapasa est très frappant, mariée à 16 ans, elle se retrouve veuve à 32 ans avec, à charge 11 enfants (1 fois des jumeaux), elle se culpabilise de s'être mariée très jeune, de n'avoir pas étudié, de n'avoir pas été mise au courant des naissances désirables et de ne pas être capable de satisfaire aux besoins des enfants parce qu'elle n'a aucune source de revenu. »

Source : MAS : Etude sur les femmes en situation particulièrement difficile p. 25, R23.

#### 4.2.2. Les veuves vulnérables.

Les veuves ayant la charge d'un ou de plusieurs jeunes enfants de moins de 18 ans constituent la catégorie la plus vulnérable des femmes chefs de ménage. Selon l'Enquête MICS2, les veuves sont des femmes en rupture d'union qui représentent 9% de la population totale contre 1,4% d'hommes veufs, 8,1% vivent en milieu urbain contre 9,4 % en milieu rural (R1). Les veuves vulnérables proviennent de ces proportions. En plus, selon l'Étude sur les Femmes en situation particulièrement difficile de 1999 (R23), les veuves en RDC ont une grande charge des jeunes enfants. En moyenne, elles supportent 7 enfants.

On signale que 90% des femmes en RI; C travaillent dans le secteur informel et 85% des ménages vivent des faibles revenus provenant de ce secteur (R39). Par ailleurs, le Document intérimaire de Stratégies d: Réduction de la Pauvreté de 2002 indique qu'en moyenne 44% des femmes contre 22% d'hommes sont sans revenu, donc incapables d'accéder aux opportunités (ont elles ont besoin (R49, p.8). Il existe très peu de données ou d'études sur les revenus des veuves ou des femmes divorcées/séparées Une étude publiée en 2000 sur la pauvreté des veuves dans un quartier pauvre de Kinshasa (à Matete) <sup>(19)</sup> a constaté que suite au décès du mari, le revenu du ménage a diminué drastiquement. Ainsi, les veuves ont été forcées de se débrouiller avec des petites AGR (incluant le petit commerce et le travail artisanal) souvent avec la participation de leurs enfants (R 5).

Risques. Les veuves sont exposées aux divers risques suivants : perte d'emploi rémunéré et des AGR, pratiques coutumières et sociales néfastes; (spoliation des biens, tortures morales et physiques, parfois lévirat...; malnutrition, faible rente viagère, perte de logement, maladies, IST et VIH/SIDA stigma, rejet social et marginalisation malnutrition; faible rente viagère, perte de logement, maladies, IST et VIH/SIDA stigma, rejet social et marginalisation discrimination genre.

### Encadré 7 : Les rites de veuvage lors du décès du mari

Au Kasai, dans le rite appelé « LUFUILA », la veuve est obligée d'avoir des rapports sexuels avec l'un de ses beaux-frères pour se séparer de l'esprit de son mari. Cette pratique peut avoir des conséquences fâcheuses : grossesse non désirée, IST ou le VIH-SIDA. Certaines femmes ont subi jusqu'au bout, d'autres ont eu l'assistance des membres de l'Eglise pour s'en sortir.

Source : MAS, Etude sur les femmes en situation particulièrement difficile p. 37, R23

<sup>19)</sup> Cette étude est basée sur une enquête réalisée dans cette partie de la ville de Kinshasa en 1994.

**Pratiques coutumières néfastes.** Une coutume courante existante en RDC surtout en milieu rural, aussi bien dans les sociétés patrilinéaires que matrilineaires, veut qu'après le décès d'un père de famille, un des frères ou cousins du défunt voire son neveu considéré comme héritier de biens, prenne en charge les orphelins et la veuve par mariage. Cette coutume s'appelle le lévirat. C'est une pratique qui était instituée en son temps pour assurer un meilleur encadrement des enfants et de la veuve ou de consommer entièrement la dot (PNUD/OMS, Etude ethno-culturelle sur le SIDA au Zaïre, 1997, R15). Actuellement, elle est inadaptée et devient néfaste car au lieu de protéger la veuve et les orphelins, les membres de famille du défunt mari spolient carrément la veuve et les orphelins (tous les biens du défunt sont confisqués: maisons, meubles, bétail, champs et plantations, etc.) laissant la veuve et ses enfants se débrouiller tout seuls. Cette déviation de la pratique coutumière sur l'héritage se rencontre plus fréquemment en milieu urbain que rural. Elle est due notamment à la pauvreté frappant les citadins et à l'urbanisation qui conduit non seulement à la réduction des contacts avec le monde rural mais aussi à l'amenuisement de la solidarité familiale et l'apparition des déviations par rapport aux coutumes originales.

A titre d'illustration, l'étude sur les veuves à Kinshasa a observé que toutes les 12 veuves interviewées ont été menacées par leur belle-famille. Elles ont toutes été obligées de prendre la charge de leurs enfants. Seulement une femme sur sept a été assistée par sa famille patrilinéaire (oncles paternels). Cinq autres veuves ont reçu une aide minime des oncles maternels destinée aux enfants orphelins de père (R5).

**Perte de logement.** Beaucoup de veuves perdent leur logement après le décès de leur mari. Elles tentent de se faire héberger chez des membres de familles ou chez des amis. Lorsqu'elles sont locataires, elles sont souvent menacées de déguerpissement parce qu'incapables de payer régulièrement leur loyer.

**Facteurs de risques.** Le veuvage de femmes est dû à beaucoup de facteurs, notamment : la surmortalité masculine naturelle suite à l'écart d'âge parfois très élevé entre les deux époux, à la mortalité lue au VIH/SIDA et aux autres maladies infectieuses qui semblent emporter plus vite les hommes que les femmes <sup>(20)</sup>, aux conflits armés, etc. En milieu urbain, la majorité des veuves est âgée de 40-49 ans (42%) tandis qu'en milieu rural, elle est âgée de 35-44 ans (21%). Le veuvage survient donc beaucoup plutôt chez les femmes rurales que chez celles vivant en milieu urbain.

**Manipulation spirituelle :** généralement, les veuves se réfugient dans les sectes pour chercher les solutions aux nombreux problèmes qu'elles connaissent. La manipulation spirituelle est donc à la base de beaucoup de risques auxquels les femmes sont exposées.

#### **4.2.3. Les femmes divorcées/séparées**

Ces sont des femmes en rupture d'union matrimoniale, notamment des femmes répudiées ou chassées par leurs maris sans procédure judiciaire. D'après MICS2, les femmes divorcées/séparées représentent 87% de la population. Cette proportion est identique en milieu urbain comme en milieu rural. En moyenne, ces femmes ont 5 enfants de moins de 18 ans (R23), ce qui est socialement et économiquement compatible pour ces femmes seules sans conjoints.

---

<sup>20)</sup> Alors que les femmes congolaises présentent plus d'épisodes morbides pour ces maladies infectieuses et parasitaires que les hommes

**Risques.** Les risques auxquels sont exposées les femmes divorcées ou séparées sont les mêmes que pour les veuves, excepté les rites de veuvage et la faible rente de survie. Leur risque spécifique c'est le divorce.

**Facteurs de risques.** Les causes du divorce ou de la séparation peuvent être l'abandon en faveur d'une autre femme, l'infidélité du mari ou de la femme, la maltraitance (tels que violence du mari, mésentente avec la belle-famille, etc.). La stérilité et l'infécondité de la femme peuvent conduire au divorce.

#### **4.2.4. Les femmes abandonnées, violées et esclaves sexuelles.**

Les femmes sont celles qui ont été chassées par leurs maris, c'est le cas par exemple, de celles qui ont été violées devant leurs maris dans les zones en conflits. Entrent aussi dans cette sous-catégorie les épouses des militaires aux fronts. Tandis que les femmes esclaves sexuelles sont celles qui sont capturées dans les villages par des militaires qui les séquestrent dans leurs campements, parfois jusqu'à ce que mort s'ensuive.

**Risques.** En plus des risques majeurs auxquels sont exposées les femmes vulnérables, cette sous-catégorie fait face aux risques spécifiques suivant : traumatisme, grossesses précoces et non désirées, viols, violences, maltraitance et abus sexuels, guerre, mort précoce, IST et VIH/SIDA.

**Facteurs de risques.** Les principaux facteurs de risques pour cette sous-catégorie sont : la guerre et les conflits interethniques, la haine qui existe de longue date entre notamment les peuples de l'Est de la RDC et ceux des pays limitrophes, l'impunité dont jouissent les agresseurs.

#### **4.2.5. Les femmes handicapées**

Les femmes PVH sont exposées aux-mêmes risques que les autres femmes. Cependant, à cause de leur état de handicap, leur capacité à faire face à ces risques est beaucoup plus réduite.

Les facteurs de risques auxquels les PVH sont exposés comprennent : (i) le manque de sécurité sociale, (ii) faible accès aux soins de santé et du manque d'assurance vieillesse, (iii) une nombreuse progéniture (la plupart des PVH préfèrent avoir plusieurs enfants même avec plusieurs partenaires. En effet, il est plus facile pour une femme aveugle ou handicapée physique l'utiliser son enfant comme guide en cas de manque de béquilles ou canne blanche.), (iv) la faible chance de mariage à cause des préjugés sociaux et parfois de la non-acceptation de soi-même par la femme PVH. Jusqu'ici la lutte contre les IST et le VIH/SIDA en RDC n'a pas encore pris en compte, de façon particulière, les PVH. En effet, la société globale croit souvent que ces personnes sont sexuellement inactives alors que certaines femmes vivant avec handicap ont des multiples partenaires sexuels.

### **4.3. Les personnes déplacées internes (PDI)**

Les personnes déplacées internes (PDI) sont des victimes directes de la guerre et des conflits interethniques. Elles fuient pour prévenir ou réagir contre la violence, les enlèvements et les pillages. Par ailleurs certaines PDI dans la Province du Sud-Kivu ont été victimes de l'éruption volcanique. La dernière estimation d'OCHA dans son rapport de mars 2003 évalue les PDI 2,7 millions d'individus (R33) dont la majorité est constituée des ruraux, principalement des femmes. Les atrocités et les hostilités des factions armées dans les zones

en conflit montrent que l'une de leurs stratégies de guerre est de cibler les civils afin d'obtenir des vivres et autres biens. Ces factions terrorisent des populations dans les zones qui ne sont pas entièrement sous leur contrôle. Les déplacements massifs de la population entraînent des conséquences d'ordre démographique, social, sanitaire, psychologique, économique et autres, non seulement dans les zones de départ mais aussi dans les zones d'arrivée (R27, R33).

Selon les estimations d'OCHA le nombre total des personnes déplacées internes est passé de 800.000 entre fin 1999 à plus de 2.050.000 en 2001, de 2.275.000 en août 2002 (R50) à 2,7 millions en janvier 2003. La plupart d'entre eux se sont déplacés plusieurs fois. Selon les estimations d'OCHA, d'août 2002, la majorité de ces personnes se trouve dans les provinces du Nord-Kivu (760.000), du Sud-Kivu (435.000), du Katanga (415.000) et de la province Orientale (250.000) et avant les événements de l'Ituri (R50). Entre août 2002 et janvier 2003, 500.000 nouvelles personnes ont été déplacées à cause des conflits au Nord Kivu et dans la Province Orientale (RA). Pour plus de détails sur la répartition régionale des PDI, on peut se référer au tableau 4.4. ci-dessous <sup>(21)</sup>. Les déplacés victimes de l'éruption volcanique de Nyirangongo sont estimées à 500.000 personnes et quant aux déplacés consécutifs aux conflits interethniques tels que celui entre Katangais et Kasaiens, leur nombre n'est pas connu.

D'une manière générale, il y a très peu les données quantitatives fiables concernant les indicateurs sociaux relatifs aux personnes déplacées. La collecte d'informations en la matière est un exercice extrêmement difficile en RDC où le degré de dispersion spatiale est probablement le plus élevé au monde. Jusqu'à présent, il n'existe pas une méthodologie commune pour la collecte, l'analyse et la dissémination des données. OCHA essaie de regrouper les informations et de dénombrer les PDI selon la combinaison suivante approche par zones de santé et, le cas échéant, par territoires; utilisation contradictoire de données Démographiques mises à jour avant le second conflit (étude du Ministère de la Santé/OMS, ISA), travail de collecte des bureaux OCHA, missions spécifiques ou inter-agences, études spécifiques des villes ou des territoires par différents organismes, dissémination de formulaires d'évaluation standardisés et élaborés en concertation avec toutes les agences et ONG à Kinshasa, et report cartographique des données (R6, ).44).

**Tableau 4.4 : Répartition régionale des PDI**

Province	Juin 2000	Novembre 2000	Juin 2001	Octobre 2001	Août 2002	Janvier 2003
Kinshasa			28.000	40.000	40.000	
Equateur	250.000	3000.000	170.500	85.000	85.000	
Katanga	195.000	305.000	355.000	415.000	415.000	
Maniema	80.000	137.000	132.000	160.000	160.000	
Nord-Kivu	287.000	640.000	620.000	760.000	760.000	
Province Orientale	115.000	160.000	220.000	230.000	250.000	
Sud-Kivu	188.500	350.000	375.000	225.000	435.000	
Kasai	141.000	110.000	145.000	130.000	130.000	
<b>Total</b>	<b>1.256.500</b>	<b>2.002.000</b>	<b>2.045.000</b>	<b>2.045.0000</b>	<b>2.275.000</b>	<b>2.700.000</b>

Estimations selon OCHA (R19, R50, et R6, 40)

<sup>21)</sup> La dernière estimation du nombre des PDI d'OCHA ne donne pas d'information sur la répartition régionale des PDI

### 4.3.1. Les sous-catégories des PDI

Les PDI font face à une panoplie de risques tels que la violence, les viols, les maladies, la malnutrition, le manque l'instruction chez les enfants en âge scolaire, la perte précoce des membres de la famille, etc. De plus, les traumatismes physiques et psychiques, les maladies, les pillages ou la spoliation des biens affectent les PDI surtout dans les Provinces Orientale, du Sud-Kivu et du Katanga. Par ailleurs, les mouvements généralement brutaux et non voulus, peuvent causer plusieurs effets, notamment la dislocation des mari ages et la désintégration des ménages. La classification et l'estimation du nombre des PDI varient selon les provinces, les intervenants et les autorités locales OCHA, R33). Il n'existe pas une matrice de vulnérabilité pour les différentes catégories des PDI. Cependant, dans son Appel Consolidé (CAP 2001), OCHA a essayé de classer les PDI en sous-groupes selon leur degré de vulnérabilité (R25, p. 14-7) et les risques auxquels ils sont exposés, notamment:

- Les PDI femmes et leurs enfants ;
- Les PDI des forêts qui sont le sous groupe le plus vulnérable d'après OCHA ;
- Les PDI qui font des travaux forcés ou non rémunérés ;
- Les communautés PDI très isolées
- Les PDI vivant à proximité de leur foyer d'origine ; et
- Les familles ou les communautés d'accueil.

En plus de ces sous-catégories, d'autres ont été identifiés par les participants aux ateliers régionaux :

- Province Orientale : les femmes déplacées dans les zones en conflit et par la suite abandonnée par les militaires ainsi que leurs enfants ;
- Province du Sud-Kivu : les déplacés vieillards, les PDI handicapées et les victimes des catastrophes ou calamités naturelles (éruption volcanique de Nyirangongo) ;
- Province du Katanga : les PDI regroupées dans les sites (PDI identifiées) et les PDI vivant hors des sites (PDI non identifiées) ;
- Ville-province de Kinshasa : les sinistrés des catastrophes et calamités naturelles et les enfants déplacés non accompagnés. Les sinistrés ne feront pas l'objet d'une analyse dans la présente étude, cependant, ils méritent une attention au même titre que d'autres groupes vulnérables;
- Ville-province de Kinshasa : les sinistrés des catastrophes et calamités naturelles et les enfants déplacés non accompagnés. Les premiers ne seront pas traités dans la présente étude mais devraient faire l'objet d'une attention car vulnérables au même titre que les autres groupes.

Il faut noter que ces sous-catégories ne sont pas exclusives. Il y a souvent un chevauchement.

Le tableau 4.5 synthétise les principaux risques et les facteurs de risques auxquels sont exposées les principales sous catégories des PDI.



**Tableau 4.5 : Les principales sous catégories des PDI, les principaux risques et facteurs de risques**

Sous-catégories	Principaux Risques	Facteurs de Risques
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les PDI femmes et leurs enfants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Malnutrition (surtout les PDI des forêts)</li> <li>Maladies</li> <li>VIH/SIDA et les IST (surtout les femmes et filles)</li> <li>Violence (femmes et filles)</li> <li>Décès précoce</li> <li>Manque d'instruction abandon scolaire (enfants)</li> <li>Perte précoce des membres de famille</li> <li>Désintégration des ménages</li> <li>Traumatisme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guerre et les conflits ethniques</li> <li>Nonaccès aux soins de santé</li> <li>Promiscuité</li> <li>Eruption</li> <li>Volcanique</li> <li>Promiscuité</li> </ul>
Les PDI des forêts (+/-200.000)		
Les PDI exposées aux travaux forcés		
Les communautés isolées /enclavées		
Les PDI qui sont proches de leur foyer d'origine		
Les familles et communautés d'accueil		

#### 4.3.2. Les PDI femmes et leurs enfants

De façon générale, les femmes déplacées sont plus exposées que les hommes aux principaux risques associés aux PDI en RDC, notamment : malnutrition, grossesse non désirée, maladies, viols et violence VIH/SIDA et IST. Elles sont très souvent les cibles clés des atrocités des forces armées. Le quasi non accès aux soins de santé exacerbe le risque élevé des maladies de décès précoce (infantile et maternel). Par exemple au Kivu, la mortalité maternelle pour 100.000 naissances était de 1.830 en 2000, 2.250 en 2001 et 1.289 en 2002 (FNUAP et UNICEF selon OCHA, R19, p.34). Plusieurs documents, surtout écrits par les ONG internationales et leurs partenaires locaux, témoignent des viols affreux commis par les troupes d'occupation. Les jeunes filles sont aussi victimes (R4, R7, R9, 1:19, R25). Une enquête menée par une ONG locale montre qu'entre octobre 2002 et février 2003, à Uvira, une moyenne de 40 femmes ont été violées par jour (OCHA, R31). Parmi les victimes de viols on retrouve beaucoup de femmes souffrant des traumatismes importants. La prévalence du VIH/SIDA est très élevée étant donnée à forte présence des personnes séropositives dans les troupes militaires ou autres agresseurs en RDC. De plus, les femmes déplacées et les jeunes filles sont souvent obligées de se prostituer pour survivre, une activité qui est à la fois un risque et L. mécanisme de survie.

En ce qui concerne les enfants PDI, ils sont généralement victimes d'une malnutrition élevée, des maladies, du manque d'instruction ou de la non scolarisation et d'une perte précoce d'un ou même de deux parents. Le risque qu'ils soient recrutés comme enfants soldats est aussi élevé. A propos de la malnutrition globale chez les enfants de moins de 5 ans (poids par âge), il est difficile de comparer les prévalences observées entre les régions occupées et non-occupées à partir des données de MICS 2 (cfr. le chapitre 2). Cependant, la prévalence de cette malnutrition était, par exemple, de 37,5 % au Maniema, 35,1% au Sud-Kivu, et 33,6% au Nord-Kivu. Selon la même enquête, dans les zones en conflit, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (en pour 1000) dans l'Est du pays a augmenté de 146 en 2000 à 200 en 2001 et jusqu'à 213 en 2002. Une étude menée par l'ONG ASRAMES au Nord Kivu indique qu'environ 70% de la population n'avaient pas assez de moyens financiers pour pouvoir payer et recevoir des soins de santé satisfaisants (OCHA, R19, p.33. Il y a également le faible accès à l'éducation qui s'observe par une réduction dramatique du nombre d'enfants inscrits à l'école. Au Kivu, par exemple l'inscription à l'école était de 6 à 7% en 2000, 36% en 2001 et 48% en 2002 (U UNICEF, Kivu, dans OCHA R19, p.34).

Les enfants déplacés non accompagnés, sous-catégorie identifiée dans la ville-province de Kinshasa, sont davantage exposés aux risques évoqués ci-haut. Il arrive très souvent qu'ils se retrouvent dans la rue, enrôlés dans les groupes armés ou encore quelquefois récupérés dans les sites ou institutions d'accueil.

Les femmes des militaires déplacées puis abandonnées dans les zones en conflit ainsi que leurs enfants peuvent entrer dans cette sous-catégorie. Ils sont exposés aux mêmes risques évoqués ci-dessus. Néanmoins l'on peut retenir que ces femmes sont victimes des violences et de ruptures familiales répétées ainsi que des grossesses non désirées et des avortements fréquents.

#### **4.3.3. Les PDI des forêts**

Au milieu de l'année 2000, le nombre des PDI qui se cachaient dans les forêts était estimé à 200.000 individus. Le nombre actuel des PDI qui se cachent dans les forêts semble être beaucoup plus élevé étant donné qu'il y a présentement beaucoup plus de PDI à cause de la poursuite des atrocités des forces armées. Généralement, ces PDI quittent leurs communautés d'origine afin de chercher la sécurité dans les régions éloignées et quasi-inaccessibles, et se déplacent plusieurs fois. Elles souffrent souvent de malnutrition élevée et, bien qu'exposées aux nombreuses maladies, se retrouvent généralement sans aucun moyen financier pour accéder aux soins de santé convenables. Cette catégorie de PDI est la plus difficile à cibler ou à aider lors des interventions humanitaires. Généralement, ces personnes ont honte de leur mauvaise condition sanitaire et de leur apparence physique dans la mesure où elles sont presque ou totalement nues. En conséquence, elles s'éloignent davantage et évitent le contact avec les communautés voisines ou le monde extérieur. En 1996-98, des expériences avec des groupes similaires en RDC ont indiqué que presque tous les ménages de cette catégorie ont perdu, en moyenne, un enfant de moins de cinq ans (R25). Au cours des ateliers régionaux, on a noté que généralement, coupé de leurs milieux d'origine et de leurs activités, les PDI sont victimes du pillage et des extorsions de leurs biens de la part des forces armées qui les dépouillent de leurs moyens de survie.

#### **4.3.4. Les PDI exposées aux travaux forcés**

Selon OCHA, un nombre élevé des PDI est exposé aux travaux forcés ou non rémunérés. En effet, cette sous-catégorie est souvent obligée de rendre des services aux troupes d'occupation, soit en faisant des travaux champêtres, soit en travaillant comme ouvrier dans les camps, soit comme soldats ou esclaves sexuelles.

#### **4.3.5. Les communautés des PDI isolées**

Il y a de nombreuses PDI ainsi que leurs communautés d'accueil qui ont été obligées d'interrompre presque la totalité des relations économiques et commerciales avec le monde extérieur. Cet isolement est dû à l'insécurité ou à la partition géographique du pays ou de leur province à cause de la guerre. Par exemple, OCHA a estimé qu'en Novembre 2002, l'accès aux 900.000 PDI en Ituri et au Sud Kivu était impossible à cause de la violence et de l'insécurité (R6). Cette catégorie des PDI est surtout exposée aux risques tels que les maladies (due au nonaccès aux soins de santé); le manque d'instruction (dû au nonaccès à l'éducation); et à la malnutrition (due à la perte des revenus et des AGR).

#### **4.3.6. Les PDI proches de leur foyer d'origine**

OCHA estime qu'environ la moitié des PDI se trouve dans cette catégorie. Dans les zones en conflit, les rivières ou les routes sont les plus importantes voies de communication et de transport des forces armées. Quand il y a des rumeurs sur l'arrivée imminente des forces armées les populations des zones concernées fuient souvent temporairement dans les forêts ou

les collines avoisinantes pour s'installer dans des abris temporaires. Cette stratégie leur donne une certaine possibilité de poursuivre les activités agricoles. Cependant, dans les régions où l'insécurité est très élevée, la population fuit plus loin parcourant de grandes distances et pendant de longues périodes, devenant ainsi des PDI des forêts.

#### **4.3.7. Les PDI vivant dans les familles ou communautés d'accueil**

Quelquefois les personnes déplacées recourent aux familles d'accueil et en milieu rural, les PDI s'intègrent généralement bien dans ces familles grâce aux réseaux de relations familiales ou tribales. Cependant, en milieu urbain, les PDI vont souvent vivre dans des communautés déjà très vulnérables, ayant les mêmes besoins et problèmes qu'elles-mêmes. En conséquence, des tensions et des conflits surgissent conduisant même à l'expulsion des PDI. Il arrive aussi, comme souligné dans les ateliers régionaux, qu'elles soient abusivement utilisées dans les milieux de refuge comme main d'œuvre domestique ou dans le petit commerce par les communautés ou les familles d'accueil. Par conséquent, elles sont exposées aux risques de traumatisme, de viols et violences, des IST et VIH/SIDA en plus de tous les autres risques relatifs aux milieux d'accueil.

#### **4.3.8. Les déplacés vieillards et PDI handicapées**

Cette sous-catégorie a été identifiée lors des ateliers régionaux. Cependant elle peut être assimilée à la catégorie des personnes de troisième âge et des personnes vivant avec handicap. D'après les participants, aux ateliers, ces personnes constituent une sous-catégorie des PDI faisant face aux risques de traumatisme, de décès précoce, de viols et violences, d'invalidité, de faible mobilité due surtout à leur fragilité qui ne leur permet pas de fuir lors des incursions des forces armées ou de la survenance des catastrophes naturelles.

#### **4.3.9. Les PDI vivant dans les campements**

Les PDI vivant dans les sites ont été considérées comme une autre sous-catégorie par les participants aux ateliers car jouissait de multiples interventions de plusieurs organisations caritatives par rapport aux autres sous-catégories. Néanmoins, elles sont exposées aux risques de maladies, des IST et VIH/SIDA, de perte ou manque d'emploi par contre elles ont accès aux AGR et leurs enfants ont accès à la scolarisation (cfr. UNICEF, IRS, OCHA, 'AM, autres).

### **4.4. Personnes vivant avec handicap**

Les personnes vivant avec handicap constituent un groupe particulièrement vulnérable de la société congolaise. Toute fois, très peu de données sont disponibles à leur sujet car il n'existe ni système d'enregistrement continu ni enquêtes nationales sur leur situation. Une étude menée en 1997 par Handicap International avec la collaboration de l'Association des Centres pour Handicapés de l'Afrique Centrale dans la ville de Kinshasa a estimé à 1% la population vivant avec handicap en RDC. Sur base de ce pourcentage, on peut estimer cette population à 40.000 personnes à Kinshasa et 500.000 personnes pour l'ensemble des pays (R29). Une autre étude réalisée par le BIT dans la région de l'Afrique Centrale a estimé la population handicapée à 4,5% de la population totale, ce qui donne une population handicapée de près de 2.300.000 personnes en RDC. L'estimation la plus crédible est fournie par MICS2 (RI) qui estime à 2% la proportion de la population des enfants vivant avec handicap, ce qui représentent 620.000 enfants vivant avec handicap. On peut considérer que le nombre de personnes handicapées a fortement augmenté avec la guerre et les conflits interethniques à l'Est du pays qui ont fait beaucoup de blessés et mutilés. La présente étude considère l'estimation du BIT, qui évalue la population à 4,5% comme proche de la réalité.

Les personnes handicapées sont plus nombreuses dans les villes et les centres urbains où elles bénéficient d'une certaine assistance. Présentement, on les retrouve nombreux dans les zones en conflit, même en milieu rural, à cause de la guerre et des conflits interethniques qui a occasionné beaucoup de mutilés et invalides. En ce qui concerne l'aspect genre, on trouve beaucoup plus de handicapés moteurs-hommes victimes de la guerre et des conflits armés en tant que combattants.

#### 4.4.1. Les types d'handicaps

L'enquête de handicap international susmentionnée distingue sept types de handicap (R116). Il s'agit de : (i) Post-polio et paralysie après injection 47,47%, (ii) retard mental 5,06%, (iii) aveugle 5,05%, (iv) déformation congénitale 7%, (v) attaque cardio-vasculaires (AVC) 4%, (vi) amputation 1,5% et (vii) traumatisme crânien 1%<sup>1</sup>

Le type de handicap le plus mentionné est la paralysie due à la poliomyélite ou à une injection. La surdité vient au deuxième rang. Le retard mental, la cécité et les malformations congénitales viennent en troisième rang ayant environ la même proportion de handicapés. Ensuite, on a relevé les handicaps dus à l'Attaque Cardio-Vasculaire (AVC), à l'amputation d'une jambe au <sup>(22)</sup> traumatisme crânien.

Les personnes vivant avec handicap se répartissent généralement en trois sous-catégories :

- Les handicapés physiques ou moteurs :
- les handicapés mentaux et
- les handicapés sensori-moteurs

Lors de l'atelier de Kinshasa, les participants ont signalé deux autres sous-catégories spécifiques des PVH. Il s'agit de :

- «Handicapés associés ou les polyhandicapés». Ce sont des PVH souffrant d'une combinaison de plusieurs facteurs invalidants (maladies, accidents, etc.). C'est-à-dire des personnes vivant avec une diversité de handicap au même moment. C'est le cas des enfants qui sont à la fois sourds-muets et paralytiques, etc.
- Jeunes enfants affectés par le handicap soit de leur père, de leur mère ou de leur frère, etc. Même si eux-mêmes ne sont pas à strictement parlé handicapés, ils en sont affectés parce qu'ils ont la charge journalière d'assister un parent PVH. Ils souffrent ainsi d'un handicap d'emprunt car dans la plupart des cas, ces jeunes sont privés d'une vie normale leur permettant de préparer l'avenir (ne vont pas à l'école, ne cherchent pas un emploi, etc.). C'est le cas, par exemple, des enfants conducteurs des aveugles qui finissent presque toujours par adopter une vie de mendicité.

Le tableau 4.6 ci-dessous reprend les principaux risques et leurs facteurs déterminants et les sous-catégories de handicapés.

#### **Tableau 4.6 : Les sous catégories des handicapés, leurs principaux risques et facteurs de risques**

<sup>22)</sup> (1) en additionnant les pourcentages présentés dans l'étude, on arrive à un total de près de 80%, l'étude ne renseigne donc pas sur les types de handicap souffrant les 20% des cas restants

Sous-catégories	Principaux Risques	Facteurs de Risques
<b>Handicapés physiques ou moteurs</b>  Les plus nombreux et visibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rejet, stigma social et marginalisation</li> <li>• Manque d'instruction de formation professionnelle</li> <li>• Faible mobilité</li> <li>• Manque des AGR</li> <li>• Maladies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le manque de considération pour la personne handicapée dans la société</li> <li>• Influence de coutumes et pratiques discriminatoires</li> <li>• Ignorance des causes du handicap</li> <li>• Sous-estimation des capacités des personnes handicapées</li> <li>• Non-acceptation de soi-même</li> <li>• Faible accès aux soins de santé surtout pour les soins spécialisés</li> <li>• Manque de sécurité sociale</li> <li>• Promiscuité et manque d'hygiène</li> <li>• Difficultés de transport (déplacement)</li> <li>• Non-utilisation rationnelle des ressources destinées au financement des activités des PVH</li> <li>• Insuffisance des structures d'accueil et de prise en charge des PVH</li> </ul>
<b>Handicapés mentaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délinquance</li> <li>• Vagabondage</li> <li>• Folie</li> </ul>	
<b>Handicapés sensori-moteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marginalisation</li> <li>• Accouchement dystocique PVH Femmes</li> <li>• Ghettoïsation</li> </ul>	
<b>Handicapés associés ou polyhandicapés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mort précoce</li> <li>• Accouchements dystociques (PVH- femmes)</li> </ul>	

#### 4.4.2. Les handicapés moteurs

Ils sont les plus nombreux et les plus visibles. C'est ce qui explique l'attention particulière dont ils bénéficient souvent par rapport à d'autres sous-catégories des PVH.

Les causes les plus importantes de leur handicap sont :

- La poliomyélite (en cours de diminution avec le programme élargi de vaccination) ;
- Les accidents de circulation et autres traumatismes ;
- Les paralysies sciatiques et post-injectionnelles
- La guerre avec ses mutilés, invalides et amputés ;
- La lèpre ;
- Les malformations congénitales.

D'après les informations recueillies par le Ministère de la Santé lors de la consultation sur « Handicap et Pauvreté » en avril 2003, le nombre approximatif des cas de handicap causés par les conflits armés en RDC s'élève à 100.000 personnes.

D'après le rapport du Dr Nkongolo, Directeur du Centre de Rééducation pour Handicapés physiques (CRHP) de Kinshasa, rédigé sur base des patients enregistrés en 1995, les causes du handicap physique sont :

- Poliomyélite cause la plus importante. Il semble que la proportion des cas de polio observés au CRHP est en recul avec PEV. En effet, le nombre de patients traités pour cause de polio représentait 40 % de la clientèle du Centre en 1989 et seulement 10 % en 1995 ;
- Accidents de circulation et autres formes de traumatisme. La clientèle concernée est passée de 6% (1989) à 20% (1995) ;
- Facteurs neurologiques : paralysies périphériques, pathologies musculaires, paralysies musculaires, hémiplégies, infirmités motrices d'origine cérébrale (IMC) ;
- Rhumatologie : arthrose, arthrites
- Facteurs orthopédiques ;
- Facteurs cardio-pneumologiques ;
- Konzo maladie peu fréquente qui entraîne une paralysie optique des membres inférieurs mais attaque parfois les membres supérieurs et les muscles buccaux.

#### 4.4.3 Les handicapés mentaux

Le handicap mental provient essentiellement des maladies neuro-psychiatriques, de l'usage de la drogue et des traumatismes psychiques, notamment chez les combattants, du retard mental, de la méningite et de la paraplégie et tétraplégie.

Les personnes atteintes du handicap mental sont exposées à la folie, au retard mental, aux maladies, au vagabondage dû au rejet social et à l'assimilation du handicapé mental au malade mental car souvent les causes du handicap mental de la personne atteinte de folie sont en majorité inconnues.

Les causes les plus fréquentes du retard mental sont :

- Problèmes durant la grossesse : malnutrition de la mère, prise des substances toxiques ou maladies ;
- Problèmes périnataux : anosmie, accouchement difficile ou souffrance fœtale ;
- Maladies de l'enfant pendant les premières années de la vie, notamment la méningite, la malaria cérébrale et la rougeole

Pour un grand nombre d'enfants, la cause du retard mental est indéterminée.

#### 4.4.3. Les handicapés sensori-moteurs

Il s'agit essentiellement de sourds, de muets, l'aveugles. Le handicap sensori-moteur provient principalement des maladies que telles les cataractes, le glaucome, l'onchocercose et les malformations congénitales. Cette sous-catégorie d'handicapés est spécifiquement confrontée aux risques d'analphabétisme, de maladies et de malnutrition, de faible mobilité, d'accidents et l'abus sexuels (femmes), etc.

**Les causes spécifiques à la surdité :** D'après les études citées dans le rapport de Handicap International cité ci-avant, on attribue les problèmes d'audition des enfants d'âge scolaire de 5 à 16 ans, pour 82% à l'otite moyenne chronique. Les autres causes de la surdité identifiées dans les écoles sont par ordre d'importance : (i) la méningite, (ii) l'hérédité, (iii) le neuropaludisme, (iv) la rougeole, (v) l'ototoxicité, (vi) l'ictère néonatal, (vii) la prématurité, (viii) les oreillons, (ix) l'anosmie néonatale, (x) la rubéole, (xi) l'otite moyenne chronique, (xii) la surdité brusque, (xiii) le traumatisme crânien.

(Source : Programme de prévention de la surdité et de la déficience auditive (PSDA) des villages Bondeko).

**Les causes spécifiques à la cécité sont les cataractes et les glaucomes.** Les autres causes signalées sont l'atrophie du nerf optique, le traumatisme, la tumeur, la rétinopathie et l'onchocercose dans certaines régions du pays, albinisme signalé à Kinshasa.

#### 4.4.4 Les risques principaux des handicapés

Les principaux risques auxquels les handicapés sont exposés sont : (i) rejet et stigma social, (ii) manque d'instruction et de formation professionnelle, analphabétisme, (iii) faible mobilité, (iv) manque d'emploi et d'AGR, (v) maladies, (vi) indigence, (vii) délinquance, (viii) vagabondage, (ix) ghettoïsation, (x) accouchement dystocique (pour les PVH-femmes).

**Rejet et stigma social.** Comme on l'a mentionné pour les enfants handicapés les personnes vivant avec handicap souffrent au si de stigma et de rejet social.

Le faible où manque d'instruction, de formation professionnelle et analphabétisme. Le rejet social et le faible revenu des patents ne favorisent pas l'accès de PVH à l'instruction et à la formation professionnelle. De même, la faible mobilité des PVH et le manque de moyens de transport appropriés exacerbent ce risque. Malgré ces obstacles, le niveau d'instruction des personnes handicapées est assez variable. On trouve des personnes sans instruction (la grande majorité) mais aussi d'autres, en minorité certes, qui ont atteint le niveau universitaire.

En plus, on rencontre en RDC quelques personnes handicapées disposant de qualifications professionnelles. La plupart d'entre-elles sont formées dans des centres spécialisés pour handicapés physiques. Mais la fréquentation de ces Centres dont le Centre National d'Apprentissage des personnes Handicapées (CENAPHI) connaît une baisse sensible d'activités du fait que les PVH formées par le passé n'ont pas d'accès facile à l'emploi. D'après le Rapport d'activités 2002 de la Direction de l'Action Sociale (R52), la RDC dispose de Centres pour Handicapés physiques dont un seul centre public et 34 centres privés. Ces centres sont répartis comme suit : Kinshasa (12), Kasai Oriental (10), Bas-Congo (7), Bandundu (3), Kasai Occidental (1), Maniema (1). Le Nord-Kivu, le Sud-Kivu et la province Orientale n'en disposent pas.

**Faible mobilité.** Ce qui a été dit pour les enfants handicapés à ce sujet est aussi valable pour les adultes PVH. La plupart des personnes handicapées sont très pauvres et incapables de se procurer ces supports techniques (tricycle, béquille, canne blanche, prothèse, chaise roulante) qui sont très coûteux. Les Clubs services, notamment le Rotary club et le Lion's club, soulagent quelque peu les besoins en supports techniques. Leur action, selon le Centre orthopédique de la Croix Rouge de la RDC, couvre environ 20% de besoins à Kinshasa. Par ailleurs, l'accès des PVH dans les bâtiments publics est un calvaire étant donné que la plupart des immeubles n'ont pas prévu de voies d'accès pour les tricycles.

**Le manque d'emploi et des AGR.** Les PVH rencontrent beaucoup de difficultés pour accéder à l'emploi à cause entre autres du doute que les employeurs ont sur leur rentabilité possible. En plus, pendant longtemps, l'accès à l'emploi par les PVH était limité à cause de l'exigence de l'attestation d'aptitude physique à tout demandeur d'emploi. Certes, cette exigence a été abolie en 2001 dans le nouveau code de travail. Mais le manque de vulgarisation de ce texte loi, surtout en provinces, continue à peser sur l'emploi des personnes handicapées en RDC.

D'après l'étude du RIT/PNUD portant sur le programme national d'insertion socio-économique et de prise en charge des groupes vulnérables (R99), les personnes handicapées peuvent exercer la plupart des emplois existants. Actuellement, elles exercent pour la plupart, des activités qui leur paraissent accessibles et qui ne nécessitent pas des capacités physiques importantes. Il s'agit de : la vannerie, le cannage, l'élevage de volaille, la pisciculture, l'informatique, la coupe et couture, la menuiserie, les arts de décoration, le secrétariat, le standardisme, la caisse, la kinésithérapie, l'orthopédie, le théâtre, la musique, l'hôtellerie. Toujours selon la même source, les activités les plus exercées par les personnes handicapées sont par ordre de préférence la coupe et couture, a cordonnerie et le petit commerce.

**Maladies.** Les personnes vivant avec handicap sont très vulnérables aux maladies mais ne bénéficient pas d'accès facile aux soins de santé, alors qu'elles sont généralement assimilées aux indigents. Aucun centre hospitalier ne leur assure la gratuité des soins sinon uniquement

pour les consultations. Elles doivent comme tous acheter les médicaments et les aides techniques elles-mêmes et payer les frais de laboratoire. La situation est particulièrement difficile pour les femmes handicapées enceintes qui accouchent toujours par césarienne et qui sont généralement abandonnées par les auteurs de leur grossesse.

La prostitution de survie observée chez les femmes PVH résulte de l'extrême pauvreté, des sanctions sociales contre le mariage entre un homme valide et une femme handicapée. Beaucoup de femmes handicapées se retrouvent avec des grossesses non reconnues par leurs auteurs à cause de ces préjugés. De plus, le manque de sécurité sociale et la recherche de garantie pendant la vieillesse poussent les femmes handicapées à avoir plusieurs enfants même avec plusieurs partenaires.

La guerre affecte les PVH qui, incapable de fuir, sont abandonnées au même titre que les vieillards à la merci des assaillants et livrées aux conséquences de la malnutrition, de la maladie et de la mort atroce et précoce. D'autres PVH ont même été brûlés vives dans les villages au Kivu et dans la Province Orientale.

**La ghettoïsation.** Face aux difficultés de logement, au rejet social, à l'insuffisance de structures d'accueil et de prise en charge, la plupart des PVH, surtout à Kinshasa, choisissent de vivre isolé en groupe dans des bâtiments abandonnés, dans la rue, dans des bâtisses de l'Etat ou de privés en o age par elles.

#### **4.4. 5. Les facteurs de ces risques**

Parmi les facteurs expliquant les risques auxquels les PVH sont exposées, la documentation révisée, les entretiens avec les personnes-ressources et les ateliers ont identifié ce qui suit : (i) le manque de considération pour la personne handicapée dans la société. (ii) l'ignorance des causes du handicap, laquelle pousse certaines personnes vivant avec les handicapés d'attribuer les handicaps à des causes mystérieuses, (iii) la sous-estimation des capacités des personnes handicapées, (iv) la non-acceptation de soi-même. (v) le faible accès aux soins de santé surtout aux soins spécialisés et aux matériels orthopédiques appropriés, (vi) le manque de sécurité sociale, (vii) la promiscuité et le manque d'hygiène, (ix) les difficultés de transport et de déplacement, (viii) la non-utilisation rationnelle des ressources destinées au financement des activités des PVH, (x) l'insuffisance des structures d'accueil et de prise en charge de PVH, (xi) la non-scolarisation des enfants handicapés, le manque de matériel de formation approprié, le programme scolaire limité à deux ans post-primaire, (xii) la guerre, (xiii) les bruits intenses et continus dans les quartiers surtout en milieux urbains.

#### **4.5. Personnes vivant avec le VIH/SIDA et leurs descendants**

Les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA, (PVV) et leurs descendants constituent, d'après la littérature révisée, un des groupes vulnérables en RDC qui mérite attention. En effet, un nombre important de personnes vivent avec cette infection à VIH/SIDA D'après les estimations actuelles pour la RDC, près de 1,3 millions de personnes sont infectées par ce virus ou vivent avec cette maladie (R19, p.54). Etant donné toutes les perturbations sociales, économiques et sécuritaires actuelles, certaines estimations chiffrent cette population à près de 2.535.000 individus atteints par l'infection à VIH, d'autres l'estime à 3.000.000 (PNLS, 2002, R22)

L'effectif de cette population PVV en RDC est énorme et mérite attention d'abord parce qu'elle représente pratiquement la population du Gabon ou d'autres pays d'Afrique. En plus, ce groupe mérite attention parce que les personnes exposées à l'infection du VIH/SIDA, jeunes



pour la plupart, sont pratiquement celles qui sont sexuellement actives c'est-à-dire âgées de 12-50 ans. Ce groupe représente près de 30.000.000 des congolais PNLs, 2002. Enfin, l'effectif total des orphelins du SIDA, c'est à dire les descendants des parents morts du SIDA, est élevé. Les orphelins du SIDA sont estimés à près de 687,000 personnes, représentant environ de 14% de la population actuelle de la ville de Kinshasa.

La population des PVV comprend principalement les trois sous-catégories suivantes: (i) les adultes vivant avec le VIH/SIDA (ii) les enfants contaminés par le virus à VIH (souvent, cette contamination survient lorsque le fœtus était dans le sein de sa mère, c'est la transmission verticale), et (iii) les enfants non-contaminés par la mère.

Le tableau 4.7 synthétise les principaux risques de ces catégories des PVV.

**Tableau 4.7 : Les sous-catégories des PVV, les principaux risques et les facteurs déterminant de ces risques**

Sous-catégories	principaux risques	Facteurs de risque
<b>Les personnes adultes vivant avec le VIH/SIDA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimations varient entre 1,3 et 3 millions congolais</li> <li>• L'âge moyen 34 ans hommes, et 23 ans, femmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stigma, rejet social et abandon</li> <li>• Perte d'emploi et des AGR</li> <li>• Maladies (y compris maladies opportunistes et augmentation des épisodes morbides)</li> <li>• Réinfections du VIH</li> <li>• Décès précoce (PVV, mère/père conjoint/conjointe)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible accès aux soins de santé et aux anti- rétro-viraux</li> <li>• Prostitution (de survie et professionnelle)</li> <li>• Viols comme arme de guerre</li> <li>• Manipulation spirituelle</li> <li>• Guerre et conflits interethniques</li> </ul>
<b>Enfants des PVV contaminés et non contaminés par le VIH SIDA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 030 000 enfants sont orphelins du SIDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipulation spirituelle et hyper-réligiosité</li> <li>• Malnutrition contamination du bébé par le lait maternel</li> <li>• Traumatisme psychique</li> <li>• Expropriation de l'héritage (veuves et enfants)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports sexuels non protégés</li> <li>• Pauvreté</li> </ul>

#### 4.5.1. Les personnes adultes vivant avec le VIH/SIDA

Il n'y a pas de statistiques sûres et précises sur le nombre élevé de personnes adultes vivant avec le VIH/SIDA. Les estimations les plus modestes évaluent ce groupe à 1,3 millions personnes. D'autres estimations, les plus extrêmes, le situent à près de 3 millions d'individus. Ce groupe est composé, en majorité, de personnes essentiellement jeunes dont l'âge est compris entre 20-40 ans. Il semble que l'âge moyen des PVV adultes est de 34 ans chez les hommes et de 23 ans chez les femmes.

**Risques.** Les PVV adultes font face à une large panoplie des risques dont les principaux sont : stigma et rejet social, perte d'emploi ou des AGR, maladies opportunistes et une augmentation des épisodes morbides, maladies, malnutrition, décès précoce, faible ou nonaccès aux anti-rétrovirus, ré-infection du virus VIH/SIDA etc. Comme il n'existe pas de données chiffrées permettant d'évaluer l'ampleur de tous ces risques identifiés pour la RDC, quelques-uns seulement seront analysés ci-dessous.

**Les maladies et les infections opportunistes.** Les PVV sont exposées à plusieurs maladies et vivent de nombreux épisodes morbides. Parmi les maladies et infections opportunistes dont elles victimes, la tuberculose (TBC) est la plus importante. D'après les statistiques disponibles, 1 malade de TBC sur 2 est VIH positif, tandis 4 décès sur 10 décès survenus suite

au VIH/SIDA ont souffert de la tuberculose. D'après une étude menée en 2000, près de 33% de personnes vivant avec le VIH/SIDA font la tuberculose. D'autres infections dont souffrent les malades du SIDA sont les entérites non spécifiques (pas de chiffres).

Perte d'emploi et des AGR. Comme les PVV souffrent des maladies opportunistes de façon permanente, elles sont exposées à plusieurs risques tels que:

- Maladies avec fréquentes hospitalisations. A titre d'illustration, le taux d'occupation de lit malade des personnes atteintes du VIH/SIDA approchent les 50% ce qui est énorme (Ministère du Plan et de la Reconstruction, UNIKIN/Département de Démographie de Kinshasa, p. 44);
- L'interruption de l'activité professionnelle à court, moyen ou long terme. Bien que les données à ce sujet font défaut, il est vrai que l'augmentation des épisodes morbides associés à l'infection à VIH/SIDA tend à affaiblir l'organisme mettant l'individu atteint dans une incapacité à travailler. D'après le PNLS, les sidéens souffrant également de la TBC perdent environ 14.000.000 personnes-jours de travail par an.
- La perte d'emploi et des AGR A titre d'exemple, un sidéen souffrant également de la TBC voit le revenu de son ménage baisser de 20 à 30% (Ministère du Plan et de la Reconstruction, UNIKIN/Département de Démographie de Kinshasa, op. cit.).

Le stigma et rejet social. Les PVV et leurs descendants font également face au stigma ou rejet social résultant spécialement de la conception erronée que certains congolais ont du VIH/SIDA ou de sa contamination. Les données font défaut pour mesurer l'ampleur du risque de stigma et/ou rejet social en RDC. Cependant, la récente étude MICS2 renseigne qu'un grand nombre de femmes congolaises ont encore une conception erronée sur la contamination du VIH/SIDA. Cette conception erronée, même parmi les intellectuelles, peut amener à des situations où les PVV ou leurs descendants soient abandonnées par leurs membres de famille ou leurs amis. Dans le cas particulier des enfants orphelins du SIDA, cette mauvaise conception peut amener les frères et/ou sœurs de leurs défunts parents à les accuser de sorcellerie ou à les abandonner parce qu'ayant un mauvais sort. Les données du tableau 4.8 ci-dessous montrent que beaucoup de femmes, même parmi les plus instruites ou celles vivant dans des «ménages les plus riches», pensent qu'on peut attraper le VIH en touchant une personne déjà infectée ou par des moyens surnaturels.

**Tableau 4.8 : Proportions des femmes ayant une mauvaise conception sur la contamination du VIH :**

On peut attraper les VIH/SIDA	Femmes vivant en milieu		Femmes vivant dans des ménages		Femmes vivant dans des ménages	
	Urbain	Rural	Plus pauvres	Plus riches	Sans instruction	Secondaire ou plus
En touchant une personne déjà infectée	78,4	0,4	46,9	84	47,1	79
Par des moyens surnaturels	44,8	52,9	52,0	43,4	48,2	51,7

Source: MICS 2, 2001 (R1)

D'autres risques cités. La littérature consultée mentionne d'autres risques dont sont victimes les PVV et leurs descendants. Parmi ces ceux-ci, on cite :

- La perte précoce du (de la) conjoint(e) : en RDC, près de 10% des femmes sont veuves alors que les hommes veufs ne représentent que 1% (MICS2, 2001, p.51, RI),

- Le faible ou manque d'instruction risque frappe les enfants orphelins en général et affecte surtout les orphelins du SIDA en particulier,
- La malnutrition : ce risque frappe les veufs (ves) et les orphelins du SIDA qui sont souvent abandonnés par les membres de la famille et qui ne bénéficient pas de la protection sociale dont ils ont tant besoin.

**Facteurs de risques.** La revue de la documentation et les ateliers ont permis d'identifier les facteurs ci-après explicatifs des risques auxquels les PVV sont exposées. Il s'agit notamment de : (i) le faible accès aux soins de santé et aux anti-retroviraux, (ii) la prostitution (de survie et professionnelle), (iii) les viols utilisés comme arme de guerre, (iv) la guerre et les conflits interethniques, (v) les rapports sexuels non protégés, (vi) les manipulations spirituelles, (viii) la pauvreté.

Parmi ces facteurs, seul le faible accès aux soins de santé est documenté dans la littérature. A titre d'illustration, une enquête réalisée à la fin des années 1980 sur 33 familles (Ministère du Plan et de la Reconstruction, UNIKIN/Département de Démographie de Kinshasa, p.47, R27), indique que le coût moyen d'hospitalisation d'un enfant atteint du SIDA est de 90 \$US. Une autre étude a montré que le coût moyen d'hospitalisation pour un adulte souffrant du SIDA était de 109 \$ US (Ministère du Plan et de la Reconstruction, UNIKIN/ Département de Démographie de Kinshasa, p.47). Comme le revenu moyen mensuel des ménages congolais est très faible (cfr. Risques politiques, juridiques et économiques), la recrudescence des épisodes morbides associés au VIH/SIDA amène les malades du SIDA à rester alités à la maison attendant la mort prochaine. De même, le coût élevé des anti-rétrovirus les empêche à accéder aux soins appropriés.

#### **4.5.2. Les enfants contaminés et les enfants non-contaminés par le VIH/SIDA**

Il n'y a pas de données quantitatives sur le nombre d'enfants contaminés par le VIH/SIDA ni même sur les enfants non contaminés mais dont l'un des parents ou les deux est (sont) contaminé(s). D'après les estimations récentes, le nombre d'enfants orphelins du VIH/SIDA se chiffre à environ 930.000 (UNAIDS, UNICEF, WHO, R5 I ).

**Risques.** En RDC, les enfants infectés par le VIH/SIDA font face aux risques suivant : rejet, stigma social et abandon, malnutrition, maladies opportunistes parmi lesquelles la tuberculose, et décès infantile. Les enfants non infectés par le VIH/SIDA mais dont l'un des parents ou les deux est (sont) atteint sont exposés principalement des risques ci-après : transmission du virus par l'allaitement, malnutrition, perte précoce de la mère, maladies, faible ou manque d'instruction, stigma et rejet social, expropriation de l'héritage.

**Facteurs de risques.** Parmi ceux-ci, les participants aux ateliers ont mentionné : (i) le faible accès aux névirapines, (ii) la pauvreté, (iii) l'ignorance des parents.

Au-delà de ces trois sous-catégories des PVV mentionnés plus haut, les participants à atelier de Kinshasa organisé du 02 au 04 décembre 2003, ont signalé d'autres sous-catégories de personnes à haut risque de contamination du VIH/SIDA il s'agit du personnel de métier en contact régulier avec les PVV (coiffeurs et tresseuses, infirmières, médecins, etc.), des garde-malades du VIH/SIDA, etc.

#### **4.6. Personnes de troisième âge sans soutien**

Les personnes de troisième âge, sont des personnes âgées de 65 ans et plus. Elles représentent environ 3% de la population Congolaise (soit 1,5 millions d'individus) selon l'Enquête sur l'état des lieux du secteur de la santé, 1998 (R12).

Le tableau ci-dessous donne quelques indicateurs sociaux sur ce groupe vulnérable

**Tableau 4.9 : Quelques indicateurs concernant les personnes de troisième âge**

Indicateurs	National	Rural	Urbain
Situation économique (proportion de ceux et qui sont encore actifs économiquement)	21 %	22 %	15 %
Situation sociale (proportion de ceux qui sont intégrés aux activités sociales ou familiales)	41%	43 %	34 %
Proportion des ménages ou les personnes âgées ont bénéficié des services sociaux et apparentés	1,1 %	1,0%	1,8 %
Etat physique des personnes de troisième âge (proportion des personnes de troisième âge sans handicap physique)	92 %	91 %	93 %

**Source** : Etats des Lieux du secteur de la santé, pp. 46-51 (R12)

Il ressort de ce tableau que les personnes de 3<sup>ème</sup> âge n'ont quasiment pas accès aux services sociaux de base, elles devraient être prises en charge pour leurs besoins fondamentaux (alimentation, logement, santé, habillement...). Les indicateurs montrent aussi que près de 80 % d'entre elles ne sont plus économiquement actives et que c'est surtout en milieu urbain que la vie active s'arrête plus tôt (85 % d'inactifs). En milieu rural, par contre, les vieilles personnes restent souvent au village pendant que les actifs sont aux champs. Quand elles sont sans handicap physique, elles s'occupent des petits enfants, aident à décortiquer les arachides, les courges, les noix, etc., elles content des histoires du clan aux jeunes, ce qui, en bref, les socialisent et les rendent encore utiles à la communauté. Près de 60 % de vieillards ne s'intègrent pas socialement, surtout en milieu urbain (66%). Il s'avère aussi que la prise en charge des vieillards revient quasi exclusivement aux membres de famille. En effet, comme le montre le tableau 4.9 ci-dessus, en milieu rural 99% de vieilles personnes ne bénéficient d'aucune intervention de services sociaux de base ou apparentés, tandis qu'en milieu urbain, cette proportion est de 98% (R12). D'autre part, 90% de personnes âgées étant sans handicap physique donc capables d'exercer des travaux légers.

Les trois sous catégories des personnes de troisième âge vulnérables retenues dans cette évaluation sont

- Les vieillards vivant seuls ou en rupture totale avec leurs familles ;
- Les vieillards déplacés ou non accompagnés et
- Les retraités et anciens combattant.

Par manque de statistiques et d'études spécifiques, il n'a pas été possible de dénombrer ces catégories avec précision. Le tableau 4.10 synthétise les principaux risques de ces catégories des personnes de troisième âge sans soutien.

**Tableau 4.10: Les sous-catégories de personnes de troisième âge sans soutien et les principaux risques et leurs facteurs**

Sous-catégories	Principaux risques	Facteurs de risques
<p>Les vieillards en rupture totale</p> <p><b>avec leurs familles et vieillards déplacés et non accompagnés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sont constitué des personnes âgées de 65 ans et plus qui représentent 3% de la population totale en RDC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stigma et rejet social</li> <li>• Malnutrition</li> <li>• Maladies</li> <li>• Insécurité physique</li> <li>• Très faible ou manque de pension de retraite</li> <li>• Maltraitance</li> <li>• Invalidité</li> <li>• Isolement, abandon</li> <li>• Déplacement force</li> <li>• Décès précoce</li> <li>• Spoliation des biens</li> <li>• Traumatisme psychique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-intégration familiale ou sociale</li> <li>• Faible ou manque de revenu</li> <li>• Très faible sécurité sociale</li> <li>• Manipulation spirituelle</li> <li>• Insuffisance de structures spécialisées pour leur prise en charge sociale et médicale</li> <li>• Stérilité</li> <li>• Décès précoce des enfants</li> <li>• Accusation de sorcellerie</li> </ul>
<p><b>Les retraités</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• environ 58.000 retraités et rentiers civils, 25.000 retraités et rentiers militaires et 92.000 retraités des secteurs privés et para étatiques</li> <li>• Les affiliés de l'INSS reçoivent un minimum de 1.000 Francs congolais par mois équivalent par de 5 kg de riz</li> </ul>		

#### 4.6.1. Vieillards en rupture totale avec leurs familles

Ce sont ceux qui sont sans soutien ou abandonnés par leurs membres de famille et ceux qui n'ont pas d'enfants soit à cause de leur stérilité ou soit ont perdu leurs enfants ou un membre de famille qui assurait leur prise en charge. Ils sont souvent accusés de sorcellerie, menacés et rejetés étant tenus pour responsables des malheurs qui surviennent aux membres de leur familles (décès précoce, perte d'emploi, stérilité, échecs scolaires ou faillite dans les AGR, maladies, etc.). Chassés ou fuyant la famille d'origine, ils se réfugient au poste de police ou dans une église, etc. La plupart sont récupérés, selon la disponibilité, par des religieux et placés dans des centres d'accueil ou dans des hospices. Ce genre de traitement est souvent observé en milieu urbain. En milieu rural, les vieilles personnes n'ayant pas eu d'enfants ou dont les enfants sont tous décédés, sont souvent accusés de sorcellerie et rejetées par la communauté. Elles vivent dans l'isolement au bout du village ou dans un coin de la concession, totalement solitaires et démunies. Certains vieillards vivant encore en famille sont considérés comme une charge pour le ménage, spécialement quand ils n'ont pas de moyens financiers (pension ou biens) ou lorsqu'ils sont de malades chroniques. Ce comportement est beaucoup plus observé en ville où la solidarité familiale s'amenuise de plus en plus.

#### 4.6.2. Vieillards déplacés et non accompagnés

Ce sont ceux qui ont tout abandonné et se sont retrouvés loin de leur milieu d'origine suite à la guerre, aux conflits interethniques et à un déplacement forcé n'ayant donc plus de membres de familles pour les encadrer. Ils vivent dans l'isolement complet et sont très vulnérables.

#### 4.6.3. Retraités et rentiers militaires

Les assurés sociaux de l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS) sont au nombre de 17.375 dont 127.729 retraités et 2.528 invalides des secteurs privés et para-étatiques ainsi que de la société civile. Tandis que les survivants c'est-à-dire les veuves et orphelins des retraités et des invalides, sont estimés à 25.229 au 1<sup>er</sup> trimestre 2003 (R17).

**Principaux risques subis par les vieillards.** Les principaux risques auxquels les vieillards sont exposés sont : invalidité, stigma et rejet social, isolement, abandon, maladies, malnutrition, très faible pension de retraite, insécurité physique, déplacement forcé.

Cependant, on ne dispose pas de données quantitatives pour faire une analyse différentielle de ces risques selon les provinces ou le genre. Toutefois, il semble que les retraités sont plus nombreux en milieu urbain que rural, ayant passé leur vie active en milieu urbain.

**Invalidité.** Les vieillards sont exposés à l'invalidité car ayant perdu 2/3 de leurs capacités de travail. Ils sont, pour la plupart dépendants de leurs membres de famille et sont souvent considérés comme des cas sociaux, des indigents et des personnes sans revenu individuel.

#### **Encadré 8 : Vieux et seul**

Un vieillard à B.A. Mukoko « Je suis vieux et seul, sans force et incapable de monter sur palmier pour couper le régime de noix; la seule activité qui me fait vivre c'est la vente de l'huile de palme et des noix palmistes, compte tenu du mauvais rendement des cultures, surtout le manioc, suite à la mosaïque. Comment puis-je vivre ? »

**Source :** Evaluation rapide des risques et groupes à risque au Bandundu

**Stigma et rejet social, isolement, abandon et marginalisation.** A cause, entre autres, de la pauvreté de la majorité des ménages, des vieillards sont pour la plupart devenus encombrants pour leurs familles qui, soit vent les méprisent, se méfient d'eux, les marginalisent, les accusent facilement de sorcellerie et n'hésitent pas à les chasser loin de la famille. Ce comportement est aggravé par l'amenuisement de la solidarité familiale et du respect qu'on accordait autrefois aux vieilles personnes ainsi que par la prolifération des sectes et confessions religieuses qui manipulent ou encouragent leurs adeptes et fidèles dans le sens de rejet des personnes âgées, les accusant de sorcellerie. Ce phénomène prévaut surtout en milieu urbain.

**Maladies et malnutrition.** Les vieilles personnes souffrent souvent de quelques maladies chroniques (arthrose, lombarthrose ou rhumatisme, baisse de vue, d'ouïe, etc.). Souvent totalement démunies, elles se sont incapables de se payer les consultations médicales et les médicaments qui coûtent chers. Ceux des vieillards qui sont dans les hospices peuvent quelques fois bénéficier des soins primaires lorsque l'infirmerie fonctionne. Les retraités et leurs rentiers possèdent des cartes d'ayant-droit leur permettant d'avoir les soins gratuitement, mais en réalité, aucun hôpital n'accepte ces cartes.

En cas de maladie, les vieillards ne peuvent compter que sur les cotisations de leurs membres de famille ou de personnes de bonne volonté. Les militaires retraités qui sont en ville où existe un hôpital militaire se font soigner gratuitement mais ces hôpitaux manquent habituellement de médicaments. Ceux qui sont retournés au village ne bénéficient d'aucun soin moderne, par manque de moyens, ils ne recourent qu'aux guérisseurs.

Beaucoup de vieillards souffrent de malnutrition. A leur âge, ils sont aussi vulnérables que les enfants et la faim détériore gravement leur état de santé. Mais la situation étant difficile aussi bien dans les familles que dans les centres d'accueil où les moyens de survie sont la plupart du temps insuffisants, ils se contentent de ce qui est disponible tout en se plaignant de la monotonie (légumes, riz, etc.). Le Rapport d'Enquête BDOM-PRONANUT de 2003 indique à ce propos que 16,2% seulement des ménages congolais vivant à Kinshasa prennent encore 3 repas par jour. Les vieillards en déplacement, quant à eux, connaissent une malnutrition accrue au cours de leur fuite.

**Très faible pension de retraite.** Au niveau national, les indigents, les retraités et leurs rentiers devraient compter sur les interventions de l'Etat pour résoudre leurs problèmes, mais l'Etat ne dispose pas de budget important. Les retraités, par exemple, ont une pension très faible ne leur permettant pas de vivre. Ceux qui sont affiliés à L'INSS perçoivent trimestriellement une indemnité insignifiante en moyenne 3.000 Francs congolais par personne, soit 1.000 Francs congolais par mois (l'équivalent de 5 Kg de riz) Il y a lieu de noter que la pension de retraite est un remboursement de cotisations (7% du salaire mensuel) que le travailleur et son employeur ont versé pendant toute la vie du travailleur. Comme le salaire est faible au départ, la pension ne peut être que dérisoire (selon la Législation sociale). La conséquence est que les retraités, leurs rentiers et les indigents ne peuvent être soignés ni enterrés décemment. Quand un membre de ce groupe meurt, on manque de moyens pour acheter le cercueil ; parfois le cadavre est gardé en otage dans la morgue de l'hôpital en attendant une intervention hypothétique de l'autorité provinciale ou nationale.

**Insécurité physique.** Les conflits interethniques, la guerre et le déplacement forcé sont des risques majeurs auxquels sont exposées les vieilles personnes, surtout dans les zones en conflit. Parmi les 2.700.000 personnes déplacées internes identifiées en mars 2003, il y avait aussi des personnes de 3<sup>ème</sup> âge qui ont souffert les affres de la guerre, car incapables de fuir, surtout s'ils sont invalides.

**Alcoolisme.** La plupart des vieillards s'adonnent à la consommation abusive de l'alcool local pour noyer leurs soucis ou oublier les maltraitements, le stigma et le rejet dont ils sont quotidiennement victimes, ce qui affecte encore plus leur bien-être déjà précaire.

**Spoliation des biens.** Certains de vieillards connaissent la spoliation de leurs biens meubles et immeubles, par fraude ou par violence, par les membres de famille ou par la communauté surtout lorsqu'ils n'ont pas de progéniture. Ceci se passe en milieu urbain. Décès précipité. L'accumulation des risques énumérés ci-dessus conduit au décès précipité des vieilles personnes. Ceci est fréquent après une accusation de sorcellerie qui peut entraîner les vieillards à subir le supplice du collier (brûlés vifs) ou à l'isolement total.

**Les principaux facteurs** liés à ces risques sont l'inactivité due à l'âge (invalidité), le très faible sécurité sociale, la quasi-inexistence de compagnies d'assurances maladies et vie, le manque d'épargne, l'amenuisement de solidarité famille, stérilité, perte d'enfants ou d'un membre de famille qui prend en charge les vieillards, insuffisance et la non-viabilisation des structures d'accueil et des services spécialisés pour les personnes de troisième âge (gériatrie), la manipulation spirituelle, la guerre et les conflits interethniques et la pauvreté

Insuffisance et inconfort des structures et d'accueil et des services spécialisés pour la prise en charge sociale et médicale des vieillards. Selon les données disponibles provenant de la Direction Nationale d'Encadrement des Personnes de Troisième Age (DEPTA) du Ministère des Affaires Sociales, ont dénombré, pour l'ensemble du pays, 67 homes des vieillards dont 15 sont publics et 52 privés. Ces homes sont répartis géographiquement comme suit Kinshasa (8), Bas-Congo (3), Bandundu (3), Kasai Occidental (11), Kasai Oriental (13), Equateur (5), Province Orientale (4), Sud Kivu (3), Maniema (5), Nord Kivu (3) et Katanga (9).

Il est signalé par la DEPTA que la plupart de ces homes n'existent que de nom vu le contexte de crise que connaît le pays. A titre d'exemple, les 8 hospices de Kinshasa (dont 5 appartiennent à l'Eglise Catholique, 1 à l'Armée du Salut et 2 à l'Etat) ont hébergé en 2002 seulement 145 vieillards dont 63 femmes et 82 hommes. Le Ministère des Affaires Sociales a

également identifié 16 ONG qui ont encadré 1.461 vieillards (sans les héberger la plupart du temps). Il y a donc une faible capacité d'accueil des hospices situés en ville par rapport au nombre sans cesse croissant des vieillards sans soutien ou abandonnés. En plus, ces maisons d'accueil ne réunissent pas toujours les conditions requises pour héberger les personnes de troisième âge et sont, de ce fait, non viables. De même, il a été constaté une insuffisance de services spécialisés pour la prise en charge sociale et médicale des vieillards tel que le service gériatrique. Le Ministère des Affaires Sociales dispose d'un centre des soins gériatriques dont il a confié la gestion à une congrégation des sœurs, mais beaucoup de vieillards n'y accèdent pas faute de moyens.



## 5. STRATEGIES DE GESTION DES RISQUES SOCIAUX EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

« Longa mwana ukwenda ku zandu/ ka mwana utuka ku zandu ko»<sup>(23)</sup>

La revue des dispositifs informels et formels ciblant les groupes vulnérables fait ressortir des défis majeurs et urgents pour la protection sociale en RDC. Les principaux constats de la revue sont :

*(i) Dispositifs informels :*

- Faute de moyens, les groupes vulnérables disposent de très peu de stratégies pour prévenir, atténuer ou même réagir face à la gamme de risques auxquels ils sont exposés. Leurs possibilités de prévenir les risques ou d'améliorer leur état très précaire sont minimales, voire inexistantes.
- Le peu de dispositifs informels existants se limitent souvent aux stratégies de réaction.
- Etant donné la précarité de leur situation socio-économique, physique, et nutritionnelle, les groupes vulnérables sont souvent obligés d'adopter des mécanismes de survie qui sont à la fois des stratégies et des risques par exemple la toxicomanie, l'alcoolisme, l'endettement, la fuite, la prostitution de survie, l'avortement provoqué, etc.
- Les mécanismes de solidarité et de survie traditionnellement adoptée par la famille élargie et la communauté de base sont devenus très fragiles. Ce problème semble être plus accentué en milieu Urbain où souvent les familles et les communautés de base sont incapables de prendre en charges les plus vulnérables ou de les protéger contre par exemple l'accusation de la sorcellerie, le rejet et le stigma, la maltraitance et la violence.

*(ii) Les dispositifs formels non étatiques (ONG, églises, associations privées, entreprises, organismes bi-et multilatéraux)*

- Il n'y a qu'une infime proportion de personnes les plus vulnérables qui bénéficient des interventions des ONG, des églises ou par des organismes hi- et multilatéraux.
- Des ONG internationales et des églises avec leurs partenaires locaux offrent quasiment tous les filets de sécurité ciblant les groupes vulnérables. Ces organisations sont généralement soutenues par les bailleurs de fonds extérieurs.
- Actuellement, il y a une quasi-absence des initiatives privées comme des sociétés d'assurances dont les conditions soient accessibles aux personnes vulnérables en quête de protection sociale.
- Les interventions des ONG et des églises souffrent souvent d'un manque de coordination des capacités limitées et leurs acquis sont peu diffusés.
- La plupart des dispositifs formels se trouvent dans les grandes villes, délaissant ainsi les vulnérables du milieu rural, surtout ceux vivant dans les zones en conflit ou enclavées.
- Les interventions les plus nombreuses sont des stratégies de réaction. Elles sont souvent coûteuses et peuvent accentuer la dépendance (distribution des vivres sans ou

---

<sup>23)</sup> Proverbe Kongo (RDC) « Conseille l'enfant avant qu'il aille au marché pas à son retour du marché » qui veut dire que la prévention vaut mieux que la réaction

avec peu d'accompagnement, hébergement prolongé et prise en charge des soins médicaux)

- Il existe très peu d'interventions de prévention.
- Les initiatives communautaires à l'instar des comités locaux de protection de l'enfant et de la réhabilitation à base communautaire qui visent la prévention sont des expériences prometteuses. L'approche semble avoir un meilleur rapport coût-efficacité que les autres interventions. Ces initiatives locales peuvent : (i) jouer un rôle d'écoute, de médiation, et de sensibilisation, (ii) initier des projets générant de ressources pour les familles vulnérables, et (iii) dénoncer auprès des autorités, les pratiques néfastes par exemple la maltraitance, l'accusation de la sorcellerie, l'abandon, les violences, viols etc.

(iii) Les dispositifs formels étatiques :

- Il existe très peu d'interventions de l'Etat ciblant les groupes vulnérables. Les quelques interventions recensées comprennent
  - Pour les enfants vulnérables, il s'agit surtout de la mise à disposition des infrastructures immobilières dans les grandes villes, et surtout à Kinshasa et à Lubumbashi où plusieurs de ces centres étatiques ne sont plus opérationnels
  - Pour les femmes en situation difficile, il n'existe pas d'interventions étatiques qui les ciblent spécifiquement
  - Pour les PDI, les dispositifs étatiques sont très faibles
  - Pour les PVH, les interventions de l'Etat sont aussi limitées
  - Pour les PVV, le PNLIS est l'unique structure étatique. Il s'occupe de la coordination des activités de lutte contre le VIH/SIDA, y compris celles ciblant les PVV.
  - Pour les vieillards sans soutien, il n'y a que 15 homes de vieillards de l'Etat sur l'ensemble de pays. Ils fonctionnent difficilement. La pension de survie est dérisoire.
- Une dépendance quasi-totale de l'aide des partenaires extérieurs pour tous les dispositifs.
- Des approches non-concertées entre les agences d'exécution/acteurs formels ciblant les groupes vulnérables à cause principalement de l'absence d'une stratégie nationale de protection sociale des groupes vulnérables et la précarité des moyens financiers et matériels mis à la disposition des structures étatiques censées mettre en oeuvre les politiques et stratégies sociales en faveur des groupes vulnérables.
- Un Ministère des Affaires Sociales très démuné au sein du Gouvernement de la RDC, et souffre, notamment:
  - d'un budget dérisoire. Par exemple en 2002 le budget de fonctionnement n'a été exécuté que pour un moi tant de 100 à 200 dollars US par service !
  - des ressources humaines et techniques insuffisantes
  - des faiblesses dans la gestion des informations et des données entre les services et entre le niveau national et les provinces

## 5.1. Méthodologie et Définitions

La revue est basée sur l'exploitation de la documentation disponible, des entretiens à Kinshasa avec les différents acteurs et personnes ressources animant les organisations nationales et internationales tant publiques que privées, et l'organisation de quelques enquêtes rapides au niveau des groupes vulnérables. Le temps disponible pour l'étude n'a pas permis à l'équipe d'aborder toutes les interventions ciblant tous les groupes vulnérables, ni d'avoir des évaluations quantitatives approfondies dans les provinces. Cependant, les quatre ateliers

régionaux ont assuré une meilleure prise en compte des diverses interventions dans les provinces.

**Les trois grandes catégories de stratégies de gestion du risque sont :**

- (i) **Les stratégies de prévention des risques** visent à éviter la matérialisation du risque et sont adoptées avant que le risque/crise ne survienne.
- (ii) **Les stratégies d'atténuation** visent à réduire l'impact d'un risque/crise au cas où il se réaliserait. Ces mesures sont prises avant que le risque/crise ne se concrétise. Si les stratégies de prévention permettent d'éviter la réalisation d'un événement défavorable, les stratégies d'atténuation visent à réduire l'impact qu'il pourrait avoir s'il se produit. Les mesures de prévention et d'atténuation sont des stratégies ex-ante.
- (iii) **Les stratégies de réaction** visent à éradiquer ou à atténuer l'impact du risque une fois qu'il s'est matérialisé. Les mesures de réaction sont des stratégies ex-post.

**Les dispositifs** sont classés en trois degrés de formalisation selon la nature privée ou publique de l'intervenant

- (i) **Les dispositifs informels** sont gérés par les individus, les ménages, les familles élargies, et les communautés de base. En l'absence d'institutions de marché et de service public, les ménages se protègent eux-mêmes en ayant recours à des mécanismes informels.
- (ii) Les dispositifs formels privés sont gérés par des compagnies d'assurance, des institutions financières, des associations privées comme des ONG, des églises et d'autres organisations sans but lucratif.
- (iii) Les dispositifs formels publics sont gérés par le secteur public (l'Etat et les établissements publics) et par les organisations internationales de droit public telles que les agences des Nations Unies.

## **5.2. Dispositifs-enfants en situation difficile**

Le chapitre ci-avant a développé le profil des enfants en situation difficile <sup>(24)</sup> et les risques auxquels ils sont exposés notamment le décès précoce d'un parent, l'accusation de la sorcellerie, la malnutrition les maladies, l'abandon scolaire ou la non instruction, les travaux abusifs, la violence et maltraitance, et le stigma et rejet social. Le tableau 5.1 tente de synthétiser les dispositifs informels et formels ciblant ce groupe vulnérable. Afin de simplifier la présentation des stratégies de gestion de risques existantes, les dispositifs formels privés (ONG, églises etc.) et les dispositifs formels publics non-étatiques sont mis ensemble.

---

<sup>24</sup> Les enfants en situation difficile comprennent « les enfants de la rue, les enfants dans la rue, les enfants dits sorciers, les enfants soumis aux travaux abusifs, les enfants orphelins, les enfants handicapés physiques ou mentaux et les enfants soldats»

**Tableau 5.1. Dispositifs ciblant les enfants en situation difficile**

Type de stratégies de gestion du risque	Dispositifs informels	Dispositifs formels Non étatiques	Dispositifs formels de l'Etat
<b>Stratégies de prévention</b>	Très peu : <ul style="list-style-type: none"> <li>Recours à l'aide familiale</li> <li>Petites AGR menées par les enfants</li> <li>Adoption des enfants</li> </ul>	Très peu : <ul style="list-style-type: none"> <li>Comités locaux de protection de l'enfance</li> <li>Réhabilitation à base communautaire (Save et BICE)</li> <li>Le projet de Protection égale et sociale des enfants et des femmes vulnérables (UNICEF)</li> <li>Orphelinat</li> </ul>	Très peu : <ul style="list-style-type: none"> <li>La protection légale et sociale des enfants par CNE en collaboration avec STC, BICE et UNICEF et le Ministère de la Justice</li> </ul>
<b>Stratégies d'atténuation</b>	idem	idem	Idem
<b>Stratégies de réaction</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La fuite dans la rue</li> <li>Petites AGR dans la rue</li> <li>Mendicité</li> <li>Vols</li> <li>Prostitution de survie</li> <li>Constitution des bandes</li> <li>Travail comme domestique</li> <li>Assistance de la famille élargie</li> <li>Adoption des enfants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distribution des vivres surtout PAM et ses partenaires locaux)</li> <li>Hébergement (ONG et Eglises)</li> <li>Alphabétisation, éducation de base, et formation professionnelle et en AGR (plusieurs acteurs)</li> <li>Soins médicaux et psychosociaux</li> <li>Réinsertion et médiation familiale</li> <li>Démobilisation et réinsertion familiale (des enfants soldats)</li> <li>Micro-crédit accompagnement des enfants victimes des violences et d'exclusion</li> <li>Orphelinat</li> </ul>	Très peu, il s'agit surtout de la mise disposition des infrastructures immobilières.  Plusieurs centres étatiques ciblant les enfants ne sont pas opérationnelles sauf quelques-uns à Kinshasa et Lubumbashi  Démobilisation et réinsertion des enfants soldats (BUNADER) E.G.E.E.

Les enfants, leurs familles et leurs communautés disposent de très peu de stratégies pour prévenir, atténuer ou même réagir contre les risques ci-haut identifiés. Ce sont surtout des ONG locales, généralement appuyées financièrement par des ONG internationales et des bailleurs de fonds extérieurs, qui ciblent les enfants en situation difficile, surtout les enfants dans ou de la rue de la ville de Kinshasa. Les interventions étatiques se limitent pour pratiquement à la mise à disposition des infrastructures immobilières.

Une grande partie des activités des ONG ciblant les enfants vulnérables sont des stratégies de réaction, par exemple l'accueil prolongé dans les centres ou la distribution des vivres sans ou avec très peu d'activités d'accompagnement. Ce type d'interventions a tendance à accentuer la dépendance et à favoriser l'institutionnalisation du phénomène, notamment celui des enfants de la rue. En plus, les coûts des activités réalisées dans les centres d'accueil sont très élevés par rapport aux activités qui ciblent la prévention du phénomène. De plus les activités de

formation et de réinsertion familiale sont peu efficaces. A titre d'exemple, très peu d'enfants trouvent un emploi après des sessions de formation professionnelle et moins de 2 enfants sur 10 sont réinsérés en famille.

Malgré l'existence de peu de stratégies de prévention, les ONG ont pu tirer profit de quelques bonnes expériences. Il s'agit surtout de la mise en oeuvre des initiatives communautaires à l'instar des comités locaux de protection de l'enfance initiés par Save et BICE. Ces comités jouent un rôle d'écoute, de médiation et de sensibilisation, initient des projets susceptibles de générer des ressources pour les familles les plus démunies et dénoncent auprès de la justice les pratiques néfastes comme l'accusation de la sorcellerie, la maltraitance, les violences etc.

Dans les sections qui suivent sont présentés les différents dispositifs qui existent sont présentés. L'Annexe 5 donne plus d'information et de détails sur les interventions ciblant les enfants en situation difficile menées par différents acteurs.

### 5.2.1. Dispositifs informels

**Stratégies de prévention et d'atténuation.** Afin de prévenir ou d'atténuer les risques auxquels les enfants vulnérables sont exposés, les enfants eux-mêmes et les ménages n'ont pas beaucoup de choix. Il y a des ménages qui confient leurs enfants à des membres des familles qui peuvent prendre en charge leurs frais de scolarité, leurs soins de santé, les nourrir et les héberger dans des conditions plus décentes. Le recours à l'aide familiale qui est en fait un transfert de responsabilités permet aux enfants d'éviter ou d'atténuer les risques de malnutrition, de maladies, de manque d'instruction ou abandon scolaire, etc. Beaucoup d'enfants des familles pauvres s'adonnent aux AGR comme le petit commerce (enfants dans la rue). Ces activités leur permettent de payer la nourriture, s frais scolaires et quelquefois aussi de soutenir les autres membres de la famille.

**Stratégies de réaction.** La plupart des enfants en situation difficile sont contraints à la réaction au regard des risques qu'ils affrontent. A ce sujet, l'UNICEF estime que les enfants orphelins constituent le premier groupe à risque parmi les enfants. Ce sont des enfants qui sont accusés de sorcellerie, soumis à la maltraitance, aux travaux abusifs et à toutes formes de privations (nourriture soins de santé, scolarité.). Face à ces risques, les enfants orphelins et autres vulnérables réagissent de deux manières principales la fuite dans la rue ou l'asile en institution.

#### **Encadré 9 : Mécanismes de survie adoptés par les enfants de la rue**

Pour survivre, les enfants de la rue exercent certaines activités lucratives (« prix mangondo), ils sont vendeurs ambulants (cigarettes, arachides, oeufs, journaux, ...), plongeurs (ils font la vaisselle dans les restaurants populaires et vivent souvent des restes laissés par les clients), loqueurs (ils lavent les voitures avec des loques), gardiens de voitures, balayeurs du marché, porteurs de colis, pousse-pousseurs ou chargeurs ( ils cherchent des clients pour les taxi ou retiennent des places pour ces derniers).

**Source:** Masiala Masolo 1999. Les enfants de personne, p.38, R16

Beaucoup d'enfants désertent la maison familiale (famille biologique ou élargie) et se retrouvent dans la rue ou en institut on. D'autres vivent chez les grands-parents surtout avec la grand-mère. D'après Handicap International, 80 % d'enfants handicapés qui sont l'objet de stigma t rejet social ou accusé de sorcellerie, vivent ou se réfugient chez la grand-mère.

Les enfants dans la rue sont exposés à ces risques graves, notamment la toxicomanie, les viols et les abus sexuels, les maladies et autres infections dont les IST et le VIH/SIDA et toutes sortes de violences. Dans la rue, ils exercent aussi de petits métiers (petit commerce, lavage des voitures, transport de colis, cirage, etc.) et d'autres s'adonnent à la mendicité ou au vol, voire à la prostitution de survie.

Les plus nombreux sont ceux qui n'ont pas trouvé une institution d'accueil. Ils restent dans la rue où ils constituent des bandes ou même de petites familles dans des abris de fortune. D'après le BICE, la première génération des parents de la rue de Kinshasa est là car le phénomène enfants de la rue s'est développé massivement depuis les années 1985-1990.

Ceux qui restent longtemps dans la rue deviennent généralement des toxicomanes, des voleurs ou des bandits à mains armées. Ils fument du chanvre mélangé au Valium, de la colle patex et des racines de paspalum, certains se livrent aux vols et violences sexuelles et occupent anarchiquement des immeubles publics ou privés inhabités.

### **5.2.2. Dispositifs formels privés**

Plusieurs ONG internationales ainsi que leurs partenaires locaux interviennent en faveur des enfants en situation difficile avec l'appui financier ou logistique des bailleurs de fonds bi- ou multilatéraux. Parmi ces ONG, certaines font preuve de compétence, de responsabilité et leurs activités ont un certain impact sur les enfants. En ce qui concerne les ONG internationales, on peut citer : le Bureau International Catholique de l'Enfance (BICE), Caritas Christian Aid, Cordaid, Croix-Rouge de Belgique, Médecins Sans Frontières, Médecins du Monde et Save the Children.

Ces organisations comme d'autres que nous n'avons pas pu rencontrer réalisent des études, développent des programmes et exécutent des projets et des activités qui apportent quelques réponses aux besoins des enfants en difficulté. Certaines d'entre elles interviennent directement sur le terrain tandis que d'autres travaillent avec des ONG locales. C'est le cas de SAVE the Children et de Christian-Aid qui s'appuient sur des partenaires locaux notamment AMO-Congo, ORPER, AED, la Samaritaine, Don-Bosco, etc.

**Stratégies de prévention et d'atténuation.** L'expérience des ONG rencontrées renseigne qu'il n'y a presque pas de stratégies de prévention et d'atténuation qui ciblent les enfants en situation difficile. La principale stratégie de prévention et d'atténuation actuellement mise en œuvre par les ONG, en collaboration avec les communautés de base et les services publics locaux, c'est la protection de l'enfance à base communautaire qui consiste en la mise en place des comités locaux de protection de l'enfance (CLPE). Ces comités comprennent des représentants de la communauté, de la commune, du quartier, des Eglises, de la police, de la municipalité (préposés aux Affaires Sociales et à la Famille). Leur rôle est de suivre et de détecter, dans leur rayon d'action, les comportements : susceptibles de conduire un enfant à la vulnérabilité : maltraitance, viols, enrôlement forcé dans les bandes armées, usage de la drogue, alcoolisme, vagabondage, spoliation, irresponsabilité des parents, etc. Ces comités jouent dans un premier temps un rôle d'écoute, de médiation et de sensibilisation des parents et des enfants ; sur les comportements à risque. Ils initient aussi des projets susceptibles de générer des ressources pour les familles les plus démunies avec l'aide des ONG afin d'améliorer la prise en charge des enfants par les ménages. En dernier ressort, ces comités dénoncent auprès des autorités publiques, les pratiques susceptibles d'affecter gravement les conditions de vie de l'enfant, notamment : l'accusation de sorcellerie, la maltraitance, les violences sur l'enfant, la spoliation par d'autres membres de famille des biens laissés par les

parents décédés, etc. Par ailleurs, Save the Children souligne la nécessité de focaliser les efforts sur la prévention étant donné les coûts élevés des activités des centres d'accueil (vivres, frais médicaux, fonctionnement), leur tendance à accentuer la dépendance et l'institutionnalisation. De plus, les activités de formation et de réinsertion familiale en faveur des enfants de la rue sont très peu efficaces, très peu d'enfants trouvent un emploi après des sessions de formation professionnelle et en moyenne 2 enfants sur 10 sont effectivement réinsérés en famille. ORPER constate qu'un enfant sur deux réinsérés revient dans la rue (voir l'Anne; 2 5 pour plus de détail de leurs activités).

**Stratégies de réaction.** Les interventions les plus nombreuses en matière de protection de l'enfance viennent après coup au moment où l'enfant est déjà vulnérable, c'est à dire sur la rue, dans la rue, en détention, victime de maltraitance ou des conflits armés. Ces interventions font l'objet de plusieurs programmes et projets dont les plus importants sont : (i) la prise en charge alimentaire, (ii) la réinsertion familiale ou en institution, (iii) la réinsertion socioprofessionnelle, (iv) la prise en charge psychosociale et médicale, (v) la protection légale et sociale, et (vi) le renforcement des capacités économiques des familles. Pour la mise en oeuvre de ces projets, plusieurs activités sont exécutées notamment : (i) la médiation familiale, (ii) l'alphabétisation, l'éducation de base et la formation professionnelle, (iii) l'initiation aux activités génératrices de revenu et le micro-crédit.

En institution, les enfants vulnérables trouvent un logement, de la nourriture, des soins médicaux et parfois une nouvelle famille (cas de la Samaritaine) et ont accès à l'école ou à la formation professionnelle. Grâce à la formation reçue, certains mais peu d'enfants accèdent à un emploi où développent leurs propres activités. D'après ORPER seulement 20 % d'enfants vulnérables réintègrent leurs familles après médiation.

### 5.2.3. Dispositifs formels publics non-étatiques

Les enfants en situation difficile font l'objet d'une attention soutenue de la communauté internationale. Les principaux bailleurs qui financent des programmes et projets ciblant ce groupe d'enfants vulnérables sont notamment : la BM (Programme DDRRR) à travers l'UNICEF et le BIT, le PAM, le BIT, la MONUC, l'Union Européenne (ECHO et FED) et les coopérations bilatérales (comme l'Allemagne, la Belgique, le Canada, la Norvège, le Pays. Bas, la Suède, la Suisse, l'ACDI, l'USAID).

Certaines organisations interviennent comme bailleurs de fonds, c'est le cas de la BM, de l'UE et des agences de coopération bilatérale. D'autres interviennent soit comme bailleurs de fonds soit comme agences d'exécution et certaines font les deux : c'est le cas de la plupart des agences d'exécution des Nations Unies (UNICEF, BIT, et PAM). Les bailleurs de fonds se limitent à appuyer financièrement les programmes et projets qui leur sont soumis par des agences d'exécution spécialement des ONG.

**Stratégies de prévention et d'atténuation.** L'UNICEF est la plus grande agence qui gère les stratégies de prévention des enfants vulnérables. Le programme actuel de coopération UNICEF-RDC comporte une composante «protection légale et sociale » avec des mesures préventives des risques de vulnérabilité des enfants. L'objectif stratégique du programme est que 40% d'enfants nécessitant des mesures de protection spéciale, en particulier les orphelins, les enfants de la rue, les enfants soldats et les enfants travaillant dans les mines soient réintégrés sur les plans social et économique, dans les familles et dans la communauté. Le programme poursuit plusieurs stratégies pour atteindre ses objectifs : (i) l'implication et la participation des enfants et des femmes afin d'initier une intégration durable, (ii) le plaidoyer

en vue d'influencer le Gouvernement et les autres acteurs non-gouvernementaux pour l'application de leurs engagements, (iii) le renforcement des capacités techniques et de gestion des partenaires institutionnel, de la société civile et communautés qui seront responsabilisés dans la gestion des Comités Locaux de Protection et de Promotion des Droits des Enfants, et (iv) la recherche-action pour mieux comprendre la situation des enfants et des femmes vulnérables et mieux répondre à leurs besoins.

Le volet prévention du programme est constitué par le projet de protection légale et sociale des enfants et femmes vulnérables. L'effet attendu est que 40% d'enfants et femmes victimes de violence et d'exclusion soient protégées. Les principaux extrants (outputs) de ce projet sont : (i) les mécanismes de suivi de l'application des lois sont opérationnels, (ii) les lois et règlements favorables aux droits des enfants et des femmes sont connus et appliqués par les cadres de la justice, de la police, des affaires sociales, par les parents et les communautés.

**Stratégies de réaction.** Beaucoup d'appuis de bailleurs de fonds et d'organismes internationaux ciblant les enfants vulnérables se situent dans les stratégies de réaction. Ceci est particulièrement visible à travers les multiples opérations d'urgences menées dans les zones en conflit et à titre supplétif dans les zones sous contrôle gouvernemental.

Ces stratégies de réaction qui visent à réduire l'impact des risques auxquels sont exposés les enfants sont mises en oeuvre dans le cadre des programmes ci-après :

- (i) l'aide alimentaire et nutritionnelle,
- (ii) l'aide sanitaire et la prise en charge médicale,
- (iii) la prise en charge de la formation scolaire et professionnelle,
- (iv) le processus de démobilisation et de réinsertion familiale des enfants soldats,
- (v) l'appui aux activités génératrices de revenu et les micro-crédits.

UNICEF. Comme pour la prévention/atténuation, dans le domaine de l'enfance en difficulté, l'UNICEF dispose du programme le plus important en partenariat avec le Gouvernement. Les activités de réaction ont notamment (i) l'accompagnement des enfants et des femmes victimes de violences et d'exclusion, (ii) la réinsertion familiale ou en institution des victimes de violences et d'exclusion. Les résultats attendus de ce programme sont 10.000 enfants démobilisés et la réinsertion sociale d'au moins 40 % d'orphelins, d'enfants non-accompagnés et de veuves du fait du conflit armé, l'application de trois mesures conservatoires (arrêt du recrutement, non-envoi au front et non-affectation à des tâches militaires) et du Décret-Loi n° 066 du 9/06/2000 portant démobilisation et réinsertion des groupes vulnérables présents au sein des forces combattantes.

Le PAM a inscrit, dans son domaine d'intervention prioritaire l'assistance alimentaire aux enfants en situation difficile, principalement dans les provinces de Kinshasa, du Nord et Sud Kivu ce qui a permis la récupération et la formation de plus de 9.000 enfants de la rue par les ONGs partenaires. Cette assistance alimentaire a également été étendue à plus de 200 enfants soldats démobilisés à travers le BUNADER durant l'année 2002. Parmi les activités ciblant les enfants vulnérables, il y a la composante redressement qui a prévu un programme «vivre contre formation». Le PAM a ciblé 1,1 millions de bénéficiaires en 2003 ont 24.897 vulnérables et 231.981 enfants mal nourris. Le programme «vivre contre formation » va toucher 32.481 personnes.



#### 5.2.4. Dispositifs formels publics étatiques

Les interventions étatiques dans ce domaine sont peu nombreuses. Elles se limitent pratiquement à la mise à disposition des infrastructures immobilières. La plupart des activités sont des stratégies de réaction.

**Stratégies de prévention et d'atténuation.** Le Conseil National de l'Enfant (CNE) intervient dans le domaine de la protection générale et spécifique des enfants, notamment la protection légale et sociale. Le CNEN travaille en collaboration avec certaines ONG telles que Save the Children et BICE pour l'implantation des Comités Locaux de Protection de l'Enfant et mère ensemble avec l'UNICEF le plaidoyer pour une plus grande mobilisation sociale en faveur de l'enfant. Direction des Interventions Sociales pour la Protection de l'Enfant (DISPE) a pour mission de promouvoir les droits de l'enfant, de coordonner et superviser les activités des organisations privées et publiques chargées de la protection de l'enfant, de contribuer à la législation en faveur de l'enfant, d'élaborer des projets de lois et d'interpréter les accords bi-ou-multilatéraux portant sur l'enfant. L'efficacité des interventions du CNEN est faible car son action dépend principalement des appuis des partenaires dont l'UNICEF, le budget de l'Etat n'étant pas disponible ce qui limite les activités dans la ville de Kinshasa.

**Stratégies de réaction.** Les Centres de Formation Professionnelle et de Production Agricole (CFP, CPA) s'occupent de la récupération des jeunes désœuvrés par la formation socioprofessionnelle. Il existe environ 180 centres de formation professionnelle et 55 centres de Production à travers la RDC. Cependant la plupart des centres ne sont pas fonctionnels faute de budget et d'équipements.

Les Centres de Promotion Sociale (CPS) s'occupent de l'encadrement des jeunes vulnérables issus des familles démunies surtout en milieu urbain. La plupart des CPS ne sont pas opérationnels. Pour la ville de Kinshasa, on compte 29 CPS, dans les provinces, les CPS se répartissent de la manière suivante: 23 au Bas-Congo, 24 au Bandundu, 27 dans la Province Orientale 21 dans le Maniema, 20 au Nord-Kivu, 32 au Sud-Kivu, 32 à l'Equateur, 31 au Katanga, 27 au Kasai-Oriental et 16 au Kasai-Occidental.

Bureau National de Démobilisation et de Réinsertion (BUNADER) poursuit quatre objectifs : (i) faciliter le passage de la vie militaire à la vie civile des enfants soldats, (ii) assurer leur prise en charge et leur réhabilitation physique et mentale, (iii) préparer leur réinsertion familiale et communautaire, sociale ou professionnelle, et (iv) protéger et promouvoir les droits des enfants démobilisés. Le BUNADER a inauguré la phase pilote de la démobilisation dans le Centre de Transit et d'Orientation de Kimwenza dans la banlieue de Kinshasa avec un effectif de 281 enfants soldats. Cette phase a connu l'implication de plusieurs partenaires notamment l'UNICEF comme bailleur de fonds principal, le PAM pour la distribution des vivres, l'Oxfam-Québec pour les aspects logistiques et la prise en charge médicale, le CICR pour la réunification familiale, la Coopération canadienne pour l'équipement du centre, le BIT pour la formation professionnelle, le BICE pour les aspects pédagogiques ainsi que d'autres ONG (GADERES, INOAF, et Save the Children) pour les actions de formation spécifique. Les résultats de cette phase pilote sont restés mitigés car près de 90% d'enfants soldats démobilisés n'ont pas été réinsérés. D'après les conclusions du rapport d'évaluation on attribue cet échec aux facteurs ci-après : (i) le manque d'expérience et d'expertise des organisations présentes en matière de démobilisation et de réinsertion, (ii) l'absence de planification opérationnelle fonctionnelle du processus dans son ensemble, (iii) les enquêtes et études menées antérieurement n'avaient apporté assez d'éléments pour comprendre la dynamique dans laquelle les enfants seraient partie prenante de leur réinsertion, (iv) ces études et enquêtes n'étaient pas suffisamment exploitées pour l'élaboration du projet.

### 5.3. Dispositifs-femmes en situation difficile

Les femmes en situation difficile <sup>(25)</sup> et leurs enfants sont exposés à plusieurs risques tels que : perte d'emploi rémunéré et les AGR, malnutrition, maladies, insécurité physique (violence, viols, etc.), pratiques coutumières néfastes et analphabétisme ou abandon scolaire pour les filles-mères. Le chapitre précédent a décrit ce groupe vulnérable et les risques auxquels ces femmes sont exposées. Le tableau 5.2 synthétise les dispositifs informels et formels <sup>(26)</sup> ciblant ce groupe vulnérable <sup>(27)</sup>.

**Tableau 5.2 : Dispositifs ciblant les femmes en situation difficile**

Type de stratégies	Dispositifs informels	Dispositifs formels non étatiques	Dispositifs formels de l'Etat
Stratégies de prévention	Très peu	Très peu <ul style="list-style-type: none"> <li>• La conscientisation, sensibilisation (santé de la reproduction, droits de la femme)</li> <li>• Protection légale et sociale</li> <li>• Formation en AGR</li> </ul>	Presque nuls
Stratégies d'atténuation	Très peu : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recours à l'aide familiale pour les différentes charges</li> <li>• Cumul des AGR, (maraîchage ou travaux champêtres)</li> </ul>	idem	idem
Stratégies de réaction	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recours à l'aide familiale</li> <li>• Petites AGR</li> <li>• Endettement</li> <li>• Automédication et recours aux tradipraticiens</li> <li>• Mendicité, spécialement «S0. PE. KA. »<sup>(28)</sup></li> <li>• Prostitution de survie</li> <li>• Toxicomanie/ alcoolisme</li> <li>• Avortement provoqué (femmes violées et traumatisées)</li> <li>• « Maman Bipupula » (Femme trieuse)<sup>(29)</sup></li> </ul>	Quelques activités dans les grandes villes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation en AGR et technologies appropriées</li> <li>• Distribution des vivres</li> <li>• Micro crédit</li> <li>• Accompagnement psychosocial</li> <li>• Dénonciation (lobbying) cas de viols, violences et enlèvements</li> <li>• Assistance médicale</li> <li>• Sensibilisation à la démobilisation des filles soldats</li> </ul>	idem

<sup>25)</sup> Les femmes en situation difficile comprennent es filles mères, les femmes chef de ménages ayant la charge de plusieurs jeunes enfants, les veuves et les femmes divorcées/séparées

<sup>26)</sup> Les dispositifs formels privés (ONG, églises etc. ) et les dispositifs formels publics non-étatiques sont mis ensemble

<sup>27)</sup> Afin de simplifier la présentation des stratégies de gestion de risques existantes. les dispositifs formels privés et les dispositifs formels publics non étatiques sont mis ensemble

<sup>28)</sup> SO.PE.KA « Sombela ngai. Pesa ngai. Kabela ngai » signifie achète pour moi . donne moi et offre-moi

<sup>29)</sup> Maman BIPUPULA (femme trieuse) est une femme qui aide l'acheteur de cossettes de manioc à transvaser ces cossettes du sac du vendeur celui de l'acheteur pour éviter à ce dernier d'être sali par la poussière dégagée par ces cossettes. En plus, Maman BIPUPULA peut faciliter le partage d'un sac de cossettes de manioc entre deux acheteurs. Le paiement de Maman BIPUPULA est constitué à ramasser des déchets provenant du sac des cossettes à transvaser ou à partager.

Comme le tableau 5.2 ci-dessus le montre, faute de moyens et de ressources, les femmes en situation difficile, leurs familles et leurs communautés disposent de très peu de stratégies de prévention. Pour atténuer ou réagir face aux risques, souvent elles tentent de mener des petites AGR, de rechercher l'assistance de la grande famille, de recourir à la mendicité ou même la prostitution pour résoudre des problèmes cruciaux.

Quelques ONG internationales financent, à travers leurs partenaires locaux des interventions qui ciblent les femmes congolaises vulnérables. La plupart de ces programmes ou projets se trouvent dans les grandes villes. Il s'agit surtout des activités de formation, de sensibilisation et de distribution des vivres. Les principaux bailleurs en sont : FNUAP, PAM, PNUD et UNICEF.

Au niveau de l'Etat, il existe très peu de dispositifs qui ciblent les femmes vulnérables. Ceux qui existent se focalisent sur la femme congolaise en général et portent sur la santé, la formation et l'alphabétisation ainsi que la promotion générale du rôle et du statut de la femme congolaise.

### **5.3.1. Dispositifs informels**

**Stratégies de prévention.** D'après les informations disponibles, les femmes adoptent très peu de stratégies de prévention pour faire face aux risques auxquels elles sont exposées.

**Stratégies d'atténuation.** Les stratégies d'atténuation développées par certaines d'elles comprennent

- Les travaux de champs en milieu rural et le petit maraîchage en milieu urbain qui constituent des stratégies pour atténuer la malnutrition, le manque ou la perte de revenu.
- Le cumul des AGR (cultures champêtres, petit élevage, petit commerce) et l'utilisation des enfants dans de petits métiers aident à la prise en charge des besoins élémentaires des enfants, mais en suscitant d'autres problèmes tels que l'abandon scolaire, la prostitution, les grossesses ou mariages précoces des filles,
- L'offre des divers services (petits travaux domestiques),
- L'apprentissage de petits métiers (tressage de cheveux, limage des ongles, coupe et couture, etc.) ;
- Création des tontines et des mutuelles pour résoudre des problèmes ponctuels d'avenir (maladies, décès, paiement de frais de scolarité des enfants, etc.),
- Pour les veuves ou les divorcées, le remariage (même le lévirat) peut atténuer les risques et problèmes postérieurs la perte précoce du mari tels que : manque d'emploi rémunéré, malnutrition, maladies pour elles-mêmes et pour leurs enfants
- En vue de réduire le stigma et le rejet, les pratiques coutumières néfastes et toutes sortes de violences domestiques dont elles sont l'objet, il arrive que les veuves et les divorcées retournent dans leurs familles d'origine

**Stratégies de réaction.** Les stratégies de réaction adoptées par les femmes en situation difficile d'après les organisations visitées sont :

- Dans certaines familles, les filles-mères confient leurs bébés à leurs mères ou grands-mères pour leur permettre de reprendre les études interrompues à cause d'une grossesse précoce, d'entreprendre une AGR ou trouver un emploi ;
- Recours à la mendicité souvent par les enfants interposés ;
- Eclatement ou dispersion de la famille (certains enfants sont confiés à un membre de famille),

- Incitation des enfants à la débrouillardise (nie, prostitution),
- Endettement chronique de la femme en situation difficile, souvent incapable de rembourser. Certaines vivent de l'escroquerie ;
- Recours à la prostitution de survie pour résoudre des problèmes cruciaux ;
- Automédication et recours aux tradipraticiens en cas de maladies ;
- Recours à la solidarité familiale notamment pour la prise en charge scolaire et médicale des enfants.

Les participants aux ateliers régionaux; ont souligné notamment :

1. Dans la Province Orientale (Kisangani) :

- La prise de la drogue et de l'alcool par les filles soldats, plus en milieu rural qu'en milieu urbain, pour oublier des soucis et leurs nombreuses déviations (traumatismes) ;
- Les démarches entreprises par les parents pour la démobilisation de leurs enfants, surtout en milieu urbain ;
- La protection assurée aux veuves par des groupes de femmes de leurs communautés
- L'avortement provoqué chez les femmes violées pour se débarrasser d'une grossesse non désirée, surtout en milieu urbain

2. Dans la Province de Sud-Kivu (Bukavu) :

- Les recherches menées par les familles pour retrouver leurs filles enlevées et les récupérer moyennant une rançon auprès des ravisseurs.

3. Dans la Province de Katanga (Lubumbashi)

- Les travaux de survie (cambisme, Kadafi ou vente de carburants,. . .)
- La prostitution de survie par les épouses des agents et cadres des entreprises autrefois florissantes et, désormais en faillite.

4. Dans la ville-province de Kinshasa :

- La pratique de ristourne appelée «Likelemba».
- La «Maman Bipupula» ou femme trieuse,

### 5.3.2. Dispositifs formels privés

Quelques ONG internationales financent, à travers leurs partenaires locaux (ONG ou églises locales), des interventions qui ciblent des veuves, des filles-mères, des femmes seules chefs de ménage et des femmes violées/traumatisées. Les programmes ou projets analysés dans cette étude sont situés dans les grandes villes, spécialement dans la ville de Kinshasa. Quant aux interventions, il s'agit surtout des activités de formation (AGR, alphabétisation), de sensibilisation (maladies, IST, et VIH/SIDA) et la distribution des vivres. Les projets dépendent généralement de l'appui financier des organismes bi- et multilatéraux (par exemple l'UNICEF et le PAM). Dans leurs prévisions, les ONG comptent élargir leur rayon d'interventions et couvrir plusieurs provinces ou villes. L'Annexe 5 présente un échantillon de projets de quelques ONG qui ciblent les femmes vulnérables ainsi que leur couverture, leurs expériences et leur impact, notamment :

- L'Association pour le Bien-être familial/Naissances Désirables (ABEF/ND) qui exécute un projet pilote d'encadrement de jeunes filles mères à Kinshasa et au Bas-Congo.

- Le Comité National Femme et Développement (CONAFED). Un réseau associatif créé pour traiter les problèmes des femmes au niveau national, regroupant 350 ONG membres en RDC.
- L'Association des Veuves Protestantes dont les principales activités sont : la formation aux AGR, les travaux de champ, la sensibilisation sur le VIH/ SIDA et sur toutes les formes de violences et de discriminations faites à la femme ainsi que la vulgarisation du Code de la Famille
- Service Jésuite pour les Réfugiés (IRS), une ONG de la compagnie de Jésus (Eglises Catholique) et ses projets, entre autres, celui des veuves et orphelins des anciens militaires décédés pendant i guerre de 1998-2003.
- La Fédération des ONG Laiques à vocation Économique du Congo (FOLECO) et la Confédération des Petites et Moyennes Entreprises Congolaises (COPEMECO) avec son projet Aide d'Urgence Interactive (AI) pour assister les groupes vulnérables.
- Population Service International' Association Santé Familiale (PSI/ASF). Commercial Sex Workers est son projet qui cible des prostituées parmi les plus démunies comme les filles-mères âgées de 15 ans ou plus.
- Société de Coopération pour le développement International (SOCODEVI), une ONG canadienne qui mène le projet (Renforcement des Services Financiers adaptés aux besoins des Femmes de la RDC). Le projet cible les femmes démunies de Kinshasa et traite des thèmes considérés comme tabous par les femmes : SIDA, violences, éducation
- L'Eglise Kimbanguiste qui s'occupe d'un Programme de développement sur la technologie appropriée en faveur & s vulnérables, y compris les veuves, les filles-mères et les femmes sans soutien.
- L'Eglise Catholique de Kinshasa qui encadre l'Association des veuves catholiques

### 5.3.3. Dispositifs formels publics non statiques

Il y a très peu d'organismes internationaux qui ont des programmes ciblant uniquement des femmes vulnérables. Un certain nombre de bailleurs de fonds appuient financièrement ou techniquement les interventions des ONG ou Eglises ainsi que les programmes du gouvernement congolais en faveur des femmes et jeunes filles en général (y compris les femmes vulnérables). Les principaux bailleurs qui appuient les femmes comprennent (Annexe 5 donne plus de détails sur leurs activités):

- Le Fonds des Nations Unies pour le: Activités de la Population (FNUAP) qui, en partenariat avec l'OMS, l'UNICEF, l'USAID, la Croix Rouge Internationale et le Ministère de la Santé, intervient dans le domaine de la santé de la reproduction, de la planification familiale et de la lutte contre les IST et le VIH/SIDA, à travers le Programme National de Santé de la Réproduction (PNSR)
- Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) qui appuie, pour une période de 2 ans, le Programme National pour la Promotion de la Femme Congolaise (PNPFC) initié par le Ministère de la Famille et de la Condition Féminine), et
- Le PAM qui intervient dans c renforcement des capacités des femmes à travers des projets (t vivres contre travail » et « vivres contre formation ».

Lors des ateliers régionaux quelques interventions spécifiques à chaque province, menées par des ONG, églises, associations et, appuyées par des organismes internationaux ont été ciblées

- Accompagnement socio-spirituel pour toutes les sous-catégories de femmes vulnérables par les églises (encadrement de +/- 3.000 femmes et filles), plus en milieu urbain qu'en milieu rural ;
- Assistance médicale et réhabilitation psycho-morale aux femmes victimes de viol et de violences ;
- Sensibilisation des filles soldat pour leur démobilisation, par MONUC, UNICEF, IRC, UNIFACE, Children Righ, plus milieu rural ;
- Accompagnement juridique des femmes en situation difficile ;
- Aide aux femmes séparées, pour raison de guerre, à retrouver leurs maris
- Dénonciation (lobbying) des ce de viols, de violences et d'enlèvements subis pur les femmes et les filles.

#### **5.3.4. Dispositifs formels publics étatiques**

Au niveau de L'Etat, il y a très peu de dispositifs qui ciblent les femmes vulnérables Les interventions disponibles se focalisent sur les femmes congolaises en général et porte sur la santé de la reproduction, la formation aux AGR et l'alphabétisation, et la promotion générale du rôle et du statut de la femme dans la société congolaise. Les services étatiques les plus importants comprennent (voir Annexe 5 pour plus d'informations) :

- Le Centre Féminin Marie-Antoinette (CFMA-MAS) qui développe des activités dans la scolarisation des enfants et des jeunes filles.
- Le Conseil National de la Femme (CNF) qui est chargé ensemble avec d'autres structures de suivre les activités des structures impliquées dans le Programme National pour la Promotion de L Femme Congolaise (CNPFC). Ce programme a pour objectif de promouvoir la condition de la femme congolaise par l'élimination des discriminations légales et sociales.
- Programme National de Sanie de la Reproduction qui vise à contribuer a l'accroissement de l'utilisation accrue des services de santé de la reproduction de qualité.
- Les participants aux ateliers régionaux ont souligné la quasi-inexistence des dispositifs étatiques. Toutefois, Bukavu, la police urbaine intervient dans la recherche des filles enlevées par les milices et les soldats étrangers.
- A Kinshasa, on a souligné l'existence de quelques centres sociaux (ex-foyers sociaux) s'occupant de la formation pratique des femmes et de la récupération des jeunes filles désœuvrées.

#### **5.4. Dispositifs - personnes déplacées internes**

Dans un environnement caractérisé par une insécurité chronique à cause de la guerre et des conflits interethniques les stratégies de prévention, d'atténuation et de réaction ciblant les PDI sont limitées, sauf pour les interventions qui s'adressent aux déplacées dans les camps. De manière générale les ONG internationales, leurs partenaires locaux, les églises et autres associations a but non lucratif sont les acteurs les plus importants sur le terrain en matière d'interventions humanitaires ciblant les PDI. Ces acteurs collaborent avec des agences de Nations Unies (PAM, FAO, UNICEF et OMS) et sont généralement soutenus financièrement par des bailleurs de fonds bi-et multilatéraux. Le tableau 5.3 présente les différents dispositifs informels et formels ciblant les PDI <sup>(30)</sup>.

<sup>30)</sup> Afin de simplifier la présentation des Stratégies de gestion de risques existantes. Les dispositifs formels privés et les dispositifs formels publics non étatiques sont mis ensemble

**Tableau 5.3. Dispositifs ciblant les personnes déplacées internes**

Type de stratégies	Dispositifs informels	Dispositifs formels non étatiques	Dispositifs formels de l'Etat
Stratégies de prévention	Très peu, sauf <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refuge dans les abris secondaires (en forêt)</li> </ul>	Très limités	Très limités
Stratégies d'atténuation	idem	Presque nul	Presque nul
Stratégies de réaction	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuite loin de la zone des combats</li> <li>• Refuge dans les familles d'accueil</li> <li>• Mendicité</li> <li>• Pêche, cueillette et chasse</li> <li>• Vente de la main d'œuvre</li> <li>• Recours aux plantes médicinales, et à l'automédication</li> <li>• Prostitution de survie</li> <li>• Enrôlement comme soldats</li> <li>• Cérémonie coutumière (contre les traumatismes)</li> <li>• Prise en charge par la famille (enfants orphelins)</li> <li>• Avortements provoqués</li> <li>• Résistance contre les oppresseurs</li> <li>• Fuite dans la rue (enfants)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement des camps pour les PDI</li> <li>• Distribution des vivres et des non vivres</li> <li>• Distribution des semences d'urgence et des outillages agricoles</li> <li>• Distribution des kits humanitaires et éducation d'urgence des enfants PDI</li> <li>• Soins de santé d'urgence</li> <li>• Réhabilitation communautaire (peu)</li> <li>• Réunification des enfants PDI non accompagnés.</li> </ul>	Quelques activités concernant la coordination des activités et la réinsertion des PDI, surtout à Kinshasa, dans la province de Katanga (par le CGR) et la province du Kasai-Occidental

#### 5.4.1. Dispositifs informels

Pour les PDI, le déplacement en tant que tel est un mécanisme de survie. Les hostilités forcent les résidents des zones en conflit à fuir leurs foyers et à chercher refuge ailleurs, abandonnant même les vieillards et les handicapés. Les mesures dont il est question dans cette étude ciblent les risques secondaires liés aux déplacements.

**Stratégies de prévention et d'atténuation.** Il n'existe presque pas de stratégies de prévention et d'atténuation face aux risques majeurs auxquels les PDI sont exposés tels que la malnutrition, les maladies et l'insécurité physique. Cependant, afin de prévenir les atrocités des forces armées, y compris la violence et les viols, les PDI se réfugient dans des abris secondaires en forêt dès qu'il y a des rumeurs sur l'approche, de leur milieu de vie, des troupes armées.

**Stratégies de réaction.** Les deux stratégies les plus importantes adoptées par les PDI sont la fuite loin de la zone des combats et le refuge dans des camps pour déplacés tenus par des organisations nationales ou internationales. Les PDI qui ont fui non loin de leur milieu de vie, ont plus de possibilités d'y retourner régulièrement et continuer à cultiver leurs champs. Celles qui ont fui loin de leur cadre de vie ou qui se sont réfugiées dans des familles d'accueil essaient de s'intégrer dans ces communautés, notamment par le mariage ou l'apprentissage de

la langue locale. D'autres stratégies de réaction dépendent souvent de l'environnement où les PDI se retrouvent. Il s'agit surtout de la vente de main-d'oeuvre par exemple (des travaux champêtres), des AGR, de la mendicité, de la pêche, de la cueillette et de la chasse.

Pour faire face aux risques de maladies, les PDI font souvent recours aux plantes médicinales, aux tradipraticiens, et l'automédication. Etant donné la précarité de leur situation socio-économique, physique et nutritionnelle les PDI sont même obligées d'adopter des mécanismes de survie qui sont à la fois des stratégies et des risques. Il s'agit notamment de la prostitution de survie pour les femmes et les filles et l'enrôlement comme soldats pour les hommes et les garçons.

Concernant le risque de traumatisme, quelquefois les communautés recourent à des cérémonies coutumières pour la prise en charge psychique des personnes traumatisées. En ce qui concerne le risque de perte précoce des parents, les enfants restés orphelins sont pris en charge par la famille élargie ou par les organisations caritatives, sinon ils se retrouvent dans la rue ou se font enrôlés dans les groupes armés.

#### **5.4.2. Dispositifs formels privés et publics non étatiques**

Les dispositifs formels qui ciblent le PDI sont essentiellement des interventions humanitaires à caractère d'urgence menés par les ONG internationales et leurs partenaires locaux ou les agences de l'ONU, notamment le PAM, l'UNICEF, la FAO et l'OMS. Ces dernières mènent leurs opérations à travers ou en collaboration avec des ONG internationales et leurs partenaires locaux. Les interventions sont généralement soutenues financièrement par des bailleurs bi-et multilatéraux. Elles sont souvent ponctuelles, ad hoc, en réponse aux besoins émergents, fragmentées, et limitées aux zones accessibles où opèrent des acteurs humanitaires. D'après OCHA (R50), les contraintes les plus importantes qui limitent les interventions humanitaires ciblant les PDI comprennent :

- le faible mobilisation de fonds adéquats. Par exemple en 2002, les contributions totales de l'assistance humanitaire en RDC (dont les PDI sont les bénéficiaires principaux) s'élevaient à 95 millions USD par rapport aux besoins réels estimés à 202 millions USD. Bien que les contributions totales aient augmenté de 82 millions USD en 2001 à 95 millions USD en 2003, les besoins réels de leur côté se sont élevés à 123 millions USD en 2001, à 202 millions USD en 2002 pour atteindre 233 millions USD en 2003 ;
- l'insécurité dans les zones en conflit où sont concentrés la plupart des PDI, et les menaces proférés par les groupes rebelles contre les interventions humanitaires dans les zones qui sont en dehors de leur contrôle ;
- les problèmes logistiques et les coûts très élevés de fonctionnement à cause de l'éloignement des sites et de l'effondrement des infrastructures ;
- le manque d'information adéquate. La compréhension des modes des déplacements dans les différentes régions, la collecte et l'analyse des données sur les PDI et autres groupes vulnérables victimes de la guerre sont toujours fragmentées et inconsistantes. Selon OCHA, la perception du problème et du caractère des déplacements varie: selon les régions, les intervenants et selon les autorités locales ;
- la difficulté de trouver un personnel qualifié prêt à travailler sous des conditions difficiles et le manque des partez aires locaux ayant des ressources et capacités techniques adéquates.



PAM est l'acteur principal pour la distribution des vivres ciblant les PDI, surtout en ce qui concerne l'assistance d'urgence. En 2002, plus de 43.000 PDI ont bénéficié de son appui. La livraison irrégulière en vivres par le PAM est une contrainte qui affecte les ONG partenaires qui sont souvent obligées de réduire le nombre de bénéficiaires ou de supprimer certaines de leurs interventions. Les principaux partenaires du PAM au sein du système des Nations Unies comprennent :

- La FAO pour la distribution des vivres, des semences d'urgence et des outillages agricoles (R 19) ;
- L'UNICEF pour la distribution des kits humanitaires à 80.000 familles des PDI (2002) en collaboration avec l'UNESCO et le Comité Norvégien pour les Réfugiés (NRC) pour l'éducation d'urgence à 60.000 enfants victimes de guerre ou affectés par la guerre ;
- L'OMS pour les soins de santé d'urgence (emergency health care) et la réponse aux épidémies ;
- Le PNUD dispose d'une unité post-conflit. Dans le cadre de cette unité, un projet de réhabilitation communautaire est financé par la Norvège pour un montant de 3.000.000 USD en faveur de groupes vulnérables affectés par les conflits dans l'Ituri avec comme premier cible les veuves.

Les activités mentionnées ci-dessus sont menées à travers ou en collaboration avec plusieurs ONG internationales ainsi que leurs partenaires locaux. Parmi les ONG partenaires, il y a : Caritas, Catholic Relief Services (CRS), Conseil Norvégien pour les Réfugiés (NRC), International Rescue Committee (IRC), World Vision, Service Jésuite pour les Réfugiés (JRS), AAG, Memisa, Merlin, Première Urgence, etc. L'Annexe 7 présente un échantillon des projets de quelques-unes de ces ONG dont :

- Caritas est un des partenaires principaux du PAM au Kivu (Nord et Sud), à l'Equateur, au Katanga, et au Kasai Oriental et appuie 150.000 PDI à Tsingani, Lisala, Isangi, au Nord Katanga et tout au long de la frontière Nord-Est.
- Service Jésuite pour les Réfugiés (JSR) ciblent : (i) les déplacés urbains à Lubumbashi et à Kinshasa, (ii) les personnes abandonnées à un endroit inaccessible à Baringa ; (iii) 12 écoles regroupant 1.506 enfants PDI à Bukavu, et 3 500 enfants sinistrés de l'éruption volcanique à Goma.
- Catholique Relief Services (CRS) cible les PDI, il a assisté les familles sinistrées de l'éruption volcanique de Nyiragongo à Goma, en 2002, par la construction des maisons transitoires (transition al housing units) et la distribution des kits humanitaires ainsi que des outils agricoles aux PDI au Kasai Oriental.
- International Rescue Committee (RC) exécute des programmes de santé d'urgence et des programmes sanitaires et d'eau potable.
- Le Comité International de la Croix Rouge (CICR) appuie les victimes des conflits armés et ceux qui sont affectés par la guerre, y compris les communautés locales et les communautés d'accueil des PDI ainsi que les sinistrés de l'éruption volcanique de Nyiragongo à Goma.
- FOLECO <sup>(31)</sup> exécute un programme « Aide d'urgence Interactive » au profit des personnes vulnérables à la guerre dont les PDI et couvre la ville de Kinshasa et les provinces de Bandundu et du Bas -Congo.

---

<sup>31)</sup> Fédération des ONG Laïques à Vocation Economique du Congo

### 5.4.3. Dispositifs formels de l'Etat

Les dispositifs formels de l'Etat se limitent principalement à la coordination des activités de quelques sites des PDI Kinshasa et la province du Katanga) et la réinsertion de ces PDI par le Commissariat à la Réinsertion (CGR). Le CGR relève de la Présidence de la République et est chargée de la protection et de la réinsertion sociale des personnes victimes des conflits armés. Dans ses activités, le CGR a été appuyé par le PAM pour la distribution des vivres.

Quelques interventions publiques ponctuelles, notamment des journées de solidarité, visent à mobiliser des ressources en faveur des PDI. Parfois l'Etat met à la disposition des ONG des sites pour l'hébergement des PDI, comme il le fait pour les victimes des catastrophes et calamités naturelles (exemples : éruption volcanique, inondations, etc.). Pour plus des détails sur les dispositifs étatiques ciblant le PDI, voir Annexe 6.

### 5.5. Dispositifs - personnes vivant avec handicap

« Mfundi nkabi a kayimanisa ndungu ko »<sup>(32)</sup>

Les personnes vivant avec handicap<sup>(33)</sup> font face à de nombreux risques dont le stigma et le rejet social, le faible mobilité, le manque d'AGR et d'emploi, l'analphabétisme, le manque d'instruction et l'abandon scolaire, maladies. Le chapitre 4 précédant décrit ce groupe vulnérable ainsi que les risques auxquels il est exposé. Le tableau 5.4 présente une synthèse des dispositifs informels et formels ciblant les PVH<sup>(34)</sup>.

---

<sup>32)</sup> Proverbe du Kongo qui signifie la Nourriture mendiée ne rassasie jamais

<sup>33)</sup> Les personnes vivant avec handicap sont réparties dans trois catégories : (i) les handicapés moteurs : (ii) les handicapés sensori-moteurs et (iii) les retardés mentaux.

<sup>34)</sup> Afin de simplifier la présentation des stratégies de gestion de risques existantes, les dispositifs formels privés et les dispositifs formels public s non- étatiques sont mis ensemble

**Tableau 5.4. Dispositifs ciblant les personnes vivant avec handicap (PVH)**

Type de stratégies	Dispositifs informels	Dispositifs formels Non étatiques	Dispositifs formels publics
<b>Prévention</b>	Très peu <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaccination contre la poliomyélite</li> <li>• Recours aux bâtons en et aux guides pour se déplacer</li> <li>• Langages gestuels</li> </ul>	Très peu <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation et information du personnel médical concernant les risques de malformation durant l'accouchement (peu)</li> <li>• Réhabilitation à base communautaire (RBC)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme élargi de vaccination contre la poliomyélite (PEV)</li> </ul>
<b>Atténuation</b>	Idem	idem	Presque nul
<b>Réaction</b>	Très peu <ul style="list-style-type: none"> <li>• Petites AGR</li> <li>• Confier les enfants handicapés à la grand-mère</li> <li>• Occupation anarchique des bâtiments inhabités</li> <li>• Mendicité</li> <li>• Automédication</li> <li>• Toxicomanie</li> <li>• Alcoolisme</li> <li>• Violences, agressions et vols</li> <li>• Regroupement en association suivant les types du handicap et de métiers</li> <li>• Progéniture nombreuse</li> <li>• Ghettoïsation</li> </ul>	Peu, mais quelques activités, surtout dans les grandes villes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins orthopédiques</li> <li>• Formation du médical</li> <li>• Octroi à titre gracieux des prothèses aux blessés et invalides de guerre</li> <li>• Appui aux AGR et micro crédit</li> <li>• Aide à la scolarisation, formation professionnelle, et à l'accès à l'emploi</li> <li>• Construction et équipement des écoles spécialisées</li> <li>• Renforcement des comités locaux de réhabilitation à base communautaire</li> <li>• Construction d'une cité pour handicapés</li> <li>• Sensibilisation en droits et devoirs civiques</li> </ul>	Peu, mais : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervision d'activités des établissements publics et des associations d'encadrement des PVH</li> <li>• Formation et réadaptation professionnelle des PVH</li> <li>• Formation des aveugles</li> <li>• Réadaptions à base communautaire</li> </ul>

Les PVH disposent de très peu de stratégies pour gérer les risques. Quelques PVH bénéficient d'un certain nombre d'appuis de la part des ONG, surtout des interventions ponctuelles mais qui se limitent aux grandes villes. La réhabilitation à base communautaire est une nouvelle approche d'appui aux PVH en RDC et une prise en charge par la communauté de ses membres étant au départ désavantagés par rapport aux autres. Aucun programme formel public non étatique ne cible spécifiquement les personnes vivant al, handicap à l'exception du programme DDRRR qui s'adresse aux blessés et mutilés de guerre devenus invalides. Les interventions étatiques sont quasi inexistantes sinon très limitées.

D'une manière générale, les interventions qui ciblent les PVH ont un impact limité dû à : (i) le manque des actions coordonnées et des politiques d'encadrement promotionnelles des PVH au niveau de l'Etat ; (ii) l'analphabétisme très élevé chez les PVH, (iii) la négligence des enfants vivant avec handicap par les parents en ce qui concerne la scolarisation, (iv) le découragement des PVH suite aux difficultés d'accès à l'emploi quand bien même elles ont été formées, (v) le manque de financement des AGR et (vi) le manque de mobilité q. i réduit encore les opportunités d'accès à la vie professionnelle. Enfin, l'appui à la réinsertion des PVH exige beaucoup de patience et de compréhension car elles se considèrent rejetées par les personnes valides et deviennent souvent agressives, ce qui amène certains partenaires à se désengager des programmes ciblant ce groupe vulnérable.

### 5.5.1. Dispositifs informels

Diminuées par l'incapacité physique ou mentale, les PVH disposent de très peu de stratégies pour l'aire face aux risques énumérés ci-dessus qui se traduisent au quotidien par un très bas revenu.

**Stratégies de prévention et d'atténuation.** Les personnes vivant avec handicap ne disposent pas de beaucoup de mécanismes pour éviter l'avènement des risques ou atténuer leurs effets car elles sont déjà fortement diminuées par leur handicap. Les ménages et les communautés développent des stratégies pour prévenir certains risques pour les enfants nouveau-nés. Il s'agit de la vaccination contre la poliomyélite en vue de prévenir l'avènement de cette maladie qui est la principale source de handicaps moteurs. Les ménages sont largement conscients de la nécessité de cette vaccination à part quelques sectes religieuses qui empêchent leurs adeptes de faire vacciner leurs enfants.

En ce qui concerne l'usage de certains supports pour se déplacer et communiquer, les familles et les PVH utilisent le plus souvent les langages gestuels et les morceaux de bois. L'usage des morceaux de bois et des enfants guide n'est pas à encourager dans la mesure où il contribue souvent à l'aggravation de l'état du handicap car ne répondant pas aux exigences médicales appropriées. Tandis que l'absence de coordination et de cohérence entre les différents langages gestuels utilisés dans les familles restreignent leurs sphères de communication.

**Stratégies de réaction.** Les personnes vivant avec handicap réagissent de plusieurs manières à leur situation. La plupart de réactions, du moins les plus visibles sont négatives. En fait la personne handicapée, spécialement le handicapé moteur, développe quelquefois un comportement agressif face à ce qu'il considère comme du mépris que la personne valide témoigne à son égard. Dès la prime enfance, l'enfant handicapé est souvent isolé, caché ou confié à la grand-mère (80 % d'enfants d'après Handicap International). Il arrive que des parents divorcent suite à la naissance d'un enfant handicapé considéré comme un mauvais sort. Beaucoup de parents préfèrent ne pas dépenser de l'argent pour la scolarisation de l'enfant PVH considéré comme inutile à la société. C'est dire que la première réaction des PVH est une réaction de révolte, voire de violence pour faire face au manque de revenu. A titre d'exemple, elles occupent anarchiquement les immeubles publics ou privés inhabités, assiègent des entreprises et ménages des valides pour exiger de l'aide et prennent même en otage des responsables publics dans les Ministères chargés des aides sociales.

D'autres se livrent à la mendicité quotidienne avec l'aide des guides ou s'adonnent à l'alcoolisme ou à la toxicomanie pour oublier temporairement leurs difficultés. Un grand nombre de PVH à Kinshasa se livre à des activités frauduleuses (fraude douanière, trafic de matières premières et des devises, etc.). Ils servent en fait de complices aux trafiquants qui les utilisent à ces opérations étant donné qu'elles sont souvent exemptées de contrôle.

Cependant, on rencontre de plus en plus des PVH qui accèdent à la formation professionnelle ou apprennent un métier. Mais, beaucoup se découragent à cause de l'accès difficile à l'emploi. Certaines exercent des activités génératrices de revenu. Quant aux femmes vivant avec handicap, elles recherchent parfois une nombreuse progéniture susceptible de les aider comme guides ou comme « assurance sociale ».

D'une manière générale, les activités développées par les PVH dans l'informel sont très peu viables et permettent à peine de faire face aux besoins de survie. Par conséquent, beaucoup des PVH se livrent à l'hyper-réligiosité, à l'automédication et aux tradipraticiens pour faire face aux besoins en soins de santé.

### **5. 5.2. Dispositifs formels privés**

Les personnes vivant avec handicap bénéficient d'un certain nombre d'appuis de la part des ONG dont les plus connues sont Handicap International, Croix-Rouge, Rotary Club International, Lion's Club International CARITAS, L'Eglise Catholique (Villages Bondeko) et les Associations des personnes vivant avec handicap comme l'Union des Personnes Handicapées du Congo (UPHAC), la Fédération Congolaise des Personnes vivant avec Handicap « FECOPHA », l'association congolaise pour la libération et le développement de la maman handicapée (Acodemha), la Coopérative « Je gagne ma vie ». Ces organisations développent quelques stratégies pour venir en aide à ce groupe vulnérable.

**Stratégies de prévention et d'atténuation.** Il y a peu de stratégies formelles mises en place pour prévenir les handicaps les risques qui affectent les handicapés moteurs, sensori-moteurs et mentaux. Le peu de stratégies connues se situent essentiellement dans le domaine de la santé publique.

Le programme élargi de vaccination contre la poliomyélite qui cible le facteur du handicap moteur le plus important a été lancé en 1985 et soutenu par une ONG internationale, le Rotary-Club International qui est à la fois bailleur et prestataire de ce programme. Grâce à ce programme appuyé par l'UNICEF, l'OMS et d'autres bailleurs de fonds, la poliomyélite est pratiquement éradiquée en RDC depuis 2002. Le Rotary international a financé ce programme pour environ 10.000.000 USD. Il a aussi mobilisé les autres bailleurs tels que l'OMS, l'UNICEF, le Japon, etc., qui ont participé en faveur de ce programme pour un montant de l'ordre de 200 millions de USD.

Réhabilitation à base communautaire (RBC). La RBC consiste à aider les personnes handicapées en s'appuyant sur la communauté de base mais aussi sur la participation active des personnes handicapées elles-mêmes. Elle est une prise en charge par la communauté de ses membres ayant au départ des désavantages par rapport aux autres. En plus c'est aussi une prise de conscience de la personne handicapée appelée à s'adapter aux conditions de vie des autres membres de la communauté et de comprendre qu'elle ne peut pas trop aux autres. En RDC, la stratégie de réhabilitation à base communautaire a été lancée par Handicap International pour aider les personnes vivant avec handicap en impliquant la communauté locale et la famille dès la naissance. Handicap-international RDC a installé 25 comités locaux de réhabilitation à base communautaire dans la ville de Kinshasa. Ces comités ont pour rôle d'identifier les personnes vivant avec handicap dès la naissance, de les aider avec l'appui de leur famille à corriger, si possible, leur handicap ou à réduire l'impact du handicap en intervenant dès la prime enfance. Ces comités aident aussi à faire accepter l'enfant handicapé par sa famille et son milieu comme une personne normale en vue d'éliminer le risque de stigma et du rejet social qui est à la base de plusieurs autres risques.

Ce programme répond à une stratégie initiée par l'OMS en 1994 comme partie intégrante des soins de santé primaires organisée dans le cadre des zones de santé. Le Ministère de la Santé vient à cet effet de créer un programme national de réhabilitation à base communautaire depuis l'année 2003 (voir dispositif public).

La formation et l'information du personnel médical et paramédical spécialisé dans les accouchements pour prévenir les malformations liées à l'accouchement et qui sont sources de handicap.

**Stratégies de réaction.** Plusieurs types d'interventions ciblent des personnes vivant avec handicap pour les aider à réduire l'impact des risques auxquels ils sont exposés et leur assurer une certaine autonomie. Parmi ces interventions, on peut citer les plus importantes ci-après :

- (i) la prise en charge des soins orthopédiques et des prothèses totalement ou partiellement par les ONG (CICR, Croix-Rouge, Village Bondeko, CRHP) ;
- (ii) l'éducation, l'information et la communication du personnel médical et paramédical à l'accompagnement des enfants nés avec handicap en vue de les aider à prendre conscience de leur handicap, à s'accepter comme PVH et à s'assumer ;
- (iii) l'octroi à titre gracieux des prothèses aux blessés et invalides de guerre (CICR) l'appui des PVH à travers des activités génératrices de revenu par l'octroi de micro-crédits aux associations qui les regroupent (ONG Parusia, Je gagne ma vie, Acodemha, ...) ;
- (iv) l'aide à la scolarisation, à la formation professionnelle et à l'accès à l'emploi des personnes vivant avec handicap (Villages Bondeko, Acodemha) le renforcement des comités locaux de réhabilitation à base communautaire pour les rendre autonomes et capables de s'autofinancer à travers la formation et la sensibilisation aux collectes des fonds pour soutenir les PVH, notamment pour les soins médicaux ;
- (v) la sensibilisation des PVH par certaines ONG locales de défense des droits de l'homme sur le respect des droits et devoirs civiques pour lutter contre certains comportements négatifs ;
- (vi) la mise sur pied des associations de parents des PVH.

L'Annexe 8 donne plus de détails sur les activités de : Handicap International, Villages Bondeko (Œuvre de l'Eglise Catholique), CICR, Vision Mondiale et Centre de Rééducation pour Handicapés Physiques (CRHP).

### **5.5.3. Dispositifs formels publics non étatiques**

Aucun programme formel public non étatique ne cible spécifiquement les personnes vivant avec handicap à l'exception du programme DDRRR (Démobilisation, Désarmement, Réintégration, Réinsertion, Réhabilitation) qui cible les groupes vulnérables associés aux groupes armés et touche donc les blessés et mutilés de guerre devenus invalides. Dans le projet de l'UNICEF «enfants, femmes et familles affectés par les conflits armés » on vise aussi la réinsertion psychosociale et familiale des personnes blessées par la guerre. PAM distribue des vivres à plusieurs organisations qui encadrent les PVH. Pour plus de détails sur les activités PVH de l'UNICEF et du PAM voir l'Annexe 8.

### **5.5. 4. Dispositifs formels publics étatiques**

Les interventions étatiques sont quasi inexistantes sinon limitées. L'Annexe 8 présente les activités d'appui aux PVH par quelques structures étatiques, notamment :

- La Direction de Coordination des Activités de Réadaptation des Personnes Handicapées (DICOREPHA) qui est chargée de superviser les activités des établissements publics et des associations de formation, de réadaptation et de réinsertion socioprofessionnelle des personnes handicapées.
- Le Centre National d'Apprentissage Professionnel pour Handicapés et Invalides (CENAPHI) responsable de la formation et de la réadaptation professionnelle des

personnes handicapées mais où les activités organisées sont en léthargie depuis quelques années.

- L'Institut National pour Aveugles (INAV) qui assure la formation des aveugles dans un système intégré (60% de valides et 40% d'aveugles) dans les sections maternelles, primaires et secondaires à Kinshasa.
- Le Programme National de Réadaptation à Base Communautaire ((PNRBC)- Ministère de la Santé qui est encore au stade expérimental en RDC.

## **5.6. Dispositifs – Personnes vivant avec le VIH/SIDA et leurs descendants**

« Kama simha anachelekwa, anakulia mayani »<sup>(35)</sup>

Les personnes vivant avec le VIH-SIDA (PVV) ou affectées sont exposées à plusieurs risques, notamment les maladies et les infections opportunistes, la perte d'emploi et des AGR, le manque d'instruction et abandon scolaire, le stigma et rejet social. Le chapitre 4 précédent a décrit ce groupe vulnérable et les risques auxquels il est exposé. Le tableau 5.5 synthétise les divers dispositifs qui ciblent les PVV et leurs descendants.

---

<sup>35)</sup> Proverbe Lokele de Kisangani qui signifie « le lion très affamé mange même les herbes » les PVV sont prêts à tout pour survivre

**Tableau 5.5 : Dispositifs ciblant les PVV et leurs descendants**

Type de stratégies	Dispositifs privés informels	Dispositifs formels non étatiques	Dispositifs formels de l'Etat
Prévention	Presque nul	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention de la transmission verticale du VIH (de mère à l'enfant)</li> <li>• Prévention du VIH/SIDA (projets qui visent la population générale)</li> <li>• Sensibilisation à la prévention</li> <li>• Prise en charge des orphelins du SIDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordination des différentes activités qui visent la prévention (PNLS)</li> <li>• Plaidoyer et sensibilisation</li> </ul>
Atténuation	Presque nul	idem	Idem
Réaction	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rétention de l'information sur leur état sérologique</li> <li>• recours à l'aide de famille élargie</li> <li>• recours à l'auto-protection et à celle des partenaires</li> <li>• recours à l'aide de l'église et des associations informelles ciblant les PVV</li> <li>• appropriation de l'information et de la lutte contre le VIH/SIDA</li> <li>• mendicité</li> <li>• vente des biens accumulés</li> <li>• Suicide</li> <li>• Vengeance</li> <li>• abandon du conjoint</li> <li>• allaitement par une autre mère</li> </ul>	<p>Quelques uns, surtout à Kinshasa :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prise en charge psychosociale des PVV</li> <li>• Action communautaire de lutte contre le SIDA</li> <li>• Renforcement des services de counselling et dépistage volontaire</li> <li>• Traitement aux ARV</li> <li>• Réinsertion sociale des PVV</li> <li>• Renforcement des capacités économiques des PVV (micro-crédits)</li> </ul> <p>35 ONG locales y compris ALPPH+, AMC -Congo et Fondation Femmes Plus.</p> <p>(Ces activités visent à réduire le rejet et le stigma à l'égard des PVV, à permettre aux PVV d'avoir accès aux soins de santé, au traitement des maladies opportunistes et d'éviter la réinfection)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordination des activités par le PNLS</li> <li>• Subventions par le biais d'exonération des ARV et des Névirapines</li> <li>• Baisse des prix ARV de USD 41 à USD 0, soit USD 1 par jour.</li> </ul>

Il existe un éventail de mécanismes de réaction que les PVV adoptent pour elles-mêmes ou pour leurs descendants comme la rétention de l'information sur leur état sérologique, le recours à l'aide de la famille à l'abstinence, l'assistance des églises et des associations informelles et recours aux tradipraticiens. Certaines ONG locales et internationales mènent des interventions qui ciblent les PVV dont la plupart sont à Kinshasa. Il y a très peu d'organisations bi-ou multilatérales qui exécutent des projets ou programmes ciblant les PVV. Parmi celles-ci, il y a PAM qui distribue des vivres. La principale et presque unique structure étatique qui s'occupe des PVV est le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) qui est plutôt une structure de coordination de toutes les activités ciblant les activités qui lutte contre le VIH/SIDA.



### 5.6.1. Dispositifs informels

**Stratégies de prévention et d'atténuation.** Il n'y a presque pas de mesures informelles de prévention ni d'atténuation utilisées par les PVV étant donné que ces personnes sont de manière générale très démunies.

**Stratégies de réaction.** Il existe un éventail des mesures de réaction que les PVV adoptent pour elles-mêmes ou pour leurs descendants ou conjoints encore sains ou atteints eux aussi. Parmi celles-ci, on peut citer :

*La rétention de l'information sur leur état:* Beaucoup de PVV adultes cachent à leurs proches à leur communauté et à leurs employeurs (pour les PVV ayant un emploi) l'information sur leur état sérologique VIH positif. C'est une démarche utilisée pour prévenir le risque de perdre non seulement son emploi et son revenu mais aussi d'éviter le stigma, la discrimination et le rejet par les autres membres de la société.

*Le recours à l'aide de la famille élargie :* Certaines PVV adultes qui se savent déjà infectées par le virus à VIH se soucient beaucoup de l'avenir de leur progéniture. Ce faisant, il n'est pas rare qu'elles sollicitent l'aide des membres de leur famille élargie pour la prise en charge de leurs enfants non contaminés. Ce soutien peut consister en la prise en charge, de la scolarisation et les soins de santé. De même, le recours à la famille élargie pour l'assistance et, surtout pour l'aide financière et aussi sollicitée au profit des PVV elles-mêmes en vue de faire face aux multiples épisodes morbides qui adviendraient lorsqu'elles seront dans la phase de maladie.

*Le recours à l'auto-protection et à la protection des partenaires sexuels :* Certaines PVV recourent systématiquement aux préservatifs au cours des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ou réguliers pour se prémunir contre la réinfection et prévenir la contamination de leurs partenaires. D'autres, peu nombreuses, choisissent la voie de l'abstinence totale et définitive. La prévention consistant à éviter la propagation du VIH/SIDA est aussi adoptée par des associations informelles qui utilisent la technique de sensibilisation des masses non encore infectées ou qui aident les PVV en leur assurant un appui psychologique et moral solide. Les volontaires contre le VIH/SIDA (VOCOSI) formés par l'ONG AMO-CONGO et oeuvrant dans les 24 Communes de Kinshasa constituent un exemple de ce type d'associations.

*Le recours à l'aide des églises ou aux traditionnels :* certaines PVV recourent aux églises traditionnelles ou de réveil pour rechercher soit une guérison miracle soit une assistance sociale qu'ils ne peuvent trouver dans leur communauté d'origine, de la part des membres de leur famille ou du quartier.

D'autres stratégies de réaction non moins importantes sont parfois d'usage par les PVV. Il s'agit par exemple de : (i) la vente des biens accumulés par le passé dans le but d'acquérir un peu de moyens financiers, et autres qui les aideraient à recevoir les soins de santé et d'autres besoins alimentaires, logement, etc.), (ii) le recours aux associations informelles ciblant les PVV en vue d'obtenir l'information sur l'infection à VIH/SIDA et sur la maladie ou même l'information sur le comportement à adopter dès l'apparition des infections opportunistes. Certains PVV recourent à l'encadrement psychologique de ces associations en vue de les aider à soutenir leur moral dans l'évolution de la maladie, (iii) La mendicité, surtout auprès des églises, pour solliciter les biens et moyens matériels non seulement auprès des autres croyants

mais aussi à l'église elle-même en tant qu'institution, et (iv) d'autres PVV sont parfois amenées à recourir au suicide pour mettre fin à la souffrance atroce causée par le SIDA.

### 5. 6.2. Dispositifs formels privés

Plusieurs ONG locales et internationales sont engagées dans la lutte contre le VIH/SIDA et les IST et mènent des interventions qui ciblent les PVV <sup>(36)</sup>. En général ces ONG sont financées principalement par les bailleurs ci-après : Banque Mondiale, USAID, PAM, FNUAP, UNICEF, PNUD, l'Union européenne <sup>(37)</sup> et autres bailleurs bilatéraux. Au total, 35 ONG locales s'occupant des PVV sont reconnues en RDC. La plupart de celles-ci n'opèrent qu'à Kinshasa où elles encadrent environ 15.000 PVV et leurs descendants. Parmi ces ONG locales, ALPI+, AMO-Congo et FFP sont particulièrement dynamiques. L'Annexe 8 donne plus d'information sur ces ONG.

**Stratégies de prévention et d'atténuation.** Il n'existe presque pas de dispositifs formels privés de la prévention et d'atténuation des risques auxquels sont exposées les PVV. Les quelques dispositifs existants, concernent les enfants non contaminés vivant encore avec leurs mères contaminées par le VIH/SIDA bénéficiant du Programme de prévention de Transmission Mère-Enfant (PTME) de la part des ONG.

En ce qui concerne les mesures d'atténuation de l'impact du VIH/SIDA sur les personnes infectées, la seule stratégie consiste à fournir aux PVV des anti-retro-viraux qui peut freiner, d'une part, le développement du virus et, de l'autre, la dégradation de leur état de santé. Il y a lieu de noter qu'avec la subvention de l'État, le coût de traitement par anti-retro-viraux (ARV) a fortement baissé et se situe à 30 USD par mois. Cependant, ce coût reste largement inaccessible à la grande majorité de la population Congolaise qui vit avec moins le 1 USD par jour.

La sensibilisation de la population et des employeurs sur la non-transmission du VIH-SIDA par le simple contact permet d'éviter ou d'atténuer le risque de stigma et de rejet social et de perte d'emploi. La prise en charge par les ONG spécialisées des enfants orphelins du SIDA permet de prévenir ou d'atténuer le risque de manque d'instruction ou d'abandon scolaire. L'octroi des micro-crédits aux PVV les aide à mener des AGR pour survivre avec leur progéniture.

Stratégies de prévention des nourrissons sains mais vivant avec des mères contaminées par le VIH/SIDA. Trois projets interviennent dans la prévention de la transmission verticale du VIH, c'est-à-dire de la mère à l'enfant pendant la grossesse, pendant l'accouchement et pendant l'allaitement. Ceux-ci ont adopté trois stratégies spécifiques : (i) promotion du counselling et dépistage volontaire prénuptial, (ii) promotion du choix éclairé des parents concernant le recours à une nourrice saine ou à l'allaitement artificiel chez les enfants lésés des mères

---

<sup>36)</sup> Les ONG auprès desquelles ont été récoltées les informations comprennent les ONG internationales ci-après : Association de Santé Familiale (ASF) ; Médecins Sans Frontières/Belgique (MSF) ; Fond Médical Tropical (FOMETRO) ; Médecins du Monde ; Christian AID et Family Health International (FHI). S'agissant des ONG locales, nous avons constaté : AMO-Congo, Fondation Femmes Plus (FFP). Fédération des ONG Laïques à Vocation Économique (FOI .FCO) et ALPI +

<sup>37)</sup> Il convient toutefois de signaler ici que FNUAP, UNICEF, PNUD agissent tantôt comme bailleurs tantôt comme agences d'exécution recevant les ressources financières et logistiques de l'USAID de la Banque Mondiale ou de l'Union européenne pour les drainer vers les ONG internationales qui, à leur tour, financent des ONG locales chargées d'exécuter les projets sur le terrain. Le PAM, quant à lui, agit exclusivement comme agence d'exécution.

séropositives, (iii) intégration dans la prise en charge du couple mère-enfant des mesures de cette prévention au sein des services de santé de la reproduction. La Fondation Femmes Plus et AMOCongo sont des prestataires de ce projet qui est financé par l'ONG «Family Health International» et qui dessert la ville de Kinshasa.

**Stratégies de réaction.** Les interventions les plus utilisées par les prestataires qui ciblent les PVV visent à : (i) réduire le stigma, le rejet et la discrimination à l'égard des PVV, (ii) permettre aux PVV d'avoir accès aux soins de santé, (iii) prolonger la vie des PVV, (iv) traiter les maladies opportunistes, (v) éviter la réinfection du VIH/SIDA et éviter la malnutrition des PVV. Les principales agences d'exécution sont le FOMETRO, CTP, CHRISTIAN AID ayant comme sous-traitants les ONG locales suivantes : AMO-Congo et Fondation Femmes Plus, ALPI+, etc. Il y a lieu aussi de mentionner la prise en charge institutionnelle surtout des PVV grabataires se trouvant au stade final. Les projets les plus importants sont :

*Action communautaire de lutte contre le SIDA (CAHAC)*, un projet financé par l'USAID et vise l'implication de la communauté. Ce projet, qui vise principalement les orphelins et les veuves/veufs du SIDA et la communauté tout entière, fait une promotion du dépistage volontaire du VIH auprès des veuves et veufs du SIDA et auprès de la population totale. Le projet se charge aussi de la formation des pairs éducateurs appelés aussi «volontaires contre le SIDA, VOCOSI» : Prés de 1500 pairs éducateurs ont été déjà formés à Kinshasa, mais actuellement seuls 300 d'entre-eux sont actifs. Ce projet donne également une assistance sociale aux PVV malades et accorde des micro-crédits de l'ordre de USD 100 à près de 100 familles pour exercer des activités génératrices de revenu (AGR).

*Renforcement des services de counselling et dépistage volontaire à Kinshasa* c'est un projet exécuté par Family Health International (FHI) sur financement de l'USAID. Ce projet a un volet préventif déjà abordé ci-dessus. D'autres volets visent la formation et recyclage du personnel des ONG prestataires (FFP et AMO-Congo), la prise en charge psychologique, médicale, alimentaire des PVV ainsi que la prise en charge scolaire des orphelins du SIDA.

### **5.6.3. Dispositifs informels publics non étatiques**

Les bailleurs de fonds bi- et multilatéraux, les organisations internationales, appuient les différentes interventions ciblant les PVV et leurs descendants menées soit par les ONG internationales et locales, les autres organisations caritatives, et le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS). Il y a très peu d'organisations bi- ou multilatérales qui exécutent des projets ou programmes ciblant les PVV. Parmi celles-ci, il y a PAM qui distribue des vivres à travers les ONG locales ciblant les PVV et leurs descendants à l'instar de l'AMO-Congo, il y a aussi la coopération technique allemande (GTZ) qui mène quelques projets en collaboration avec des programmes nationaux ou des ONGs. Quelques bailleurs de fonds appuient le Programme National de Lutte contre le SIDA et les 1ST. Voir l'Annexe 8 pour plus de détail (programmes, budgets etc.).

### **5. 6.4. Dispositifs formels publics étatiques**

La principale structure étatique qui s'occupe des PVV est le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) qui est plutôt un organe de coordination de toutes les interventions ciblant la lutte contre le VIH/SIDA. En tant que structure publique d'intégration et de coordination, le PNLS prône le partenariat, la multisectorialité et l'appropriation de la lutte contre le VIH/SIDA par la population globale y compris les PVV elles-mêmes. Il est chargé, d'une part, du suivi du programme mis au point par le gouvernement avec l'appui de ses partenaires, et d'autre part, du suivi des projets exécutés par les différents prestataires qui sont

sur terrain. Voir l'Annexe 9 pour plus de détail sur le PNLIS et la politique nationale de lutte contre le SIDA et les IST en RDC.

### 5.7. Dispositifs-personnes de troisième âge en situation difficile

Les personnes de troisième âge en situation difficile <sup>(38)</sup> sont exposées à divers risques, notamment : invalidité, accidents, stigma et rejet social, maladies et malnutrition, très faible pension de retraite, insécurité physique. Ce groupe vulnérable et les risques auxquels il est exposé ont été analysés dans le chapitre 4. Le tableau 5.6 synthétise les dispositifs informels et formels ciblant ce 1 groupe vulnérable.

**Tableau 5.6 - Dispositifs - Personne de troisième âge sans soutien**

Type de stratégies	Dispositifs informels	Dispositifs formels non étatiques	Dispositifs formels de l'Etat
Prévention	Peu : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Epargne</li> <li>• Progéniture nombreuse</li> <li>• Cotisations versées dans les mutuelles ou associations informelles</li> <li>• Refus d'aller à la retraite</li> <li>• Petites AGR</li> </ul>	Presque nul	Presque nul <ul style="list-style-type: none"> <li>• INSS-cotisation mensuelle des travailleurs et du patronnat</li> </ul>
Atténuation	Idem	Presque nul	Idem
Réaction	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recours à l'épargne accumulée</li> <li>• Retour au village d'origine Mendicité</li> <li>• Petites AGR</li> <li>• Recours aux enfants ou à la communauté</li> <li>• Recours aux guérisseurs, aux groupes de prière, plantes médicinales</li> <li>• Vente des actifs</li> <li>• Automédication</li> </ul>	Peu, mais : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribution des vivres (PAM)</li> <li>• Prise en charge complète dans les hospices (environ 50 homes gérés par des églises en RDC)</li> <li>• Encadrement sans hébergement (quelques ONG à Kinshasa)</li> <li>• Prise en charge des frais funéraires</li> <li>• frais funéraires (APIPTA)</li> </ul>	Presque nul : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Homes de vieillards (15 en RDC gérés par le MAS mais avec beaucoup de problèmes causés par le manque de subventions de l'Etat)</li> <li>• INSS : Pension de survie très dérisoire, soins de santé ou services funéraires aux Soins gériatriques retraités et invalides</li> <li>• Exemption de quelques taxes (contribution foncière, eau et électricité) aux vieillards indigents</li> <li>• Entreprises privées et publiques :</li> <li>• prise en charge médicale et funéraire des retraités et de leurs avant-droits complément de pension (très peu)</li> </ul>

<sup>38)</sup> Les vieillards en situation difficile comprennent les vieillards en rupture totale avec leurs familles, les vieillards déplacés ou non accompagnés, les retraités civils et militaires

Ce groupe vulnérable dispose de très peu de stratégies pour prévenir ou atténuer et même réagir face aux risques auxquels il est exposé. En plus, les interventions privées et publiques en faveur des vieillards en situation difficile sont rares. Elles comprennent la prise en charge complète dans les hospices par des confessions religieuses, la distribution des vivres par PAM, CARITAS et l'encadrement sans hébergement par quelques ONG à Kinshasa. De sérieux problèmes se posent en ce qui concerne la prise en charge des vieillards dans les homes gérés par le Ministère des Affaires Sociales et par les Eglises à cause du manque de subventions de l'Etat. Il en est de même pour les autres Directions et Services spécialisés étatiques en charge des personnes de 3<sup>ème</sup> âge. La pension de survie est dérisoire. L'Institut National de Sécurité Sociale ne parvient plus à répondre aux besoins essentiels de ses assurés, suite au faible niveau des cotisations, au nombre sans cesse croissant des bénéficiaires et à une gestion inadéquate des ressources.

### **5. 7.1. Dispositifs informels**

**Stratégies de prévention et d'atténuation.** Les personnes de troisième âge disposent, suite à leur état d'indigence de très peu de stratégies pour prévenir ou atténuer les risques auxquels elles sont exposées. Parmi les rares stratégies adoptées par certaines d'entre elles on note :

- L'épargne en argent ou en nature réalisée durant la vie active,
- La progéniture nombreuse comme investissement à long terme,
- Les cotisations versées dans les mutuelles et les différentes associations,
- Le refus d'aller à la retraite pour continuer à bénéficier mensuellement de leur faible salaire et autres avantages sociaux,
- Les petites AGR.

**Stratégies de réaction.** Parmi celles-ci, on peut citer :

- Le recours à l'épargne accumulée pendant la vie active et aux interventions des mutuelles et associations dont on a été membre,
- L'isolement, pour éviter le stigma et le rejet social,
- La vente des actifs (maison, bétail, etc. acquis durant la vie active),
- Le retour au village, pour être pris en charge par le clan,
- Le recours à la mendicité et aux oeuvres caritatives (vivres, soins médicaux, etc.),
- Le travail comme gardiens de parcelle, petites AGR,
- L'assistance des enfants et autres membres de la famille tels que les neveux,
- Le recours à la solidarité de quelques membres de la communauté qui s'organisent, de façon ponctuelle dans le quartier, pour venir en aide aux vieillards ou retraités en difficulté avec de la nourriture, des vêtements,
- Le recours aux guérisseurs, aux groupes de prière et aux plantes médicinales ainsi que l'automédication,
- Le refuge dans les hospices, surtout en milieu urbain.

### **5. 7.2. Dispositifs formels privés et publiés non étatiques**

Il y a très peu d'organisations qui dressent des programmes spéciaux ou des projets ciblant les personnes de troisième âge en difficulté. Sur terrain, on constate que les interventions privées et publiques en faveur des vieillards en difficulté sont rares. Ce sont des organisations qui assistent tous les vulnérables de façon générale qui interviennent, de manière ponctuelle, non consistante et avec un faible impact, en faveur des vieillards. Parmi ces organisations on retrouve :

*Les églises Catholique, Protestante et Kimbanguiste* gèrent près de 50 homes de vieillards à travers le pays. La prise en charge complète des personnes de troisième âge en hospice se fait par les moyens propres des églises (quêtes, dons...). L'église Catholique est parfois financée par certaines congrégations religieuses étrangères telles que les Soeurs italiennes pour le home Saint Marc de Kingasani. De temps en temps, elle reçoit des vivres distribués par PAM à travers CARITAS CONGO. D'après l'Archidiocèse de Kinshasa, il y a très peu de partenaires permanents qui s'occupent des personnes de troisième âge. De façon générale, les soins médicaux sont garantis pour les personnes de troisième âge recueillies dans les hospices religieux, essentiellement par le BDOM (Bureau Diocésain des Oeuvres Médicales) pour les hospices gérés par les catholiques.

*Encadrement sans hébergement.* Quelques ONG encadrent des personnes de troisième âge en difficulté sans les héberger. A Kinshasa, par exemple, 1.206 personnes de troisième âge ont reçu des vivres par une dizaine d'ONG avec l'assistance alimentaire de PAM via Caruitas (Vie Montante, vieillesse Heureuse, Débout Maman Salongo, ONEDRI, AMVO, AVS, APIPTA, etc.). FOLECO intervient auprès de 4.418 vieillards dans 31 structures. Dans la présentation de son projet « Aide alimentaire aux populations vulnérables », la Coopération Technique Belge (CTB) prévoit d'intervenir auprès des déplacés, des enfants mal nourris, des enfants de la rue et des personnes de troisième âge non assistée. Les différents partenaires de CTB sont le Ministère de la Santé et les ONG Solidarité Socialiste, BUACO et CDI-BWAMANDA.

PAM est une des rares organisations internationales qui intervient en faveur des personnes de troisième âge à travers son programme de distribution des vivres. A titre d'exemple, PAM a livré, à travers Caritas en décembre 2001, des vivres à 135 personnes de troisième âge hébergées dans 5 hospices gérés par les missionnaires catholiques et protestants à Kinshasa. Il a aussi livré des vivres, à travers CARITAS, à 1.206 personnes de troisième âge encadrées sans hébergement, par une dizaine d'ONG.

Les personnes de troisième âge bénéficient en milieu urbain, de la part de certaines ONG locales, des personnes de bonne volonté et des organismes caritatifs, de quelques interventions ponctuelles et non importantes en vivres et non-vivres, soins de santé et frais funéraires, avec un très faible impact.

### **5.7.3. Dispositifs formels publics étatiques**

L'Etat congolais, par le biais du Ministère des Affaires Sociales, gère quelques 15 homes de vieillards dont 2 à Kinshasa. De sérieux problèmes se posent en ce qui concerne la prise en charge des vieillards dans ces homes car il n'y a plus de subventions de l'Etat depuis plus de 12 ans.

*Direction d'Encadrement des Personnes de Troisième Age (DEPTA)* s'occupe de la gestion et/ou de la supervision des homes des vieillards privés et publics, de la conscientisation et de la sensibilisation de la population sur la prise en charge des personnes de troisième âge. Les hospices publics des vieillards sont au nombre de deux pour la ville de Kinshasa (Homes le Kabinda et de Kintambo) avec un effectif total de 25 pensionnaires. Dans les provinces, il y a 14 hospices dont 2 au Bas-congo, 6 au Kasai-Occidental, 2 à l'Equateur et 4 au Katanga. Par manque d'appuis et d'informations, il semble qu'ils ne sont plus opérationnels.

Le Secrétariat Général aux Retraités et Rentiers gère le régime de pension de retraite et de rente de survie du personnel de caractère des services publics de l'Etat. Il gère actuellement un effectif de 83.305 retraités et rentiers dont 58.230 retraités et rentiers civils et 25.075 retraités

et rentiers militaires. Les prestations sociales payées à l'occasion de la cessation définitive des services (pension ou décès d'un agent) couvrent les domaines suivants : (i) allocations de fin de carrière à titre de pension de retraite ou d'inaptitude physique, (ii) allocations familiales et soins de santé pour les veuves et orphelins des agents de l'Etat et (iii) allocations de décès pour les veuves et orphelins des agents de l'Etat décédés étant encore actifs ou en tant que retraités. Le montant des prestations sociales est précaire et ne permet pas aux retraités et rentiers de faire face aux besoins essentiels. Cependant, le Gouvernement n'arrive pas à disponibiliser, à temps opportun, les fonds nécessaires pour la paie.

Institut National de Sécurité Sociale (INSS) gère la sécurité sociale des retraités et invalides du secteur privé formel, des entreprises para- étatiques et de la Société Civile (églises, ONG, etc.). Il perçoit sur les rémunérations des travailleurs des cotisations mensuelles et, en retour il assure à ceux-ci la pension de survie, les soins de santé et les services funéraires une fois retraités ou invalides. L'INSS ne parvient plus à répondre aux besoins essentiels de ses assurés suite à la faiblesse des contributions au nombre sans cesse croissant des bénéficiaires et à une gestion inadéquate des ressources. En plus, l'Etat accorde quelques exemptions des taxes en faveur des vieillards (contributions foncières, eau et électricité, etc.) et des structures qui les encadrent. A l'atelier de Lubumbashi, les participants ont signalé que l'autorité provinciale prend quelquefois des sanctions à l'endroit des familles qui abandonnent leurs vieillards.

### **5.8. Programmes et Structures/projets ciblant plusieurs groupes vulnérables**

**Fonds Social de la RDC** (Présidence la République). Le Fond Social a pour mission : (i) l'amélioration, d'une part, des conditions de vie de la population congolaise et, de l'autre, de son accès aux services sociaux moyennant la réhabilitation et la reconstruction des infrastructures économiques, sociales et communautaires, (ii) la création des revenus et des emplois dans les milieux ruraux et urbains par l'exécution ou l'implantation des micro-projets pour alléger la pauvreté et promouvoir le développement économique et social. Dans ce cadre, il a déjà financé trois projets sur une dizaine en examen, avec l'appui financier du PMURR, pour un montant de 750.000 USD (Adduction d'eau à Nkamba pour 100.000 USD, Réhabilitation d'une école à Mbuji-Mayi pour 50.000 USD et Réhabilitation d'un centre de santé au Kasai-Oriental pour 50.000 USD).

**Programme National de Promotion des Mutuelles de Santé (PNPMS - Ministère de la Santé)**. Créé en 2002, ce programme a pour objectif d'assurer l'accès aux soins de santé à la population, surtout aux plus vulnérables, par la promotion et la création des mutuelles de santé. Il a appuyé et favorisé la création d'une dizaine de mutuelles de santé dans la ville de Kinshasa, par la sensibilisation et la formation et, mène des actions de mobilisation des fonds auprès de certains bailleurs.

**Projet de Protection Légale et Sociale les Enfants et des Femmes Vulnérables**. Ce projet a pour objectifs : la protection légale des enfants par l'enregistrement à l'état-civil de 115.434 enfants de 0 à 11 mois à Kinshasa, de 274.444 à l'Est du pays et de 295.964 à l'Ouest du pays, la réinsertion familiale ou sociale de 5.700 enfants et des femmes à Kinshasa, de 10.000 à l'Est de la RDC et de 13.000 à l'Ouest de la RDC et le recouvrement des droits de 30.600 enfants et femmes victimes de violences et d'exclusion à Kinshasa, de 5.000 à l'Est et de 3.600 à l'Ouest. Ce projet, financé par l'UNICEF, à concurrence de 3.669.150 USD, couvre la Ville de Kinshasa, l'Est et l'Ouest de la RDC pendant une période de 3 ans. Il est coordonné par le Ministère de la Condition Féminine.

### **Programme Multisectoriel d'Urgence de Réhabilitation et de Reconstruction (PMURR).**

Le PMURR est un programme post-conflit du Gouvernement congolais. Il comporte un volet « Protection Sociale des Groupes Vulnérables » dont les objectifs sont de développer une stratégie nationale de protection sociale des groupes vulnérables en RDC et d'assister les personnes vulnérables à travers des projets basés sur la communauté. Ce volet dispose d'un financement de 5.000.000 USD, don de l'IDA, pendant une période de 3 ans. Les activités en cours de réalisation dans ce cadre sont l'élaboration d'une stratégie nationale de protection sociale par un consultant national, avec la collaboration de la DEP/MAS, le renforcement des capacités institutionnelles de la DEP/MAS, la mise en place des mécanismes pour le financement des projets (Manuel d'exécution des projets, Cellule d'Appui Technique) et le financement des micro-projets d'assistance sociale et d'auto-prise en charge de groupes vulnérables-cibles.

**Direction de l'Action Sociale (DAS)** est appelée à élaborer les programmes d'éducation non-formelle et à assurer la supervision et la coordination des structures publiques et privées. Elle a conçu un programme d'éducation non-formelle en 1999 avec l'appui de l'UNICEF mais non encore vulgarisé. Toutefois, la DAS ne semble pas suffisamment outillée pour mener la tâche de supervision et de coordination.

### **Direction des Etudes et de Planification du Ministère des Affaires Sociales (DEP/MAS)**

est chargée de mener des études sociales, de la planification et évaluation des projets et programmes sectoriels et de l'organisation d'une banque des données sociales. Dans le cadre du PMURR, la sous-composante protection sociale financée par la Banque Mondiale (BCECO), la DEP est chargée d'élaborer la stratégie nationale de protection sociale des groupes vulnérables. En plus, elle assure l'accompagnement des structures chargées de la mise en oeuvre des projets de protection sociale. En outre, la DEP est impliquée dans le comité de pilotage du projet de réinsertion des enfants de la rue en milieux urbains, financé par la Banque Mondiale et exécuté par l'Oxfam-Quebec. La DEP/MAS va bénéficier aussi d'un appui de la BAD à l'occasion du PAIM, en matière de renforcement des capacités en équipement et en formation.

## **6. RECOMMANDATIONS**

### **6.1. Recommandations relatives à tous les groupes vulnérables.**

- La Protection Sociale doit prendre en compte le caractère transversal des interventions qui ciblent les individus, les ménages et les communautés congolais dans la gestion de risques et de leur vulnérabilité en vue d'améliorer leur état socio-économique actuellement très précaire. La Banque Mondiale et les autres bailleurs de fonds bi- et multilatéraux devraient appuyer la RDC dans cet effort.
- Chaque groupe vulnérable défini dans cette Protection Sociale, à l'exception des personnes déplacées internes, un groupe transitoire, devrait faire l'objet d'un programme spécifique. En outre, les personnes sinistrées, victimes de calamités naturelles devraient aussi faire l'objet d'un programme ou projet.

La grande majorité des Congolais fait face à une gamme de risques majeurs. Faute de moyens très peu de personnes sont capables d'améliorer, sans soutien extérieur, leur situation socio-économique, physique et alimentaire. La présente étude renseigne que la gestion des risques identifiés en RDC dépend de plusieurs facteurs, notamment :



- i) Une paix durable ;
  - ii) Une croissance économique soutenue ;
  - iii) Une gestion macro-économique saine, une bonne gouvernance et un État de droit, y compris des lois protégeant les personnes et leurs biens et garantissant la non-discrimination des femmes et des jeunes filles, des personnes handicapées, etc. (législation sur l'indigence et dispositions condamnant les accusations de sorcellerie dans le Code pénal) ;
  - iv) Une réhabilitation des voies et des moyens de communication existants et la construction de nouvelles infrastructures ;
  - v) Une acquisition des moyens de transport (en commun) viables (bus, trains, bateaux, avions) et le renforcement du contrôle technique de ceux-ci en vue de minimiser les accidents causés par leur état défectueux ;
  - vi) Une augmentation substantielle de la pension de retraite, de la rente viagère et de la pension de survie notamment par une meilleure gestion des cotisations sociales par l'INSS ;
  - vii) Un système adéquat de fourniture en eau potable surtout en milieu rural, par l'appui du service de l'hydraulique rural ;
  - viii) Un renforcement des efforts de vulgarisation et de recherche agricole ainsi que des interventions d'appui aux AGR, notamment dans le secteur agricole.
- La Protection Sociale doit cibler davantage les efforts visant la prévention et l'atténuation des risques affectant les différents groupes vulnérables. Les expériences positives des ONG, en matière de mobilisation des communautés de base, pour la prévention de risques doivent être testées à une plus large échelle, capitalisées et diffusées sur l'ensemble du pays. La Banque Mondiale, les autres bailleurs de fonds et les ONG internationales devraient tous aider les acteurs locaux dans cette démarche.

La revue des dispositifs ciblant les groupes vulnérables réalisée au chapitre 5 a montré que:

- (i) Les mécanismes de survie traditionnellement adoptés par les familles élargies et les communautés de base sont très fragiles, si pas inexistants ;
  - (ii) Les dispositifs formels visent rarement la prévention des risques ;
  - (iii) Les stratégies de réaction développées non seulement sont coûteuses mais accentuent la dépendance ;
  - (iv) Les nouvelles initiatives communautaires, à l'instar des comités locaux de protection de l'enfance et de réhabilitation à base communautaire (pour la protection de l'enfance ou l'appui aux PVH), ont des expériences prometteuses (exemple : leur rapport coût-efficacité).
- Définir le rôle de l'Etat dans la protection Sociale, spécialement celui du Ministère des Affaires Sociales et d'autres Ministères impliqués dans le secteur, disponibiliser des moyens financiers, techniques et humains qui soient suffisants pour assumer ce rôle. La Banque Mondiale et les autres partenaires devraient assister l'Etat dans cet effort.

La majorité des interventions ciblant les troupes vulnérables est menée par les ONG et les églises, avec le soutien financier des bailleurs de fonds extérieurs. Il existe très peu d'interventions de l'Etat congolais. Les interventions des acteurs formels concernés sont non-concernées à cause notamment de l'absence d'une stratégie nationale de protection sociale et de la précarité des moyens financiers, humains et matériels mis à la disposition des structures étatiques en charge des groupes vulnérables. Le Ministère des Affaires Sociales dispose d'un

budget dérisoire, des ressources humaines, techniques et matérielles insuffisantes et accuse des faiblesses en matière de gestion des données sociales.

- Assurer la cohérence des activités relatives à la Protection Sociale des groupes vulnérables, y compris une meilleure coordination des efforts de gestion, de suivi et d'évaluation régulière de différentes interventions.
- Renforcer les capacités techniques et humaines des partenaires locaux, surtout des ONG et des églises locales.
- Assurer la dissémination et l'adoption, par tous les acteurs concernés, des acquis et des bonnes pratiques découlant des interventions ciblant les différents groupes vulnérables ;
- Renforcer les capacités des éducateurs et assistants sociaux dans tous les territoires et toutes les communes de la RDC.
- Renforcer les structures de prise en charge neuropsychiatrique des personnes traumatisées, notamment par la guerre et les conflits interethniques armés.
- Former des tradipraticiens aux techniques de dosage des médicaments et à l'analyse de la toxicité.
- Former rapidement un personnel paramédical pour la prise en charge psychosociale des traumatisés, notamment par la guerre et les conflits interethniques armés.

Concernant le renforcement des capacités des partenaires locaux, il est recommandé ce qui suit :

- (i) Que les ONG internationales appuyant les ONG locales en les aidant à améliorer leur gestion et à renforcer leurs capacités ;
  - (ii) Privilégier la formation des personnes compétentes et engagées dans la protection sociale des groupes vulnérables ;
  - (iii) Réaliser des études ou enquêtes préalables aux interventions en vue d'une correcte identification des besoins et d'une bonne préparation des actions sur terrain, notamment en matière d'orientation professionnelle, de choix des activités techniques (par exemple des « AGR » et d'octroi des micro-crédits) ;
  - (iv) Fixer des critères clairs et précis pour l'assistance des groupes vulnérables et mettre en oeuvre des procédures de suivi strictes ;
  - (v) Procéder à la formation préalable des bénéficiaires, au suivi et à l'évaluation des projets tout au long du processus de mise en oeuvre ;
  - (vi) Encourager les interventions précédées par des études exploratoires pour l'élaboration du profil psychosocial et socio-économique des groupes vulnérables et des activités pilotes,
- Combler les carences en données sociales, le déficit en informations sur les risques et les facteurs de risque en particulier en données quantitatives et en études qualitatives sur les groupes vulnérables.

La RDC ne dispose pas d'enquêtes nationales spécifiques sur les groupes vulnérables ni de données quantitatives sur les indicateurs sociaux, notamment celles portant sur les groupes vulnérables. De plus, le fonctionnement du système d'enregistrement continu et suivi est déficitaire à tous les niveaux de la société. Le dernier recensement remonte à 1984. Cette situation appelle les recommandations suivantes :

*A court terme :*

- Réaliser de nouvelles analyses des données existantes (MICS2, etc.) pour permettre, par exemple, l'élaboration des indicateurs sociaux par groupes vulnérables.

*A moyen et long terme :*

- Mener des études exhaustives sur chaque groupe vulnérable afin d'obtenir des données plus fiables pour chaque groupe. Ces études doivent couvrir toutes les provinces du pays et intégrer les aspects provinciaux. La DEP/MAS devrait être associée à ces études ;
- Mener des études qualitatives sur les groupes vulnérables dont les membres vivent en dehors des ménages afin d'avoir une meilleure compréhension des risques, des facteurs de risque et des mécanismes de survie ;
- Entreprendre des études qualitatives sur les différents dispositifs adoptés par les communautés de base pour la gestion des risques sociaux ;
- Renforcer les capacités de l'INS et de la DEP/MAS pour leur permettre de mettre en place des systèmes d'enregistrement continu et suivi des données. Ici, les experts du DDK peuvent aider à cette tâche ;
- Promouvoir et renforcer la collaboration entre l'INS, la DEP/MAS et les autres structures (telles que le DDK) changer non seulement de collecter et traiter de données portant sur les indicateurs sociaux et sur les groupes vulnérables mais aussi de concevoir de nouvelles méthodes efficaces de collecte des données ;
- En ce qui concerne la DEP/MAS, mettre en place un système/dispositif qui permet de collecter et de coordonner, entre le niveau national et les provinces/territoires/communes, des informations et données fiables relatives aux groupes vulnérables et aux interventions publiques qui les ciblent ;
- Créer au sein de la DEP/MAS, un centre de documentation et d'informations sociales où seront regroupés et archivés les documents du secteur social ;
- Renforcer les capacités de l'administration publique et des entités administratives décentralisées en matière d'enregistrement continu des informations sur la protection sociale. Ici également, les experts du DDK peuvent aider à cette tâche ;
- Conduire des enquêtes nationales en vue de collecter des données sociales et des données sur les groupes vulnérables en RDC ;
- Appuyer la RDC dans l'organisation d'un nouveau recensement scientifique en vue non seulement de renouveler les données sociales, économiques couvrant toutes les entités administratives de la RDC, mais aussi d'actualiser la base de sondage des enquêtes approfondies futures.

**6.2. Bonnes pratiques, recommandations et besoins en études spécifiques à chaque groupe vulnérable****6.2.1. Enfants en situation difficile :***Bonnes pratiques :*

- (i) L'appui aux comités locaux de protection de l'enfance et à la réhabilitation à base communautaire (enfant handicapé) comme mécanismes de prévention et d'atténuation des risques de vulnérabilité de l'enfant ;
- (ii) La réinsertion familiale des enfants dans les familles biologiques ou les familles d'accueil avec un appui au renforcement des capacités économiques des familles ;
- (iii) Le travail avec l'enfant et non pour l'enfant. C'est-à-dire la participation de l'enfant à tout le processus de réinsertion comme acteur principal aux côtés des éducateurs et des parents en évitant les pratiques répressives ;

- (iv) La réduction, au strict minimum de la durée d'accueil des enfants en institution et dans les centres de transit et d'orientation ( $\pm$  3 mois) et la priorité accordée aux programmes cohérents de réunification familiale et de réinsertion en famille ;
- (v) L'aide à la valorisation de l'enfant par la scolarité et à la sédentarisation des enfants de la rue âgés par l'accès à la formation professionnelle et à un emploi stable ;
- (vi) L'appui aux initiatives familiales ou communautaires fonctionnelles et opérationnelles ;
- (vii) La mise en place dans les quartiers des centres d'écoute ou lieux de parole animés par des volontaires mettant l'accent sur l'encadrement psychosocial, l'identification des besoins, l'alphabétisation et la formation professionnelle ;
- (viii) La mise en place des centres alternatifs à la prison ;
- (ix) Le suivi post-réinsertion en vue de s'assurer des résultats par rapport aux objectifs ;
- (x) La priorité accordée aux interventions visant la prévention et la sensibilisation formelle et non formelle.

### **Recommandations :**

- (i) Disposer d'un programme gouvernemental cohérent dans lequel s'insère l'ensemble des activités ciblant les enfants ;
- (ii) Identifier d'interlocuteurs efficaces et crédibles au niveau étatique pour l'exécution, le suivi et l'évaluation des activités ;
- (iii) Précéder la formation professionnelle par l'alphabétisation et la compléter par la formation en gestion (entreprenariat) ;
- (iv) Eviter l'octroi des micro-crédits individuels au profit des micro-crédits en groupe, pour permette la surveillance mutuelle des bénéficiaires ;
- (v) Evaluer correctement de la hauteur de financement à octroyer qui doit être adéquat à l'activité à mener afin di prévenir les échecs dus à l'insuffisance de ressources ;
- (vi) Avoir une tutelle unique du programme projet au niveau gouvernemental pour éviter la multiplicité d'injonction dans la gestion des projets ou programmes (cas de la protection légale et sociale de l'enfance);
- (vii) Sélectionner efficacement des ONG prestataires spécialement celles disposant des ressources humaines, les accompagner sur terrain et débloquer progressivement les fonds octroyés aux bénéficiaires après évaluation de chaque phase de l'exécution ;
- (viii) Apporter un appui organisation et institutionnel à toute ONG locale financée ;
- (ix) Promouvoir culture d'adoption des enfants abandonnés dans des familles d'accueil ayant une culture proche d t celle de leurs familles d'origine.

### **6.2.3. Femmes en situation difficile**

#### *Bonnes pratiques*

- (i) L'appui des activités développées par les femmes en difficulté (AGR, petit commerce, champs, etc.) par l'octroi des micro-crédits adéquats, précédé d'une formation en technologie appropriée et en gestion des micro-crédits ;
- (ii) L'octroi de lopins de terre aux veuves et autres femmes vulnérables pour les travaux champêtres et les activités d'élevage ;
- (iii) L'implication des femmes bénéficiaires dans les différentes étapes du cycle du projet (identification, élaboration exécution, suivi et évaluation) ;
- (iv) L'assistance ou l'accompagnement juridique des femmes traumatisées et maltraitées ainsi que la dénonciation des cas de viols et d'autres violences subies par les femmes et les jeunes filles.

*Recommandations :*

- (i) Que les Ministères des Affaires Sociales et des Finances facilitent aux associations à caractère social les démarches relatives au dédouanement et au retrait rapide des produits périssables et divers équipements provenant de l'extérieur, par le port de Matadi ;
- (ii) Que l'Etat et les bailleurs de fonds soutiennent les organisations et églises qui encadrent efficacement déjà des groupes vulnérables tels que les veuves, les filles-mères et les personnes vivant avec handicap en leur apportant un appui adéquat en matière de renforcement des capacités humaines et matérielles ;
- (iii) Que l'Etat stimule la réhabilitation du système d'épargne et crédit en prenant des mesures appropriées afin le soutenir financièrement les AGR des personnes vulnérables, notamment les femmes en situation difficile ;
- (iv) Créer et renforcer des mutuelles de santé pour faciliter l'accès aux soins de santé aux femmes et aux enfants vulnérables ;
- (v) Que l'Etat et les bailleurs de fonds s'assurent que la totalité des aides destinées aux vulnérables à travers les ONG et églises, atteignent effectivement les bénéficiaires, y compris les femmes ciblées ;
- (vi) Que l'Etat et les bailleurs de fonds veillent à ce que les coûts de fonctionnement des ONG ne dépassent pas 30% du financement destiné aux groupes vulnérables ;
- (vii) Réhabiliter et redynamiser les structures d'encadrement des filles et des femmes existantes (foyers sociaux, centres de prise en charge psychosociale, etc.)

**6.2.3. Personnes déplacées internes**

Les déplacés étant une catégorie transitoire, le but des interventions qui les ciblent devrait être le retour des PDI dans leur milieu d'origine.

*Bonnes pratiques :*

- (i) La promotion des interventions favorisant la sécurité économique des PDI, par exemple, «vivres contre travail», «vivres contre formation» et appui aux AGR;
- (ii) L'implication des bénéficiaires et des populations locales dans les activités pour une meilleure coopération ;
- (iii) La coordination des interventions de différents acteurs opérant dans une zone donnée en vue d'éviter la dispersion et le chevauchement des efforts ;
- (iv) Les interventions accompagnées de protection physique des PDI dans les sites contre les agressions et les pillages des bandes armées ;
- (v) Le rapatriement volontaire des PDI dans leur milieu d'origine ;

*Recommandations :*

- (i) Elaborer et adopter une méthodologie commune pour la collecte, l'analyse, et la dissémination des données sur les PDI ;
- (ii) Elaborer une matrice de vulnérabilité de différentes catégories des PDI ainsi que les différents types des communautés d'accueil en vue d'une meilleure connaissance du caractère et des problèmes relatifs au déplacement forcée ;
- (iii) Renforcer la coordination, le suivi et l'évaluation des interventions ciblant les PDI, y compris les aspects relatifs aux droits humains ;
- (iv) Accroître les ressources humaines, physiques et financières des intervenants locaux ;
- (v) Renforcer les interventions en matière d'assistance psychosociale et de trauma-counselling à fournir des cliniques mobiles aux intervenants afin d'améliorer l'accès aux soins de santé des PDI et des communautés d'accueil se trouvant en milieu rural ;

- (vi) Etudier les facteurs qui empêchent ou retardent le retour des PDI dans leur milieu d'origine.

#### **6.2.4. Personnes vivant avec handicap : Bonnes pratiques :**

- (i) Le déblocage progressif des moyens de financement des AGR et des micro-projets ;
- (ii) L'octroi des micro-crédits collectifs pour une gestion collégiale transparente et un suivi par le groupe ;
- (iii) L'accompagnement des activités ciblant les PVH par un appui organisationnel et institutionnel ;
- (iv) La prise en compte dans les interventions en faveur des PVH des problèmes majeurs d'intégration scolaire et la prise en charge médicale ;
- (v) L'adéquation entre les activités financées et les capacités physiques et mentales des PVH ;
- (vi) La prise en compte de problème de stigma et de rejet dans le choix des activités professionnelles à financer ;
- (vii) L'appui aux comités locaux de soutien aux PVH déjà opérationnels tels que mamans Bongisa du BDOM ;
- (viii) La mobilisation des contributions des familles et de la communauté de base pour faire face aux besoins des PVH.

#### *Recommandations :*

- (i) Adopter une législation sur l'indigence en RDC ;
- (ii) Intégrer dans le code pénal des dispositions condamnant les accusations de sorcellerie ;
- (iii) Renforcer la protection légale et sociale de la femme handicapée qui est particulièrement vulnérable ;
- (iv) Eviter le phénomène ghetto, cas de la cité construite pour les PVH à Ndjili-Brasserie ;
- (v) Promouvoir la médecine de réadaptation ;
- (vi) Sensibiliser les PVH sur le respect des lois de la République ;
- (vii) Promouvoir la prise en compte de la dimension handicap dans la construction des bâtiments et édifices publics ;
- (viii) Soutenir la fabrication locale des ai: pareils et autres matériels orthopédiques.

#### **6.2.5. Personnes vivant avec VIH/SIDA :**

##### *Bonnes pratiques :*

Il s'agit des pratiques susceptibles de réduire la dépendance des personnes vulnérables concernées, d'enraciner les pratiques de lutte ainsi adoptées dans la conscience et le comportement des membres de la communauté en vue de pérenniser la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA. Dans l'exécution du programme national de lutte contre le SIDA et les IST, cinq bonnes pratiques appliquées par les ONG méritent d'être renforcées. Il s'agit de :

- (i) L'implication de la communauté dans la lutte contre le VIH/SIDA notamment par la sensibilisation des communautés de base où vivent les PVV et leurs descendants ;
- (ii) La sensibilisation de la communauté à l'écoute des PVV en vue de les aider à sortir de la clandestinité et à les impliquer dans le combat contre la propagation du VIH/SIDA en luttant contre la stigmatisation, le rejet et la discrimination des PVV et en combattant les croyances erronées associées aussi bien à la contamination du VIH/SIDA, qu'à la vie des PVV et de leurs descendants ;
- (iii) La promotion du dépistage volontaire du VIH en montrant les avantages de connaître son état sérologique ;
- (iv) L'association de la médecine moderne et de la médecine traditionnelle dans la lutte contre le virus VIH et les infections opportunistes (cas de l'ONG ALPI+).

*Recommandations :*

- (i) Impliquer les familles et la communauté de base des PVV dans la lutte contre le VIH/SIDA en les sensibilisant dans les différents milieux : écoles, ménages, églises, entreprises etc. ;
- (ii) Aider les PVV à sortir de la clandestinité en luttant contre la stigmatisation, le rejet et la discrimination en combattant les croyances erronées associées à la contamination ;
- (iii) Promouvoir le dépistage volontaire du VIH/SIDA en mettant en exergue les avantages de connaître son état sérologique, le SIDA n'étant plus mortel au cas où la personne infectée est pris en charge à temps ;
- (iv) Utiliser l'approche pairs-éducateurs comme relais communautaire de transmission du message de lutte contre le VIH/SIDA et de prise en charge des PVV entre les unités des soins et la communauté de base ;
- (v) Renforcer l'association de la médecine moderne et traditionnelle pour la lutte contre le VIH/SIDA ;
- (vi) Appuyer la formation et les activités des volontaires contre le SIDA (VOCOSI) en vue d'une réelle implication de la population par la connaissance du VIH/SIDA ;
- (vii) Appuyer les initiatives des PVV destinées à renforcer leurs capacités de se prendre en charge.

**6.2.6. Les personnes de troisième âge sans soutien :***Bonnes pratique :*

- (i) Le soutien des familles dans la prise en charge et la réinsertion familiale des personnes de troisième âge avec l'appui des différents partenaires (communautés, églises, ONG, bailleurs, etc.) ;
- (ii) La prise en charge communautaire des personnes de troisième âge en milieu rural.

*Recommandations.*

- (i) Améliorer les salaires des actifs en vue d'augmenter le taux de cotisations sociales et d'épargnes pour l'avenir ;
- (ii) Appuyer financièrement et matériellement les structures qui encadrent les personnes de troisième âge en créant des AGR pour leur autonomisation ;
- (iii) Promouvoir la consolidation des liens familiaux et intergénérationnels pour combattre le rejet et le stigma social dont sont victimes les personnes de troisième âge ;
- (iv) Sanctionner les familles qui abandonnent leurs vieillards (par l'Etat).

**6.2.7. Recommandations en enquêtes pour les groupes vulnérables:**

- (i) Etude sur le problème de la sorcellerie qui est à la base des dislocations familiales ;
- (ii) Elaboration d'une cartographie de la vulnérabilité en RDC avec la distribution géographique des risques et des s groupes vulnérables ;
- (iii) Etude sur la rentabilité des AGR menées par les personnes vulnérables ;
- (iv) Evaluation des dispositifs informels de prévention, d'atténuation et de réaction aux risques et à la vulnérabilité des groupes vulnérables dans les sociétés traditionnelles de la RDC ;

**6.2.8. Recommandations en enquête/études spécifiques pour chaque groupe vulnérable :***(i) Pour les enfants en situation difficile :*

- Etude du profil psychosocial des enfants vulnérables et des problèmes que pose leur réinsertion familiale ;

- Evaluation quantitative et qualitative de la situation des enfants de la rue dans les milieux urbains et sur leurs conditions de vie ;
- Evaluation de l'efficacité des pratiques communautaires de protection sociale de l'enfant vulnérable en milieu rural et urbain ;
- Etude des problèmes spécifiques de réinsertion sociale des enfants soldats ;
- Etude des facteurs de résistance de réinsertion familiale et sociale des enfants abandonnés (urgent).

*(ii) Pour les femmes en situation difficile :*

- Evaluation de l'efficacité des micro-crédits ciblant les femmes vulnérables (micro-crédits et la réduction de la vulnérabilité) ;
- Etude des risques et facteurs de risque spécifiques de la femme vivant avec handicap ;
- Etude des risques spécifiques de la femme vivant dans les zones en conflit.

*(iii) Pour les personnes déplacées inter tes:*

- Conception d'une méthodologie, commune pour la collecte, l'analyse, et la dissémination des données sur les PDI ;
- Etude d'une matrice de vulnérabilité de différentes catégories des PDI ainsi que les différents types de communautés d'accueil et leur niveau de vulnérabilité.

*(iv) Pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA et leurs descendants :*

- L'analyse du rôle de la famille et de la communauté dans le bien-être des PVV ;
- L'impact de la réunification du pays sur la propagation du VIH/SIDA et l'augmentation des PVV ;
- Etude des facteurs favorisant l'implication des PVV dans la lutte contre le VIH/SIDA et ceux favorisant les PVV de sortir de la clandestinité.
- Comment rendre les PVV économiquement productives et socialement utiles ?

*(v) Pour les personnes vivant avec handicaps :*

- Des études qualitatives et quantitatives des risques et besoins spécifiques à chaque catégorie de handicap et les stratégies appropriées pour leur intégration socio-économique.

*(vi) Personnes de troisième âge en situation difficile :*

- Etude sur les risques et la vulnérabilité des personnes de troisième âge sans soutien en milieu urbain en RDC.



**Annexe 1 :**

**TERMES DE REFERENCE  
REPUBLICQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
EVALUATION DU RISQUE SOCIAL**

**Contexte**

La Banque mondiale ne s'est réengagée au Congo que récemment; ses activités dans le pays sont donc guidées par la Stratégie Transitoire de Soutien (juillet 2001) et un Document de Stratégie Intérimaire pour la Réduction de la Pauvreté (mai 2002). Ce document (DSRP-I) indique que le revenu par habitant a baissé de 307 \$ en 1970 à 107 \$ en 2001, laissant environ 80% des 52 millions de Congolais vivre avec moins de 0,20 \$ par jour. Des années de régimes corrompus et la généralisation du conflit armé ont abouti à un effondrement des services gouvernementaux. Seuls les ONGs et les groupes religieux dispensent les quelques services sociaux en place. Avec la baisse de l'intensité des combats et le retrait des forces étrangères, le Gouvernement du Congo a présenté un ambitieux programme de relance des activités pour essayer de sortir le pays de la pauvreté. Pour une bonne exécution de ce programme, des informations supplémentaires sur la pauvreté sont nécessaires, en particulier sur les risques auxquels font face les pauvres et leur manière de gérer ces risques.

Les efforts pour comprendre les genres et l'ampleur des risques auxquels font face les pauvres et la pertinence des stratégies préventives, formelles et informelles, d'atténuation et de survie mises en place au Congo, est un préalable nécessaire au développement d'une stratégie efficace de réduction de la pauvreté, incluant la gestion des risques sociaux comme partie intégrante de son cadre analytique. A cet effet, une Evaluation du Risque Social est programmée. Ce travail sera également une contribution importante au Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP) et à la Stratégie d'Assistance au Pays de la Banque mondiale en cours de préparation.

Le Programme d'Urgence Multi-sectoriel pour la Reconstruction et la Réhabilitation, financé par la Banque mondiale et approuvé en juillet 2002, comporte un volet de financement des prestations de services aux groupes vulnérables; par ailleurs, il prépare une stratégie de protection sociale pour améliorer les interventions d'ensemble en faveur des pauvres.

**Objective**

L'analyse des risques fournira rapidement une évaluation des risques et des groupes à risque au Congo et aidera à déterminer les activités qui pourraient être initiées en vue d'aider plus efficacement dans la gestion des risques en faveur des pauvres et des catégories les plus vulnérables, à la fois dans le contexte des projets en place, de la préparation d'une stratégie de protection sociale nationale et de la conception de nouveaux projets.

Plus précisément, l'étude portera sur les points suivants :

- (a) Procéder à une analyse des principaux risques auprès des groupes à risque et à une analyse des stratégies utilisées pour gérer ces risques;
- (b) examiner les programmes de filets de sécurité mis en place et évaluer leur rapport avec les risques et les groupes à haut risque observés, et
- (c) aider à l'élaboration d'une stratégie de protection sociale pour le Congo.

## Méthodologie

Quatre groupes d'activités ont été programmés et une demande de financement est en cours pour les trois premiers, ceux-ci devant être exécutés durant l'exercice budgétaire en cours :

- (1) L'Évaluation des données quantitatives : au Congo, les données fiables sont rares et/ou de qualité variable. Une évaluation de ces données sera entreprise dans la mesure du possible et l'exploitation de ces données servira à la préparation d'un profil préliminaire des risques des ménages et des personnes du Congo. Les variations régionales seront identifiées. Les problèmes de données liées à une analyse exhaustive des risques et à l'évaluation de la précarité seront identifiés et feront l'objet de discussion. Les déficits importants en matière de données seront mis en évidence et des recommandations seront formulées à l'équipe du gouvernement impliquée dans l'élaboration de la stratégie de protection sociale. Ces recommandations porteront sur la manière de combler au mieux ces déficits.
- (2) Classification des principales sources, des degrés de risque et des groupes à risque au Congo. Les principales questions à se poser sont les suivantes: quelles sont les principaux risques dans les différentes parties du pays?; lesquels sont dus à la situation générale du pays et/ou de la Région?; lesquels relèvent de l'individu?; quels sont les groupes concernés par les risques?; peut-on regrouper ces risques dans des catégories suivantes: Naturel, Cyclique, Social, Economique, Genre, etc., et peuvent-ils être classés en termes de relative importance? Une revue de la documentation existante peut permettre de faire une liste complète des risques et de les regrouper. Une évaluation rapide (évaluation qualitative) pourrait être envisagée pour combler le déficit en termes de couverture géographique et de groupe.
- (3) Identification, description détaillée et évaluation des préventions de risques mises en place, et stratégies de réduction et de survie au Congo. Ce travail inclura une évaluation des interventions publiques et privées dans la gestion officielle des risques ou les filets de sécurité, en termes de couverture, de coût et d'impact. Ceux-ci comprendront les plans de retraite, les fonds sociaux, l'assurance agricole, les agences nationales d'aide d'urgence, etc. Les initiatives informelles en matière de gestion des risques de même que les pratiques des individus, des groupes et des communautés seront aussi examinées. Une étude de la documentation existante, des documents ainsi que les évaluations rapides peuvent être utilisées.
- (4) Consultation avec les acteurs et utilisation des rapports préliminaires des activités 1, 2, 3 pour préparer un Document sur l'Évaluation du Risque Social au Congo. Ceci sera un précurseur au développement d'une Évaluation du Risque et de la Précarité plus complète et à l'élaboration d'une Stratégie de Protection Sociale. Cet exercice comportera un atelier national avec la participation des officiels des agences gouvernementales, de la société civile, des responsables du secteur privé qui s'occupent de gestion des risques, et des bailleurs de fonds. Cet atelier sera organisé conjointement avec le Ministère des Affaires Sociales et des autres bailleurs de fonds qui soutiennent le projet.

## Annexe 2 : Liste des références

DOC	Date	Titre du document	Organisation/auteur
1	20020700	Enquête Nationale sur la Situation des Enfants et des Femmes MICS2/2001	DRC, UNICEF, USAID
2	20010000	Mortality in Eastern DR 2, Results from Eleven Mortality Surveys Final Draft	IRC, international Rescue Committee, Les Roberts, IRC Health Unit
3	20011200	Violence and Access to Bealth in DRC- Results of five epidemilological surveyrs	MSF - Médecins Sans Frontières
4	20020600	The War Within the War — Sexual Violence Agains Women and Girls in Eastern Congo	Human Rights Watch
5	20000900	Poverty Among Widows of Kinshasa, Congo	Stan D'Souza in: J Health Popul Nutr, 2000 Sep; 18 (2) 79-84, ICDDR, Centre for Health and Population Research
6	20021219	Profile of Internal Displacement: DRC. Compilation of the Information Available in the Global IDP Database of the Norwegian Refugee Council	IDP Global Idp Project, Norwegian Refugee Council
7	20010800	No End in Sight. The human tragedy of the conflict in the DRC	Oxfam Gb, Save The Children, Christian Aid
8	20000000	DRC 2000: Medical data; F humanitarian Data; Far reaching programs extend basic care to millions; Attitude of the international community; MSF recommendations to the international community	Médecins Sans Frontières From The 2000 Msf
9	20020000	DRC 1992-2002: 10 years of Conflict Violence and Human Suffering	MEDECINS SANS FRONTIERES
10	20020300	Document Intérimaire de Stratégies de Réduction de la Pauvreté. République Démocratique du Congo	WB AFTP3 Africa Région
11	19950200	Rapport Final de l'enquête sur la situation des enfants et des femmes au Zaïre	ENSEF-ZAIRE MICS-UNICEF
12	19990000	Etat des Lieux du secteur de la Santé Profil Sanitaire du niveau central, des provinces, des zones de santé, et des ménages	Ministère de la Santé
13	20000800	Enquête Nationale sui l'Habitat et le Profil Socio-économique des ménages en milieu urbain	PNUD, CNUEH-HABITAT Min. des travaux publics, aménagement du territoire urbanisme et habitat
14	20010000	Mortalité de la Population de Kinshasa en l'an 2000	OCHA
15	19970300	Etude ethno-.culturelle sur le SIDA au Zaïre	OMS Lapika Dimofu Kambamba Sola Ami
16	19900000	Les enfants de personne	Dr. Masiala ma Solo Editions enfance et paix
17	200030200	Plan Directeur de la Reforme du Régime de Gestion des Retraites et Rentiers de la RDC	Min. de la Fonction Publique, Secrétariat Général aux Retraites et Rentiers
18	19990000	Rapport mondial sur le Développement humain 1999	PNUD

Doc	Date	Titre du document	Organisation/auteur
19	20030000	CAP – Consolidated Inter-Agency Appeal – DRC	OCHA
20	00000000	Programme National d'insertion Socio-Economique et de Prise en Charge des Groupes Vulnérables	Min. des Affaires Sociales et Famille BIT PNUD
21	00000000	Infection a VIH/SIDA à RDC	PNLS
22	19990500	Le Pont sur l'Epidémie du VIH/SIDA en RDC	Jack Kokolomami, Surveillance Epidemiologique, PNLS
23	20030000	Etude sur les Femmes en Situation Particulièrement Difficile Rapport de consultation	Ministère des Affaires Sociales BIT et PNUD
24	20010000	Emergency Humanitarian , Social and Cultural Programme, Humanitarian, Social and Cultural Commission	PNUD
25	20020400	Consolidated Inter-Agency Appeal 2001	OCHA
26		The Displaced Children nd Orphans Fund (USAID ) – Abandonment and Separation of Children in the Democratic Republic of Congo	Lynne Cripe, Daniel Curran, Lloyd Feinberg, Danuta Lockett, Beth Verhey (consultants)
27	20011000	Analyse de la Situation et Idenfitificaiton des Problèmes de la Population en République Démocratique du Congo	Direction de Population et Ressources Humaines, Ministère du Plan et de la Reconstruction Humaines (sous traitance réalisée par le Département de Démographie, Université de Kinshasa)
28	20020300	Rapport E Epidemologique Annuel des Maladies à Potential Epidémique sous Surveillance en RDC 2001	Direction de l'épidémiologie grandes endémies et médecine préventive, Ministère de la Santé
29	19970300	Etude sur la Situation des Personnes Handicapées à Kinshasa	Handicap International Association des Centres pour Handicapés de l'Afrique Centrale
30	19990400	Violences faites à la femme et à la jeune fille en République Démocratique du Congo	Pierre Gambembo Gawiya, consultant pour MAS et UNICEF (Fonds des Nations Unies)
31	20030500	Democratic Republic of Congo : Mid-Term Review (CAP2003)	United Nations, OCRA
32	20030000	Rapport d'enquête BDOM-PRONANUT	BDOM Ministère de la Santé/PRONANUT
33	20030200	Interagency mission on internal displacement in the Democratic Republic of Congo (26 January-8 February, 2003)	United Nations OCHA's Internal Displacement Unit
34	20030000	Deforestation in Central Africa-Significance and Scale of the Deforestation	CARPE, University of Mayland and NASA

DOC	Date	Titre de document	Organisation/auteur
035	20030000	Transparency International : Rapport mondial sur la corruption 2003. Rapports régionaux-Afrique Central	Transparency International, par Claude Kabemeba (le Rapport régional sur l'Afrique Centrale)
36	20030400	Demobilising and reintegrating child soldiers in North and South Kivu Provinces Experience and lessons learned-1990 to 2002	Save the Children Berth Verhey, Consultant
37	20020000	Rapport mondial sur le développement humain 2002-approfondir la démocratie dans un monde fragmenté	PNUD
38	20030000	Rapport mondial sur le développement humain 2003- Les objectifs du millénaire pour le développement : Un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine	PNUD
39	19991200	Bilan commun des pays (CCA)	PNUD
40	20000000	Statistiques des personnes 1 <sup>e</sup> troisième âge des hospices de la ville de Kinshasa	
41	20030300	Condensé d'informations statistiques	Banque Centrale du Congo
42	20030000	Estimation du FMI à partir des données fournies par la Direction des Trésors du Ministère des Finances	FMI
43	20020000	Wounded Childhood	BIT, Report
44	20030400	Mortality in the DRC : Results from a National wide Survey	IRC
45	20010000	Rapport annuel CICR	CICR
46	20000000	Rapport annuel UNICEF	UNICEF
47	20000200	Gestion du risque soda : cadre théorique de la protection sociale. Document de travail N° 0006 sur la protection sociale. Version Française	Hohmann, Robert And Jorgensen, Steen, Social Protection, Human Development Network, The World Bank,
48	19971100	Programme national de relance du secteur agricole et rural (1997-2001)	PNUD/UNOPS
49	20020524	Interim Poverty Reduction Strategy Paper and Joint IDA-IMF Staff Assessment. DRC	World Bank AFTP3 Africa Region Report No. 24216
50	20020400	Consolidated Inter-Agency Appeal 2002. Democratic Republic of the Congo	OCHA
51		Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections, DRC 2(X)2 Update	UNAIDS, UNICEF AND WHO
52	20030124	Rapport annuel d'activités- Exercice 2002	Direction de l'Action Sociale – MAS
53	20030900	Rapport du passage de la séropositivité 2003 Phase I	Ministère de la Santé- PNLS



3 avril	International Rescue Committee (IRC)	M. Werner Wansant, directeur national,	081 884 12 81 Des nouvelles enquêtes 8. avril
---------	--------------------------------------	--	--

Date	Organisation	Personnes rencontrées	e-mail téléphone
3 avril	IRES, Université de Kinshasa	Prof Lututala Mumpasi, Directeur, IRES,	
4 avril	Ministère de la Famille	Mme Lisika-Marie, Directeur, CENADIF M. Katalay Mashuwa, Directeur Technique	0818108103 230 98216947
4 avril 19 juin 26 juin	PNUD	M. N'Tambwe M. Kalombo, Conseiller Chargé des Questions d'Urgence et de Réhabilitation  M. Joseph Lititiyo Afata, Conseiller au Programme M. Daniel Mukoko Samba, Economiste, Strategies and Policies Advisor Mme Engulu Basangu, Assistant au Programme, M. Jean-Claude Nwaha, Conseiller Spécial, M. Gustavo Gonzalez, Chef d'Unité, Unité Post Conflict	ntambwekal@undp.org josephlititiyo@undp.org. 8801382 0818103774 (Mukoko) 9941884 (Basongo) 9944267 (Nwaha)
4 avril 19 juin 26 juin	OCHA	M. Michel Nouredine Kassa, Chef de Bureau  M. Luc Heymans, senior field coordinator  M. Nestor Yombo-Djema, Assistance Information Officer	kassan@undp.org 88 455 73 Nestoryombo.djema@undp.org
4 avril	Oxfam- Quebec	M. Nadir Ait- Si Selmi, coordonateur national	880 54 12
4 avril 7 mai	Maison des vieillards, Hospice St. Pierre, Arche Louis XVI de Kinshasa	Soeur Odette Diantama Bestemmane (4. avril)  5 vieillards (7 mai)	
5 avril	Ministère de Plan	Mme Likele Monique, Directeur, Direction des Secteurs Sociaux M. Muyilulu. Bavon, chef de Division, Direction des Secteurs Sociaux M. Mbala Sungu, chef de Bureau, Direction des Secteurs Sociaux M. Kiyimi Nickel, chef de Division Direction de la Population et des Ressources Humaines M. Kasongo, chef de Division, Unité technique de coordination PMURR M. Kayeye, chef de Bureau, Direction des Secteurs Sociaux	
5 avril	Ministère de l'Éducation Nationale	Prof. Masiala ma Solo, Vice-Ministre, Président de l'ONG Centre de la Famille et de L'Enfant	masialal@yahoo.fr
7 avril	GRET	M. Marc Rodriguez, M. Alexis Lukaku Nzinga, consultant statisticien M. Makaya, consultant, démographe	marcrodigeza@Africa nus.cd 8845812 98274593

			Alexis_Lukaku@yahoo.fr
7 avril	P N L S-Programme National de Lutte Contre le Sida et les IST	Docteur François Lepira Bompeka, Médecin Directeur Jack Kokolomami, Directeur du programme, MPH, C.D. Surveillance Epidémiologique	dirpnls@ic.cd 99 56 118
<b>Date</b>	<b>Organisation</b>	<b>Personnes rencontrées</b>	<b>e-mail téléphone</b>
8 avril 14 mai 24 juin	Banque Mondiale	M. Onno Rühl, Représentant Résident M. Souleymane Sow, Senior Operations Officer, Chargé des secteurs sociaux Mme Roisin De Burca, Expert en Démobilisation et Réinsertion, Programme multi-pays de Démobilisation et Réinsertion Région Afrique	Ssow@worldbank.org
8 avril	UNICEF	Mme Innocente Bakanseka, Administrateur Adjoint à la section Protection Mme Trish Hiddleston, Chargée de la Protection M. Jan Scholten, Directeur de la Planification	Ibakanseka@unicef.org
8 avril	OMS	Mme Flora Chirwisa, Chef de Programme FHP	0815996120
4 mai	La Fondation la Samaritaine, (La Congrégation des Soeurs de Sainte Thérèse de l'Archidiocèse de Kinshasa), Centre des filles orphelines et abandonnées	Soeur Jeanne Ilanda Mbo  6 filles orphelines	
7 mai	AMO-Congo	2 femmes, veuves (maris morts du SIDA) 1 orphelin (parents morts du SIDA) Eric MUKUMBI, Directeur provincial	99 51 490
7 mai	Programme National contre la Tuberculose (PNT) Département de la Santé, Ministère de la Santé	Dr. Etienne Bahati, Directeur Dr. André Ndongosieme, Directeur Adjoint Dr. Émile Nkoko, Conseiller Dr. Gertar Je Lay, chargée Epidémiologie AG Paulin Kisalanbote, Administrateur Gestionnaire	
7 mai	ORPER - Oeuvre de reclassement et de protection des enfants de la rue	Prêtre Zbigniew Orlikowski Papa Paul XXXX, chargé XXX Mme. XXX, enseignante dans le centre d'accueil des Filles. Des jeunes filles (6-12 ans) vivant dans le centre d'accueil	orzib@yahoo.fr  98182564
7 mai	Je Gagne Ma Vie Coopérative des artisans handicapés, Kinshasa	M. Mununi Paul, Président M. Tualulua Wamuini Simon Mme. Mari Kalenda M. Kabuikis-Dienda Albert M. Makuku Henriette M. Omoyi Sungumadi Mme. Mosempo Caroline M. Pierre Ngambali M. Ebengi Jean-Pierre	
24 juin	Action Contre la Faim- Mission RDC	Mme Cathy Skola, Chef de Mission	acfusa.kin@raga.Net
24 juin	CARE-International	M. Alain Pillet, Directeur	pilletcarerde@micronet.cd
26 juin	Handicap International	M. Step lane Devys, Directeur des Programmes RDC M. Tawaka, Chargé de Programme	handicaprdc@raga.net



	(ix) Kikwit et Vanga		
3 mai	Mairie Kikwit	M.Kanji Sangu Pamba	
4 mai	Chef de bureau Ministère des Affaires Sociales et son Staff	M.Kusikidila Uyinduhatu J.B., Chef de Bureau Mme. Babens Mbongu Nzazi ; Directrice CPS M. flung Kabasele, Chef de Bureau Lukemi M. Nsanga Mpimpa Mbulu, Inspecteur social	

Date	organisation	Personnes rencontrées	E-mai/ téléphone
4 mai	Village : NDunga Terr. : Sec. : Tribu : 17 km de Kikwit	Chef de village Groupe hommes : 13 Groupe femmes : 14	
5 mai	Chef de bureau MAS et son Staff	M.Kusikila Uyinduhatu J.B., Chef de Bureau Mme. Mabens Mbongu Nzazi ; Directrice CPS M. Ilunga Kabasele, Chef de Bureau Lukemi M. Nsanga Mpimpa Mbulu, Inspecteur social	
5 mai	Division Médical	Dr. Narri Lufungula, Médecin Chef d'Antenne PEV M. Ngwanza Casimir, Adm. Gest. Inspection Urbaine M. Kitoko Asmen, Sec. Inspection Urbaine	
5 mai	PNLS	M. Auguy Makessa, Chargé de la communication	
5 mai	UNAF	Mme. Lufuabantu Evelyne, Vice — Présidente M. Selego Séraphin, Secrétaire Permanent Mme. Meya Annette, Caissière Mme. Meme Evelyne, Charge de la Cantine Mme. Malu malu Octavie, Réceptionniste Mlle. Justine Kakesa, Présidente DJFC Mlle. Lyly Kite, Caissier DJFC M. Nicolas Muntaba, Gérant et conseiller	
6 mai	Village : B. A. Mukoko Terr. : Bulungu Sec. : Kilunda Tribu : Mbala 45 km de Vanga	Chef de village Groupe hommes : 7 Groupe femmes: 13	
7 mai	Village : Kondji Terr. : Bulungu Sec. : Kuilu Kimbata Tribu : Humbu 2 km + fleuve de Vanga	Chef de village Groupe hommes : 15 Groupe femmes: 12 Groupe jeunes : 22 Groupe veuves : 5	
7 mai	Personnes ressources Vanga	11 [me. Balapio Mwanabulu, V-Pres. Gpe de mamans Mme. Misiemo Diadia, Pres. Groupe de mamans	
7 mai	Hôpital Vanga	D r. Mpoo Mpoto Alfred, Medecin Directeur D Mbuyi Marie-Claude, Médecin Chef de ZS Vanga	
8 mai	Marche Village : Kilusu Terr.: Bulungu Sec. : Kilunda	M Mbungu Mayema, Chargé de la perception de taxes des marchés du secteur Vendeurs	
8 mai	Village : Kimanu Terr : Bulungu Sec. : Kilunda Tribu : Mbala 25 km de Vanga	Village à refusée interview	
8 mai	Village : Kikwit Mimvala Terr. : Bulungu Sec. : Kilunda Tribu : Mbala	Che de village Groupe hommes : 25 Groupe femmes : 16	

	5 km de Vanga		
12 mai	La Banque Mondiale	Mme Tina Singleton Mme Irène Esambo, consultantes sur l'étude de la Pauvreté et les handicapés en RDC	
6 juin	BIT	M. Roger Nkambu Mavinga, Program Assistant	982 93011

Date	organisation	Personnes rencontrées	e-mail/ Téléphone
6 juin	Save the Children U.K.	M. Javier Aguilar Moline, Coordinateur - Protection Sociale Stephen Blight, Directeur	Sckin-protection@ Jobantech.cd 981107705
9 juin	Ministère du Travail et de Prévoyance Sociale	Mme Henriette Tshumuanga Minchiabo Secrétariat Général au Travail	8954 074
13 juin	Ministère des Affaires Sociales	M. Kabeya Gibisi, Directeur Direction de l'Action Sociale M. Ngalumuini, Chef de Division Unique Secrétariat Général lux Affaires Sociales	
14 juin	Ministère des Affaires Sociales	M. Botiho Kumiendjofu, Directeur Chef de service Centre d'Action ; Sociales Intégrées M. Tshitende, Directeur CENAPHI M. Mogbokoma, Directeur Chef de service, Service National l'Actions Médico-Sociales M. Mpinda, Directeur Chef de service Direction de Coordination des Activités de Réadaptation des Personnes handicapées	98177301
15 juin	Ministère des Affaires Sociales	M. Kande Directeur Chef de service Direction des Interventions Sociales de Protection de l'Enfant M. Ngindu Kinkonka, Chef de services généraux Centre Féminin Marie-Antoinette	99 54978
16 juin	Ministère des Affaires Sociales	Mme Penelombe, Chef de Division Urbaine des Affaires Sociales	
18 juin	Ministère de la Santé	Dr. Makamba, Coordonnateur de la DEP/Santé	99 16015
19. juin 20 juin	PAM - Programme Alimentaire Mondial	M. Today I Dray, Chargé de Programme Mine Alimo Davu-Chargée de la documentation et M. Bernard Busnado, Chargé des programmes à Kinshasa M. Baudoin Maless, Chargé du suivi du programme dans la ville de Kinshasa	8803930 (Toray) 8801676 (Busnado) 0815046940 (Maless)
19 juin	IDEF	Mme charlotte Mwarabu, Présidente	99 45607
19 juin	CONAFED	Mme Elise Muhimuzi, Secrétaire Permanente	99 18406
19 juin	World Vision	Mr Henry Mukanya, Kinshasa Representative	0814005006
19 juin	MSF – Médecins sans Frontières	Mme Catherine van Overloop, Responsable Projet SIDA M. Djimadoun Nadjinangar, Coordinateur Médical	msfb@joban tech.cd 98428305 (0) 98587860 (N)
20 juin	Médecins du Monde	M. Jean-Luc Lambert, Coordinateur général	081 9949727
20 juin	FOLECO- Fédération des ONGs Laïcs à vocation Economique au Congo	Mme Salua Nour, Représentante Coopération Technique allemande M. André Tshula nkunku, Secrétaire Exécutif National M. Balienss Bajija, Chargé de Planification et Suivi	8800698  0815202454  99 32 050
21 juin et 24 juillet	Ministère Aff. Soc. S.G. à la famille	M. Ngunz, Coordonnateur Adjoint DEP/Famille	
21 juin	Eglise Kimbanguiste	M. Mbayi Shikayi, Chef de Département des	89 74 537

		Affaires Sociales	
21 juin	Ministère de la Jeunesse	M. N'fan Mushid, Secrétaire Général à la Jeunesse	081 5182851
23 juin	Fédération Nationale des Femmes Protestantes	Rose Biasima Lala, Présidente nationale et Secrétaire générale adjointe du Département des Femmes et Familles de l'Eglise au Christ au Congo	98 138273

Date	Organisation	Personnes rencontrées	E-mai/ Téléphone
23 juin	Association de Bien - Etre Familial/ Naissance Désirable	M. Jules Luanga Kadinash, Chargé des activités des jeunes	99 38074
23 juin	JRS	M. Victor Wilonda, Directeur national	99 05172
24 juin	Economat de l'Archidiocèse de Kinshasa	M. l'Abbé Bosanga, Directeur a.i.	99 30867 89 42804
26 juin	Croix Rouge Belgique	Mme. Francine Dal, Chef de Projet Enfants Ex-soldats	Crb-kinshasa@raga.net 98292092
27 juin		Mme Beth Verhey, Consultante, International Child Protection Consultant	bverhey@compuserve.co
1 juillet	Save The Children	M. Stephen I light, Directeur de Programme	pdredre@jobantech.cd
1 juillet	Catholic Relief Services-CRS	M. Joseph J.Curry, Chargé de Projet M. Laurent Luzolele Chargé de Projet	
4 juillet	Mouvement des Mamans Veuves, Archidiocèse de Kinshasa	Abbé Marie-Patrick Monga Mpiana, Aumônier diocésain des veuves	99 17 869 89 26 889
4 juillet	FOMETRO	Dr. Kapesa Laurent, Coordinateur Médical (Point focal SIDA)	marie-patrickmonga@yahoo.fr
4 juillet	Programme National de Santé de Reproduction	Dr. Musuamba, Directeur du Programme	98 188 904
7 juillet	PSI-ASF	Bibiche Mvumbi Luzolo, Chargé du Projet Commercial sexual workers (CSW) Anne K. Glick, Responsable du Projet VIH/SIDA	99 33 042 bibichemvumbi@yahoo.fr 99 43 439 amickglick@psicongo.org
7 juillet	Programme National de Promotion de Femme Congolaise	Mme Mavuela, Coordinatrice du Programme Mme Mputela, Expert en promotion socio-économique de femme	99 20 798 98 391 475
8 juillet	Union Européenne	Mme Mallaun Joséphine, Responsable des projets	98 479 003
8 juillet	Centre de Développement Intégral CDI-Bwamanda	M. Ngaliko, Administrateur du projet	99 40 024
9 juillet	Société de Coopération pour le Développement International SOCODEVI	Mme Lise Corbeil, Chef du projet	081 510 9413
10 juillet	Fondation Femmes Plus	Mme Thérèse Omari, Responsable provincial	99 43 439