

**AUCUNE PERSPECTIVE EN VUE**

**LA TRAGEDIE HUMAINE DU CONFLIT EN  
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**

**AOÛT 2001**

## Table de matières

<b>1. RESUME EXECUTIF .....</b>	<b>3</b>
<b>2. RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>6</b>
<b>3. COUP D'ŒIL SUR LES FAITS PRINCIPAUX .....</b>	<b>8</b>
<b>4. INTRODUCTION .....</b>	<b>9</b>
<b>5. CONTEXTE .....</b>	<b>11</b>
<b>6. LES ENFANTS SOLDATS .....</b>	<b>19</b>
<b>7. LA SANTE .....</b>	<b>21</b>
<b>8. ACCES A L'EAU POTABLE.....</b>	<b>29</b>
<b>9. L'ACCES A LA NOURRITURE.....</b>	<b>32</b>
<b>10. LE VIH/SIDA .....</b>	<b>37</b>
<b>11. EDUCATION .....</b>	<b>40</b>
<b>12. CONCLUSIONS .....</b>	<b>43</b>

Oxfam GB est présent en République Démocratique du Congo depuis presque 40 ans. Depuis 1994 ; la plus grande partie de son appui était basé sur l'urgence en réponse au niveau toujours croissant de besoin humanitaire. Actuellement, Oxfam GB aide plus de 500 000 personnes vulnérables à répondre à leurs besoins en santé, en se concentrant sur la fourniture d'eau potable, les installations sanitaires et la promotion de l'hygiène partout en RDC.

Save the Children (UK) travaille en RDC depuis 1994. Il gère des programmes d'urgence et de réhabilitation, mais il cherche aussi à influencer les politiques et les pratiques dans le but d'atteindre les bénéfices durables pour les enfants dans leurs communautés. Actuellement, il travaille dans les domaines de la santé, de la protection de l'enfant, de la sécurité alimentaire et de la nutrition partout dans le pays.

Christian Aid travaille en RDC depuis les années 70 dans le domaine de l'aide et appui aux partenaires locaux dans le développement et les urgences. Christian Aid est non-opérationnelle et met beaucoup d'accent sur le renforcement des capacités de ses partenaires locaux. Les activités principales sont concentrées dans les secteurs de la sécurité alimentaire, urgences, paix et réconciliation, éducation civique, santé (lutte contre le SIDA) et la plaidoirie.

## 1. Résumé exécutif

En Août 1998, la République Démocratique du Congo a été plongée dans une seconde guerre en moins de deux ans. Aujourd'hui, exactement trois ans après, le pays se débat encore dans un conflit très complexe, dont les effets sur la population congolaise donnent un bilan sans précédent. Ce rapport offre un portrait du niveau de profondeur de la crise humanitaire, laquelle se traduit par la mort et la souffrance de millions de personnes. Il illustre aussi l'immense écart entre le niveau des besoins humanitaires et la réponse humanitaire effective à travers la R.D.C. Une guerre d'une telle ampleur justifie une réponse plus énergique et mieux coordonnée entre les agences, les bailleurs et les leaders internationaux plus que cela n'a pas été le cas jusqu'à présent.

Depuis Janvier 2001, le contexte politique a significativement changé. Après l'assassinat de l'ancien Président Kabila, un nouveau gouvernement a été mis en place en avril sous la conduite de son fils Joseph Kabila. Le gouvernement s'est ouvert au monde extérieur, a accordé un plus grand accès à la communauté humanitaire, a permis à la MONUC<sup>1</sup> de se déployer et a fait preuve d'une volonté d'appliquer les dispositions contenues dans les Accords de Paix de Lusaka (1999). Ce gouvernement a aussi adopté une série de mesures économiques courageuses sans compensation sociale. Malgré ces signes de progrès, et le récent retrait des troupes de la ligne de front, les conditions de vie continuent à se détériorer pour les populations. Beaucoup de congolais oscillent entre la vie et la mort.

L'insécurité dans la partie Est de la RDC n'a fait que s'empirer après le redéploiement des troupes venant de la ligne de front vers les zones riches en minerais. Il y a eu résurgence de combats entre les différents groupes armés. L'une des forces motrices actuelles du conflit est le désir des factions en guerre d'avoir accès aux vastes ressources minérales de la RDC et de les contrôler. Cette avidité a causé la souffrance de millions de personnes dont aucune ou presque n'a bénéficié des richesses qui sont créées. **Les conséquences humanitaires de la guerre sont la première préoccupation d'Oxfam GB, de Save the Children UK et de Christian Aid.** Toutes ces trois organisations non-gouvernementales sont exceptionnelles car elles gèrent des programmes à travers tout le pays. Ce travail nous a procuré une vue générale du niveau des besoins et une analyse de la politique nationale.

Des chiffres fiables pour la RDC sont difficiles à obtenir. Faute d'accès et souvent de financement, il n'y a pas eu d'études nationales basées sur des données récoltées depuis le début de la guerre. Par conséquent, il n'y a pas eu d'analyse statistique récente de la situation humanitaire. Pendant que nous encourageons les Nations Unies et d'autres agences à lancer des initiatives tendant à la collecte de données récentes, nous pensons aussi qu'il y a assez d'informations disponibles pour fournir une bonne indication du niveau des besoins. Ce rapport rassemble quelques informations disponibles de la part des autorités, des agences des Nations-Unies, des ONGs et d'autres sources à travers la RDC. Cela concerne spécifiquement la situation humanitaire et n'examine pas les questions de justice et de droits de l'homme, qui ont aussi été affectées par le conflit.

La crise humanitaire en RDC a été décrite comme l'une des pires au monde. La guerre a conduit à des niveaux épouvantables de famine, de maladie conduisant souvent à la mort, et à d'innombrables cas d'abus de droits humains. Plus de deux millions de personnes sont des déplacés de guerre, dont la majorité est à l'Est de la RDC. Elles ont cherché refuge chez les amis, les familles ou chez des personnes inconnues, réduisant les ressources à un point tel que beaucoup de leurs hôtes ont été entraînés dans une pauvreté extrême.

---

<sup>1</sup> Mission de l'Organisation des Nations Unies en République démocratique du Congo

Les femmes et les enfants portent un poids disproportionné de la souffrance dans les situations d'urgence. Parmi les déplacés, il y a un grand nombre d'enfants, dont beaucoup ont été séparés de leurs familles. Le délabrement de l'infrastructure de l'Etat dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs l'a rendu complètement incapable de répondre aux souffrances toujours croissantes des populations.

La pauvreté, accentuée par la guerre, augmente la vulnérabilité des personnes à grande échelle. Il est estimé que plus d'un tiers de la population (16 millions de personnes) ont gravement besoin de nourriture. A Kinshasa, un grand nombre de personnes mangent à peine une fois tous les deux ou trois jours. Dans les zones sous contrôle de la rébellion, la situation est pire encore. Les régions du pays qui produisaient des denrées alimentaires destinées à l'exportation, telles l'Ituri et les Kivus sont maintenant ravagées par la faim ; le taux de malnutrition sévère pour les enfants de moins de 5 ans a atteint les 30%.

Les pauvres régimes alimentaires, les conditions de vie difficiles et l'abandon des programmes de vaccinations routiniers ont affaibli les gens, spécialement les enfants à un tel niveau que les maladies évitables comme la rougeole, la coqueluche et la peste sont entrain de resurgir et constituent une menace majeure. La malaria constitue la principale cause de décès dans tout le pays. Les maladies hydriques, telles la diarrhée, les verminoses et le choléra sont en nette augmentation. Les estimations modestes suggèrent que les soins de santé ne sont plus accessibles à au moins 18,5 millions de personnes. Les centres de santé et les hôpitaux à travers le pays sont délabrés à cause du manque de maintenance et dans l'Est, un grand nombre d'infrastructures hospitalières a été détruit par la guerre. De celles qui fonctionnent encore, nombreuses manquent de l'eau potable, un personnel qualifié, des médicaments et un équipement de base. Quand bien même les gens peuvent atteindre les installations médicales, nombreux sont ceux qui ne peuvent pas payer pour la consultation ou l'achat de médicaments. Le manque de nourriture et de soins de santé primaires est tellement grand qu'une ONG internationale a récemment estimé que jusqu'à 2,5 millions de personnes sont mortes dans l'Est de la RDC depuis le début de la guerre, dont pour la majorité des cas la cause est attribuable à la malnutrition et des maladies évitables<sup>2</sup>.

Outre les problèmes urgents d'alimentations et de soins de santé, la situation actuelle est à la base des crises socio-économiques à moyen et long termes en RDC. Au moins 4 enfants sur dix à l'âge scolaire ne fréquentent pas l'école, violant ainsi leur droit élémentaire à l'éducation. Ceci est dû à l'incapacité des parents à survenir aux frais scolaires de leurs enfants, au délabrement des bâtiments scolaires et au déplacement des populations. Pour une assez longue période, la RDC restera avec une main-d'œuvre non qualifiée et partiellement illettrée, mal-équipée pour participer à son développement futur. En plus, la guerre a créé des conditions conduisant à une propagation rapide du virus de VIH/SIDA. Le déplacement des populations, le délabrement des services de santé et les niveaux élevés de pauvreté ont tous contribué à sa propagation. La gravité du problème n'est pas encore visible, mais les effets sur la population, particulièrement les enfants et les vieilles personnes, seront probablement dévastateurs.

Les estimations actuelles suggèrent qu'il y a plus de 10 000 enfants soldats enrôlés dans les armées et dans les groupes armés en RDC. Il y a maintenant plusieurs milliers d'enfants dans les rues de grandes cités et villes congolaises. Ils travaillent souvent dans des conditions extrêmement dangereuses, aux risques d'exploitation sexuelle et de finir dans les forces armées.

Le conflit en RDC est une guerre régionale. Les acteurs internes et externes se battent pour le contrôle du territoire, spécialement des zones riches en ressources naturelles. Dans certains cas, des acteurs externes sont aussi en train de résoudre leurs propres conflits

---

<sup>2</sup> Mortality in eastern Democratic Republic of Congo, IRC, May 2001

internes sur le sol congolais. Des six pays impliqués directement dans le conflit, avec des troupes stationnées en RDC, quatre font face à des conflits internes : le Rwanda, l'Ouganda, l'Angola et le Burundi. Une solution pacifique à long-terme pour la RDC est interconnectée à la recherche des solutions pacifiques dans ces quatre pays, et en particulier au Rwanda et au Burundi. La région a besoin d'accords politiques durables, pas des compromis expéditifs, s'il faut qu'il y ait un impact sur la souffrance humaine en RDC et dans les autres pays.

Les conséquences humanitaires de la guerre en RDC sont horribles, comme le montre les informations disponibles actuellement auprès de la communauté humanitaire. A ce jour, l'assistance humanitaire fournie par la communauté internationale a été totalement inadéquate lorsqu'on considère en même temps le niveau de la souffrance humaine, et la comparant aux efforts déployés pour affronter les crises humanitaires dans d'autres régions du monde. Bien que les combats le long de la ligne de front ont plus ou moins cessé la souffrance humaine, elle, ne finit pas d'augmenter. Qui pis est l'Est du pays continue à expérimenter une insécurité significative en dépit d'un calme relatif sur la ligne de front. Une grande proportion des besoins humanitaires dans le pays reste insatisfaite et des milliers des personnes qui ont besoin d'assistance n'y ont pas accès.

## 2. Recommandations

Etant donné l'envergure de la crise, Oxfam GB, Save the Children UK et Christian Aid font les recommandations suivantes :

**1. Le gouvernement de la RDC et les parties en guerre doivent garantir l'accès en toute sécurité à toutes les populations civiles dans le besoin et permettre le libre mouvement au personnel humanitaire et les fournitures d'urgence à travers la RDC. Le Conseil de Sécurité des Nations-Unies, et les Etats membres des Nations-Unies doivent pousser toutes les parties en conflit à respecter le droit international humanitaire et garantir l'accès en sécurité. Plus encore, les Nations Unies doivent assurer la séparation entre les opérations civiles et celles de genre militaire.**

La protection des personnes déplacées et des civils - des attaques, la prévention de la séparation des enfants de leurs familles, la malnutrition ou la mort résultant des maladies curables – doivent constituer la priorité. Tous les belligérants doivent être contraints à respecter les principes humanitaires et les droits humains, et s'assurer que tout le personnel humanitaire a accès aux groupes vulnérables.

Afin d'améliorer l'accès aux groupes les plus vulnérables affectés par le conflit, la communauté de bailleurs internationaux doit appuyer les initiatives qui assurent le transport aérien non-militaire à l'usage des agences humanitaires.

**2. Les Nations-Unies doivent renforcer son leadership de la coordination humanitaire avec l'appui financier de la communauté internationale. Le gouvernement de la RDC et les parties en guerre doivent faire ce qui est en leur pouvoir pour faciliter ces initiatives.**

Un effort concerté pour améliorer la coordination des agences des Nations-Unies, les ONGs et les gouvernements bailleurs est exigé urgemment afin de faire face à l'envergure de la crise. Etant donné la géographie de la RDC, les difficultés d'accès humanitaire, l'insécurité continue et la complexité de la crise, une capacité de coordination d'aide exceptionnellement forte est essentielle.

Toutes les parties en conflit, y compris le gouvernement de la RDC doivent activement appuyer ces initiatives.

**3. Les gouvernements bailleurs doivent augmenter substantiellement leur financement de l'aide et la protection humanitaire, en reconnaissance de la souffrance humaine à grande échelle en RDC, l'une des pires crises humanitaires qui puisse exister.**

Bien qu'il y ait d'étapes positives franchies dans le processus de paix, cela n'a pas abouti à l'amélioration de la vie de la majorité des congolais. En fait, l'écart entre le niveau de la souffrance humaine et la réponse de la communauté internationale reste toujours horribant.

Un plus grand appui est urgemment nécessaire aux agences locales, les agences onusiennes et les ONGs internationales en RDC, ce dernier à travers l'Appel Consolidé Interagences 2001 pour la RDC du Bureau de Coordination des Affaires Humanitaires des Nations Unies. En travaillant avec les agences internationales et leurs partenaires locaux, les bailleurs doivent viser à atteindre les normes internationales d'aide d'urgence telles que

les standards de Sphère<sup>3</sup>, et soutenir le Code de Conduite des ONGs internationales et de la Croix Rouge pour les urgences humanitaires. La crise de la RDC met en lumière la nature déséquilibrée et inégale de la réponse de la communauté internationale à la souffrance dans le monde. Nous recherchons un nouvel engagement en faveur d'un droit équitable à l'assistance et la protection humanitaire par les gouvernements bailleurs.

**4. Les bailleurs doivent reconnaître et mettre en priorité les besoins des personnes les plus marginalisées, spécialement les enfants et les femmes. L'aide humanitaire doit être fournie à temps selon le besoin, avec accent spécial sur les plus vulnérables. Il y a aussi un besoin urgent de ressources pour une infrastructure de base en santé et en éducation. Les interventions à plus long-terme, y compris celles qui renforcent les capacités des organisations nationales et locales, seront nécessaires si nous voulons faire face à tous les besoins du pays.**

Une stratégie efficace de la part des bailleurs doit appuyer les programmes de soins de santé primaires et les initiatives d'éducation de base en faveur des femmes et des enfants déplacés. Une approche à long terme est nécessaire pour faire face à tous les besoins de la population congolaise. Durant les 40 dernières années, les églises et les organisations locales ont joué un rôle significatif dans la fourniture des services de santé et d'éducation. Un appui continu pour ces services est vital. Pendant que la catastrophe humanitaire en RDC doit être affrontée maintenant, il y a aussi une nécessité d'une aide à long-terme au développement et à la réhabilitation.

**5. La Communauté Internationale doit appuyer le processus de paix en RDC et d'autres processus de paix dans la région des Grands Lacs, dans l'espoir de trouver une solution durable à la crise régionale. Elle doit étudier comment user au mieux l'aide au développement d'une manière stratégique pour encourager le processus de paix. Le Conseil de Sécurité des Nations Unies et les Etats-membres des Nations-Unies doivent se préparer à critiquer ouvertement toute partie qui viole les accords déjà signés.**

Le conflit en RDC, qui a causé des telles proportions de souffrance humaine est aussi une guerre régionale. Les acteurs internes et externes se battent pour le contrôle du territoire, en particulier les riches zones en ressources naturelles. Dans certains cas, des acteurs externes sont aussi en train de résoudre leurs propres conflits internes sur le sol congolais. Il y a six pays directement impliqués dans le conflit et avec des troupes stationnées en RDC, parmi lesquelles quatre font face à des rébellions internes – Rwanda, Ouganda, Angola et le Burundi. Il est largement reconnu qu'une solution pacifique à long-terme pour la crise en RDC est étroitement liée à la recherche des solutions pacifiques dans ces 4 pays et en particulier au Rwanda et au Burundi. La région a besoin des accords politiques durables.

La Communauté Internationale doit étudier comment on peut utiliser au mieux l'aide au développement de manière progressive pour encourager les parties à avancer vers, puis dépasser les repères dans le processus de paix.

---

<sup>3</sup> Le projet Sphere a développé une charte humanitaire et des normes minimales associées à la charte. Les normes définissent les niveaux de service en approvisionnement d'eau, sanitation, nutrition, aide alimentaire, abris, planification des sites et soins de santé pour que la réponse aux besoins humains essentiels soit adéquate et qu'une vie digne soit restaurée.

### 3. Coup d'œil sur les faits principaux<sup>4</sup>

- Plus de deux millions de personnes sont des déplacées de guerre; dont 50 % sont dans l'Est de la RDC. Plus d'un million de déplacés n'ont absolument rien reçu comme assistance extérieure.
- Il est estimé que jusqu'à 2.5 millions de personnes en RDC sont mortes depuis l'éclatement de la guerre, pour nombreuses d'entre elles suite à des maladies évitables.
- Au moins 31% de la population, approximativement 18,5 millions de personnes n'ont pas accès à des soins de santé en dehors du système traditionnel.
- 16 millions de personnes ont un besoin aigu d'assistance alimentaire.
- Il y a 2.056 médecins pour une population de 50 millions ; de ce chiffre, 930 sont à Kinshasa.
- Le taux de mortalité infantile dans l'Est du pays a atteint 41% par an à certains endroits.
- Le taux de malnutrition sévère chez les enfants de moins de cinq ans a atteint 30% dans certaines régions.
- Le taux national de mortalité maternelle est de 1.837 pour 100.000 naissances vivantes, l'une des pires dans le monde. Un taux aussi élevé que 3.000/100.000 a été enregistré dans l'Est de la RDC.
- La RDC est classée le 152<sup>e</sup> sur 174 pays selon l'index de développement humain du PNUD. Une chute de 12 places depuis 1992.
- 2,5 millions de personnes à Kinshasa vivent avec moins que US\$1 par jour. Dans certains endroits à l'est de la RDC, les gens vivent avec US\$0,18 par jour.
- 80% de familles dans les zones rurales des deux Kivus ont été déplacées au moins une fois au cours des cinq dernières années.
- Il y a plus de 10 mille enfants soldats. Plus de 15% de combattants nouvellement recrutés sont des enfants de moins de 18 ans. Un nombre important d'entre eux a moins de 12 ans.
- Officiellement, il y a entre 800 000 et 900 000 enfants orphelins du SIDA.
- 40% de l'infrastructure de santé a été détruite dans la Masisi, Nord-Kivu.
- Seulement 45% de la population a accès à l'eau potable. Dans certaines zones rurales, ce taux est aussi bas que 3%.
- 4 enfants sur 10 ne vont plus à l'école ; 400 mille enfants déplacés n'ont pas accès à l'éducation.
- Sur 145 000 kms de routes, moins de 2 500 kms sont asphaltées

---

<sup>4</sup> Références données dans les différents chapîtres du texte.



## 4. Introduction

Ce rapport donne une image de la souffrance humaine que traverse la RDC comme conséquence de la guerre. Il démontre aussi l'ampleur de l'écart entre les besoins de la population et le niveau actuel de la réponse humanitaire.

La situation qui prévaut en RDC a été décrite comme l'une des pires crises humanitaires dans le monde<sup>5</sup>. Le pays est divisé en deux, en dépit du récent retrait des troupes de la ligne de front. La guerre conduit à une famine épouvantable, à la maladie, à la mort et à d'innombrables cas de violation de droits humains. Plus de 2 millions de personnes sont déplacées, et continuent à vivre dans des conditions précaires, dispersées à travers le pays. Il y a aussi des estimations de plus de deux millions de morts attribuables à la guerre et dont un bon nombre dûe aux maladies évitables<sup>6</sup>. Le délabrement de l'infrastructure de l'Etat dans le secteur de la santé et d'autres secteurs l'a rendu complètement incapable de répondre aux souffrances toujours croissantes des populations.

L'une des forces motrices actuelles du conflit est le désir des factions en guerre d'avoir accès aux vastes ressources minérales de la RDC et de les contrôler. Cette avidité a causé la souffrance à des millions de personnes, dont personne ou presque ne bénéficient des nouvelles richesses qui sont créées. **Les conséquences humanitaires de la guerre sont la première préoccupation d'Oxfam GB, de Save the Children UK et de Christian Aid.** Toutes ces trois organisations non-gouvernementales se distinguent par le fait qu'elles gèrent des programmes à travers tout le pays. Ce travail nous a procuré une vue générale du niveau des besoins et une analyse de la politique nationale. Les conséquences humanitaires de la guerre sont la première préoccupation de Christian-Aid, Oxfam GB et Save the Children UK.

Ce rapport se concentre spécifiquement sur la situation humanitaire et n'examine pas les questions relatives à la justice et aux droits de l'homme, qui ont été aussi affectées par la guerre. Pendant que Oxfam GB, Save the Children UK et Christian Aid travaillent avec leurs partenaires locaux, avec d'autres organisations humanitaires et avec les agences des Nations-Unies pour apporter un soulagement aux personnes les plus vulnérables, une grande proportion des besoins humanitaires reste insatisfaite. Comme l'accès humanitaire a été ouvert dans la partie ouest du pays, la différence entre l'envergure de la souffrance et l'assistance actuellement fournie devient de plus en plus claire. **Il y a un écart énorme entre le niveau de besoins humanitaires et la réponse humanitaire actuelle à travers la RDC.** Une guerre d'une telle ampleur justifie une réponse énergique, de plus grande envergure et mieux coordonnée parmi les agences, les bailleurs et les leaders internationaux.

Des chiffres fiables pour la RDC sont difficiles à obtenir. Par suite d'inaccessibilité et souvent par manque de financement, il n'y a pas eu d'études nationales à partir des données récoltées depuis le début de la guerre. Par conséquent, il n'y a pas eu d'analyse statistique récente de la situation humanitaire. Le gouvernement a peu d'information sur les zones sous contrôle des rebelles et les deux ont manqué de capacités de faire de la collecte de données une priorité. Il y a beaucoup d'endroits où les agences humanitaires n'ont pas pu accéder depuis des années. Le manque d'informations conduit souvent beaucoup de bailleurs internationaux et dirigeants politiques à s'interroger sur l'impact de la guerre et le niveau de l'assistance attendue.

Pendant que nous encourageons les Nations Unies et les autres agences à lancer des initiatives pour collecter des données récentes, nous pensons aussi qu'il y a assez

---

<sup>5</sup> IRIN-CEA Weekly Bulletin 48, December 2000

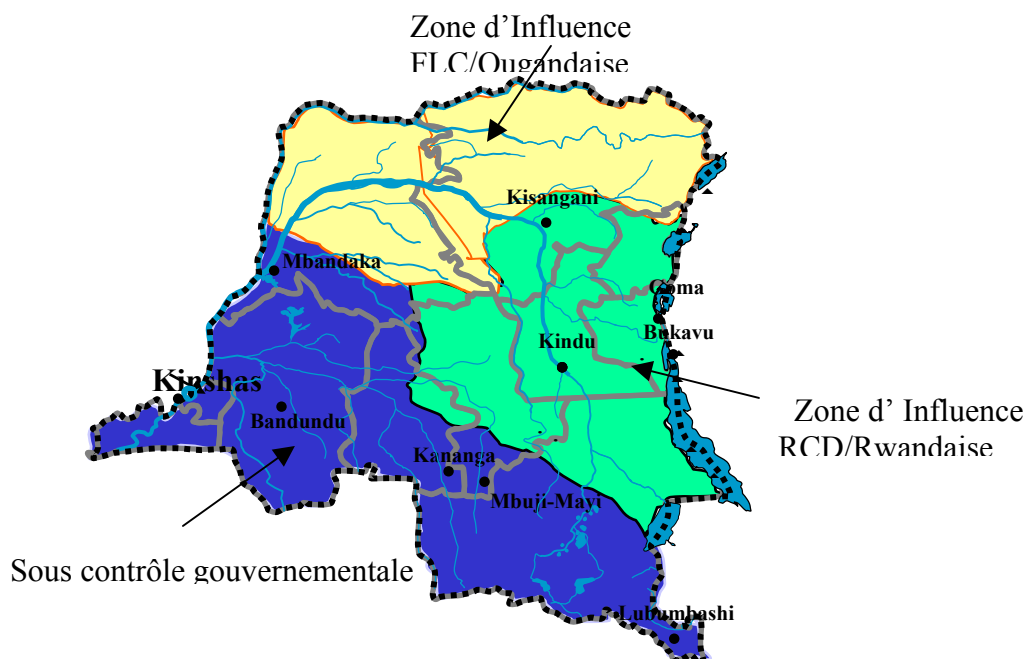
<sup>6</sup> Mortality in eastern Democratic Republic of Congo, IRC, May 2001

d'informations disponibles pour fournir une bonne indication sur le niveau de besoins. Ce rapport rassemble quelques unes de ces informations disponibles venant des autorités, des agences des Nations Unies et d'autres sources à travers la RDC. La plupart des chiffres gouvernementaux (particulièrement les statistiques sur l'éducation et la santé) datent de 1998. Celles fournies par les Nations Unies et les ONGs sont basées sur les récentes enquêtes et évaluations sur les lieux où la communauté humanitaire a eu accès. Aucune des informations n'est donc complètement exacte ou compréhensive, mais notre expérience indique qu'il est habituellement très difficile d'obtenir des statistiques fiables pendant des situations de guerre. Cependant, il est important d'utiliser ce qui est disponible et de construire à partir de cela.

## 5. Contexte

Il y a un changement significatif du contexte politique en RDC après la mort du Président Laurent Désiré Kabila en Janvier 2001. Le nouveau gouvernement dirigé par son fils, Joseph Kabila, a adopté une attitude positive face aux accords de paix de Lusaka de 1999 et a renouvelé un espoir pour la paix. Les prises de positions politiques isolationnistes antérieures ont été abandonnées en faveur d'un considérable investissement d'énergies dans les discussions avec la communauté internationale. La suspension de 3 ans qui frappait les activités des partis politiques a été levée en mai dernier et des principaux leaders d'opposition sont revenus dans le pays après un exil volontaire en occident. Le nouveau gouvernement a accepté l'ancien président Botswanais Masire comme facilitateur du Dialogue Inter-Congolais, et l'étape préparatoire dudit dialogue est programmé pour le 20 août prochain, reporté le 16 juillet dernier.

La RDC demeure un pays éclaté en trois zones de contrôle. Une grande partie du Nord du pays est sous contrôle du FLC (Front de Libération du Congo) appuyé par les Ougandais. La partie est de la RDC est contrôlée par le RCD (Rassemblement Congolais pour la Démocratie) avec le soutien de l'armée rwandaise. L'ouest et le sud du pays sont sous contrôle du gouvernement avec l'appui militaire de l'Angola, Zimbabwe et la Namibie<sup>7</sup>. Depuis Mars 2001, la guerre le long de la ligne de front conventionnelle entre ces mouvements rebelles et le gouvernement et ses alliés a plus ou moins cessé. Les observateurs militaires des Nations-Unies, qui font partie de la MONUC<sup>8</sup>, ont été déployés sur des positions le long de la ligne de front et sur d'autres lieux importants. La cessation des hostilités entre les principales armées a donné une impulsion aux pourparlers de paix et à une éventuelle application des Accords de Paix de Lusaka.



En dépit du calme relatif le long de la ligne de front conventionnelle, la situation militaire et sécuritaire ne s'est pas améliorée substantiellement dans l'Est du pays. Au contraire, l'insécurité a augmenté à l'Est de la RDC au cours des six derniers mois. Le retrait des troupes de la ligne de front a conduit à leur redéploiement dans d'autres régions de la RDC, telles le Masisi. Aucune armée étrangère ne s'est complètement retirée de la RDC ; la

<sup>7</sup> La Namibie a déclaré son intention de retirer toutes ses troupes de la RDC avant le 31 août 2001.

<sup>8</sup> Mission de l'Organisation des Nations Unies en République démocratique du Congo

plupart ont même renforcé leurs positions dans les zones où l'extraction des minerais et d'autres ressources naturelles sont exploitées<sup>9</sup>. La prolifération des groupes armés, les milices nouvellement créées et des soldats mal disciplinés constituent une plus grande menace à la sécurité et à la stabilité pour les populations dans l'Est de la RDC que la guerre conventionnelle ne l'a fait. L'accès humanitaire est donc sporadique à certains endroits et impossible dans beaucoup d'autres.

### **Le contexte socio-économique**

La guerre a eu un effet dévastateur sur les 50 millions de congolais<sup>10</sup> (10). La RDC est actuellement classée 152<sup>ème</sup> sur 174 pays selon l'indice de développement humain du PNUD : une chute de 12 places par rapport à 1992. C'est particulièrement choquant dans un pays ayant des ressources naturelles considérables, telles le diamant, une hydrographie à grande capacité hydro-électrique, le bois et les minerais. Depuis la période coloniale avec Léopold II, très peu de congolais ont bénéficié des richesses du pays. Le PNUD rapporte que le PNB par habitant en 1998 était de US\$110, comparé aux US\$160 au Burundi et US\$ 680 en République du Congo en face. Il est estimé que plus de la moitié des 5 millions habitants de la capitale Kinshasa<sup>11</sup> vivent en dessous du seuil de la pauvreté défini par la Banque Mondiale comme étant US\$1 par jour. Une récente enquête socio-économique conduite au Nord Kivu a indiqué que les dépenses moyennes par habitant et par jour étaient de US\$ 0,41. A quelques endroits comme à Kayna, ce chiffre était aussi bas que US\$0,18<sup>12</sup>. Cette augmentation du niveau de la pauvreté a eu un impact dramatique sur la situation humanitaire dans le pays.

Le peu d'infrastructure qui existait avant les deux guerres de 1996 et 1998 a été délabré. Les systèmes éducatifs et sanitaires sont dans un état de dégradation, rendant ainsi tout le monde dépendant de l'appui des églises, des organisations locales et des agences internationales qui fournissent des services limités à la population. Le mauvais état des routes à travers tout le pays, couplé de l'insécurité dans l'est entrave le commerce et rend la fourniture de l'assistance humanitaire difficile et coûteuse. Sur un total de 145 000 kms de routes, moins de 2 500 kms sont asphaltées. Les autres routes sont souvent impraticables pendant la saison de pluie. La menace des attaques armées conduit les hommes d'affaires à abandonner complètement la circulation routière. Le transport fluvial le long du fleuve Congo et ses affluents, à l'instar du trafic routier, a aussi été coupé. A plusieurs endroits, l'accès n'est possible que par avion, mettant ainsi les biens de première nécessité, y compris les médicaments hors de la portée de la population. Le mouvement de denrées alimentaires et autres fournitures en provenance de zones rurales vers les centres urbains a complètement cessé, résultant en un déficit alimentaire dans les villes ainsi qu'à la réduction de la production dans les zones rurales.

---

<sup>9</sup> Amnesty International, "Rwandese-controlled East: Devastating Human Toll", 19 June 2001

<sup>10</sup> La population lors du dernier recensement (1985) était de 34.7 million. Les estimations actuelles varient entre 49 million à 59 million.

<sup>11</sup> Les estimations de la population de Kinshasa varient entre 5 et 10 millions de personnes.

<sup>12</sup> Enquête Socio-Economique, Nord Kivu, Decembre 2000, ASRAMES

Kindu, une grande ville à l'intérieur du pays a été complètement coupée du reste de la RDC. Avec son important port fluvial, aucun bateau n'y a accosté depuis 1998. Jean, l'ingénieur responsable du port a essayé en vain de maintenir quelques machines et équipements en fonction, avec espoir qu'un jour un bateau pourra arriver. Mais l'équipement s'est enrouillé et les militaires ont emporté le reste des machines encore en bon état. D'autres pièces utiles ont été soit volées, soit vendues. Aujourd'hui, il n'y a plus grand chose qui reste du port, si ce n'est quelques épaves de bateaux encore visibles et des tours de grues autrefois très actives. Jean n'a plus pas reçu son salaire depuis plus de trois ans, et à présent, il survit en pêchant du poisson sur le quai.

Une combinaison des conséquences de l'actuel conflit et la politique financière du gouvernement précédent a rendu l'économie dans la partie Ouest du pays encore plus fragile. L'interdiction d'utiliser le dollar américain dans les transactions commerciales et bancaires en Septembre 1999 a donné le dernier coup de massue à quelques uns des intérêts étrangers qui restaient encore et a causé une rapide dévaluation du franc congolais sur le marché parallèle. La devise locale a perdu 284 % de sa valeur sur le marché parallèle entre Octobre 2000 et Avril 2001 et 33% de plus pendant le seul mois de mai 2001<sup>13</sup>. L'hyper-inflation a étouffé les projets ou plans financiers des familles congolaises moyennes. Tout argent qu'elles gagnaient devait être rapidement dépensé, avant qu'il ne perde sa valeur. Dans le but d'augmenter le flux de dollars disponibles, le gouvernement a octroyé le monopole du commerce du diamant à une firme israélienne, IDI Diamonds, en août 2000. Cependant, cela a réduit encore plus les revenus du gouvernement, comme le résultat attendu ne se matérialisait pas. Beaucoup de trafiquants de diamants refusaient de vendre à IDI Diamonds, et le gros du commerce se faisait par fraude sur le marché noir.

Dans une tentative d'arrêter le déclin de l'économie, le nouveau gouvernement a adopté une série de mesures en mai 2001. Le monopole du commerce de diamant a été aboli et le 29 mai 2001 le taux officiel de change (50 FC = US\$1) a été ramené sur la même ligne que le taux parallèle (345 FC = US\$1). Au même moment, le prix du carburant à la pompe, qui était fixé à 70 FC le litre, causant des crises qui paralysaient parfois la capitale, a été ramené à 280 FC<sup>14</sup>. Il y a quelques indications positives selon lesquelles une telle politique peut avoir de l'impact. Pour le moment, beaucoup de congolais ont adopté une attitude d'« attendons voir », même si leur niveau de vie a beaucoup chuté. Le paiement des salaires des fonctionnaires, très important pour le succès de cette politique doit nécessairement être considéré. Dans le passé, ces paiements étaient sporadiques, abandonnant une grande partie de la population à se débrouiller pour sa survie.

A l'Est du pays, les autorités rebelles ont maintenu une économie à trois monnaies, à savoir le Nouveau Zaire, le Franc Congolais et le Dollar américain. L'éclatement du pays a aussi affecté la politique monétaire, et il en a résulté des taux de change différents dans chacune des trois principales zones de contrôle. Les populations qui sont dans les territoires contrôlés par la rébellion a moins souffert de l'hyper-inflation, car le dollar est couramment utilisé. Cependant, le non paiement de salaires d'Etat, plus le manque total du budget pour les services sociaux et la réparation des infrastructures a rendu la vie de plus en plus difficile.

<sup>13</sup> Suivi du taux de change par l'USAID

<sup>14</sup> Des pénuries sévères ont été signalés en novembre 2000 et mai 2001 car le gouvernement n'a pas rempli ses obligations vis à vis ds compagnies pétrolières.

Dans le secteur de la santé, par exemple, les médecins dans les six principales zones de santé à Bunia n'ont jamais reçu leurs salaires depuis six ans. Beaucoup d'entre eux ne savent même pas à combien s'élève le montant de leurs salaires.

### **Les populations déplacées et les réfugiés**

La plus récente guerre a conduit à des mouvements de populations à grande échelle en RDC et au-delà des frontières dans les pays voisins. En mars 2001, on estimait à 2.040.000 les personnes déplacées à l'intérieur de la RDC. Ceci représente une augmentation de 240.000 depuis novembre 2000. Selon le Bureau de Coordination des Affaires Humanitaires (OCHA), la guerre en RDC a créé le plus grand nombre de déplacés jamais enregistrés en Afrique dans le contexte d'un seul conflit<sup>15</sup>.

Environ 1,6 million du nombre total des personnes déplacées se trouvent dans les territoires contrôlés par les rebelles et à peu près un million sont actuellement localisés dans le Nord et le Sud Kivu, un chiffre qui a augmenté de 400 000 depuis mi-1999. Les estimations indiquent que 80% des familles dans les zones rurales des Kivus ont été déplacé au moins une fois au cours des cinq dernières années, parfois à une distance de moins d'un kilomètre de leurs maisons<sup>16</sup>.

<b>Provinces</b>	<b>Nbre de personnes déplacées</b>
Nord Kivu	620.000
Sud Kivu	313.000
Maniema	132.000
Katanga	354.000
Province Orientale	220.000
Equateur	170.000
Kasai Oriental	114.000
Kasai Occidental	29.000
Kinshasa	28.000
<b>Total</b>	<b>2.040.000</b>

Source : OCHA, mars 2001

Moins de la moitié des personnes déplacées ont eu un accès direct à l'assistance humanitaire, ce qui signifie que plus d'un million de personnes déplacées ne reçoivent aucune forme d'assistance, ni d'appui extérieur<sup>17</sup>.

Le déplacement présente un nombre de préoccupations de protection, particulièrement pour les membres les plus vulnérables de la population. Généralement, dans les zones de combats, un grand pourcentage de personnes déplacées sont des femmes et des enfants. Avec la perte d'une grande portion de la population masculine en faveur de l'armée, on estime qu'entre 60% et 80% des populations déplacées dans les régions comme Maniema, Kalonge, Bunyakiri et Shabunda sont des ménages dirigés par des femmes<sup>18</sup>. De manière particulière, la séparation des enfants de leurs familles lors de la fuite constitue un grand problème, les plaçant ainsi en grand risque d'exploitation et d'abus. En RDC, la séparation et l'abandon d'enfants pendant la fuite a conduit à une augmentation dramatique d'enfants de la rue dans toutes les zones urbaines, y compris celles qui n'ont jamais connu de tels phénomènes telles que Lubumbashi. Dans un conflit qui a exploité des milliers d'enfants

<sup>15</sup> Chroniques d'une crise humanitaire, année 2000, République démocratique du Congo, OCHA, mars 2001

<sup>16</sup> Ibid

<sup>17</sup> Dans le rapport d'OCHA "Chroniques d'une crise humanitaire, année 2000, République démocratique du Congo" on estime que ce pourcentage pourrait être aussi bas que 15%.

<sup>18</sup> Norwegian Refugee Council IDP Database, 2001

comme soldats, la séparation d'enfants de leurs parents a dramatiquement accentué le risque de recrutement dans les groupes armés. Ce recrutement ne se fait pas nécessairement de force étant donné qu'il apparaît comme la seule option économique viable à laquelle les enfants peuvent participer « volontairement ». Il n'y a pas de discrimination quant au risque que la séparation pose pour les enfants dans le conflit en RDC. Il y a eu des rafles d'enfants de la rue en 2000, et des campagnes de recrutement à Kinshasa en 1998, attirant un nombre estimé à 6 000 enfants à la recherche d'un revenu. En plus, l'Interahamwe a incorporé environ 8000 enfants Hutus abandonnés par leurs parents réfugiés en 1996-97<sup>19</sup>.

Les agences humanitaires ont remarqué que la plupart des personnes déplacées ont tendance à demeurer proche de leurs milieux d'origine, habituellement dans des forêts environnantes. Ils ont été relativement faciles à retrouver et à servir par toute sorte d'assistance disponible. Cependant, depuis 2000, les changements intervenus sur la ligne de front ainsi que les nouvelles stratégies des groupes armés, particulièrement les milices, ont aussi entraîné des changements dans les trains de déplacements, poussant les personnes plus loin de leurs milieux d'origine. Ceci complique aussi bien leur identification que la fourniture de l'assistance dont elles ont besoin. La majorité de personnes déplacées en RDC ne résident pas dans des camps mais se réfugient avec leurs familles ou amis dans d'autres villages ou villes. Dans plusieurs endroits, les villages ont doublé voire triplé de taille, plaçant une lourde charge sur la communauté hôte. Cette dernière, dans plusieurs endroits est devenue aussi appauvrie et démunie que les déplacés. Un des groupes les plus vulnérables comprend ceux qui se sont réfugiés dans les forêts denses, particulièrement aux environs de Shabunda, Ituri et le long de l'axe Bokungu-Ikela dans l'Equateur. Ces personnes sont souvent originaires des villes ou des villages et sont mal équipées pour la vie dans de conditions si dures. Forcées à manger les plantes sauvages et tenter l'agriculture, ils n'ont pas accès ni aux services médicaux ni aux vêtements. Ils sont habituellement dans un état physique lamentable, mais sont souvent trop gênés de demander de l'assistance, même si elle est à leur portée.

Antoine est un couturier dans un petit village à quelques kilomètres de Shabunda. Une nuit, il y a une année de cela, le village fut attaqué par des soldats armés qui voulaient contrôler les mines de coltan<sup>20</sup> dans la région. Lui et sa famille de 5 membres s'étaient cachés dans la forêt pendant 3 jours avant que la guerre ne s'intensifie. Il décida de s'enfuir avec sa femme et ses enfants, mais peu avant de quitter, il avait pris sa machine à coudre. Il avait marché pendant 5 jours avec sa machine sur la tête avant d'arriver dans la ville de Kalima. Sur place, il avait eu la chance de trouver une famille qui accepta de l'accueillir chez eux. Très rapidement, il construit une petite cabane en plastique juste à côté de la maison de la famille qui les avait reçu et installa sa machine à coudre. Actuellement, il passe le plus clair de son temps à coudre des sacs pour les commerçants qui s'en servent pour transporter du coltan. C'est une triste ironie, mais il réussit à survivre.

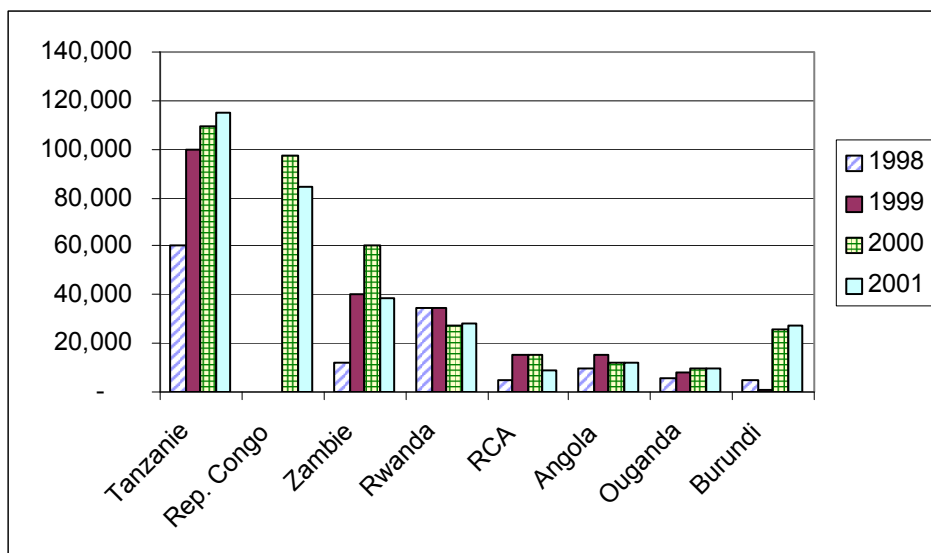
Outre les personnes déplacées, un grand nombre de congolais ont quitté la RDC comme réfugiés. Les rapports annuels du Comité des Etats Unis pour les Réfugiés montre que vers la fin de l'an 2000, approximativement 340 000 personnes avaient quitté la RDC,

---

<sup>19</sup> Ibid

<sup>20</sup> Columbite-tantalite

comparativement aux 135 000 en 1998. Le graphique qui suit montre les tendances de Janvier 1998 jusqu'à la fin de Mai 2001<sup>21</sup>.



## L'accès humanitaire

Selon le droit international humanitaire, le principe de la subsidiarité stipule que la responsabilité primaire de satisfaire les besoins des populations civiles dans un conflit armé revient aux parties en guerre qui ont le contrôle effectif du territoire dans lequel lesdites populations vivent. Les Conventions de Genève autorisent les organisations humanitaires à offrir leurs services pour aider à s'acquitter de ce devoir<sup>22</sup>. Une fois que le principe d'opération humanitaire est accepté, les autorités sont obligées de coopérer, par exemple en accordant un accès sécurisant<sup>23</sup>. Cependant, l'accès aux populations dans le besoin a été incroyablement difficile à travers la RDC. Depuis le début de la guerre, beaucoup de ceux qui nécessitaient une assistance urgente se sont retrouvés dans les zones inaccessibles à la communauté humanitaire. Il est probable que beaucoup de personnes sont mortes à cause de cette inaccessibilité. La dernière enquête menée par International Relief Committee (IRC) sur la mortalité en avril 2001, indique que plus de 2 millions de personnes dans l'est de la RDC seraient mortes depuis le début de la guerre, dont beaucoup à la suite de maladies évitables.

Dans l'Ouest de la RDC, l'espace humanitaire était limité par le manque de volonté du gouvernement précédent d'accorder la permission aux étrangers de voyager hors de Kinshasa et de Lubumbashi. L'autorisation était réglementée par le Ministère de l'Intérieur et était souvent enlisée dans la bureaucratie et la suspicion. Les ONGs internationales étaient souvent privées des laissez-passer et des permis d'accès exigés pour visiter les zones

<sup>21</sup> Données pour 1998, 1999 et 2000 proviennent de USCR, les données pour 2001 proviennent de l'UNHCR.

<sup>22</sup> inter alia Article 3 commun aux quatre Conventions de Genève régissent les conflits internationaux et non-internationaux.

<sup>23</sup> Pour les conflits internationaux armés, Quatrième Convention de Genève, Articles 59-61; Protocole 1, Article 70.2 et 70.3.



minières désignées, telles que les deux provinces de Kasai. Incapable d'initier des programmes, étant donné ces contraintes, les agences ne pouvaient fournir qu'une assistance limitée dans les territoires tenus par le Gouvernement. Entre août 1998 et mars 2001, très peu d'aide humanitaire a atteint les populations affectées par la guerre au Katanga, à l'Equateur et dans les deux provinces du Kasai, malgré un nombre croissant de renseignements sur le niveau de besoins.

En mars 2001, le nouveau gouvernement a changé cette politique, approuvant la liberté de mouvement pour le personnel international. L'accès à beaucoup de zones s'est amélioré bien que le personnel expatrié constate que les exigences pour les voyages vers les zones minières désignées restent toujours encombrants. Les missions humanitaires sont maintenant envoyées dans les zones contrôlées par le Gouvernement, jusque-là isolées depuis 3 ans et quelques unes ont trouvé des très graves situations.

En Mai 2001, Oxfam GB a participé dans une mission à Ikela (Equateur), une ville située sur la ligne de front. Bazonga, un étudiant de 22 ans a dit à l'équipe ceci : « Quand la guerre était au pire, presque tous les 14 500 habitants ont fui Ikela. Seuls 500 personnes étaient restées dans la ville qui était tenue par les troupes gouvernementales et alliées. Nous étions complètement encerclés par les rebelles, alors les vivres pour les soldats y étaient transportés par avion. Lorsque les stocks arrivèrent, les soldats et les populations se précipitèrent tous à la fois sur les sacs largués. Ma mère et mon frère ont marché sur une mine quand ils tentaient de ramasser de la nourriture pour nous. Ils étaient tous deux tués.

Dans les territoires contrôlés par les rebelles, le principal handicap pour l'accès humanitaire a été l'insécurité. Ceci a été un problème continu depuis l'éclatement de la guerre en 1998, avec des menaces brandies tant par les armées d'occupation que par les groupes armés non-étatiques en conflit avec les troupes rwandaises, les troupes ougandaises, le RCD et le FLC. Les combats autour des zones riches en ressources ont été les plus fréquents, conduisant à une réduction de l'accès humanitaire. Il est souvent difficile de savoir quelle est l'autorité qui contrôle une zone donnée et si cette autorité est en mesure d'assurer la sécurité. La situation est imprévisible et dangereuse. Les attaques contre le personnel humanitaire sont fréquentes et parfois fatales<sup>24</sup>. Même si la guerre sur la ligne de front conventionnelle a plus ou moins cessé, l'Est de la RDC a souffert de la violence en perpétuelle augmentation. L'accès humanitaire est donc souvent sporadique, et dépend de la sécurité dans les zones en question.

Il y a des espoirs que l'application des accords de paix de Lusaka aura un impact positif sur l'accès humanitaire. Au fur et à mesure que les armées se retirent et que les observateurs militaires se déploient dans des zones stratégiques, l'accès aux populations vulnérables devrait devenir plus facile. Ce fut le cas dans les villes comme Kabinda et Ikela auxquelles les missions humanitaires ont eu accès récemment pour la première fois, après des années. Cependant, jusqu'à présent, l'expérience a démontré que l'augmentation de l'accès dans les zones tenues par le gouvernement est au prix d'une diminution d'accès dans les zones contrôlées par la rébellion. Au cours des récents mois, certaines parties du Nord Kivu comme le Beni et Rutshuru et une grande partie de l'Ituri sont devenus inaccessibles à cause de la violence et des combats. L'application de la prochaine étape du mandat de la MONUC (étape III) implique le retrait des armées étrangères. Ceci peut laisser des zones

<sup>24</sup> Par exemple, 6 membres de la CICR furent assassinés en Ituri, dans le nord-est de la RDC en avril 2001.

entières sans présence militaire que la MONUC elle-même n'aura ni la capacité ni le mandat de protéger. Il y a risque que le vide soit comblé par des groupes armés non-étatiques, peut-être liés à l'exploitation des ressources naturelles, qui vont rendre l'accès aussi difficile que dans le passé.

Mis à part les considérations politiques et militaires, un facteur important déterminant l'accès de la communauté humanitaire sur tout le territoire de la RDC est financier. L'immense étendue du territoire et l'absence totale de toute infrastructure en font un endroit coûteux pour l'exécution des programmes humanitaires. L'accès à beaucoup d'endroits n'est possible que par avion, ce qui est un moyen cher pour le transport de biens. Beaucoup de bailleurs sont réticents pour couvrir les frais de financement de ces opérations. Le bas niveau des financements qui ont été disponibles aux agences humanitaires les ont sévèrement limité, et vont laisser une grande proportion de personnes vulnérables vivant à la fois dans les zones contrôlées par la rébellion et les territoires tenus par le gouvernement sans assistance, même si le plein accès était rendu possible demain.

## 6. Les enfants soldats

Ils sont estimés à plus de 10 000 les enfants qui servent dans les armées en RDC, bien que le nombre exact est difficile à vérifier. Toutes les parties au conflit sont accusées de faire un large usage d'enfant soldats. En dépit de déclarations faites à la fois par le gouvernement de la RDC et le RCD-Goma tendant à mettre fin au recrutement et à s'engager en faveur de la démobilisation des enfants soldats, leur utilisation et recrutement continuent. Le rapport du Secrétaire Général de l'ONU d'avril 2001 envoyé au Conseil de Sécurité sur les opérations de la MONUC confirme avoir régulièrement vu des enfants soldats à travers le pays<sup>25</sup>. Les rapports à la MONUC indiquent qu'entre 15 et 30% de combattants nouvellement recrutés sont des enfants de moins de 18 ans ; un nombre important de ces enfants ont moins de 12 ans.

Une variété de méthodes de recrutement est employée. Une minorité significative a été enrôlée par force, alors que les groupes armés ou les autorités locales ont recruté beaucoup d'autres à travers des formes de pression sur la communauté ; comme l'imposition de quotas. Beaucoup d'enfants soldats déclarent qu'ils ont rejoint l'armée volontairement. Cependant, étant donné la pression exercée par les groupes qui recrutent, le terme « volontaire » est sujet à cautions. Les principales motivations citées pour leur enrôlement initial sont la recherche de la survie économique, la recherche de vengeance, la recherche d'une sécurité physique personnelle et la protection de la famille et la communauté. D'autres citent simplement le manque de quelque chose à faire dans un village où l'activité économique a été paralysée par l'insécurité, et où la pauvreté empêche les enfants à accéder à l'éducation. Pour la plupart des enfants soldats, tous ces facteurs ont joué un rôle, avec la nécessité économique comme la plus importante motivation. Il y a une corrélation étroite entre le niveau de pauvreté des enfants et leur vulnérabilité au recrutement<sup>26</sup>. Même sans la promesse d'un salaire régulier, devenir membre d'un quelconque groupe armé offre des perspectives de participer aux pillages et extorsions. Pour beaucoup d'enfants, même la perspective d'être nourri était une motivation suffisante pour s'enrôler. Etant donné la détérioration continue des conditions socio-économiques dans le pays, il n'est pas évident que tous les enfants soldats sont disposés à retourner à la vie civile.

Les témoignages des enfants ex-soldats suggèrent fortement qu'ils sont excessivement utilisés dans les combats et c'est parmi eux qu'on trouve le plus grand nombre de blessés. Aussi, ils sont les derniers à recevoir des soins lorsqu'ils sont malades ou blessés. Des graves mauvais traitements et d'autres punitions sont régulièrement infligés aux enfants soldats, à la fois pendant les entraînements et pendant le service en général. Le traitement reçu des supérieurs est une raison importante qui incite à quitter l'armée, aussi bien que le manque de salaire ou de nourriture et les craintes expérimentées pendant les combats. Contrairement à certains endroits, et bien que leur existence est dure, il apparaît que peu d'efforts délibérés ou systématiques sont faits par les différents groupes pour brutaliser et déshumaniser les enfants soldats en les forçant à prendre part dans des actes odieux.

Le recrutement et l'utilisation de filles par les différents groupes armés sont difficiles à évaluer. La présence des filles a été remarquée au sein des forces du RCD et les forces armées congolaises (FAC)<sup>27</sup>. Bien que quelques unes ont suivi une formation militaire, il apparaît que très peu, sinon aucune ne participe aux combats. Le plus souvent les filles font les travaux domestiques et sont utilisées pour le sexe, surtout par les commandants, ce qui implique que leur nombre est relativement bas comparativement aux recrues masculines.

<sup>25</sup> 7<sup>th</sup> Report of the Secretary-General on the United Nations Organization Mission in the Democratic Republic of the Congo (S/2001/373) dated 17 April 2001

<sup>26</sup> Statistiques du Centre de Transit de Bukavu, Save the Children UK

<sup>27</sup> Save the Children UK a entendu deux récits personnels de filles à Kinshasa qui ont servi dans les forces de Mobutu vers la fin de la rébellion AFDL.

Beaucoup de filles restent « épouses » des supérieurs militaires, même lors de retour des forces étrangères dans leur pays d'origine. Beaucoup d'autres basculent dans la prostitution pour se prendre en charge et s'occuper de leurs enfants, abandonnés ou devenus veuve après la perte de leurs partenaires militaires.

En dépit des signes initiaux d'encouragement, augurant que la démobilisation des enfants soldats devait se poursuivre, le processus a échoué à se matérialiser, et les autorités n'ont pas été disposées à communiquer le nombre et les lieux où sont gardés les enfants soldats dans leurs forces respectives<sup>28</sup>. Cependant, l'influence et la persuasion exercée localement sur certaines autorités militaires, doublée d'une sensibilisation au niveau communautaire ont donné quelques résultats positifs, particulièrement parmi les officiers de carrière de haut rang, qui sont peut-être plus sensibles à l'opinion publique, et plus intéressés à maintenir les normes professionnelles de conduite. Imposer la conformité avec les ordres de démobilisation venant des Chefs d'Etat majors parmi les officiers subalternes, et influencer les forces irrégulières (Mayi-Mayi, FDD, Interahamwe) qui se retrouvent en dehors du cadre de l'Accord de Lusaka restent des contraintes importantes.

Alors qu'un petit nombre d'enfants ont été formellement libérés par les militaires, un nombre inconnu (mais certainement plus élevé) d'enfants ont choisi de quitter d'eux-mêmes et de rentrer à la maison. Le gouvernement de la RDC voit en ces enfants des déserteurs, plaçant des préoccupations de protection supplémentaire sur leur réintégration à la vie communautaire. Ils ont été le point focal pour quelques organisations locales qui s'intéressent aux enfants, et ont bénéficié de programmes d'intégration socio-économique à petite échelle. Ces programmes assistent leurs familles à devenir plus autosuffisants et offrent des opportunités d'accès aux services de base.

---

<sup>28</sup> President Joseph Kabila a ratifié le Protocole Additionnel à la Convention Internationale de Droits de l'Enfant et la Convention 182, relatif aux enfants dans les conflits armés, et a donné l'ordre de respecter des "mesures conservatoires" comme étant la première étape du processus de démobilisation, mandaté par *Decret-Loi N° 066 (Juin 2000)*. Un processus parallèle a été développé par le RCD-Goma.

## 7. La santé

Avant le début de la guerre en 1998, les données disponibles sur la santé ont montré que l'infrastructure existante n'était déjà pas en mesure d'offrir un service de qualité à un prix abordable à la majorité de la population de la RDC. La guerre a rendu cette situation encore plus pire. Les hôpitaux, les centres de santé et les postes de santé ont été détruits, les médicaments ne peuvent plus être livrés et les programmes réguliers de vaccination ont été interrompus. Beaucoup de personnes se battent pour payer des services de santé, d'autres ne peuvent pas se le permettre. Plus encore, beaucoup de personnes vivent maintenant dans des conditions tellement difficiles qu'elles courent un plus grand risque de tomber malade.

### Accès aux soins de santé

La pauvreté des données statistiques récentes sur le pays rend difficile l'évaluation totale de l'accès des populations aux services de santé<sup>29</sup>. Cependant, les estimations modestes de la couverture des installations de santé montrent qu'au moins 37% de la population ou approximativement 18,5 millions de personnes n'ont pas accès à toute forme de soins de santé<sup>30</sup>.

Dans les territoires sous contrôle gouvernemental, la répartition des dépenses du gouvernement central allouée au secteur de la santé est moins qu'un pour cent (1%) – et a été rarement au-dessus de ce pourcentage depuis l'indépendance en 1960. Le système de santé a donc toujours été géré comme un service privé, avec exigence que les patients paient. Dans les zones tenues par le RCD, il n'y a pas de budget pour les services de santé. Un appui supplémentaire aux 306 zones de santé par lesquelles le pays est divisé vient essentiellement des églises et d'autres organisations. Cependant, en 2000, 100 zones de santé n'ont pas reçu d'assistance externe, ni du gouvernement, ni des agences extérieures. En outre, il y a une absence criante de ressources humaines. En 1998, il n'y avait que 2056 médecins pour une population de 50 millions d'habitants et parmi eux 930 étaient à Kinshasa<sup>31</sup>.

Un docteur travaillant dans une zone de santé dans la province Orientale, est le seul médecin dans la région, et étonnamment responsable de 350 000 personnes. Il admet qu'il est impossible de répondre aux besoins de tous ceux qui dépendent de ses soins. Il travaille tous les jours de la semaine à l'hôpital central, prenant soin des malades avec un équipement réduit et presque sans médicaments. Certains postes de santé dans sa zone n'ont jamais été visités depuis plus de deux ans à cause d'une guerre inter-ethnique entre les Hemas et les Lendus. « Je ne sais pas où ces gens reçoivent une assistance médicale. Je sais que beaucoup d'entre eux ont fui dans la forêt et sont probablement morts. Il y a trop de besoins et nous ne sommes pas assez nombreux pour y répondre ».

<sup>29</sup> L'accès est défini comme étant géographique et économique, c'est à dire qu'une personne est à une distance raisonnable (à pied) d'un service de santé fonctionnel et a les moyens de payer la consultation et le traitement.

<sup>30</sup> Chiffre publié dans le 8ième rapport du Secrétaire Général sur la Mission de l'ONU en RDC (S/2001/572), 8 Juin 2001. Cependant, OCHA estime que le pourcentage pourrait atteindre 75%, ce qui voudrait dire que plus de 37 millions de personnes seraient privés de soins de santé.

<sup>31</sup> Etat des Lieux du Secteur de la Santé, Avril-Juin 1998, Ministère de la Santé Publique

Dans l'Ouest du pays, les salaires (s'ils sont payés) des quelques médecins bien qualifiés sont tellement dérisoires (4.700 FC soit US\$18 dollars par mois) qu'ils font payer leurs patients pour les soins. Pour vivre, ils travaillent aussi dans des institutions privées de santé, non-réglées, parallèlement à leurs emplois dans les services de l'Etat. Le personnel est tellement démotivé que les patients en mal d'attention - même en état d'urgence - ne sont pas soignés jusqu'à ce qu'ils (ou leurs familles) puissent fournir l'argent et acheter les médicaments nécessaires. Dans l'Est de la RDC, beaucoup du personnel médical ne peut pas se souvenir quand est-ce qu'ils ont eu leurs salaires de l'Etat pour la dernière fois.

L'augmentation de la pauvreté signifie qu'un grand pourcentage de personnes ne peut pas se permettre les médicaments essentiels. Dans la banlieue de Kisangani, le personnel du centre de santé de Segama estime que seulement 40% de la population peut se permettre de payer les frais de consultation de US\$ 0,15. De ceux-ci, seulement 1 sur 4 peut se permettre les US\$ 0,11 pour l'achat des médicaments qui lui sont prescrits. Comme conséquence, beaucoup de personnes recourent à l'automédication, ce qui peut avoir des conséquences désastreuses. A Kimbanseke, une des plus pauvres communes de Kinshasa, 4% de la population sont sourds, un taux largement supérieur à la moyenne internationale qui est de 2%<sup>32</sup>. L'une des raisons à cela est l'automédication abusive des produits tels que l'antibiotique appelé gentamycine. Plutôt que de dépenser de l'argent à aller dans un centre de santé, les gens achètent des médicaments dans les pharmacies locales ou sur le marché et se traitent eux-mêmes. L'usage non-conforme de cette antibiotique peut causer la surdité.

### **L'infrastructure sanitaire**

L'un des principaux problèmes avec le système de santé est son infrastructure. L'absence complète d'investissement a eu comme conséquence, des hôpitaux, des centres de santé et des postes de santé en état de délabrement avancé. Beaucoup manquent d'équipements médicaux essentiels, d'installations sanitaires et même de l'eau potable. Ceci est vrai dans des régions rurales éloignées mais aussi dans les grandes villes. Les hôpitaux et les centres de santé sont des endroits où les maladies se répandent.

A Mbuji-Mayi où Oxfam GB est actuellement entrain de réhabiliter des centres de santé et de fournir de l'eau potable, plusieurs hôpitaux ne répondent pas aux exigences élémentaires d'hygiène. Il n'y a pas de douches, de toilettes, de fosses septiques ou d'incinérateurs. Les toits et les plafonds sont délabrés, les murs ont des fentes, les termites ont détruit la charpente et les bâtiments sont devenus les refuges des rats et des oiseaux. L'hôpital de Miabi qui dessert 45 000 personnes ne reçoit qu'un ou deux nouveaux cas par jour, en partie à cause d'odeurs insupportables causées par les chauve-souris qui vivent dans le plafond. Dans le Bas Congo, l'hôpital de Ngindinga est réduit à collecter l'eau de pluie parce que la Régideso ne fournit plus de l'eau à la ville<sup>33</sup>. A Gombé Matadi, l'hôpital dépend de sources d'eau non aménagées à un kilomètre de là. Dans l'Ituri (Province Orientale), 15 centres de santé qui desservent une population de plus de 120 000 habitants n'ont pas accès à l'eau du tout.

---

<sup>32</sup> Etude faite par Oxfam, juillet 2001

<sup>33</sup> REGIDESO est l'entité para-étatique responsable pour la production et la distribution de l'eau dans les zones urbaines.

Un petit bâtiment précaire (6m x 3m) fait de briques adobe est la maternité de Bipemba, Mbuji-Mayi. Elle a été construite par des religieuses catholiques parce que l'hôpital d'Etat le plus proche est à 6 km de là. Des 3 chambres, l'une est utilisée pour les femmes qui viennent accoucher. Il y a 4 lits. Chaque lit est utilisé par au moins 3 femmes, de temps en temps 4 femmes. Comme le toit est fait de tôles corrosives et qu'il n'y a pas de plafond, la chaleur est insupportable. Dans le but de protéger les bébés contre la chaleur émanant des toits, les mamans les placent sur des pagnes par terre sous les lits. A cause du nombre des visiteurs, le pavement en ciment devient sale, couvert de boue et de poussière. Les conditions sont tellement mauvaises que les femmes insistent pour rentrer directement la maison, courant ainsi le risque d'infections et sans le repos ni soins de suivi dont elles ont besoin.

Dans les territoires occupés par la rébellion, la situation est encore pire, parce que la plupart des installations médicales dans ces régions qui étaient déjà sous équipées ont aussi souffert des dégâts de la guerre. Dans le Masisi (Nord Kivu), 40% des toutes les infrastructures sanitaires ont été détruites, y compris l'hôpital de Mweso qui a été vidé et occupé par les militaires. Dans le territoire de Djugu dans l'Ituri, beaucoup de centres de santé ont été complètement détruits lorsque la guerre inter-éthnique a ravagé toutes ses villes. Tout ce qui reste maintenant n'est que tas de graviers, le personnel médical ayant fui ou ayant été tué. Dans les parties occupées, les zones de santé de Kabinda (Kasaï Oriental), le désengagement des parties en guerre au mois de mars dernier a permis au personnel médical des postes de santé d'atteindre la ville pour la première fois après plus d'une année. On a rapporté que sur les 12 aires de santé, seul un des centres de santé a encore quelques médicaments et tous les autres ne fonctionnent plus du tout. Beaucoup ont été pillés, et ont peu ou pas d'équipements essentiels.

### **Taux de mortalité en RDC**

Le taux de mortalité en RDC est parmi les plus élevés dans le monde. En 1998, le taux de mortalité infantile était de 127/100 000 naissances vivantes et de 138/100 000 naissances vivantes dans les zones rurales. Il est extrêmement peu probable que ces moyennes aient améliorées pendant les 4 dernières années, particulièrement étant donné la situation dans l'Est du pays.

Cinq enquêtes sur la mortalité conduite par le International Rescue Committee (IRC) dans différentes parties de l'Est de la RDC ont trouvé que les enfants ont été particulièrement frappés par le conflit<sup>34</sup>. Le taux de mortalité pour les enfants de moins d'un an variaient de 19% par an à Lubunga (Kisangani) à 41% par an à Kalima (Province du Maniema). L'enquête a trouvé qu'il y avait une carence de très jeunes enfants dans la population étudiée, avec moins d'enfants d'un an et de deux ans que ceux de trois et quatre ans. La mort d'un grand nombre d'enfants dans ce groupe d'âge est consistant avec une grave détérioration de la situation depuis le début du conflit en août 1998.

Les taux de mortalité parmi les enfants de moins de 5 ans s'étaient aussi révélés extrêmement élevés. Dans trois des cinq lieux étudiés, les taux de mortalité étaient plus élevés que 10 morts/1000/mois :

Katana (Sud Kivu) 12,9  
Kalima (Maniema) 17,1

<sup>34</sup> Mortality in eastern Democratic Republic of Congo, IRC, May 2001

## Kalemie (Nord Katanga) 23,8

Il apparaîtrait que ces taux élevés ont été le lot de la population depuis un certain nombre d'années. Les causes principales de la mort rapportées étaient la malaria, la malnutrition et la rougeole. Un taux de mortalité continu de 10/1000/mois parmi les enfants de moins de 5 ans résulterait en 60% d'enfants mourant avant leur cinquième anniversaire. Les enquêtes faites par Nuova Frontiera en mars 2001 à Kiambi et à Manono dans le Nord Katanga, ont aussi trouvé des taux de mortalité choquants parmi les moins de 5 ans. A Kiambi, le taux était de 34,95/1000/mois et à Manono de 20,49/1000/mois.

A Kalima, Thérèse est assise dans un centre nutritionnel avec un enfant de deux ans sur ses genoux. Elle ne connaît pas le nom de l'enfant, mais elle l'appelle Béatrice pour le moment. Béatrice souffre de malnutrition sévère. Un matin, une femme abandonna discrètement la jeune fillette près de la porte de la case de Thérèse avant de retourner en courant vers la forêt. Thérèse sait qu'il y a beaucoup de gens qui vivent dans la forêt qui ont été forcés de fuir les combats à Shabunda et sont maintenant effrayés de retourner chez eux. Elle a déjà entendu des récits que beaucoup sont morts. Elle espère que Béatrice ne va pas mourir et qu'un jour elle peut retrouver sa mère. Mais elle n'est pas optimiste. « Si elle l'a laissé avec moi une parfaite inconnue, elle doit être très désespérée. Aucune mère ne veut voir son enfant mourir. Peut être qu'elle pensait que ceci était son unique espoir. »

Sur base des données sur la mortalité collectées parmi les échantillons de populations, et par extrapolation, IRC a calculé que 2,5 millions de personnes sont mortes entre août 1998 et mars 2001 dans l'Est de la RDC, comme conséquence du conflit. Dans ce chiffre 350 000 sont victimes de la violence directe, tandis que les 2 150 000 restants sont décédés suite à la malnutrition et la maladie. Pendant que l'exactitude de données extrapolées d'un tel petit échantillon est sujette à caution, l'ampleur de la souffrance causée par la guerre est claire.

Les taux de mortalité maternelle enregistrés en RDC sont parmi les pires du monde et constituent une claire indication de l'effondrement du système sanitaire. En 1998, le taux national de mortalité maternelle était de 1837/100 000, une situation qui a dû se détériorer dans la plupart des régions du pays<sup>35</sup>. Les taux enregistrés en Ouganda et au Zimbabwe pour la même année étaient de 510/100 000 et de 400/100 000 respectivement. De plus, comme la mortalité maternelle est enregistrée dans les hôpitaux et quelques centres de santé, le nombre de décès est certainement beaucoup plus élevé.

La guerre a provoqué une grande augmentation du nombre de femmes qui ne peuvent plus recevoir des soins de santé adéquats pendant l'accouchement, et beaucoup d'entre elles meurent à la maison. A Rethy (Ituri), le taux de mortalité maternelle a augmenté de 50/100 000 naissances vivantes en 1997, à 905/100 000 naissances vivantes en 1999. Ceci indique que beaucoup de mères arrivent à l'hôpital en difficultés dues à un travail prolongé<sup>36</sup>. Dans les Kivus en 2001, les taux sont aussi élevés que 3 000/100 000<sup>37</sup>.

Le problème n'est pas du tout confiné aux milieux ruraux et dans l'Est du pays. Une étude de la mortalité maternelle à Kinshasa, publiée en juin 2001 a trouvé que le taux pendant 2000 était de 1393/100 000 (représentant 20 décès par jour), et que la principale cause de décès

<sup>35</sup> Etat des Lieux du Secteur de la Santé, Avril-Juin 1998, Ministère de la Santé Publique

<sup>36</sup> Calculé des "Rapports épidémiologique et rapports des services" de 1997 et 1999, Rethy

<sup>37</sup> OCHA, preparation for meeting in Geneva, July 2001



(31%) était l'hémorragie<sup>38</sup>. Le coût du transport en plus des frais d'hospitalisation dès l'arrivée, empêchent souvent les femmes de chercher de l'assistance à moins qu'un grave problème ne survienne. A ce moment là il est parfois tard pour les membres de la famille de trouver un peu d'argent pour payer les frais et acheter les médicaments nécessaires.

Le manque de formation et de paiement pour le personnel de santé augmente aussi le niveau de mortalité maternelle. En 1999, la maternité de l'hôpital d'Etat de Kintambo (un quartier de Kinshasa) avait enregistré un taux de mortalité maternelle de 1500/100 000 naissances vivantes<sup>39</sup>. Bien qu'il n'y avait pas de fonds disponibles pour un nouvel équipement ou pour les salaires du personnel, un programme de formation conçu pour recycler et remotiver le personnel médical s'est soldé par une chute du taux de mortalité d'environ 74% soit à 400/100 000 naissances vivantes.

Un problème en plus auquel font face les femmes et une bonne partie de la population est la prolifération de structures de santé privées qui sont entrain de remplacer les services de l'Etat qui sont non-opérationnels ou qui n'existent pas. Plus de 63% de la population de Kinshasa utilisent les services privés qui sont mal équipés et animés par un personnel mal formé. Le fait de se rabattre à ces dispensaires non réglementés peut être fatal.

Mireille avait 17 ans quand elle devint enceinte. Quand son bébé avait 3 mois, il tomba malade faisant une très forte température et des convulsions. Comme Mireille n'avait pas assez d'argent pour amener l'enfant à l'hôpital, elle l'amena dans un dispensaire privé du quartier. L'infirmier lui dit que l'enfant avait la malaria et lui piqua une dose de quinine. Peu après le bébé fit d'immenses convulsions, cessa de respirer et décéda. L'infirmier n'avait pas une formation suffisante pour savoir que les bébés sont traités avec de la quinine en sirop contre la malaria et qu'une piqûre de quinine intraveineuse causerait un arrêt cardiaque. Il dit à Mireille que c'était de sa faute si le bébé était mort, car elle n'avait pas cherché à temps le secours médical.

## **Les maladies en RDC**

Comme conséquences des conditions de vie difficiles, et de manque d'accès aux soins de santé, les maladies qui étaient presque éradiquées, comme la peste et la coqueluche ont refait surface. Il y a aussi beaucoup d'épidémies de rougeole et de choléra et des cas reportés de fièvres hémorragiques, de monkey pox et de méningite.

La prévalence de la tuberculose, déjà un grave problème avant la guerre s'est élevée. L'augmentation des cas de tuberculose peut être attribué à la malnutrition, à l'absence d'accès aux médicaments, le VIH/SIDA, et des mauvaises conditions de vie qui favorisent la transmission parmi la population urbaine, les déplacés et les réfugiés. Les chiffres gouvernementaux montrent que 59.513 cas de tuberculose (toutes les formes confondues) furent traités en 1998, bien que l'OMS estime que le nombre de cas est au moins le double du nombre qui a été enregistré. Le nombre de personnes souffrant de la tuberculose à Kinshasa a augmenté de 7 000 en 1996 à 20 000 en 2001.

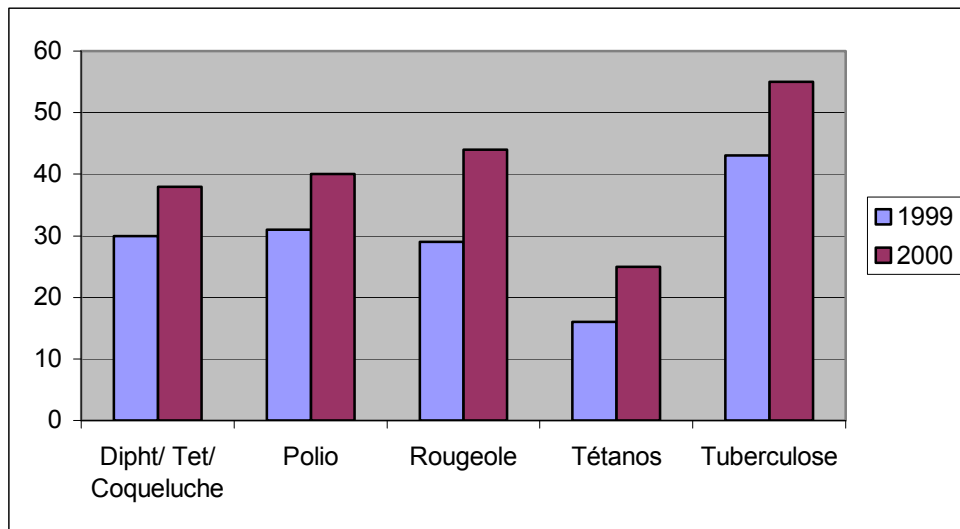
Dans certains endroits, le crétinisme est aussi en nette augmentation. Un enfant sur 25 dans le Bas-Uélé (Province Orientale) souffre de cette maladie qui est causé par une carence en iode qui laisse l'enfant extrêmement rabougri (la moitié de la taille d'un adulte) et avec un

<sup>38</sup> Etude sur les Niveaux et Tendances de la Mortalité à Kinshasa, OCHA, Juin 2001

<sup>39</sup> Programme National de Santé de la Reproduction (référence personnelle)

retard mental grave<sup>40</sup>. Tout ce qui est nécessaire pour empêcher cette condition dévastatrice est l'usage du sel iodé. Cependant à cause du sous développement, le déclin de l'économie, l'absence d'installations de santé et la guerre dans l'Est de la RDC, il a été impossible d'empêcher que plus d'enfants ne développent cette maladie.

Les programmes de vaccination réguliers dans plusieurs régions du pays ont été interrompus par le conflit, conduisant ainsi à la résurgence des épidémies et autres maladies qui en d'autres temps seraient sous contrôle, particulièrement chez les enfants de moins de 5 ans. Les épidémies de rougeole ont dévasté la population des moins de 5 ans dans plusieurs parties du pays. Le personnel de santé dans la zone de santé de Kabinda (Kasaï Oriental) rapporte que la rougeole a tué des milliers d'enfants. A Kifuenkese, 60% d'enfants sont déclarés avoir contracté la rougeole et dont les deux tiers en sont morts. Dans certains villages de Ngombe Nyama, plus de 50% d'enfants sont décédés de cette maladie.



Pendant les deux dernières années, UNICEF a oeuvré en vue d'augmenter la couverture des vaccinations routinières pour 7 différentes maladies, comme on peut l'observer dans le graphique ci-dessus. La proportion de personnes bénéficiant de la protection vaccinale totale est estimée à 29% seulement. A travers les efforts de l'UNICEF, l'OMS, les autorités sanitaires et les ONGs, il est estimé qu'approximativement 10 millions d'enfants ont été vaccinés contre la polio.

Le rapport de 2000 du Ministère de la Santé sur les maladies avec potentialité épidémique,<sup>41</sup> bien qu'incomplète étant donné les difficultés pour obtenir les informations régulières de toutes les 306 Zones de Santé, donne une idée de la situation à travers tout le pays. Des 12 maladies surveillées par le programme, la malaria est responsable du plus grand pourcentage de cas de maladie (92,3% de consultations enregistrées) et des cas de décès (52,4% des décès enregistrés), particulièrement chez les moins de 5 ans<sup>42</sup>. Alors que la malaria est endémique dans presque toute la RDC, la situation actuelle a rendu la population encore plus vulnérable. En 1998, on estimait à 8,1% seulement, la population qui vivait soit dans des maisons protégées contre les insectes, soit utilisant les moustiquaires. La pauvreté croissante signifie que beaucoup de gens sont incapables de se procurer les médicaments,

<sup>40</sup> La carence en sélénium comme co-facteur de la carence en iode dans les grandes endémies goitreuses du Nord-est du Zaïre Dr Ahuka ona Longombe 1993

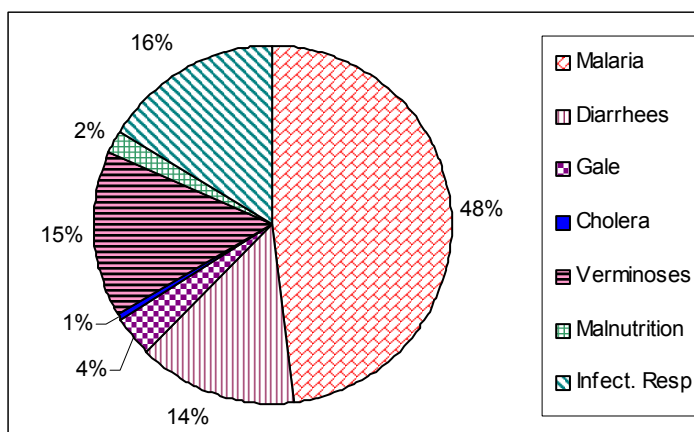
<sup>41</sup> Rapport Epidémiologique Annuel des Maladies à Potentialité Epidémique sous Surveillance en RDC, 2000, publié en mai 2001.

<sup>42</sup> Les 11 autres sont la rougeole, le choléra, la méningite, le polio, la typhoïde, le monkey pox, la diarrhée sanglante, le tétanos néonatal, la fièvre jaune, la peste et la fièvre hémorragique.

même si les services de santé viables sont à leur portée, les laissant ainsi exposés à de plus grands risques et permettant à la malaria de se répandre. En outre, les personnes déplacées vivent habituellement dans des conditions qui n'offrent que trop peu ou pas du tout de protection contre les moustiques, à la fois en termes de vêtement et d'abri.

A Katana, au Sud-Kivu, Françoise a été déplacée avec ses enfants quand les Interahamwe ont attaqué son village, une nuit. Elle a été forcée de fuir avec seulement les habits qu'elle portait, laissant derrière elle tout ce qu'elle avait au monde. Elle n'a plus jamais revu son mari depuis cette nuit là et pense qu'il est probablement mort. Elle a vu sa meilleure amie violée et tuée et elle a pris en charge ses deux enfants en plus de ses quatre propres enfants. Les enfants souffrent régulièrement de la malaria, parfois tous les 2 mois. Le mois passé, sa plus jeune fille est décédée de la maladie. Elle sait qu'un moustiquaire pourrait réduire le risque d'attraper la malaria mais elle a dû partir en laissant derrière elle le seul moustiquaire qu'elle possédait. Elle n'a pas d'argent, par conséquent elle ne peut en acheter un autre ou encore moins payer les médicaments pour traiter la malaria. Même quand elle réussit à économiser un peu d'argent, elle l'utilise pour acheter la nourriture pour les enfants. « Nous espérons survivre à la malaria mais nous ne pouvons pas vivre longtemps sans nourriture » dit-elle.

Le graphique circulaire ci-dessous donne les informations fournies par les autorités de la Zone de santé du Nord Kivu sur les personnes qui ont utilisé les services de santé de l'Etat entre juin 2000 et mars 2001. Bien que toute la population du Nord Kivu ne peut pas se permettre d'utiliser les services des centres de santé et hôpitaux, le graphique donne une indication sur l'incidence relative des maladies les plus communes.



L'expérience des auteurs de ce rapport dans l'exécution d'activités de santé, d'eau et d'hygiène dans le Nord Kivu est consistante avec ses données. La malaria est de loin le plus grand risque de santé publique auquel fait face la population suivi par les maladies hydriques telles la diarrhée, le choléra, les verminoses et la gale. Dans le Nord Kivu, les 4 maladies hydriques confondues sont responsables de 34% de tous les cas enregistrés dans les centres de santé. C'est pour cette raison que la provision suffisante d'eau potable, les installations sanitaires et l'éducation sur les bonnes pratiques d'hygiène sont très importantes pour améliorer la santé de ces populations vulnérables.

L'assistance au secteur de la santé est une priorité pour la plupart des organisations qui donnent une assistance humanitaire à la RDC. En dépit de cela les contributions aux secteurs de la santé de l'Appel Consolidé des Nations Unies qui totalisent US\$ 4,6 millions ne représentant que 54% des besoins. Une mission conjointe de l'OMS et de l'UNICEF en juin 2001 a estimé que le minimum d'investissement initial nécessaire pour arrêter la mortalité et renverser définitivement les indicateurs de santé serait de US\$ 350 millions par an dont US\$ 50 millions serviraient à remettre les agents de santé à produire les services essentiels de santé<sup>43</sup>. Quelques uns des principaux bailleurs du secteur de la santé et les indications du niveau d'appui sont présentés dans le tableau qui suit :

<b>Bailleur</b>	<b>Montant</b>	<b>Période</b>
USAID/OFDA	US\$ 18,84 millions	Oct 2000 – Sept 2001
UE/ECHO (incl eau et assainissement)	US\$ 12,65 millions	2001
UE/PATS <sup>44</sup>	US\$ 45 millions	1998-2002
Gouvernement belge	US\$ 4,6 millions	Jan 2000 – Avril 2001
Gouvernement français	US\$ 1,1 millions	2001

Ces fonds ont assuré un appui important à quelques catégories de la population. Cependant, ils sont désespérément insuffisants par rapport au montant nécessaire pour s'assurer que toute la gamme et l'échelle des problèmes auxquels le système sanitaire fait face sont satisfaits. En particulier, les fonds pour les activités qui ne sont pas perçus comme une réponse directe à une situation d'urgence, telles les initiatives de la prévention de la malaria sont difficiles à trouver. Un plus grand effort doit être fourni pour s'assurer que l'accès à des soins de santé appropriés et abordables est assuré à travers tout le pays et que plus de vies humaines ne sont pas perdues dû aux maladies évitables.

<sup>43</sup> WHO/UNICEF Joint Mission, Democratic Republic of Congo, 18-29 June, 2001

<sup>44</sup> Programme d'Appui Transitoire au Secteur de la Santé

## 8. Accès à l'eau potable

La RDC a des immenses réserves en eau et le fleuve Congo a la capacité de produire assez d'énergie hydro-électrique pour couvrir les besoins de toute l'Afrique australe<sup>45</sup>. Cependant, la majorité de sa propre population n'a pas accès à l'eau potable. Les maladies hydriques, ajoutées à de mauvaises conditions hygiéniques et sanitaires est l'une des principales causes de maladies en RDC. En 1999, l'UNICEF estimait que dans toute la RDC, il n'y avait que 45% de la population qui avait accès à l'eau potable<sup>46</sup>. Dans les zones rurales, ce pourcentage était estimé à moins de 26%. Aujourd'hui, on s'attend à ce que ces pourcentages soient considérablement plus bas.

Des recherches réalisées par Oxfam GB en milieu rural avant d'entreprendre des œuvres hydrauliques et sanitaires appuient ses estimations. Dans la zone de santé de Banalia (au nord de Kisangani) seulement 2 144 sur un total de 65 000 habitants (3%) ont accès à l'eau potable laissant la majorité de la population chercher l'eau à boire dans des sources non protégées ou non aménagées, des puits, des rivières et le fleuve. Dans une région, 11 des 28 villages dépendent des eaux du fleuve qui sont réputées être sales et polluées par l'homme et les animaux. Dans la zone de santé de Kindu (Maniema), 91% des sources d'eau ne sont pas protégées. La plupart des gens utilisent l'eau du fleuve et des sources et puits contaminés. D'autres parcourent des distances mettant entre 3 et 6 heures pour chercher de l'eau dans une source protégée. Dans l'Ituri (Province Orientale), une enquête couvrant 36 aires de santé a montré que 65% des 583 sources et puits utilisés par la population n'étaient pas protégées ; dans 7 aires de santé, il y avait 48 045 personnes qui n'avaient accès à l'eau potable du tout<sup>47</sup>.

En milieu urbain, l'accès à l'eau potable s'est substantiellement réduit la décennie passée. Dans plusieurs provinces, les unités de production appartenant à l'entité para-étatique responsable de la production et distribution d'eau potable (Regideso) n'ont pas fonctionné depuis des années, et leur capacité de production a été devancée par la croissance de la population en milieu urbain. Le problème principal est l'accès au gasoil pour faire fonctionner les turbines couplé du manque de produits chimiques, des pièces de rechanges et du délabrement du réseau.

Des 5 unités de production dans le Kasaï Oriental, seule celle de Mbuji-Mayi fonctionne à une capacité de 30%, fournissant sporadiquement de l'eau à 20% de ses 2 millions d'habitants. Avec 1.6 millions d'habitants qui n'ont pas accès à l'eau de la ville, la plupart doivent acheter de l'eau auprès des employés de la MIBA<sup>48</sup> qui reçoivent de l'eau gratuitement de la société. Nombreux sont ceux qui parcourent 6 à 7 km pour puiser de l'eau sale des sources. Pendant la saison de pluie, des femmes ont été aperçues en train de collecter de l'eau stagnante des flaques et nids de poules sur les routes.

La situation dans d'autres provinces est la même ou pire encore. Des 6 unités de production dans le Kasaï Occidental, seul Kananga est opérationnel à 10% de sa capacité fournissant l'eau à 5% de la population. A Kikwit, il n'y a pas de production d'eau du tout, et dans le Bas Congo, c'est le courant hydro-électrique plutôt que le gasoil qui alimente les deux seules unités qui fonctionnent. Dans l'Est du pays, les villes de Goma et Bukavu sont partiellement couvertes mais les villes telles que Kindu dans le Maniema n'ont plus de système de traitement d'eau opérationnel depuis début 1999.

---

<sup>45</sup> Economist Intelligence Unit.

<sup>46</sup> Le profil de Données de la Banque Mondiale pour 2000 estime que le pourcentage de personnes avec accès à l'eau potable était seulement de 27%.

<sup>47</sup> Les Aires de Santé sont les subdivisions des Zones de Santé.

Avant, Christine avait accès à l'eau de la Régideso, mais depuis le début de la guerre, son robinet ne coule plus. Maintenant Christine parcourt un demi kilomètre pour puiser de l'eau au fleuve. Elle sait que cette eau n'est pas propre mais c'est le point d'eau le plus proche. Lorsqu'elle a un peu de temps et d'énergie, elle va chercher l'eau de source à 3 kms. Elle en transporte autant que possible mais c'est seulement assez pour satisfaire les besoins de la famille en eau à boire pour 2 jours. Comme elle est souvent fatiguée, ils boivent l'eau du fleuve quand la situation est désespérée. Elle fait de son mieux pour traiter l'eau sale en la filtrant à travers des vieux morceaux d'étoffe. Elle sait que c'est pas assez mais c'est tout ce qu'elle peut faire.

A Kinshasa, la Regideso fournit de l'eau aux communes centrales, mais les communes les plus récentes ne sont couvertes que partiellement. L'infrastructure de la ville est tellement vieille et mal entretenue que 53% de son eau est perdu dans des fuites avant d'atteindre les usagers. La pression est tellement faible que les quartiers périphériques ne reçoivent pas d'eau du tout. Pendant qu'environ 65% des habitants sont connectés au réseau de distribution, seule la moitié reçoit l'eau régulièrement. 15% des habitants reçoivent l'eau deux fois par semaine pendant quelques heures. Plus de 2 millions de personnes n'ont pas accès à l'eau fourni par le réseau urbain et dépendent exclusivement des puits et des sources dont plus de 60% sont contaminés<sup>49</sup>.

Diwa Vova, vit à Kimbaseke avec sa femme, sa mère et ses 7 enfants. Ils avaient l'habitude de collecter l'eau sale d'une source à côté d'un cimetière. Au moins 2 fois par an chacun des 10 membres de la famille souffrait de maux d'estomac et de la diarrhée et devait aller au dispensaire pour des examens et des soins. Ils n'avaient jamais réalisé que c'était à cause de l'eau qu'ils tombaient malade. Oxfam GB a creusé un puit pour la communauté, et la famille de Diwa a commencé à y puiser de l'eau. Après quelques mois, ils se sont rendus compte que plus personne n'était malade et qu'ils ont réussi à économiser un peu d'argent sur ce qu'ils dépensaient pour les soins médicaux. Diwa est aussi propriétaire d'un champ à 100 kms de Kinshasa. La première fois qu'il s'y est rendu après la construction du puit, il est tombé malade. Maintenant, il amène avec lui assez d'eau potable pour plusieurs jours, et rentre à Kinshasa dès qu'elle est terminée.

Le faible accès à l'eau suffisante en qualité et en quantité a des conséquences graves sur la santé. A Kinshasa, 30% de toutes les maladies enregistrées par les autorités sanitaires à Kinshasa en 1998 étaient hydriques. En milieu rural, ce pourcentage est encore plus élevé. Parmi les groupes de personnes qui vivent dans des conditions hygiéniques particulièrement mauvaises, tels que les déplacés, le manque d'accès à l'eau suffisante ajouté à leur incapacité de s'acheter du savon a conduit à la manifestation de la gale. Des épidémies de choléra ont été signalées dans plusieurs parties du pays. Cependant, les activités de Oxfam GB à Kitshanga, Nord Kivu, une localité où 79% de sa population est composée de déplacés montrent que la maladie peut être maîtrisée si les ressources sont disponibles. Avant l'exécution des activités hydrauliques, sanitaires et d'hygiène en juin 1999, les autorités

<sup>48</sup> La Société Minière de Bakwanga

<sup>49</sup> Enquête conjointe par Oxfam GB, l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa et l'Inspection Urbaine de la Santé, 1999.

sanitaires enregistraient 2 épidémies de choléra par an. Depuis juin 1999, aucune n'a été rapportée<sup>50</sup>.

En plus des problèmes de santé, le temps requis pour atteindre une source d'eau ou faire la file à une fontaine publique a un impact significatif sur les femmes et les enfants, particulièrement les filles qui ont responsabilité de puiser de l'eau pour le foyer chaque jour. Le temps passé à exécuter cette tâche empêche les femmes de s'occuper de leurs familles ou d'entreprendre quelques activités génératrices de revenu et ne permet pas aux filles d'aller à l'école. A Kisenso, un quartier pauvre de Kinshasa, les familles urbaines perdent deux heures et demi chaque jour à puiser de l'eau. Plus encore, la quantité qu'elles puisent est insuffisante pour maintenir des normes adéquates d'hygiène en plus de ce qui est nécessaire pour boire et cuisiner.

Elise supporte une famille de 14 petits-fils et 2 de ses filles. Elle vit dans la région montagneuse de Masisi. Chaque jour à 4 heures du matin, Elise et 4 de ses petites filles entament de tortueux voyages vers le contre-bas de la montagne pour puiser de l'eau potable de la source dans la vallée. Ceci leur prend une heure de marche à l'aller et 2 heures pour le retour. Trois d'entre elles transportent des jerricans de 20 litres sur leurs têtes pendant que le plus jeune enfant transporte un seau de 10 litres. Lorsqu'il pleut, le chemin de la montagne devient très glissant et Elise, qui n'est plus très souple, tombe souvent. Elle était habituée à avoir l'eau plus près de la maison quand les prêtres avaient construit un système d'adduction d'eau mais les attaques menées par les groupes armés l'année dernière ont détruit les tuyaux du système et il ne fonctionne plus. Elle a besoin de ses petites filles pour l'aider à puiser l'eau pour la famille et sait que cela signifie qu'elles ne peuvent plus aller à l'école. C'est une dure décision à prendre mais elle n'a pas le choix.

L'accès à l'eau potable en milieu rural et urbain est donc un des plus grands défis auquel doit faire face la RDC pour atteindre une amélioration significative du statut sanitaire de la population. L'échelle des besoins est telle que l'approvisionnement en eau doit être maintenu comme priorité pour la communauté des bailleurs au cours des prochaines années.

---

<sup>50</sup> Rapports du Centre de Santé de Kitshanga (1999 – 2001) et Rapport de la Mission d'Evaluation des Besoins, Oxfam, Décembre 2000.

## 9. L'accès à la nourriture

Beaucoup de personnes en RDC passent la majeure partie de leur temps à réfléchir sur d'où viendra leur prochain repas. Au cours des trois dernières années la capacité des gens à produire et/ou à acheter de la nourriture en qualité et en quantité suffisante pour mener une vie active a été substantiellement réduite. En novembre 2000, le Programme Alimentaire Mondial des Nations Unies (PAM) estimait que 16 millions de personnes (33% de la population) avaient des sérieux besoins alimentaires suite aux déplacements prolongés, l'isolement, un manque de débouchés sur le marché, la rupture des voies d'approvisionnement, l'augmentation des prix et la chute du pouvoir d'achat.

A l'Est de la RDC, la guerre a réduit les personnes les plus pauvres, aussi bien les déplacés que les communautés hôtes/locales à une existence extrêmement marginale. Les conflits continuent entre les différents groupes armés et l'insécurité s'est empirée surtout en milieu rural. La dévaluation de la monnaie et l'augmentation du coût des produits importés tels que le pétrole et le sel ont rongé le pouvoir d'achat de la population. Dans certains endroits isolés des territoires occupés par les rebelles, tels que Shabunda, Kindu et le Kasaï Oriental, qui ne peuvent être atteints que par avion, le coût des articles comme le sel, l'huile, le savon et même les habits est devenu hors de portée de la population.

La production agricole a chuté à l'Est du pays ; ce qui veut dire que certaines régions qui produisaient un excédant ne produisent plus assez pour nourrir leurs propres populations. L'insécurité, l'accès limité aux marchés, la mosaïque du manioc<sup>51</sup> et les difficultés de gagner assez d'argent de la vente des récoltes, tout cela a découragé la population à cultiver. Une initiative de Save the Children UK visant à réhabiliter les routes de dessertes agricoles a démontré l'impact financier des difficultés que rencontrent les agriculteurs à atteindre les marchés. La réparation de 12 kms de route entre Bihambwe et Kibabi dans le Masisi leur a permis de transporter des sacs de 100 kilos de pommes de terre à un plus grand marché où ils pouvaient vendre le sac à US\$ 11 plutôt qu'à US\$ 3 le sacs comme ils obtenaient dans leurs villages<sup>52</sup>. Dans dans les riches zones minières telles que Walikale, Punia et Kalima, les bénéfices à court terme de l'activité minière ont aussi encouragé quelques personnes à abandonner l'agriculture. Au lieu de cultiver leurs champs, ils préfèrent chercher de l'or, du coltan ou du diamant. Ceci aura des implications à long terme sur la sécurité alimentaire des communautés.

La perte du pouvoir d'achat parmi les plus démunis en milieu rural signifie qu'ils ont du mal à avoir un régime alimentaire équilibré. Ceci a conduit à une augmentation incidentielle du kwashiorkor<sup>53</sup>, une maladie qui a toujours été endémique dans les régions du Kivu mais qui est de plus en plus répandue dans toutes les Provinces de l'Est. Les personnes les plus pauvres dans les villes comme Bukavu, vivent aussi dans des situations précaires, dès lors qu'elles ne peuvent pas trouver assez de travail comme dans le passé. L'insécurité a fait que les propriétaires terriens ne cultivent plus leurs fermes en milieu rural et n'ont pas besoin de travailleurs journaliers. Une réduction du commerce a aussi réduit la possibilité d'emploi. Acheter des quantités suffisantes de nourriture pour s'assurer que la famille n'aura pas faim signifie avoir moins d'argent à dépenser pour des soins de santé, les frais scolaires, et des articles de première nécessité comme le savon et le sel. Toute perturbation telle que les déplacements ou la maladie plonge les gens dans une situation de malnutrition. Au Nord

---

<sup>51</sup> Le manioc est l'aliment de base pour 70% de la population congolaise. Depuis 7 ans, les champs de manioc à travers tout le pays ont souffert de maladies virales et bactériologiques qui ont totalement détruit la production dans certaines régions comme le Bandundu. La guerre a empêché l'application de mesures pour contrôler les maladies et donner des variétés résistantes aux agriculteurs.

<sup>52</sup> Rapport final sur les activités de réhabilitation à Walungu/ Kaziba et Masisi, Save the Children UK, 2000

<sup>53</sup> Un genre de malnutrition associé aux régimes alimentaires pauvres en protéines animales.



Kivu (Masisi, Rutshuru) la situation est semblable. Les groupes les plus démunis sont forcés à acheter des aliments de très mauvaise qualité nutritive, telles que les bananes utilisées pour la fabrication de l'alcool, en plus de la consommation de quelques plantes sauvages. Dans certains coins du Nord et Sud Kivu, il y a un problème supplémentaire posé par des groupes armés de tout bord qui volent de la nourriture et les récoltes de communautés qui ont déjà du mal à survivre.

La plupart du million de déplacés à l'Est de la RDC sont particulièrement vulnérables, bien que ceux vivant dans des familles hôtes ne soient pas plus démunis que leurs hôtes. Beaucoup de ceux qui sont restés près de leurs champs continuent à récolter, ou même à cultiver à court-terme, en dépit du risque de rencontrer des groupes armés. Ceux qui n'ont plus accès à leurs champs, exercent une très forte pression sur leurs hôtes, qui doivent grignoter sur leurs propres ressources pour les aider. Ceci conduit souvent les deux groupes à avoir trop peu à manger. Parmi le plus grand nombre des personnes déplacées dans les forêts du Sud Kivu et de Réthy dans l'Ituri, leur régime alimentaire est constitué presque exclusivement du manioc et de ses feuilles. Acheter de l'huile et du sel est virtuellement impossible. Ceci, combiné avec l'absence d'accès aux soins de santé ainsi que les dures conditions de vie dans la forêt, contribuent à la pauvreté de l'état nutritionnel de ces groupes quand ils émergent.

'Nous vivons avec une famille déplacée. Des personnes ont commencé à voler les récoltes dans nos champs. Qu'allons nous faire avec ce pléthore car nous n'avons plus assez de nourriture? Nous ne mangeons qu'une fois par jour et souvent pas du tout. Nos deux familles souffrent maintenant de la malnutrition.' Alice, Kalima (Maniema).

Dans d'autres contrées du pays, la guerre a rendu la crise économique chronique encore plus aigue. Les communautés rurales sont affectées comme le sont les communautés urbaines qu'elles ravitaillent traditionnellement. En dépit de l'immense potentiel agricole, la production est en chute libre, comme les agriculteurs ne peuvent acheter ni des semences ni des outils, et ont beaucoup de mal à acheminer leurs produits aux marchés. Les traditionnelles routes de dessertes ont été coupées et comme conséquences les grandes villes telles que Kinshasa et Kisangani font face à des déficits alimentaires constants. Les initiatives à petites échelles ont été démarrées pour aider la population à s'en sortir. Après la guerre de 6 jours à Kisangani en juin 2000, période pendant laquelle la population était confinée dans leurs maisons, elles ont réalisé la nécessité de cultiver les potagers proches de leurs habitations. Avec l'appui de la FAO, l'on peut apercevoir des oignons et des haricots qui poussent dans plusieurs parcelles.

En 2000, Kinshasa seule avait un déficit alimentaire d'un million de tonnes. La capitale était approvisionnée par toutes les provinces de la RDC, mais la partition de fait du pays a forcé Kinshasa à se replier sur les plus proches régions comme le Bandundu et le Bas-Congo. La mauvaise condition des routes, le problème d'approvisionnement en produits alimentaires et la dépendance du cycle agricole dans moins de régions signifie que les prix des denrées alimentaires ne sont plus stables tout au long de l'année mais sujettes à des grandes fluctuations. Ces facteurs, couplés avec la maladie de manioc qui a dévasté la récolte dans plusieurs parties du pays (particulièrement à l'Ouest) signifient que le prix d'un kilo de riz est égal à celui d'un kilo de manioc en dépit du fait que le riz est importé de la Thaïlande. On a du importer des produits alimentaires pour combler les déficits appauvrissant un peu plus les zones rurales de l'intérieur. Les prix des produits de base sont de 50% à 150% plus chers que dans d'autres pays.

L'impact de cette situation sur des foyers qui sont déjà appauvris et marginalisés est dramatique. Le pouvoir d'achat a rapidement chuté. La FAO estime que plus de la moitié de la population de Kinshasa vit de moins d'un dollar par jour. L'index des prix de Kinshasa préparé par la Banque Centrale du Congo a sauté de 39,236 à 171,192 entre janvier et décembre 2000 (août 1995 = 100), culminant en avril 2001 à 282,664<sup>54</sup>. Cependant, les salaires n'ont pas été réajustés pendant toute cette période. Alors que le salaire mensuel d'un enseignant en septembre 2000 pouvait encore nourrir une famille de 7 membres pendant une semaine, en janvier 2001 il ne pouvait les nourrir que pendant 3,1 jours. Dans les quartiers les plus pauvres de la ville, les gens ayant des revenus mangent deux repas par jour, prenant du pain le matin et du fufu le soir. Cependant un nombre croissant des personnes mange un repas adéquat seulement une fois tous les deux jours.

La situation n'est pas différente dans d'autres parties du pays. A Demba (Kasai Occidental), 94% de foyers mangent difficilement un repas par jour. Des personnes déplacées ne mangent un repas adéquat qu'une fois tous les trois ou quatre jours. Dans le Bandundu, une province qui a été gravement affectée par la guerre de 1996 à 97 la population locale ne peut plus se permettre d'acheter des produits alimentaires locaux. En utilisant des voies d'accès riveraines, les commerçants qui achètent les biens pour des milieux urbains sont capables de fixer des prix qui excluent les acheteurs locaux. L'Equateur qui dans le passé était une industrie agricole importante s'est repliée sur l'agriculture traditionnelle de subsistance. Les populations vivant près de la ligne de front, qui ont été plusieurs fois déplacées, sont dites avoir atteint des niveaux alarmants de pauvreté.

Pendant que la communauté internationale commence à reconnaître l'envergure des problèmes de sécurité alimentaire, l'appui des bailleurs pour les activités agricoles ne s'est pas du tout approché du niveau des besoins. Il y a une certaine réserve à investir dans des interventions à long terme au profit d'une réponse humanitaire immédiate. Ceci veut dire que les initiatives conçues pour aider les communautés vulnérables à se faire confiance reste dérisoire. Et pourtant, contrairement à d'autres régions d'Afrique qui ont un potentiel agricole faible, la RDC peut résoudre ses problèmes alimentaires si un appui suffisant lui est octroyé. Les contributions au secteur agricole de l'Appel Consolidé Interagences 2001 pour la RDC du Bureau de Coordination des Affaires Humanitaires des Nations Unies étaient de US\$ 1.700.000 en juillet 2001, ne représentant que 16,7 % des US\$10.28 millions requis. Les bailleurs qui ont été préparés à appuyer ces secteurs inclus ECHO (US\$ 7 millions), et les gouvernements Belge, Français et Suedois. Un tel appui doit être encouragé afin de briser le cycle de l'insécurité alimentaire qui entraîne les plus vulnérables dans une situation de malnutrition.

### **Malnutrition**

Pendant que la malnutrition chronique a été un problème dans plusieurs parties de la RDC bien avant la guerre, la situation est devenue de plus en plus grave au cours des trois dernières années. Dans plusieurs contrées du pays elle devenue critique. Il est difficile d'obtenir un aperçu général de la gravité de ce problème en différents points du pays, parce que les agences humanitaires n'ont été capables que de mener quelques enquêtes. Cependant assez d'informations ont été fournies par des organisations spécialisées dans les interventions nutritionnelles pour faire rapport sur un certain nombre des sites et donner une impression de la situation qui prévaut dans d'autres régions. Un tableau reprenant les résultats des enquêtes menées au cours des 12 derniers mois peut être trouvé à l'annexe.

---

<sup>54</sup> Condensé d'informations statistiques, Banque Centrale du Congo, 11/2001, April 2001, Kinshasa

Dans les territoires occupés par la rébellion, les taux globaux de malnutrition parmi les enfants de moins de 5 ans relevés au cours de 12 derniers mois ont atteint 41%<sup>55</sup>, avec des taux de malnutrition graves allant jusqu'à 25,79%<sup>56</sup>. Ces chiffres ont été enregistrés au moment où la communauté humanitaire a eu accès aux communautés dans les régions précédemment isolées. Il est par conséquent raisonnable de s'attendre à ce que dans les régions de l'Est où règne encore l'insécurité empêchant la livraison de toute forme d'assistance, la situation est au moins aussi mauvaise et probablement pire. Les populations déplacées ; inaccessibles dans les forêts sont dans un état nutritionnel particulièrement grave, comme l'illustre les chiffres du PAM pour le Sud Kivu. Ces chiffres montrent que 75% d'enfants mal nourris enregistrés actuellement dans les centres nutritionnels appartiennent à des familles qui viennent juste de sortir des forêts. Lorsque Manono et Kiambi (nord Katanga) devinrent accessibles en janvier 2001, Nuova Frontiera a mené une enquête nutritionnelle qui a trouvé un taux de malnutrition globale de 32,01% et un taux de malnutrition sévère de 27,79% chez les enfants de moins de cinq ans.

Bien que les populations déplacées sont les plus vulnérables, beaucoup de communautés hôtes ont souffert de pressions supplémentaires imposées par la prise en charge de déplacés. A Kioko (nord Katanga), Nuova Frontiera n'a pas trouvé que le taux de malnutrition globale parmi les enfants de moins de cinq ans des populations déplacées (24,6% de l'échantillon) était significativement plus élevé, que dans les communautés locales. D'autres facteurs affectant le taux de malnutrition ont été la haute incidence des maladies telles que la rougeole et la malaria.

Les territoires sous contrôle gouvernemental n'ont pas été épargnés. Les taux globaux de malnutrition rapportés au cours des 8 derniers mois varie entre 4,6% dans le Bas-Congo et 30% dans les Kasais et dans les régions frontalières. Kinshasa présente des niveaux préoccupants, à la fois dans des quartiers surpeuplés du centre tels que la commune de Selembao, et dans des quartiers semi-ruraux de la périphérie de Kinshasa, comme la commune de Kimbanseke. Ces populations urbaines mènent une existence extrêmement précaire et ne peuvent pas soutenir des changements brusques dans leurs circonstances telles que la maladie ou la perte d'emploi. Une enquête menée par Save the Children UK dans les plus pauvres quartiers de la commune de Kimbanseke en avril 2001 a révélé que 42% d'enfants souffrent d'une malnutrition chronique et que les taux globaux de malnutrition ont atteint 18,3%<sup>57</sup>. De plus, on a trouvé que le taux de malnutrition sévère dans ces quartiers avait triplé entre septembre 1999 et janvier 2001<sup>58</sup>.

---

<sup>55</sup> Taux de malnutrition global enregistré par SC UK pendant une campagne de vaccination à Bunyakiri, Sud Kivu. La méthodologie utilisée était un premier screening utilisant « MUAC » avec une détection d'œdèmes. Aucune mesure anthropométrique n'était prise.

<sup>56</sup> Rapport de l'enquête nutritionnelle dans la ville de Kiambi, Nuova Frontiera, mars 2001

<sup>57</sup> Enquête nutritionnelle dans les Aires de Santé de Tshimungu, Mapela, Kimbanseke et Lobiko, Save the Children UK, 28 April 2001

<sup>58</sup> Kinshasa, Enquêtes Nutritionnelles, Communes de Kimbanseke, Selembao, Bumbu et Kisenso ACF-USA/Ceplanut, 31 January – 23 February 2001

Régine Kajenga a 65 ans et vit dans la périphérie rurale du Kinshasa. Sa fille a effectué une visite à Mbuji-Mayi peu avant la guerre pour gagner un peu d'argent dans un petit commerce, laissant ses deux enfants avec leur grand-mère. Quand la guerre éclata, elle n'avait pas la possibilité de rentrer à Kinshasa. Comme le père des enfants est mort, Régine s'occupe de Bidiuwa qui a 8 ans et Katende qui a 6 ans. Elle n'a pas moyen de gagner sa vie et est totalement dépendante de sa nièce qui vend des denrées alimentaires au marché local. Comme sa nièce a 11 enfants elle-même, elle n'est pas en mesure de beaucoup les aider et souvent ils n'ont pas à manger du tout. Les deux enfants souffrent maintenant d'une malnutrition sévère et ont été admis au programme de nutrition thérapeutique.

Le PAM s'est proposé de fournir une aide alimentaire d'urgence à 1,4 millions de personnes en 2001, mais au mois de juillet seulement 43% des US\$ 61 millions requis avaient été contribués par les bailleurs. ECHO donne un appui de US\$ 3 millions aux programmes de nutrition, et d'autres bailleurs sont les gouvernements américain, canadien, allemand et belge. Cependant, le niveau d'assistance est insuffisant pour fournir les denrées alimentaires aux personnes mal nourries dans les lieux accessibles, sans considérer un appui aux personnes vivants dans des situations épouvantables dans les zones qui deviennent accessibles maintenant.

## 10. Le VIH/SIDA

La RDC était l'un des premiers pays africains à reconnaître l'épidémie du VIH/SIDA, et à avoir organisé des campagnes de sensibilisation aussi tôt que vers la fin des années 80. Bien que ces initiatives ont été interrompues avec la suspension de la coopération structurelle en 1992, elles ont contribué à épargner la RDC des taux de prévalence extrêmement élevés observés dans les pays limitrophes. Cependant, les effets du conflit actuel ont sensiblement augmenté la vulnérabilité de la population au virus VIH.

Le taux national de prévalence à la fin de 1999 déclaré par l'USAID était de 5,07%. Cependant, la situation actuelle est certainement pire, particulièrement dans les zones tenues par les rebelles, où le Ministère de la Santé a estimé une prévalence de 10%. Les centres de surveillance et les hôpitaux dans les territoires contrôlés par le gouvernement rapportent que les taux à Matadi et à Lubumbashi ont doublé entre 1997 et 1999, augmentant respectivement de 5,1% à 10% et de 4,8% à 8,6%. Plus alarmants sont les résultats d'une petite enquête sur les donneurs de sang à Goma, menée en 1998 qui a démontré qu'entre l'arrivée de la vague des réfugiés rwandais en 1994 et 1997, le taux a quadruplé, allant de 4,2 % à 16,3%. Bien qu'aucune enquête fiable n'ait été menée dans les Kivus depuis 1998, Save the Children UK a collecté des informations des centres de santé qu'il appuie sur l'incidence des échantillons séropositifs parmi les donneurs de sang. Le tableau suivant présente une sélection de ces résultats.

Lieux	Périodes	Type de donneur	Taille de l'échantillon	Taux du VIH+Echantillon
Banque de sang Goma Nord-Kivu	Janvier-Décembre 2000	Donneurs réguliers	1326	3,6 %
Hôpital de Kalemie Nord-Katanga	Mars 2001	Donneurs réguliers	188	6,9 %
Projet de lutte contre le SIDA (Sud Kivu)	Septembre-Décembre 2000	Prostituées à Bukavu	35	42,86 %

ONUSIDA estime qu'au moins 90% de personnes qui sont séropositives ne sont pas conscientes qu'elles sont infectées. Comme le test coûte US\$ 10, il n'est pas à la portée de la majorité de la population.

Aussi bien dans les territoires contrôlés par le gouvernement que dans ceux contrôlés par les rebelles, la population a largement été exposée aux risques d'infection, comme conséquence du conflit. Les personnes déplacées, ou qui ont perdu tous moyens de survie, ni les ressources pour se protéger contre l'infection, ni l'accès à l'information sur la transmission du VIH-SIDA. Les structures de santé ont des capacités limitées pour détecter le VIH chez les patients de même que contrôler le sang utilisé lors des transfusions. Les femmes vivant près des camps militaires, sans sources de revenu, se sont tournées vers la prostitution en dépit des risques y afférents, pour se soutenir et aider leurs familles.

Les organisations de droits de l'homme ont aussi enregistré beaucoup de cas des femmes violées par les militaires. En plus des traumatismes mentaux et physiques et le risque de tomber enceinte, les victimes de viols sont particulièrement vulnérables à contracter le VIH, à la suite de déchirures éventuelles subies lors du viol. Il y a six armées étrangères sur le sol congolais et en moyenne les taux d'infection des militaires peut être 4 fois plus élevé que

ceux observés chez les civils<sup>59</sup>. Les taux d'infections du VIH varient de 50% chez les militaires angolais et 80% chez les soldats Zimbabwéens<sup>60</sup>.

Bernadette Mulebwe, Directrice de la Fondation Femme Plus, partenaire de Christian Aid, dit d'une femme venue la voir à son bureau de Kinshasa, « elle est venue de l'Est avec ses enfants. Elle a été violée 6 fois – à six points de contrôle, elle a été violée. Maintenant elle est séropositive et sa fillette est aussi infectée. Combien de femmes sont dans une telle situation? »

A Kabinda, où les troupes Zimbabwéennes sont stationnées, les centres de santé locaux rapportent une nette augmentation dans l'incidence des maladies sexuellement transmissibles qui sont facilement détectables, telles que le syphilis et la gonorrhée. On s'attend à ce qu'une enquête qui sera menée plus tard cette année révèle une augmentation du taux de prévalence du VIH.

Les personnes qui ont quitté la RDC comme réfugiés pour les pays voisins se sont retrouvées dans des zones à taux de prévalence considérablement plus élevé. En Zambie, en RCA et en Tanzanie, les trois pays qui hébergent la majorité des réfugiés congolais, les taux de prévalence en 1999 étaient respectivement de 19,95%, 13,84% et 8,09%. Ces taux étaient même plus élevés en 1998. Ceci représente une future menace lorsque ces réfugiés seront en mesure de rentrer au pays.

Tumba est une prostituée de 25 ans vivant à Bunia. « J'étais mariée à Beni quand j'avais 15 ans. Mon mari vivait de la mendicité, et après avoir supporté cela pendant 7 ans, je l'ai quitté il y a 2 ans et suis revenue à Bunia. Je suis prostituée depuis longtemps. Je n'ai pas de tarif fixe, mais j'accepte ce que l'on me propose – que ce soit entre US\$1 et US\$5. Je dois rencontrer les hommes dans les bars, mais je les amène chez moi. Je paie US\$5 de loyer par mois pour ma maison. Je déteste la vie que je mène, j'ai essayé plusieurs fois d'arrêter, mais je n'avais pas d'argent pour payer mon loyer et acheter des habits, alors je suis retombée dans la prostitution. J'espère qu'un jour je pourrai avoir un autre emploi pour m'aider à survivre. J'ai vraiment peur du Sida mais quel choix ai-je entre mourrir de faim aujourd'hui et mourrir du Sida demain ? »

Contrairement à d'autres maladies, le Sida affecte particulièrement les adultes à l'âge de procréer, qui abandonnent de très jeunes enfants sans quelqu'un pour les prendre en charge. Il y a officiellement entre 800 000 et 900 000 enfants en RDC, orphelins du Sida, bien que le Gouvernement admette que ces chiffres peuvent maintenant approcher le million<sup>61</sup>.

Quelques-uns de ces enfants ont même souffert de la mort de plusieurs personnes qui les prenaient en charge, car les membres de famille qui les avaient accueillis ont aussi succombé du Sida. Sans soutien à la maison, une grande proportion de ces enfants est mal nourrie, presque tous ne vont pas à l'école et nombreux aboutissent comme enfants de la rue.

<sup>59</sup> "No Excuses", Christian Aid, 2001

<sup>60</sup> Economist, 2 January 2000, cité dans "No Excuses", Christian Aid, 2001

<sup>61</sup> Programme National de Lutte contre le SIDA, cité dans "No Excuses", Christian Aid, 2001.

L'augmentation du taux de prévalence du VIH/SIDA chez les congolais a été décrite comme une bombe à retardement. Elle aura un profond effet sur l'avenir du pays, comme on l'a observé dans d'autres parties de l'Afrique sub-saharienne. Etant donné que les 15-49 ans constituent la tranche la plus vulnérable à l'infection, la productivité de la main d'œuvre sera gravement affectée et les dépenses en soins de santé vont exercer une forte pression sur les revenus familiaux. Les enfants vont porter le plus fort de la souffrance, à la fois ceux qui sont nés avec le virus et ceux qui seront orphelins avec la disparition de leurs parents.

## 11. Education

La guerre en RDC a eu un terrible impact sur le système éducatif qui était déjà décadent. En 1998, le ministère de l'éducation a reporté que 40% d'enfants à l'âge scolaire ne vont pas à l'école. La situation pour les filles est pire. Sur le plan national, la moitié des filles n'étaient pas scolarisées, dans le Nord Kivu, le chiffre était de 69%<sup>62</sup>. L'investissement fait dans le système éducatif congolais dans les années 70 et 80 a été gaspillé. Le taux d'enrôlement à l'école a chuté de 94% en 78 à environ 60% en 2001. Le taux d'alphabétisation est tombé de 74% en 1992 à 58,9% en 1998. Il n'y a pas de chiffres fiables pour l'année scolaire 2000/2001, mais l'UNICEF estime qu'il y a actuellement entre 3 et 3,5 millions d'enfants âgés de 6 à 11 ans qui ne reçoivent aucune forme d'éducation. Ce chiffre dépasse le nombre total des habitants de la République du Congo voisin. De ces enfants, près de 2 millions sont des filles<sup>63</sup>.

A l'Est de la RDC, l'insécurité, la pauvreté et les fréquentes fermetures ou destructions d'écoles auront réduit le taux de fréquentation à une fraction des chiffres de 1998. Beaucoup de parents ne peuvent plus envoyer leurs enfants à l'école. Les chiffres du tableau ci-dessous, collectés dans 100 écoles primaires et secondaires dans 11 zones de l'Ituri (Province Orientale) en avril 2000, montrent l'échelle du problème dans la partie orientale du pays<sup>64</sup>.

Contrée	No. d'écoles	Fréquentation avant la guerre 98-99	Fréquentation 1999-2000	Déperdition scolaire	%	Commentaires
Dz'n	10	2844	0	2844	100	Ecoles brûlées
Mbr'bu	6	1803	0	1803	100	Ecoles brûlées
Linga	7	2236	0	2236	100	Ecoles brûlées
Dhendo	17	2631	0	2631	100	Ecoles brûlées
Laudio	4	1206	0	1206	100	Ecoles brûlées
Laddedjo	4	1346	0	1346	100	Ecoles brûlées
Ndjukpa	4	1612	0	1612	100	Ecoles brûlées
Ugwaru	7	1688	1175	513	30	
Uchoni	13	3144	2306	838	27	
Zabu	18	3936	2737	1199	30	
Bura	10	2109	469	1640	78	
Totaux	100	24555	6687	17868	73	

Les enfants déplacés ont en particulier ont peu ou pas de chance de poursuivre leur scolarité. Des 2 millions de personnes déplacées près de 400 000 sont supposés être des enfants à l'âge de l'école primaire. Ces enfants n'ont accès à aucune forme d'éducation de base, préjudiciant ainsi leurs chances à l'avenir, et augmentant par le fait même le risque de s'enrôler dans les groupes armés dans le but de trouver une meilleure vie.

<sup>62</sup> Education pour tous, Bilan à l'An 2000, Ministère de l'Education Nationale, November 1999. Chiffres soutenus par l'UNICEF – State of the World's Children 2001.

<sup>63</sup> Référence personnelle

<sup>64</sup> Rapport circonstanciel des écoles de la collectivité des Walendu-Pitsi, M. Belo Lonema, Conseiller de l'enseignement primaire, 6 April 2000



Christine est la directrice d'une école de 500 élèves juste au nord de Fataki dans le Nord-Est de la RDC. Quand son village fut attaqué en août 1999, elle était obligée de fuir et elle vit actuellement avec 5000 autres personnes déplacées dans la paroisse de Fataki. Sa maison est le petit coin d'une maison délabrée qu'elle partage avec d'autres familles. Beaucoup de ses élèves sont aussi des déplacés. Cela dure depuis 2 ans, et elle sait que les enfants n'ont pas été à l'école depuis qu'ils ont fui. « Ils sont en train de perdre leur avenir et je ne supporte pas cela » a-t-elle dit. « Je veux rouvrir l'école, même sous un arbre. Tout ce dont j'ai besoin c'est un peu de matériaux et nous allons faire le reste » mais il y a très peu de bailleurs qui acceptent de financer ce genre de travail.

Quelques écoles fonctionnent encore dans des conditions bien difficiles. A Nyunzu (nord Katanga), 6 des 11 écoles fonctionnent en dépit du manque d'enseignants, matériels didactiques, d'écritures et des livres d'exercices. A Kalima, l'église locale a mis en place un système de rotation à travers lequel l'école régulière se termine plus tôt chaque jour et des courtes leçons sont organisées pour les enfants déplacés pendant quelques heures l'après-midi. Cependant le taux de déperdition parmi les élèves est très élevé. A Kalemie, 50% des enfants qui ont débuté l'école en 2000 n'ont pas terminé l'année, parce que les parents ne peuvent pas payer les frais d'études<sup>65</sup>.

Dans les territoires contrôlés par le gouvernement, les pressions économiques ont eu un effet négatif sur l'éducation des enfants. Dans quelques quartiers périphériques de Kinshasa, jusqu'à la moitié des enfants ne fréquentent pas l'école primaire, parce que leurs parents ne peuvent payer les frais scolaires qui s'élèvent à entre US\$2,5 et US\$3 par trimestre. Les salles de classe sont surpeuplées dès le début du trimestre, mais très vite, le nombre d'élèves commence à baisser, souvent à hauteur de 50% au fur et à mesure que l'année scolaire tend vers la fin. Les enfants qui ont des dettes à l'école sont exclus pour le second et le troisième trimestre ou ne sauront jamais leurs résultats d'examens et donc n'auront pas le droit de passer de classe supérieure avant d'avoir régularisé la situation de leurs dettes. Dans une école de Kisenso, les enfants chassés rodent autour de la concession scolaire dans l'espoir de s'infiltrer dans la salle des cours dès que le professeur est distrait.

Quand bien même les enfants fréquenteraient les écoles, les bâtiments sont tellement délabrés qu'ils présentent un danger pour la santé. Ils offrent peu ou pas du tout de protection contre le soleil et pendant les pluies, les enfants sont renvoyés en famille. Les pupitres et les bancs sont vieux, insuffisants ou manquent totalement, obligeant les enfants à s'asseoir à même le sol ou sur de grosses pierres. Beaucoup d'enfants n'ont pas de manuels scolaires ou de bics et les enseignants se démènent pour s'acheter de la craie. Une récente mission à Boende rapporte que les enseignants recourent au manioc pour écrire sur les tableaux. Beaucoup d'écoles n'ont pas accès aux livres, que ce soit pour les élèves ou les enseignants. En mai 2001, un membre du personnel de l'UNICEF qui a visité une école près de Mbuji-Mayi et a rapporté qu'un élève en terminale du niveau primaire a vu un livre pour la première fois, lors de sa visite.

Les salaires des enseignants lorsqu'ils sont payés sont vraiment maigres pour faire face à la vie quotidienne. Ceci pousse beaucoup d'enseignants, particulièrement les femmes, à quitter le métier. A Kinshasa, en mai le gouvernement a augmenté les salaires des enseignants du niveau primaire de US\$4 à US\$8 par mois. Dans l'Ituri, les enseignants ont reçu un salaire

<sup>65</sup> Mission effectuée par le PAM et Nuova Frontiera, au Nord Katanga (Kalemie, Nyunzu), 10-11 avril 2001

régulier pour la dernière fois en 1992, excepté pour les 5 mois avant le début de la guerre de 1998. En dépit de cela, une bonne proportion du personnel enseignant qui, en réalité est trop vieille, est contrainte de continuer à enseigner suite à l'incapacité de l'Etat à verser les primes de retraite à ceux qui se retirent, et au manque de nouveaux enseignants

Gérard Biyela a 63 ans et il est directeur d'une école primaire de Kisenso à Kinshasa. Il vit loin de l'école qui lui a été confiée et doit marcher pendant 3 heures et demi chaque jour pour atteindre son poste de travail. Il effectue la même distance pour rentrer à la maison après l'école. Il ne mange qu'une seule fois par jour le soir. Il gagne 2000 francs congolais par mois (soit US\$ 8) avant le réajustement du salaire du mois de mai et maintenant il gagne 4000 francs congolais (US\$ 16). Sa femme est aussi enseignante dans une école primaire, mais les salaires sont tellement bas qu'elle a abandonné l'enseignement pour cultiver des légumes. Ils ont cinq enfants dont trois seraient actuellement à l'université s'ils avaient l'argent pour les frais académiques. Les deux filles souffrent d'anémie SS. Leurs coûts médicaux exercent une certaine pression sur les revenus de la famille, ce qui veut dire qu'ils sont actuellement très endettés.

L'état de l'éducation en RDC peut être simplement décrit comme désastreux et actuellement, il y a bien peu de perspectives de changement en vue. Pendant que le gouvernement consacrait 26,4% de son budget au secteur de l'éducation en 1972, sa part dans le budget national est actuellement de moins d'1%. En plus, très peu de bailleurs étrangers sont disposés à financer l'enseignement. L'USAID a accordé US\$ 450 000 pour appuyer l'éducation des filles au cours de l'exercice 2000-2001, et se prépare à fournir US\$ 2 millions pour la réhabilitation des écoles et la formation technique. L'Union Européenne a donné 3 millions d'euros pour la fourniture des livres du niveau secondaire et d'autres institutions d'enseignement en 1999-2000. L'UNICEF a un budget destiné à l'éducation pour l'an 2001 de US\$ 3 millions, mais à ce jour, US\$ 600 000 seulement ont été contribués. Un petit nombre d'ONGs, parmi lesquelles Save the Children UK, et Oxfam GB avec US\$ 350000 d'appui du DFID sont aussi en train de réhabiliter un nombre limité d'écoles primaires dans leurs rayons d'interventions.

L'assistance fournie actuellement est une faible proportion de l'appui requis. Comme conséquence, des générations d'enfants congolais ne bénéficieront pas de leur droit à l'éducation, laissant ainsi le pays avec une main d'œuvre non qualifiée et inactive, mal équipée pour concourir à une économie globale. Il est important que la communauté humanitaire change ses perspectives sur la valeur de l'appui à l'éducation de telle sorte que des millions d'enfants congolais ne soient pas privés de leur avenir. De plus ceci augmenterait les chances de restaurer la paix dans la région.

## 12. Conclusions

Le conflit en RDC est une guerre régionale. Les acteurs internes et externes se battent pour le contrôle du territoire, spécialement des zones riches en ressources naturelles. Dans certains cas, des acteurs externes sont aussi en train de résoudre leurs propres conflits internes sur le sol congolais. Des six pays impliqués directement dans le conflit, avec des troupes stationnées en RDC, quatre font face à des conflits internes : le Rwanda, l'Ouganda, l'Angola et le Burundi. Une solution pacifique à long-terme pour la RDC est interconnectée à la recherche des solutions pacifiques dans ces quatre pays, et en particulier au Rwanda et au Burundi. La région a besoin d'accords politiques durables, pas des compromis expéditifs, s'il faut qu'il y ait un impact sur la souffrance humaine en RDC et dans les autres pays.

Les conséquences humanitaires de la guerre en RDC sont horribles, comme le montre les informations disponibles actuellement auprès de la communauté humanitaire. A ce jour, l'assistance humanitaire fournie par la communauté internationale a été totalement inadéquate lorsqu'on considère en même temps le niveau de la souffrance humaine, et lorsque on la compare aux efforts déployés pour affronter les crises humanitaires dans d'autres régions du monde. Bien que les combats le long de la ligne de front ont plus ou moins cessé la souffrance humaine, elle, ne finit pas d'augmenter. Qui pis est l'Est du pays continue à expérimenter une insécurité significative en dépit d'un calme relatif sur la ligne de front. Une grande proportion des besoins humanitaires dans le pays n'est pas satisfaite et des milliers des personnes qui ont besoin d'assistance ne sont pas accessibles.

Pour la plupart des congolais il n'y a aucune perspective en vue – la tragédie humaine continue.

## Les organisations et leurs détails de contact

Oxfam GB est un membre d'Oxfam International. Il travaille avec les autres pour vaincre la pauvreté et la souffrance à travers les solutions les plus efficaces et les plus durables. Oxfam a été créée en 1942 pour apporter de l'aide aux populations affamées de la Grèce sous occupation. Depuis lors, il a substantiellement grandi pour devenir une agence-leader internationale en matière de urgences, de développement et de plaidoirie, offrant une unique gamme d'aptitudes et d'expériences centrées sur l'élimination de la pauvreté. En travaillant avec des personnes vivant dans la pauvreté, Oxfam les aide à jouir de leurs droits fondamentaux et de prendre un contrôle efficace sur leurs destins en vue de construire un monde plus juste.

**Oxfam GB**  
**274 Banbury Road**  
**Oxford**  
**OX2 7DZ**  
**Royaume Uni**  
**Tel : 44 1865 311 311**  
[www.oxfam.org.uk](http://www.oxfam.org.uk)

**Oxfam GB/RDC**  
**Avenue de la Justice n° 75**  
**Commune de la Gombe**  
**Kinshasa**  
**République démocratique du Congo**  
**Tel : 243 880 3237**  
[oxfam-kin@raga.net](mailto:oxfam-kin@raga.net)

Save the Children est la première agence caritative pour enfants. Travaillant dans plus de 70 pays, elle gère les programmes d'urgence en même temps le développement à long terme et le travail de prévention pour aider les enfants, leurs familles et leurs communautés à s'auto-suffire. Fort de cette expérience pratique, Save the Children UK cherche aussi à influencer la politique et la pratique pour atteindre des bénéfices durables en faveur des enfants dans leurs communautés. Tout au long de son travail, Save the Children UK se dévoue à faire des droits des enfants une réalité.

**Save the Children UK**  
**17 Grove Lane**  
**Londres**  
**SE5 8RD**  
**Royaume Uni**  
**Tel : 44 020 7620 4444**  
[www.savethechildren.org.uk](http://www.savethechildren.org.uk)

**Save the Children UK (en RDC)**  
**10, Avenue de l'Avenir**  
**Concession Chanic**  
**Kinshasa/Ngaliema**  
**République démocratique du Congo**  
**Tel : 243 9955958**  
[sckin-pc@jobantech.cd](mailto:sckin-pc@jobantech.cd)

Christian Aid est l'agence officielle des programmes d'urgence et de développement sponsorisée par 40 églises représentant plusieurs dénominations dans le Royaume Uni et l'Irlande. Elle a commencé par aider les réfugiés après la deuxième guerre mondiale et maintenant elle travaille dans environ 60 pays où les besoins sont énormes, aidant les personnes sans référence à la race ou à la religion. Christian Aid croit que les populations locales sont mieux placées pour résoudre des problèmes locaux. Pour cette raison, elle travaille à travers 700 organisations locales, finançant des projets. Au Royaume Uni et en Irlande, elle travaille avec les églises, les écoles et les institutions publiques d'enseignement appuyant et battant campagne sur les questions de la pauvreté dans le monde.

**Christian Aid**  
**PO Box 100**  
**London**  
**SE1 7RT**  
**Royaume-Uni**  
**Tel 44 020 7620 4444**  
[www.christian-aid.org.uk](http://www.christian-aid.org.uk)

**Christian Aid**  
**6217 Avenue de l'OUA**  
**B.P. 11.100**  
**Kinshasa 1**  
**République démocratique du Congo**  
**Tel 243 880 4744**  
[caidrc@raga.net](mailto:caidrc@raga.net)