

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Ministère de la Santé Publique

SECRETARIAT GENERAL



Financement Additionnel – 4
P 173415

PLAN D'ACTION EN FAVEUR DES POPULATIONS AUTOCHTONES

Nord Kivu - Zone de santé de Kirotche

Version finale

Mai 2020

Table des matières

SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
LISTE DES TABLEAUX.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
LISTE DES FIGURES	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
EXECUTIVE SUMMARY	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
_Toc40898340CHAPITRE 1 : DESCRIPTION DU PROJET	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
CHAPITRE 2. PRÉSENTATION DU SITE D'ÉTUDE ..	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
CHAPITRE 4. : CADRE INSTITUTIONNEL	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
CHAPITRE 5 : EVALUATION SOCIALE DES PA DANS LA ZONE DE KIROTICHE	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
CHAPITRE 6. RESUME DES CONSULTATIONS	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
CHAPITRE 7 : DISPOSITIF ORGANISATIONNEL DE MISE EN ŒUVRE	69
ANNEXES.....	82

Sigles, acronymes et abréviations

ACDPV	: Action Communautaire de Défense et Protection de la Vie au Congo
ACPS	: Action Communautaire pour la Promotion de la Santé
ADMR	: Action pour le Développement des Milieux Ruraux
AGR	: Activité génératrice de revenu
ANE	: Agence Nationale de l'Environnement
APDMAC	: Action pour la Promotion des Droits des Minorités en Afrique Centrale
BAD	: Banque Africaine de Développement
BM	: Banque mondiale
CAC	: Cellules d'Animation Communautaire
C A D H P	: Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples
CAMV	: Centre d'Accompagnement des Autochtones pygmées et Minoritaires
CENADEP	: Centre National d'Appui au Développement et à la Participation
CIFOR	: Centre de recherche forestière internationale
COPIP	: Comité de Pilotage Provincial
COPIZ	: Comité de Pilotage Zonale
CPPA	: Cadre de Planification en faveur des Populations Autochtones
CPR	: Cadre de Politique de Réinstallation
DECOR	: Développement Communautaire et Rural
DEP	: Département des études et planification
DGPA	: Dynamique de Groupe des Peuples Autochtones
DIPY	: Dignité des Pygmées
DO	: Directives Opérationnelles
DPS	: Division Provinciale de Santé
DSCRP	: Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
ECZ	: Equipe Cadre de la Zone de Santé
ERND	: Environnement Ressources Naturelles et Développement
EUP	: Etablissement d'utilité publique
FBP	: Financement Basé sur la Performance
FM	: Fonds Mondial
HGR	: Hôpital général de référence
ICCN	: Institut Congolais pour la Conservation de la Nature
IDA	: Association Internationale pour le Développement
IEC	: Information, Education, Communication
IPs	: <i>Indigenous Peoples</i>
IPP	: <i>Indigenous People Plan</i>
IPAAC	: Comité de Coordination des Peuples Autochtones d'Afrique
IPROFAVE	: Initiative pour la Promotion des Femmes Autochtones et Vulnérables
IRC	: <i>International Rescue Committee</i>
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
JC	: Jésus- Christ
JIPA	: Journée Internationale des Peuples Autochtones
LINAPYCO	: Ligue Nationale des Associations Pygmées du Congo
LOFEPACO	: Ligue des Organisations de Femmes Paysannes du Congo
MARP	: Méthode Accélérée de Recherche Participative
MGPR	: Mécanisme de Gestion des Plaintes et Résolution des conflits
MSF	: Médecins sans frontières
MVE	: Maladie du virus Ebola
N°	: Numéro
OIT	: Organisation Internationale du Travail
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONU	: Organisation des Nations Unies
OP	: Politique Opérationnelle

OSAPY	: <i>Organisation for the Support of Pygmies</i>
P A	: Peuples Autochtones
PARSS	: Programme d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé
PCI	: Prévention et contrôle des infections
PDSS	: Projet de Développement du Système de Santé
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PO/PB	: Politique Opérationnelle/ Procédures de la Banque
PPA	: Plan en faveur des Peuples autochtones
PU	: Prix unitaire
RAPY	: Réseau des Associations Autochtones Pygmées
RDC	: République Démocratique du Congo
REPALEF	: Réseau des associations des Peuples Autochtones et Locales
SAD	: Soutien et Action pour le Développement de l'Afrique
SMI	: Santé Maternelle et Infantile
UEFA	: Union pour l'Emancipation de la Femme Autochtone
UNESCO	: Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNFP	: Fonds de Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VSBG	: Violence sexuel base sur le genre
ZS	: Zone de Santé

Liste des tableaux

- Tableau 1** : Données démographiques de la zone de santé de Kirotche
Tableau 2 : Répartition des PA par villages
Tableau 3 : Répartition des PA selon l'âge et le sexe
Tableau 4 : Modes de vie des PA
Tableau 5 : Enjeux des garanties
Tableau 6 : Données concernant la source d'alimentation en eau
Tableau 7 : Typologie des conflits par zone de santé
Tableau 8 :_Besoins identifiés
Tableau 9 : Institutions et personnes consultées
Tableau 10 : Atelier de l'élaboration de PPA
Tableau 11 : Responsabilités des participants
Tableau 12 : Principes des consultations
Tableau 13 : Résumé des préoccupations des PA exprimées lors des consultations publiques
Tableau 14 : Mesures d'atténuation des impacts négatifs potentiels
Tableau 15 : Plan d'action de la mise en œuvre du Plan des Peuples Autochtones PDSS
Tableau 16 : Chronogramme de Mise en œuvre
Tableau 17 : Budget
Tableau 18 : Acteurs de la mise en œuvre de PPA
Tableau 19 : Mise en œuvre du suivi et de l'évaluation
Tableau 20 : Types d'intervenants
Tableau 21 : Budget Indicatif du MGPR

Liste des figures

- Figure 1** : Zone de santé de Kirotche

Résumé exécutif

Le Gouvernement de la République Démocratique du Congo avait sollicité et obtenu de l'Association Internationale de Développement (IDA), un crédit d'un montant équivalant à 220 millions USD et un don du fonds fiduciaire multi bailleur soutenant l'innovation dans les résultats de santé d'un montant équivalant à 6.5 millions USD.

Le projet PDSS est intervenu dans douze (12) provinces de la RDC à savoir : ***Equateur, Mongala, Mai-Ndombe, Sud – Ubangi, Thuapa, Maniema, Kwilu, Kwango, Lualaba, Haut – Katanga, Haut Lomami, et Nord Kivu pour la riposte Ebola.***

Les principales composantes du projet sont présentées ci-dessous :

- ✓ **Composant 1. Amélioration de l'utilisation et qualité des soins des services de base.** Cette composante comprend entre autres, des interventions pour améliorer les services de santé préventive au niveau des centres de santé de base et hôpitaux de districts, la disponibilité de médicaments, le renforcement des capacités des ressources humaines.
 - ✓ **Composante 2. Appui à la gestion et au financement du système de santé.** Cette composante comprend des activités de renforcement des capacités de gestion à tous les niveaux du secteur de santé, une assistance technique sur les questions des ressources humaines, des médicaments, de l'amélioration du suivi et d'évaluation, ainsi que celles l'unité de gestion du projet.
 - ✓ **Composante 3. Renforcer la performance du système de santé.** financement, politique de santé, et capacités de surveillance
- Composante 4. Renforcer la capacité de surveillance et réponse.** Cette composante inclut les activités originales du projet sur le renforcement de la surveillance des maladies et introduit la composante d'intervention d'urgence en cas d'urgence (CERC).

L'objectif général du projet est de contribuer à accroître l'efficacité et l'efficacé du système de santé afin d'améliorer les résultats en matière de développement humain. Cette efficacité et efficacité accrues devraient solidifier la crédibilité de ce système de santé en accroissant l'investissement dans les secteurs sociaux.

Dans le cadre de la mise en œuvre de sa politique sectorielle pour le développement des soins de santé essentiels de sa population, le Gouvernement de la République Démocratique du Congo a eu à préparer, avec l'appui de la Banque mondiale, un premier fond additionnel au Projet de Développement du Système de Santé (PDSS) à hauteur de 120 millions USD, dont l'objectif principal est d'améliorer l'utilisation et la qualité de services de santé maternelle et infantile dans les zones de santé ciblées. Avec ce financement additionnel, le projet a étendu ses actions par la mise à l'échelle des paquets additionnels qui comportent la santé de la mère et de l'enfant, le volet nutrition, les violences basées sur le genre, la santé des adolescents et des jeunes, le renforcement du système de santé avec la gestion des médicaments et le rajeunissement des effectifs du personnel médical, le renforcement de la gestion financière ainsi que le renforcement du système épidémiologique.

PDSS a eu à bénéficier d'un deuxième financement additionnel, visant à augmenter la prestation des services de santé de base du paquet intégré existant, pour un montant de 10 millions USD au titre du don de la part du Fonds mondial.

Un troisième financement additionnel, don IDA d'un montant équivalent à 120 millions USD fut attribué au projet pour reconstituer les 80 millions USD réaffectés du projet. Cette reconstitution a permis au projet d'atteindre l'objectif du développement du projet et les

résultats escomptés, conformément aux cibles fixées dans le cadre des résultats. En outre, ce financement a renforcé le projet d'un montant de 40 millions USD pour financer les activités d'intervention d'urgence visant à endiguer l'épidémie à virus Ebola. Cette épidémie déclarée comme cas d'urgence, étant actuellement en cours d'atténuation, tel qu'officiellement déclaré par le Gouvernement, la mise en œuvre des activités s'est effectuée conformément aux procédures condensées en vertu du paragraphe 12 de la section III de la politique de la Banque régissant le financement des projets d'investissement.

Aussi, le Gouvernement de la RDC vient d'obtenir de l'IDA un quatrième financement additionnel au titre d'un don et crédit, d'un montant équivalent à 200 millions USD. Ce financement additionnel couvrira l'écart de financement du PDSS et le dépassement des coûts liés à la pandémie de COVID19 et la riposte à MVE en cours. Il attribuera 150 millions USD aux activités de base du projet (108 millions USD pour l'écart de financement et 42 millions USD pour le dépassement de coût) et 50 millions USD au CERC pour la riposte à MVE10 (dépassement des coûts).

Pour le Nord Kivu, ce renforcement des capacités va se réaliser dans six (6) axes identifiés pour répondre de manière holistique au besoin de renforcement du système de santé dans la province. Il s'agit de :

1. ***l'appui aux structures de régulation (DPS et les treize zones de santé) à travers le mécanisme de financement basé sur la performance*** comme l'évaluation de la qualité des soins, l'encadrement et la supervision des zones de santé (DPS) et des formations sanitaires (ECZ), l'organisation de la formation des CAC, le financement des livrables, etc. Sur la base d'un état des lieux au niveau de la DPS et les équipes cadres de zone de santé, des unités d'investissement seront déterminées et leur seront octroyées ;
2. ***le renforcement de la dynamique communautaire à travers les Cellules d'Animation Communautaire (CAC) en mettant en place*** et en rendant opérationnel 3026 CAC dans la province du Nord Kivu et communiquer un besoin non encore couvert de 2500 à 3000 CAC à mettre en place, dont autour de 2140 dans le cadre de projet avec l'UNICEF. La vérification de la performance des CAS sera conduite par l'EUP et se fera au niveau du siège des comités de (association locale de vérification communautaire), le fonds pour le financement de la performance sera logé au niveau de l'EUP FASS. L'EUP aura l'avantage de la proximité avec les acteurs, de la flexibilité pour la canalisation des financements mais il aura à bien séparer les fonctions de vérification et de paiement ;
3. ***le subventionnement des soins au niveau des formations sanitaires (PMA & PCA)*** par des échanges avec plusieurs acteurs (EUP, ULB-Coopération, DPS, ECZ de Nyiragongo, MPS) en vue de pouvoir développer dans toutes ces Zones de santé (MVE) une approche de PBF Light qui tient compte des ressources limitées, mais qui devra davantage contribuer au maintien des résultats ainsi qu'au renforcement du système de santé.

On va préconiser l'utilisation des dispositifs déjà utilisés par la province, à travers le projet PRODS, pour l'habilitation des formations sanitaires (certification selon les termes usuels du PDSS) avec les grilles dédiées et pour le calcul des allocations budgétaires semestrielles dans le cadre du subventionnement des soins.

On va recommander que dans le cadre du FBP light, pour les Centres de Santé, le paiement de la performance des formations sanitaires soit basé principalement sur le score qualité obtenu à travers la grille qualité améliorée (intégrant la prévention et contrôle des infections (PCI) et le VBG) et si possible couplée avec l'administration des vignettes (75 % de la subvention).

Pour les HGR, le subventionnement des soins se focalisera sur l'achat des épisodes d'hospitalisation de plus de 72 heures (chirurgie majeure, césarienne et autres accouchements, pédiatrie, médecine interne, gynécologie) comme conduit dans le cadre du PRODS. Le bonus qualité de 40 % intégrant le PCI et les vignettes sera développé.

- 4. les unités d'investissement pour réhabiliter et équiper les formations sanitaires afin de les rendre plus résilientes aux épidémies et plus fréquentables pour la population:** un état des lieux sera conduit dans toutes les formations sanitaires des treize (13) zones de santé afin d'y déterminer et prioriser les besoins en réhabilitation et en équipement.

Un ingénieur en construction ou un architecte sera recruté par l'EUP comme consultant pour accompagner la province dans l'estimation des besoins en réhabilitation, l'élaboration des spécifications techniques pour les matériaux à acquérir, et pour le suivi des travaux au niveau des différentes formations sanitaires.

Pour toutes les réhabilitations à mener, chaque formation sanitaire, à travers son plan de management et la contribution de sa communauté aura à contribuer dans leur réalisation.

Un budget conséquent de vingt-cinq mille (25 000) USD par centre de santé ou centre hospitalier et de cent mille (100 000) par HGR est planifié, soit pour un montant total de sept millions six cent soixante-quinze mille (7 675 000) USD. Les besoins de chaque formation sanitaire seront déterminés à l'issue de l'état des lieux ;

- 5. l'inscription des ménages au niveau des formations sanitaires (dénombrement continu de la population) :** la province souhaite que le mécanisme de subventionnement des soins soit aussi greffé sur un mécanisme d'inscription obligatoire des usagers auprès des formations sanitaires. L'établissement d'utilité publique (EUP) FASS Nord Kivu a développé et est en train de tester le logiciel pour la gestion de ces inscriptions. L'inscription individuelle devrait permettre à ceux qui sont inscrits de bénéficier des tarifs forfaitaires subsidiés au niveau de CS certifiés, dans les HGR et au niveau de l'hôpital provincial lorsqu'ils y sont référés.

Un montant symbolique pour l'obtention de la carte des inscrits sera payé par les usagers pour cette inscription. Un comité local des inscrits sera créé au niveau de chaque formation sanitaire. Il sera chargé de la gestion et de la détermination des activités à financer par les ressources collectées. Chaque formation sanitaire se dotera du Kit informatique, de moyens de connexion et des sources d'énergie pour la gestion des inscrits ;

- 6. la gestion de l'achat stratégique à travers la contractualisation avec l'EUP FASS NK** Dans le cadre du quatrième financement additionnel du Projet PDSS, couvrant treize (13) provinces de la RDC, un Plan d'action en faveur des Populations Autochtones (PPA,) a été préparé par Zone d'intervention et ce, dans le respect de l'arsenal juridique national et international relatif aux Populations Autochtones (PA). En effet, la Constitution de la RDC, le code forestier, la loi relative à la conservation de la nature, les dispositions légales relatives à l'Etat civil et à la citoyenneté ainsi que les textes internationaux et régionaux ratifiés/ signés par la RDC, ne créent aucune discrimination à l'endroit des PA.

L'évaluation sociale des études a relevé que les défis du développement des PA dans des zones cibles se posent ainsi en termes d'accès aux services socio-économiques de base (éducation, santé, eau potable, citoyenneté), de faibles capacités à exercer les activités de subsistance et génératrices des revenus.

Le présent document constitue le Plan d'action en faveur des Peuples Autochtones (PPA) pour la Province du Nord Kivu, Zone de Santé de Kirotshe. Ce PPA est le résultat d'une

approche participative basée sur la revue documentaire et les consultations à travers des focus–groups avec les différentes catégories de populations autochtones, communautés locales, et des entretiens approfondis avec les autorités administratives locales et des responsables des ONG, des confessions religieuses, etc. Ensuite, les ateliers ont été organisés dans les campements des PA qui ont respecté l'application du Consentement Libre, Informé et Préalable (CLIP) pour obtenir qu'elles adhèrent massivement au projet et qu'elles expriment leurs points de vue et participent à la décision sur la mise en œuvre du projet en tenant compte de l'inclusion des représentants de deux (02) sexes, d'atténuer les impacts négatifs qui peuvent surgir lors de la mise en œuvre du projet et de s'assurer que les bénéfices qui ont été prévus sont culturellement appropriés. Parmi les résultats les plus importants de ces consultations qui ont respecté le principe de CLIP (Consentement Libre, Informé et Préalable), il y a lieu de citer le fait que tous les PA ont reconnu que le projet PDSS induit de nombreux impacts potentiels positifs sur eux, mais aussi quelques impacts négatifs pour lesquels, les actions suivantes sont recommandées en vue de les atténuer :

- ✓ organiser les campagnes de vulgarisation des droits et devoirs de la culture PA ;
- ✓ organiser les campagnes de sensibilisation contre la malnutrition, le manque d'hygiène, la mise en place de moyen d'évacuation des malades et des relais communautaires ;
- ✓ assurer le renforcement de capacité des relais communautaires ;
- ✓ mettre en œuvre les activités de suivi - évaluation des mécanismes de gestion des plaintes.

Les consultations avec les PA se sont déroulées lors de la phase préparatoire du présent PPA.

Par ailleurs, un mécanisme de collecte et de traitement des plaintes a été mis en place et est opérationnel jusqu'au niveau du comité des campements avec la participation de la société civile et des PA. Dans le cadre de l'inclusivité et de la transparence, un mécanisme du suivi et évaluation fonctionnera également avec la participation de toutes les parties prenantes.

Le coût global du PPA proposé pour la zone de santé de Kirotshe dans la province du Nord Kivu est évalué à cent quarante-six mille neuf cent (**146 900**) \$ et réparti comme suit :

N°	Activités	Unité	Quantité	Coût unitaire en USD	Coût total en USD
1	Atelier de lancement MGRP (location salle, collation et transport)	1 jour	60 participants	\$ 30/ jour et participant	1800
2	Campagnes de sensibilisation (frais sensibilisateurs)	2 jours	10 sensibilisateurs	\$ 15/jour/sensibilisateur	300
3	Valorisation des savoirs endogènes et de la pharmacopée (frais enquêteurs)	18 jours	50 personnes à enquêter aires	\$10 / jour/enquêteur	9000
4	Moyens d'évacuation des malades	1 mois	160 vélos	\$150/ par vélo	24000
5	Renforcement des capacités des relais	2 jours	35 relais	\$ 20/ par relais et par jour	1400

N°	Activités	Unité	Quantité	Coût unitaire en USD	Coût total en USD
	communautaires : validation des modules (collation et transport)				
	Renforcement des capacités des relais communautaires : formation des relais	2 jours	30 relais	\$ 30/ jour et relais	1800
6	Jeton des présences des membres du comité de MGP	20 mois	5 aires	\$ 486/ mois et par aire	48600
7	Mission de suivi	2 ans	6 missions	\$ 5000/ par an et mission	60000
TOTAL					146 900

Executive summary

The Government of the Democratic Republic of Congo had requested and obtained from the International Development Association (IDA), a credit and grant equivalent to USD 220 million and a grant from the Health Results Innovation Trust Fund of equivalent to USD 6.5 million.

The PDSS project intervened in twelve provinces of the DRC, namely: Equateur, Mongala, Mai-Ndombe, South - Ubangi, Thuapa, Maniema, Kwilu, Kwango, Lualaba, Haut - Katanga, Haut Lomami, and Nord Kivu for the Ebola response. The main components of the project are presented below.

- ✓ **Component 1. Improve Utilization and Quality of Health Services at Health Facilities through PBF.** This component includes, among others, interventions to improve preventive health services at the level of basic health centers and district hospitals, the availability of drugs, capacity building of human resources.
- ✓ **Component 2. Improve Governance, Purchasing and Coaching and Strengthen Health Administration Directorates and Services through PBF.** This component includes activities to strengthen management capacities at all levels of the health sector, technical assistance on the health workforce, drugs, monitoring and evaluation, and project management.
- ✓ **Component 3. Strengthen Health Sector Performance.** Financing and Health Policy Capacities
- ✓ **Component 4. Disease Surveillance System Strengthening and Response.** This component includes the original activities of the project on strengthening disease surveillance and introduces the Contingent Emergency Response Component (CERC) in the event of an emergency.

The overall objective of the project is to help increase the efficiency and effectiveness of the health system in order to improve human development outcomes. This increased efficiency and effectiveness should solidify the credibility of the health system by increasing investment in the social sectors. As part of the implementation of the health sectoral policy for the development of essential health services, the Government of the Democratic Republic of Congo had to prepare, with the support of the World Bank, a first additional fund to the Health System Strengthening for Better Maternal Child Health Outcomes Project (PDSS) to the tune of USD 120 million, the main objective of which is to improve the use and quality of maternal and child health services in the targeted health zones. With this additional funding, the project has extended its actions by scaling up additional packages which include maternal and child health, nutrition, gender-based violence, adolescent health and youth, strengthening the health system with medication management and rejuvenation of medical staff, strengthening financial management and strengthening the epidemiological system.

PDSS received a second additional funding, aimed at increasing the delivery of basic health services from the existing integrated package, for an amount of USD 10 million from the Global Fund.

A third additional financing, which included an IDA grant equivalent to USD 120 million was allocated to the project to replenish the USD 80 million reallocated through the CERC to combat the 10th Ebola outbreak. This replenishment allowed the project to achieve the Project Development Objective and the expected results, in accordance with the targets set in the results framework. In addition, this funding added USD 40 million to continue financing emergency response activities aimed at ending the Ebola virus epidemic.

The Government of the DRC has just received a fourth additional financing from IDA, amounting to US \$200 million. This additional financing will cover the PDSS financing gap and cost overrun related to the COVID-19 pandemic and ongoing EVD support. It will allocate US\$150 million to core project activities (US\$108 million financing gap and US\$42 million cost over-run) and US\$50 million to the CERC for the EVD10 response (cost over-run). The management of this program will be ensured by the PDSS in accordance with the same management procedures and the operational manual for the implementation of PBF by the Ministry of Health.

For North Kivu, this capacity building will take place in six (6) areas identified to respond holistically to the need to strengthen the health system in the province.

It is :

1.Support for regulatory structures (DPS and the thirteen health zones) through PBF : such as quality of care assessment, supervision and supervision health zones (DPS) and health facilities (ECZ), organization of Community Animation Cells (CAC) training, financing of deliverables, etc. On the basis of an inventory at the level of the DPS and the management teams of the health zone, investment units will be determined and will be allocated to them.

2. Strengthening the community dynamic through the CAC : setting up and making operational 3,026 CAC in the province of Nord Kivu and communicating a need not yet covered for 2,500 3,000 CACs to be set up, including around 2,140 in the framework of a project with UNICEF. The verification of the performance of the CAC will be conducted by the EUP and will be carried out at the headquarters of the committees of (local community verification association), the fund for the financing of the performance will be housed at the level of the EUP FASS. The EUP will have the advantage of proximity to the actors, flexibility in channeling funding, but it will have to separate the verification and payment functions.

3. The subsidization of care at the level of health facilities (PMA & PCA): through exchanges with several actors (EUP, ULB-Cooperation, DPS, ECZ of Nyiragongo, MPS) to develop in these Health Zones (EVD) a PBF “Light” approach that takes into account limited resources, but will contribute to maintaining results and strengthening the health system. We will recommend the use of devices already used by the province, through the PRODS project, for the empowerment of health facilities (certification according to the usual terms of the PDSS) with the dedicated grids and for the calculation of the half-yearly budgetary allocations in the subsidized care. We will recommend that within the framework of PBF light, for the Health Centers, payment for performance at health facilities is based mainly on the quality score obtained through the improved quality grid (integrating Infection Prevention Control and Gender Based Violence) and if possible, coupled with the administration of vignettes (for 75% of the subsidy). For General Reference Hospitals, the subsidization of care will focus on the purchase of hospital episodes of more than 72 hours (major surgery, cesarean section and other deliveries, pediatrics, internal medicine, gynecology) as conducted within the framework of PRODS. The 40% quality bonus including Infection Prevention Control and quality vignettes will be developed.

4. Investment units to rehabilitate and equip health facilities to make them more resilient to epidemics and more frequentable for the population: an inventory will be conducted in all health facilities in the thirteen areas of health in order to determine and prioritize rehabilitation and equipment needs.

A construction engineer or an architect will be recruited by the EUP as a consultant to assist the province in estimating rehabilitation needs, developing technical specifications for the materials to be acquired, and for monitoring work at the various health facilities. For all renovations to be carried out, each health facility, through its management plan and the

contribution of its community will contribute to their achievement. A substantial budget of USD 25,000 per health center or hospital center and USD 100,000 per HGR is planned, for a total amount of 7,675,000 USD. The needs of each health facility will be determined at the end of the inventory.

5. The registration of households associated with health facilities (continuous population count): the province wants the mechanism for subsidizing care to also be grafted into a mechanism for compulsory registration of users with health facilities. The EUP FASS NK has developed and is currently testing the software for managing these registrations. Individual registration should allow those who are registered to benefit from subsidized flat rates at the certified health center level, in the HGR and at the provincial hospital level when they are referred to it. A symbolic amount for obtaining the registration card will be paid by users for this registration. A local committee of registrants will be created at each health facility. He will be responsible for the management and determination of the activities to be financed by the resources collected. Each health facility will have a computer kit, connection means and energy sources for managing registrants.

6. Managing strategic purchasing through contracting with the EUP FASS NK : As part of the fourth additional financing of the PDSS Project, covering the provinces of the DRC, an Action Plan in favor of Indigenous Populations was prepared by Intervention Zone and this, respecting the arsenal national and international legal relating to Indigenous Populations. Indeed, the constitution of the DRC, the forest code, the law relating to nature conservation, the legal provisions relating to civil status and citizenship as well as the international and regional texts ratified / signed by the DRC, do not discriminate against Indigenous Populations.

Indigenous People in target areas have difficulties accessing basic socio-economic services (education, health , drinking water, citizenship), and weak capacities to carry out subsistence activities and generate income. This document constitutes the Action Plan in favor of Indigenous Peoples for the Province of North Kivu, Kirotoche Health Zone.

This PPA is the result of a participatory approach based on the documentary review and consultations through focus groups with the different categories of Indigenous Populations, local communities, and in-depth interviews with local administrative authorities and NGO officials, religious denominations, etc.

Then, the workshops were organized within communities with Indigenous Populations to apply the Free, Informed and Prior Consent (FIPC), providing the target populations with an opportunity to express their points of view and participate in decisions related to project implementation, including approaches to ensure the inclusion and representation of both sexes, mitigating the negative impacts that may arise during project implementation and ensuring that the benefits that have been planned are culturally appropriate. Among the most important results of these consultations, the Indigenous Populations recognized that the PDSS project had many potential positive impacts on them, but also some negative impacts for them, the following actions are recommended with a view to mitigate negative impacts:

- ✓ Organize campaigns to popularize the rights and duties of Indigenous Population culture;
- ✓ Organize awareness campaigns against malnutrition, hygiene, setting up means of evacuation of the sick and community health workers;
- ✓ Ensuring the capacity building of community health workers;
- ✓ Implementing follow-up activities - evaluation of complaint management mechanisms.

Consultations with Indigenous Populations took place during the preparatory phase of this plan. In addition, a mechanism for collecting and handling complaints has been established with the participation of civil society and the Indigenous Population and is operational. In the context of inclusiveness and transparency, a monitoring and evaluation mechanism is also operating with participation of all parties concerned.

The overall cost of the proposed IPP for Kirotshe health zone in Nord Kivu province is estimated at USD **146 900**.

N°	Activities	Unity	Quantity	Unit Cost (\$ US)	Overall Cost (\$ US)
1	MGRP launch workshop (room rental, snack and transport)	1 days	60 IPs	\$ 30/ day and IP	1800
2	Awareness campaigns (awareness raising costs)	2 days	10 sensitizers	\$ 15/day and worker	300
3	Promotion of endogenous knowledge and the pharmacopoeia (investigator fees)	18 days	50 people to investigate	\$10 / day/investigator	9000
4	Patients evacuation	1 month	160 evacuations	\$150/ evacuation and month	24000
5	Capacity building of community relays: validation of modules (snack and transport)	2 days	35 workers	\$ 20/ day and worker	1400
	Capacity building of community relays: training of relays (snack and transport)	2 days	30 workers	\$ 30/ day and worker	1800
6	Grievance Redress Mechanism	20 months	5 zones	\$ 486/ month and zone	48600
7	Follow up mission	2 years	6 missions	\$ 5000/ year and mission	60000
	TOTAL				146 900

Chapitre 1 : Description du projet

1.1. Présentation du Projet de Développement du Système de la Santé (PDSS)

Le Projet de Développement du Système de la Santé (PDSS) est un projet initié par le gouvernement congolais en vue d'apporter une réponse à la situation sanitaire précaire qui a été confirmée dans l'étude santé Pauvreté réalisée dans le cadre de l'élaboration du Document de Stratégie de croissance et de réduction de la Pauvreté.

Le projet vise principalement la Santé Maternelle et Infantile (SMI), en vue d'améliorer la prestation des services de santé par l'extension et le renforcement du Financement Basé sur la Performance (FBP) dans les zones de santé ciblées. Outre l'utilisation accrue des services de SMI et l'amélioration de leur qualité, le FBP répondra aux carences du système de santé indiquées ci-dessus en améliorant le mode de financement des activités du secteur de la santé et ses aptitudes en matière de politique par une action axée sur :

- ✓ les ressources humaines requises pour l'obtention de résultats de santé (motivation, distribution, etc.) ;
- ✓ l'accessibilité financière aux services de santé de qualité ;
- ✓ la disponibilité de médicaments essentiels générique (accessibilité de bonne qualité) ;
- ✓ la participation des communautés, et
- ✓ la disponibilité de plus de données.

Au-delà des Provinces déjà couvertes par ce programme, le gouvernement a levé l'option de mettre le FBP dont l'achat stratégique à l'échelle au niveau national et a pour cela identifié la Province du Nord Kivu comme prochaines étapes dans cette vision.

La gestion de ce programme est assurée par le PDSS conformément aux mêmes procédures de gestion et au manuel opérationnel de mise en œuvre de l'Achat Stratégique du Ministère de la Santé. Les composantes du PDSS demeurent les mêmes pour les nouvelles provinces.

1.2. Composantes du projet de PDSS

Les principales composantes du projet sont présentées ci-dessous.

- ***Composant 1. Amélioration de l'utilisation et qualité des soins des services de base***

Cette composante comprend entre autres, des interventions pour améliorer les services de santé préventive au niveau des centres de santé de base et hôpitaux de districts, la disponibilité de médicaments, le renforcement des capacités des ressources humaines, etc.

- ***Composante 2. Appui à la gestion et au financement du système de santé***

Cette composante comprend des activités de renforcement des capacités de gestion à tous les niveaux du secteur de santé, une assistance technique sur les questions des ressources humaines, des médicaments, de l'amélioration du suivi et d'évaluation, ainsi que celles l'unité de gestion du projet.

- **Composante 3. Renforcer la performance du système de santé**

Cette composante comprend le financement, la politique de santé et les capacités de surveillance.

- **Composante 4. Renforcer le système de surveillance et réponse**

Cette composante adresse le renforcement du système de surveillance et de réponse aux maladies.

1.2.1. Zone d'intervention du projet PDSS

Le projet concerne les provinces suivantes : **Equateur, Mai-Ndombe, Sud – Ubangi, Mongala, Tshuapa, Maniema, Kwilu, Kwango, Lualaba, Haut – Katanga, Haut Lomami, spécifiquement Nord Kivu pour la riposte d'Ebola.** Il est localisé dans treize (13) Départements Provinciaux de la Santé du pays avec 169 zones de santé réparties de la façon suivante : DPS Sud Ubangi (16 ZS), DPS Mongala (12 ZS), DPS Equateur (18 ZS), DPS Tshuapa (12 ZS), DPS Kwilu (24 ZS), DPS Mai-Ndombe (14 ZS), DPS Kwango (14 ZS), DPS Lualaba (14 ZS), DPS Haut Lomami (16 ZS), DPS Haut Katanga (8 ZS), DPS Maniema (8 ZS), DPS Nord Kivu (13 ZS). Ce projet couvre une population de +/- 30 800 000 habitants y compris les provinces sans PA

1.3. Justification du Plan d'Action en faveur des Populations Autochtones

Pendant la préparation du projet (PDSS), des Cadres de Planification en faveur des Populations Autochtones (CPPA) ont été élaborés pour chaque financement afin de prendre en compte les PA vivants dans les zones d'implantation du projet. Ce présent Plan d'action en faveur des Populations Autochtones (PPA) a ensuite été élaboré pour les zones de santé ciblées par le projet PDSS-4FA, pour la Zone de Santé de Kirotshe dans la Province du Nord Kivu, afin de se mettre en conformité avec la Politique opérationnelle OP/BP 4.10.

1.3.1. Objectifs du PPA

a) Objectif général

Le présent PPA a pour objectif principal de s'assurer que le Projet PDSS respecte pleinement la dignité, les droits de la personne, l'économie et la culture des PA, au même titre que les autres membres des communautés avoisinantes ; d'éviter les incidences susceptibles d'être préjudiciables aux PA concernées par les activités du projet ou en cas d'impacts négatifs, atténuer, minimiser ou compenser de telles incidences.

b) Objectifs spécifiques

De façon spécifique, ce PPA poursuit les objectifs suivants :

- ✓ mettre en place les compétences nécessaires à la mise en œuvre d'un PPA PDSS harmonisé suivant la PO 4.10 ;
- ✓ appuyer les peuples autochtones dans des actions concrètes qui instaurent des opportunités égales et n'impactent pas négativement sur leur environnement et leur

culture. Il s'agit notamment de s'assurer que ce PPA apporte une réponse à la situation sanitaire précaire des PA qui a été confirmée dans l'étude santé Pauvreté réalisée dans le cadre de l'élaboration du Document de Stratégie de croissance et de réduction de la Pauvreté ;

- ✓ définir un cadre de suivi et d'évaluation participative ainsi que les dispositions institutionnelles à prendre pour assurer l'implication effective dans la mise en œuvre de ces actions de ce PPA et la réalisation des activités pour optimiser les impacts et retombées positifs en faveur des PA tout en veillant à atténuer les impacts environnementaux et sociaux défavorables, les supprimer ou les réduire à des niveaux acceptables pour les populations autochtones.

Le plan va améliorer l'utilisation et la qualité de service de SMI ; amélioration de service de santé de prévention dans les campements des PA, fournir les médicaments essentiels dans les sites des soins aux campements et renforcer les capacités des relais communautaires PA. Le projet va avoir des impacts positifs pour la vie des populations locales y compris les PA.

Ce PPA doit comporter des mesures concrètes pour faire en sorte que les activités et les retombées du Projet bénéficient également aux Populations autochtones dans la zone du projet.

Il en résulte souvent que leurs statuts économique, social et juridique limitent leurs capacités à faire valoir leurs droits sur les terres, territoires et autres ressources productives, ou leur aptitude à participer au développement et à en recueillir les fruits. Il est attendu que ce plan d'action harmonisé comprenne des sous projets ou des actions spécifiquement adaptés pour répondre à leurs besoins réels.

1.3.2. Méthodologie de l'étude

a) Objectif général

Le PPA a pour objectif de développement d'améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé maternelle et infantile dans les zones de santé ciblées.

En d'autres termes, l'objectif de l'étude est de réaliser un Plan d'action en faveur des Populations Autochtones (PA) qui seront touchées par la mise en œuvre du PDSS.

Les données ayant servi à l'élaboration de ce PPA résultent d'une évaluation sociale sur terrain qui a été menée concomitamment avec les PA affectés sur base d'une étude qualitative dont les objectifs poursuivis étaient de :

- ✓ collecter les informations sur les modes de vie des PA dans les campements ;
- ✓ analyser les perceptions des PA sur les facteurs liés à l'accès à la terre, à la santé, à l'éducation, à l'eau potable, à l'électricité, à la gestion des poubelles et aux installations hygiéniques, aux conflits et relation avec les populations Bantus à l'habitat et aux violences sexuelles et domestiques ainsi qu'aux activités génératrices de revenu ;
- ✓ identifier les perceptions de leaders communautaires sur les facteurs susceptibles de garantir le succès des sauvegardes sociales ;
- ✓ analyser les opinions des autorités politico- administratives sur les types d'appuis à apporter pour la pérennité des résultats de ces sauvegardes ;

- ✓ analyser les données collectées en vue d'en dégager des propositions d'amélioration des interventions dans la fourniture des médicaments essentiels dans les sites des soins aux campements, le renforcement des capacités des relais communautaires.

b) Démarches méthodologiques

L'étude a privilégié une revue littéraire et une démarche participative qui s'est articulée autour des axes d'intervention suivants :

- ✓ revue documentaire sur la situation des PA dans la zone du projet (les données générales sur les peuples pygmées, leur répartition géographique, démographique, leur mode d'éducation, de santé, etc.) ;
- ✓ analyse des documents techniques du projet et d'autres documents stratégiques concernant les exigences de la Banque mondiale dans la réalisation des projets sociaux et d'études environnementales et sociales ;
- ✓ une consultation participative liée aux composantes ou activités du projet ayant permis aux peuples autochtones de la zone de réalisation du projet de :
 - exprimer leurs vues et de participer à la décision sur la mise en œuvre du projet en tenant compte de l'inclusion des représentants des deux sexes ;
 - atténuer les impacts négatifs qui peuvent surgir lors de la mise en œuvre du projet ; et
 - s'assurer que les bénéfices qui ont été prévus sont culturellement appropriés
- ✓ cette enquête de terrain a été réalisée à travers des focus groups avec les PA hommes et femmes, des entretiens approfondis avec les médecins chefs de zone, les autorités locales et les leaders d'opinion, des rencontres avec les acteurs institutionnels et des partenaires principalement concernés par le projet ; et
- ✓ observation directe des particularités culturelles, des modes de vie des populations autochtones, de leur état de marginalisation et des expériences d'appui au développement et d'autopromotion en leur faveur.

Un atelier a été organisé après le focus - group à Goma pour le compte de PDSS en date du 07/09/2018 pour la riposte contre l'Ebola et une rencontre avec les autorités locales en date du 22/01/2020 pour la mise à l'échelle d l'achat stratégique.

Toutes les activités du PPA ont été regroupées en deux (02) composantes, à savoir :

- ✓ renforcer les capacités de toutes les parties prenantes pour valider les activités du PDSS en faveur des PA liées aux campagnes de l'IEC sur la propreté et l'hygiène, l'évacuation des malades PA et au renforcement des capacités des relais communautaires ;
- ✓ concevoir et mettre en œuvre un système de suivi et évaluation à long terme de toutes ces activités.

2.1. Zone de santé de Kirotsche

La zone s'étend sur une superficie de 1000 km² et la densité estimée est de 316 habitants/km² (source : BCZS). La population de la zone de santé de Kirotsche est d'environ 316 288 habitants.

Tableau 1 : Données démographiques de la zone de santé Kirotsche

Zone de santé	Aire de santé	Population totale	0 à 1an	1 à 5 ans	5 à 15 ans	Plus de 15 ans
KIROTCHE	Mutanda	6342	290	1417	1701	
	Rubaya	16560	700	3508	4984	
	Kashebere	22395	1225	4961	6174	
	Karuba	15040	773	3492	7312	
	Mumba	10326	535	2358	3236	
	Ngungu	7894	325	1515	2520	
	Kausa	16579	648	2148	7211	
	Bishange	16476	750	3033	4935	
	Kabase	14888	684	2821	4609	
	Bitonga	26395	1213	5018	8596	
	Shasha	7605	321	1370	3018	
	Bweremama	14034	578	2518	3521	
	Kingi	12326	573	2258	3930	
	Sake	13721	628	2800	4180	
	Murambi	8564	343	1572	2801	
	Kaduki	27490	1515	5734	8955	
	Kabingu	37349	1844	5702	11263	
Kihindo	33341	1306	4322	14501		
Total	18	307325	14252	56548	103447	140499

Source : ACF, 2017

Elle est limitée par les zones de santé suivantes :

- ✓ au nord-ouest, la zone de santé de Masisi ;
- ✓ au sud-ouest, la zone de santé de Walikale ;
- ✓ à l'est, la zone de santé de Goma et le Lac Kivu ;
- ✓ au Sud -est, la zone de santé de Minova.

La zone de santé de Kirotsche se compose de dix-huit (18) aires de santé, subdivisées en deux (02) zones dont :

- ✓ Montagneuse avec dix (10) aires de santé ;
- ✓ Littorale avec huit (08) aires de santé.

La population de Kirotche vit principalement de l'agriculture de type substance, de la pêche et de l'élevage. Le manioc, le maïs, le riz, les légumineuses comme constituent les productions les plus importantes et l'élevage du petit bétail dans les villages. Certains membres s'adonnent au petit commerce et à la pêche artisanale. Sur le plan écologique, la zone de santé de Kirotche a été divisée en deux (02) sous - zones : la zone montagneuse et la zone littorale.

Les conditions agro écologiques diffèrent, les cultures et les techniques agricoles pratiquées ainsi que les calendriers agricoles varient d'une zone à l'autre. Même au sein de la zone montagneuse, les cultures et le calendrier agricole varient d'une colline, ou localité, à l'autre.

Sur le plan linguistique, le Swahili est la langue de grande communication alors que le Kinyarwanda et le Hunde sont utilisés dans les villages et collines isolés.

La population rurale de la zone de santé de Kirotche vit en grande majorité (plus de 80%) avec moins d'un dollar par jour en parité de pouvoir d'achat et bénéficie d'un très faible accès à l'électricité (1 %).

L'utilisation des sources d'énergie modernes pour la cuisson (gaz, électricité) est encore très insignifiante en RDC avec une prédominance des chaînes d'approvisionnement en bois énergie (bois de chauffe et charbon de bois).

Sur le plan épidémiologique, les pathologies dominantes qu'on retrouve surtout pour les PA sont le paludisme inhérent au manque des moustiquaires imprégnés d'insecticide, les maladies diarrhéiques, les maladies d'origine hydrique (maladies des mains sales) liées au manque d'hygiène, des infections sexuellement transmissibles (IST), les infections respiratoires aiguës liées aux fumées domestiques et la malnutrition.

La situation sanitaire précaire au niveau de la province et particulièrement dans la zone de santé de Kirotche a accru la préférence de la population pour la médecine traditionnelle et la flambée des cas d'enfants malnutris.

2.2. Situation et caractérisation des PA dans la zone de santé de Kirotche

Les peuples autochtones pygmées Twa ou Batwa constituent un groupe social important à côté des Hunde et Banyarwanda. Bien que considérés comme « **des marginaux et des assujettis, des oubliés et très affectés par la pauvreté** » (DGPA, 2016), ils se subdivisent en trois (03) sous-groupes, un premier composé de nomades, puis un second de semi-nomades et un troisième des sédentaires vivant en mixité avec les voisins bantous dans leurs villages.

Comme on le constate, ceux qui sont venus en consultation à Goma dérogent aux traditions liées au nomadisme dans la mesure où ils ont adopté le mode de vie sédentaire. Ces derniers ont adopté la pratique de l'agriculture en maîtrisant un savoir et des techniques agricoles auprès de leurs voisins agriculteurs non-pygmées.

Dans la province du Nord – Kivu, les études sur l'effectif des PA retenu dans le Cadre stratégique pour la préparation d'un Programme du Développement des Pygmées en RDC (2009) ont montré que 4 % des PA y résident.

Les caractéristiques socio – démographiques des PA de la zone d'influence du PPA qui est la zone de santé de Kirotche se présentent de la façon suivante :

Tableau 2 : Répartition de PA par secteur

Secteur	Effectifs	Activités
Bakano	836	Agriculture et pêche traditionnelles, cueillette et ramassage des produits forestiers non ligneux
Oso	600	Agriculture et pêche traditionnelles, cueillette et ramassage des produits forestiers non ligneux
Bahunde	270	Agriculture et pêche traditionnelles, cueillette et ramassage des produits forestiers non ligneux
Katoy	695	Agriculture et pêche traditionnelles, cueillette et ramassage des produits forestiers non ligneux

Source : DGPA, 2017

A la différence d'autres provinces, l'Atlas de localisation des PA en RDC mentionne qu'au Nord Kivu, les PA se retrouvent dans 6 sur 6 territoires (soit 100 %) avec une prédominance des campements soit 199 à côté de 30 villages PA.

Les conflits dans cette zone ont eu un impact énorme sur la population active. Selon le Bureau de zone de santé, cette population active se situe dans la tranche d'âge évoluant entre 18 et 65 ans et dans celle d'âge de plus de 65 ans.

Le ratio des femmes à hommes est de presque 1,7 femme pour 1 homme dans la zone pour des raisons de l'impact de la guerre sur les hommes : morts aux combats, recrutement forcé, etc.

Leur bravoure au sein des groupes armés contre les guerres d'agression conduite par le RCD Goma a contribué à valoriser considérablement leurs compétences de combattants.

Ils partagent avec les PA du Nord – Kivu les principales caractéristiques suivantes : ils dépendent plus que les autres populations bantoues voisines de la biodiversité et de leur environnement, ce qui les rend sensibles à la dégradation de celui-ci ;

- ✓ leur existence, leur identité culturelles, leur mode de vie, leurs pratiques et connaissances traditionnelles sont intimement liées à la forêt qui est leur espace vital, la mère nourricière vénérée, leur temple, la pharmacie, leur site sacré ;
- ✓ leur accès aux services sociaux de base est très faible parce qu'ils sont discriminés et restent attachés à la pharmacopée ;
- ✓ ils ont un accès difficile ou limité à la terre et leur main d'œuvre est souvent exploité à bas prix ;
- ✓ leur système économique est limité à l'autosubsistance qui leur fournit des revenus monétaires très faibles ;

- ✓ l'accès à la justice reste aussi difficile et restrictive dans la mesure où ils éprouvent des difficultés à défendre leurs droits devant les structures de police et les instances judiciaires.

2.3. Modes de vie des PA

Le mode de vie de vie des Pygmées de la zone de santé de Kirotche est établi selon deux (02) catégories : les sédentaires et ceux en voie de sédentarisation.

Tableau 3 : mode de vie des PA

N°	Modes de vie	Semi – nomades	Sédentaires
1	Accès aux soins de santé et à la maternité	Face aux maladies d'origine hydrique et diarrhéique dues entre autres à la mauvaise qualité de l'eau de boisson et taux élevé de la mortalité infantile exacerbée par la malnutrition, ils recourent à la médecine traditionnelle. En cas de maladies graves, ils se rendent à des centres de santé surtout sans moyens financiers. Ils recourent aux accoucheuses traditionnelles et leur savoir – faire lors des accouchements.	Les obstacles majeurs à l'utilisation de services de santé chez les PA restent la pauvreté. Cela les amène à utiliser la médecine traditionnelle. A ce qui précède, on peut ajouter la distance entre les campements des PA et la stigmatisation dans certains centres de santé. Dans les grands centres de la zone, certains recourent à la prière. Ils recourent aux accoucheuses traditionnelles et leur savoir – faire lors des accouchements avec quelques exceptions de celles qui vont accoucher dans les centres de santé.
2	Qualité de l'eau consommée	Ils consomment l'eau courante des rivières et des marigots. Dans la zone de Kirotche où les déplacés de la guerre sont nombreux, la prise d'eau de boisson insalubre est la cause des maladies d'origine hydrique et des maladies digestives infectieuses.	L'absence d'adduction d'eau potable dans les campements PA (cas de la zone de santé de Kirotche), la distance entre les points d'eau et les campements PA font qu'ils se contentent de l'eau de boisson non potable dans les marigots et le lac Kivu. En effet, dans les campements, il n'existe pas de forages et dans les villages de sources aménagées.
3	Hygiène et assainissement	Les PA ignorent les règles d'hygiène et d'assainissement modernes. Les latrines et la gestion des déchets n'existent pas car Ils défèquent dans la nature et y jettent tout.	Les PA jettent les déchets domestiques tout près de leurs maisons. En ce qui concerne les déchets humains, les enfants ne font que déféquer aux alentours de leurs ménages par

			<p>manque de latrines. D'où les maladies liées aux mains sales sont fréquentes dans les campements des PA.</p> <p>Les populations riveraines du Lac Kivu et quelques-unes des zones montagneuses et du littoral font leurs besoins dans la nature.</p>
4	Sources d'alimentation et des revenus	<p>Les activités de cueillette et de chasse constituent une source importante de revenus pour les PA. Le miel est la source de revenus la plus importante, suivie de la chasse sont échangés contre les biens de première nécessité.</p>	<p>Servir de main d'œuvre locale pour des activités agricoles et l'élevage permettent aux PA de gagner un peu d'argent.</p> <p>Dans la zone de santé de Kirotshe, l'agriculture représente l'activité centrale de la population en milieu rural. Les PA disposent de petits champs de solanum tuberosum, ipomoea batatas, phaselus vulgaris, etc. dans les zones montagneuses et du littoral.</p> <p>Les superficies minimales, les mauvaises pratiques agricoles et le manque d'intrants ne permettent pas d'atteindre la production qui serait nécessaire pour avoir l'autosuffisance en termes de sécurité alimentaire.</p> <p>Le paiement de la main d'œuvre pygmée se fait en nature sous forme de la nourriture, vêtements, alcool, chanvre, nourriture, tabac et en espèce. Ils reconnaissent que la rémunération n'est pas uniforme et ils travaillent pour le compte des plusieurs familles bantoues.</p>
4	Energie	<p>Ils utilisent le bois de feu pour cuisiner, pour fumer et éclairer leurs habitats</p>	<p>L'approvisionnement énergétique des PA de la zone de santé de Kirotshe est caractérisé par la prépondérance de la biomasse (énergie traditionnelle) avec le bois de feu et le charbon de bois.</p>
5	Habitat	<p>La plupart des abris sont en feuilles de bananier, ce qui expose les occupants aux intempéries.</p>	<p>Ils habitent deux (02) types de maisons : en planches et en dur avec des tôles.</p>
6	Appropriation et accès à la terre	<p>Certains pygmées de Kirotshe ne sont pas encore sédentaires</p>	<p>L'accès à la terre demeure une problématique très</p>

		<p>; en certaines saisonnalités, les campements sont presque vides et inhabités.</p>	<p>importante dans la zone étudiée. Les modes d'accès à la terre varient d'une aire de santé à une autre et dans l'ensemble de la zone se répartit ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Héritage <input type="checkbox"/> Achat : <input type="checkbox"/> Location <input type="checkbox"/> Métayage <input type="checkbox"/> Autre (don, vente de la main d'œuvre, ...) : 20 % <p>Les PA ne sont rangés dans aucune catégorie.</p>
7	Traditions et croyances	<p>Les PA vivent en osmose avec la nature. Ce qui les amenait à travailler collectivement. La chasse et la cueillette des PFNL ne sont inscrites dans le registre individuel et se font selon les normes traditionnelles de solidarité et de partage. Les intermariages entre Bantous et PA sont inexistantes. Sur le plan des croyances, malgré le prosélytisme déployé par les églises du réveil, les PA Batwa continuent à s'adonner aux rituels des jumeaux, de guérison et aux mânes des ancêtres. La monétarisation de l'économie commence à entrer dans les modes de l'échéance.</p>	<p>Les PA vivent en osmose avec la nature. Ce qui les amenait à travailler collectivement. De nos jours, L'individualisation et le rendement économique expliqueraient l'abandon de ces chasses et l'on peut également supposer le non-respect des règles de partage. Traditionnel, les intermariages entre Bantous et PA sont inexistantes. Sur le plan des croyances, malgré le prosélytisme déployé par les églises du réveil, les PA Batwa continuent à s'adonner aux rituels des jumeaux, de guérison et aux mânes des ancêtres. La monétarisation de l'économie rurale impose aux PA les avantages et les inconvénients de la sédentarisation.</p>
8	Accès à l'éducation	<p>Les enfants des PA ne vont pas à l'école au profit de la chasse, de la pêche et des activités agricoles.</p>	<p>Le décrochage scolaire est un phénomène non négligeable chez les enfants pygmées. Le décrochage est plus prononcé encore dans la zone de santé de Kirotche avec les incursions militaires. Plusieurs projets ont appuyé l'accès des PA à l'éducation, notamment le Projet d'Urgence et de Soutien au processus de réunification économique et social financé par la Banque mondiale et</p>

			quelques ONG payent les frais scolaires pour leurs enfants. A cause du manque de la gratuité de l'enseignement primaire et de celui des moyens financiers, beaucoup d'enfants ne terminent pas leur classe.
9	Accès aux droits humains	Comme ailleurs, les PA de la zone de santé de Kirotshe sont discriminés sur le plan social, économique, politique et religieux et sont considérés comme les gens situés au bas de l'échelle sociale. Ceux – ci constituent la couche la plus pauvre et sont au service de leurs voisins moyennant un paiement dérisoire. Le viol des femmes PA en temps de guerre n'est ni enregistré, ni dénoncé ni sanctionné.	Comme ailleurs, les PA de la zone de santé de Kirotshe sont discriminés sur le plan social, économique, politique et religieux et sont considérés comme les gens situées au bas de l'échelle sociale. Ceux – ci constituent la couche la plus pauvre et sont au service de leurs voisins moyennant un paiement dérisoire. Le viol des femmes PA en temps de guerre n'est ni enregistré, ni dénoncé ni sanctionné.

2.4. PA et organisations associatives dans la province du Nord Kivu

Plusieurs associations accompagnent les PA dans la province du Nord Kivu. Parmi ces dernières, il y a lieu de citer : SOPRO, Collectif Alpha Ujuvi, Alpha Ujuvi, LOFEPACO, VIFED, MUMAMA, etc.

Ces associations travaillent en synergie avec les réseaux suivants : D.G. P. A, LINAPYCO, UEFA, OSAPY et REPALF et les organisations internationales telles que l'IRC, MSF, Heal Africa, Oxfam, Save the Children).

Chapitre 3. Examen du cadre légal et règlementaire des populations autochtones en RDC

Ce chapitre présente le contexte légal et institutionnel des populations autochtones à prendre en compte lors de la mise en œuvre du PDSS

3.1. Cadre politique

Les PA n'exercent pas les droits politiques reconnus à tous les congolais de la République Démocratique du Congo. Les très rares cas de participation de quelques-uns d'entre eux aux élections comme électeurs n'ont eu lieu qu'au cours de la décennie en cours. Leur participation aux élections en qualité de candidat est un fait rarissime et relèverait de l'histoire récente de ces peuples. Ce constat s'applique en ce qui concerne les élections tant locales, provinciales que nationales. C'est ainsi que, les PA sont absents de toutes les structures politiques de décision et de délibération du pays. Les questions les concernant sont ainsi traitées d'une manière inadéquate en leur absence par les populations de souche bantou ou soudanaise.

Le complexe d'infériorité qu'ils affichent vis-à-vis des membres d'autres communautés n'a fait qu'aggraver cet état de chose. Les responsabilités et devoirs civiques ne sont que partiellement remplis par les PA. Ils participent régulièrement aux travaux en commun dans l'intérêt de l'Etat et du pays, mais n'enregistrent pas les mariages, les naissances, encore moins les morts à l'Etat Civil.

Cependant, les rares cas d'émancipation politique méritent d'être soulignés même s'ils sont à mettre à l'actif de l'Autorité politico administrative d'origine bantou. Dans la Province de l'Equateur, un regroupement des PA a été réalisé en vue de former un village (entité administrative qui vient immédiatement après « le territoire et le secteur). Cette initiative est l'œuvre de l'Administrateur du territoire de Libenge et les villages ainsi créés se trouvent à Kambe et à Batanga. Sous l'impulsion de cette Autorité, l'élection du chef de village (lui-même) PA a été réalisée à Kambe -village exclusivement composé des PA. Il est ainsi à la tête du village depuis plus d'une décennie et dirige cette entité administrative avec compétence, selon les témoignages récoltés sur place.

3.2. Cadre législatif et juridique

Constitution de la République Démocratique du Congo

En République Démocratique du Congo, les populations autochtones ou non sont égales devant la loi. La Constitution dans son préambule, prend en compte toutes les conventions et traités internationaux sur les droits de l'homme ratifiés par la RDC. Les efforts de la communauté internationale en faveur des peuples autochtones ont connu une avancée significative à travers l'adoption historique en 2007 par l'Assemblée générale des Nations Unies, de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. En effet, cette Déclaration a contribué à consolider le cadre juridique international de promotion et de protection des droits des peuples autochtones.

Les articles suivants démontrent l'égalité entre tous :

ARTICLE 8 : Tous les citoyens sont égaux devant la loi. Est interdite toute discrimination fondée sur l'origine, la situation sociale ou matérielle, l'appartenance raciale, ethnique ou

départementale, le sexe, l'instruction, la langue, la religion, la philosophie ou le lieu de résidence, sous réserve des dispositions des articles 58 et 96. La femme a les mêmes droits que l'homme. La loi garantit et assure sa promotion et sa représentativité à toutes les fonctions politiques, électives et administratives.

ARTICLE 9 : La liberté de la personne humaine est inviolable. Nul ne peut être arbitrairement accusé, arrêté ou détenu. Tout prévenu est présumé innocent jusqu'à ce que sa culpabilité ait été établie à la suite d'une procédure lui garantissant les droits de la défense. Tout acte de torture, tout traitement cruel, inhumain ou dégradant est interdit

La Constitution de la République Démocratique du Congo, comme sus évoqué n'établit pas de manière nette et claire des dispositions spéciales qui garantissent la protection des Populations autochtones. Elle n'a guère planché la distinction formelle entre ces peuples autochtones et les autres populations dans l'énonciation des droits reconnus aux citoyens. De même, elle ne crée non plus de discrimination dans l'accès et la jouissance du statut de citoyen et de reconnaissance de sa personnalité juridique. Le cadre légal concernant les populations autochtones est constitué des textes légaux et réglementaires en RDC ainsi que des textes internationaux. Il faut noter que la politique opérationnelle 4.10 de la Banque Mondiale sur les peuples autochtones est prioritaire.

De nos jours, la communauté internationale est unanime pour reconnaître une valeur universelle exceptionnelle aux « Traditions Orales des Peuples Autochtones de la RDC », proclamées patrimoine Mondial Oral et Immatériel en novembre 2003. Malgré ces points positifs, il reste un vide juridique sur la situation des peuples autochtones et plus précisément la prise en compte par exemple de la Convention OIT 169 concernant les peuples indigènes et tribaux dans les pays indépendants, adoptée en 1989 et qui reconnaît les diversités culturelles et ethniques. Et met en avant les principes de consultation et d'autogouvernement des peuples autochtones.

Loi n° 73-021 du 20 juillet 1973 portant régime général des biens, régime foncier et immobilier et régimes de sûretés, telle que modifiée et complétée par la loi n° 80-008 du 18 juillet 1980.

La loi foncière congolaise, loi dite Bakadjika de 1973 corrigée et complétée en 1980, précise que les terres du territoire national, appartiennent à l'Etat. Des dispositions concessionnaires permettant d'établir sur les terres une jouissance privée sûre, aussi bien dans le domaine urbain que rural sont contenues dans cette législation. Ces dispositions ont été complétées récemment par le Code Forestier et le Code Minier. En dehors des concessions (rurales, urbaines, forestières et minières) le droit coutumier s'applique, bien que les ressources concernées soient à tout moment susceptible d'entrer dans des logiques de concession. Dans les faits, aucune transaction concessionnaire ne se fait en RDC sans que les ayant-droits coutumiers ne perçoivent quelque chose et que, dans le sens commun, ils ne vendent « leur bien ». On achète au propriétaire coutumier et ensuite on fait enregistrer son bien à l'Etat. Voilà en résumé comment les choses se déroulent réellement.

Loi n° 11/009 du 09 juillet portant principes fondamentaux relatifs à la protection de l'environnement

Cette loi ne décrit pas avec précision sur la situation des populations autochtones. Néanmoins, on peut présumer que cette loi prend en compte les questions des populations autochtones par la lecture de son exposé des motifs qui stipule « *qu'elle s'inspire des principes fondamentaux et universels qui concernent notamment le développement durable et le principe d'information et de participation du public au processus de prise de décisions en matière d'environnement qui concerne toute la population congolaise sans distinction comme le souligne la constitution* ». On espère Il est souhaitable que les lois particulières qui seront

prises ne manqueront pas d'être explicites sur la question concernant les populations autochtones.

En tout état de cause, les conventions internationales ayant une prééminence sur les lois nationales, une convention de crédit signé avec la Banque Mondiale s'inscrirait dans ce cadre. En cas de conflit entre les deux (02) cadres juridiques, c'est la politique de la Banque qui prévaut où le cadre le plus avantageux pour les personnes affectées sera adopté.

3.3. Cadre réglementaire national

1. Code forestier

Le Code forestier ne fait aucune distinction entre les droits d'usage et les droits de propriété coutumiers, distinction pourtant centrale de la coutume, et très logiquement puisque la propriété des forêts est affirmée par le Code comme relevant de l'Etat. Voici comment sont définis ces droits d'usage par le Code Forestier, dans son Titre III aux articles 36 à 40 aux chapitres I et II.

Article 36 : Les droits d'usage forestiers des populations vivant à l'intérieur ou à proximité du domaine forestier sont ceux résultant de coutumes et traditions locales pour autant que ceux-ci ne soient pas contraires aux lois et à l'ordre public. Ils permettent le prélèvement des ressources forestières par ces populations, en vue de satisfaire leurs besoins domestiques, individuels ou communautaires. L'exercice des droits d'usage est toujours subordonné à l'état et à la possibilité des forêts. En outre, le plan d'aménagement de chaque forêt classée détermine les droits d'usage autorisés pour la forêt concernée.

Article 37 : La commercialisation des produits forestiers prélevés au titre des droits d'usage n'est pas autorisée, excepté certains fruits et produits dont la liste est fixée par le Gouverneur de province.

Article 38 : Dans les forêts classées, à l'exception des réserves naturelles intégrales, des parcs nationaux et des jardins botaniques ; les droits d'usage sont exercés exclusivement par les populations riveraines et leur jouissance est subordonnée au respect des dispositions de la présente loi et de ses mesures d'exécution.

Article 39 : Dans les forêts classées, les droits d'usage sont limités :

- a. au ramassage du bois mort et de la paille ;
- b. à la cueillette des fruits, des plantes alimentaires ou médicinales ;
- c. à la récolte des gommages, des résines ou du miel ;
- d. au ramassage des chenilles, escargots ou grenouilles ;
- e. au prélèvement du bois destiné à la construction des habitations et pour usage artisanal.

En outre, le plan d'aménagement de chaque forêt classée détermine les droits d'usage autorisés pour la forêt concernée.

Article 40 : Les périmètres reboisés appartenant à l'Etat ou aux entités décentralisées sont affranchis de tout droit d'usage forestier. Ainsi, le Code forestier reconnaît les droits

d'usage, en prenant garde de ne rien dire de la manière dont ils sont régis par la coutume.

On constate que l'article 37 met hors la loi toute activité commerciale liée à la chasse, et dans les forêts protégées et de production, car la chasse est interdite dans les forêts classées, comme l'agriculture dans les concessions forestières.

Il faut également souligner que ces dispositions sont restrictives pour les populations autochtones ; on leur interdit de commercialiser les produits de leur activité principale, et d'un autre côté, dans les concessions forestières, on leur interdit l'agriculture (activité à laquelle elles devraient se convertir) et la chasse. Dans de telles circonstances, il ne leur reste plus qu'à quitter la concession, si elles y sont établies.

Une autre difficulté pour les populations autochtones, liée cette fois au concept de « concession forestière communautaire ». C'est là que surgit la notion de priorité coutumière. En effet, l'article 22 du Code stipule qu'« une communauté locale » peut, à sa demande, obtenir à titre de concession forestière une partie ou la totalité des forêts protégées parmi les forêts régulièrement possédées en vertu de la coutume. Les modalités d'attribution des concessions aux communautés locales sont déterminées par un décret du Président de la République. L'attribution est à titre gratuit. Cet article écarte toute attribution de concession forestière communautaire au bénéfice des populations autochtones, puisque *ces dernières ne possèdent régulièrement aucune forêt en vertu de la coutume*. La modalité d'attribution présidentielle des concessions communautaires, en ce qu'elle politise à haut niveau le débat, est un facteur supplémentaire de blocage pour les populations autochtones.

Les mesures d'application du Code Forestier donnent des réponses à certaines de ces questions à savoir :

- a) inclure les PA dans les consultations participatives préalables à l'attribution de tous les droits forestiers notamment l'attribution des concessions forestières et la création d'aires protégées et ;
- b) reconnaître les droits d'usage des ressources naturelles. Le Code et ses mesures d'application sont cependant relativement nouveaux, incomplets et non encore totalement appliqués. Le processus de création d'un Programme de Développement des PA offrira l'occasion de renforcer la mise en application du Code et de ses mesures d'application, et permettra au Gouvernement de réaffirmer son engagement pour l'implication et la participation des populations autochtones au processus.

On pourra, pour terminer cette analyse du Code, souligner une fois de plus l'importance des processus de zonage comme préalable absolu avant toute attribution de nouvelles concessions forestières. Car, les populations autochtones, grâce au Code, voient leurs activités principales génératrices de revenu (la chasse, la cueillette) placées sous haute surveillance partout, et leur activité principale de substitution (l'agriculture) interdite dans les concessions et, si l'on n'y prend garde, dans les aires protégées. Il convient donc que tout processus de zonage prenne en compte les intérêts des populations autochtones et établisse pour elles des réserves de chasse et de colonisation agricole.

Le tableau 4 présente l'effectif des populations autochtones et leur mode de vie principal par province en RDC.

Tableau 4 : Effectif des populations autochtones et mode de vie principal par province en RDC.

Provinces	Effectifs	% du total	Appellation principale	Mode de vie principal
Equateur	172 197	26	Twa	Sédentaire et en voie de sédentarisation
Ituri	16 804	3	Mbuti	Nomade en voie de sédentarisation
Maindombe	56 210	8	Twa	En voie de sédentarisation
Kasaï Oriental	nd		Twa	Nomade et semi nomade
Kasaï Central	nd		Twa	Nomade et semi nomade
Maniema	4 452	1	Twa	En voie de sédentarisation
Haut Lomami	320 930	48	Twa	Sédentaires
Nord Kivu	25 871	4		Sédentaires
Sud Kivu	63 600	10	Twa	Sédentaires
Total	660 064	100		

(Source : Cadre Stratégique pour la Préparation d'un Programme de Développement des PA)

Les populations autochtones sont réparties dans les provinces suivantes : Equateur, Sud Ubangi, Mongala, Tshuapa, Maindombe, Nord Kivu, Sud Kivu, Haut Lomami, Maniema, Ituri, Kasaï Oriental et Kasaï.

En dépit de la diversité des groupes qu'ils constituent, les Peuples Autochtones font tous face à une multitude de problèmes similaires dont les plus importants sont ceux liés¹ :

- au respect de leurs droits humains ;
- à leur citoyenneté, à la garantie de leurs accès à la justice, à la terre, aux forêts et aux bénéfices de leur exploitation ;
- à la reconnaissance et à la garantie de la spécificité de leur identité culturelle ;
- aux services sociaux de base ;
- à la participation à la gestion de leurs propres affaires (campement, localité, chefferies administratives et coutumières adaptées à leur culture, tribunaux coutumiers et officiers de l'état civil propre) et
- à la gestion de la république (membre des conseils de province, parlement, etc.)

En effet, la problématique de la praticabilité et de la scrupuleuse observation d'une panoplie des traités et conventions, tant au niveau national qu'international, reste une gangrène qui favorise l'émergence scandaleuse des violations des droits de Peuples Autochtones de la République Démocratique du Congo en général, et de l'aire d'intervention du projet en particulier. Il sied de rappeler que, la pertinence de ces instruments juridiques ne constitue jusqu'à présent qu'une forme des lettres mortes qui n'ont aucun effet sur la vie de ces populations marginalisées.

Etant donné que les Populations Autochtones sont des citoyens congolais à part entière, ils bénéficient de l'égalité des droits comme tous les autres citoyens. La Constitution stipule dans son article 13, qu'aucun Congolais ne peut en matière d'éducation et d'accès aux fonctions ni en aucune manière, faire l'objet d'une mesure discriminatoire, qu'elle résulte de la loi ou d'un acte de l'exécutif, en raison de sa religion, de son origine, famille, de sa condition sociale, de

¹BARUME Albert K. « *Étude sur le cadre légal pour la protection des droits des peuples indigènes et tribaux au Cameroun* », Organisation internationale du travail (OIT), 68p

sa résidence, de ses opinions ou des convictions politiques, de son appartenance à une race, à une ethnie, à une tribu, à minorité culturelle ou linguistique. »²

Dans la même optique, l'article 51 de la Constitution affirme que, « l'état a le devoir d'assurer et de promouvoir la coexistence pacifique et harmonieuse de tous, y compris des groupes ethniques du pays et d'assurer également la protection et la promotion des groupes vulnérables de toutes les minorités.³

Les autres dispositions existantes sont les suivantes :

- ✓ le pacte international relatif au droit économique, social et culturel ;
- ✓ le pacte international relatif aux droits civils et politiques ;
- ✓ la convention sur l'élimination des toutes les formes des discriminations raciales ;
- ✓ la convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants ;
- ✓ la convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard de la femme.

En ce qui concerne la zone d'intervention du projet, les Populations autochtones vivent avec un système presque primitif (infrahumain) et sont marginalisées par leurs voisins Bantou et sont à ce titre victimes de plusieurs barbaries. Dans l'aire d'intervention du projet, la justice distributive est toujours emmaillée de tas d'entorses et de flagrance qui créent une discrimination favorisant ainsi les communautés Bantou, à chaque fois qu'il y a un litige et qu'il y a comme adversaire un PA.

C'est donc une justice à double vitesse ; une justice pour les membres des communautés dominantes entre elles, et une autre lorsque l'adversaire du membre de cette communauté est autochtone. Les cas qui démontrent la léthargie qui est à la base de disfonctionnement de l'appareil judiciaire engendrant ainsi l'absence quant à la protection des intérêts des PA sont légion. Il suffit de poser une simple question à un PA pour se rendre compte de cette tension. Par exemple, tout le monde sait que, l'identité culturelle autour de laquelle se construisent les spécificités ethnique et anthropologique de PA est la forêt, considérée comme lieu d'existence, de résidence et de survie⁴. Les PA subissent des injustices récurrentes dans les domaines des échanges, cependant la justice n'intervient pas.

Globalement, les PA n'ont pas droit d'accès à la justice ; situation principalement aggravée par la pauvreté et la misère de ces derniers. Il y a des illustrations de différents cas concernant les individus et la communauté. La violation du droit au développement culturel prend plusieurs formes et une combinaison des facteurs peut en être la base.

C'est notamment le cas de la perte des principales ressources de production (terres, forêts, gibiers et autres ressources) qui entraîne un impact négatif sur les cultures de ces peuples, leur privant de maintenir leur mode de vie et de développer leur culture et leur identité culturelle comme ils l'entendent. Eu égard à ce qui précède, l'absence d'une justice équitable dans la zone d'intervention du projet face aux Populations Autochtones, a favorisé l'incapacité de résistance contre les injustices qu'elles subissent, le travail mal rémunéré ou encore le travail à crédit. En réalité, ces violations des droits des autochtones ne pouvaient être combattues que sur une large mesure de pouvoir judiciaire en synergie avec les organisations de droits de l'homme ainsi que l'implication des organisations des populations autochtones en tant que communauté distincte, y compris l'implication des autorités locales. Eu égard à ce qui précède, il y a des points faibles qui traduisent les différentes sortes de discriminations juridiques dont sont victimes les PA vivant dans l'aire d'intervention du projet, à savoir :

² L'actuelle constitution de la République Démocratique du Congo, article 13.

³ L'actuelle constitution de la République Démocratique du Congo, article 51.

⁴Bahuchet Serge, Philippart de Foy Guy, Pygmées peuples de la forêt, Ed. Denoel, 1991, p.120.

- ✓ absence de protection constitutionnelle spécifique aux PA ;
- ✓ PA fréquemment victimes d'escroquerie, de vol, viol voir de meurtre ;
- ✓ impunité de ceux qui pratiquent des sévices sur les PA ;
- ✓ insuffisance de suivi dans l'application des dispositions, traités et conventions juridiques en faveur des PA.

3.3 Système traditionnel de tenue foncière

La question foncière occupe l'avant-scène des rapports sociaux dans les communautés des peuples autochtones. La terre reste à l'échelle individuelle, un symbole fort de l'identité culturelle et au niveau communautaire, un facteur de reproduction sociale. En effet, c'est de la terre que l'homme tire les ressources naturelles, thérapeutiques, alimentaires et vestimentaires dont il a besoin pour survivre. C'est aussi à travers la terre que l'homme se positionne par rapport à la chaîne généalogique qui le relie aux ancêtres.

En ce qui concerne le patrimoine foncier, les peuples autochtones ont toujours été présentés dans la littérature comme des peuples nomades qui se déplacent au fur et à mesure que le gibier se raréfie sur le territoire de chasse. Mais avec les programmes de sédentarisation, les peuples autochtones sont obligés de se fixer sur des territoires limités, à proximité des villages des populations de langue bantou.

Il est à noter cependant que, la problématique de la dépossession des droits fonciers des populations autochtones constitue encore une fois une cruelle violation des conventions juridiques internationales dont la RDC est parmi les pays signataires. Les principes juridiques par exemple qui régissent les droits collectifs des populations autochtones sur leurs terres ancestrales sont bien établis par l'article 5 de la convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale.⁵ Cette convention internationale garantit le droit de toute personne aussi bien seule qu'en association à la propriété.⁶ Le comité pour l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (CERD) a fait remarquer avec pertinence que les autochtones ont le droit de « posséder, de mettre en valeur, de contrôler et d'utiliser leurs terres, leurs ressources et leurs territoires communaux ».

Le comité des droits de l'homme des nations unies a aussi lié le droit des peuples autochtones à jouir de leur propre culture de leurs terres et de leurs ressources, ainsi qu'à des activités sociales et économiques ceci même dans les aires protégées.⁷ Il a aussi associé les droits culturels des peuples autochtones à leur accès aux sites sacrés et à leur protection contre les déplacements forcés.⁸ La problématique de la question foncière chez les peuples autochtones s'inscrit ainsi dans une démarche anthropologique qui, en amont, se fonde sur les structures sociales régissant les rapports de l'homme à la terre et son usage en aval, sur les mécanismes d'appropriation et de gestion du patrimoine foncier. Chez les peuples autochtones, la question foncière repose sur trois (03) fondements majeurs à savoir :

- ✓ le fondement spirituel ;
- ✓ le fondement politique ;
- ✓ le fondement économique.

⁵ Commission africaine des droits de l'homme (sis) et des peuples. Rapport du groupe de travail de la commission africaine des droits de l'homme (sis) et des peuples sur les populations/communautés autochtones Op.cit., P., 3.

⁶ Idem

⁷ Observations finales du comité pour l'élimination de la discrimination raciale : République démocratique du Congo 27 Septembre 1996, CERD/C/304/Add.18. (Concluding observations/Comments.OP.cit. P., 3

⁸ Idem

Du point de vue spirituel, la forêt tout comme l'eau est considérée comme un espace sacré. Ceci s'explique par le simple fait que tous les rites ayant trait à la vie des peuples autochtones se déroulent en forêt et généralement sous les troncs d'arbres et dans l'eau. La terre est l'habitat des forces et des esprits. Elle est tantôt la femme du créateur, terre mère, tantôt terre nourricière. Elle est un bien dont la jouissance revient à tous les membres de la société, dans le respect de sa destination. L'accès et l'usage de la terre s'effectue par la filiation, l'héritage, l'alliance, le prêt, la vente et le troc. Mais il peut être limité dans le temps et dans l'espace et peut être conditionné par sa mise en valeur.

Des points de vue politique et économique, la terre apparait donc comme un support du pouvoir politique et économique. L'avoir (pouvoir) est le support allié du pouvoir politique. Sans ce support qu'est la terre, sans cette assiette, aucun de ces deux (02) pouvoirs ou aucun des pouvoirs ne peut s'imposer durablement.

3.4. Traités et Accords multinationaux applicables aux PA

La RDC est signataire d'un certain nombre de traités et accords internationaux relatifs aux droits des PA. Il s'agit entre autres de :

- ✓ la Charte des Nations Unies Octobre 1945 ;
- ✓ la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme Décembre 1948 ;
- ✓ le Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels 1983 ;
- ✓ la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes, janvier 1983 ;
- ✓ la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, février 1986 ;
- ✓ la Convention relative aux droits de l'enfant, février 1994 ;
- ✓ le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatifs à la Cour africaine des droits de l'homme et des peuples, 2000 ;
- ✓ la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, 2000 ;
- ✓ la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, mai 2007.

Le cadre de ce PPA est focaliser sur les accords-clé suivants ;

a) **Déclaration des Nations Unies sur les Droits des Peuples Autochtones et la Convention n° 169 de l'OIT relative aux peuples indigènes et tribaux**

Adoptée le 13 septembre 2007, la Déclaration des Nations Unies ne donne pas de précisions sur la définition de la notion de Peuples Autochtones car des définitions strictes sont susceptibles d'empêcher la diversité des groupes reconnus dans différents pays de s'exprimer dans ces dernières.

Par contre, dans son rapport intitulé « L'étude du problème de la discrimination à l'encontre des populations autochtones ». Selon Martinez COBO, « par communautés, populations et

nations autochtones, il faut entendre « celles qui, liées par une continuité historique avec les sociétés antérieures à l'invasion et avec les sociétés précoloniales qui se sont développées sur leurs territoires, se jugent distinctes des autres éléments de la société qui dominent à présent sur leurs territoires ou parties de ces territoires et sont déterminées à conserver, développer et transmettre aux générations futures leurs territoires ancestraux et leur identité ethnique qui constituent la base de la continuité de leur existence en tant que peuple, conformément à leurs propres modèles culturels, à leurs institutions sociales et à leurs systèmes juridiques ». De cette définition, on peut dégager certains éléments importants : l'antériorité dans un territoire donné ; la non-dominance et la marginalisation d'un point de vue économique, politique et socioculturel mais pas nécessairement numérique et la revendication d'une identité propre.

Instrument le plus complet qui existe en droit international et en politique internationale, elle applique les principes relatifs aux droits de l'homme aux peuples autochtones en tenant compte de leur situation spécifique et fixe des normes minimales pour leur reconnaissance, leur protection et leur promotion.

C'est pourquoi elle sert régulièrement de guide aux États et aux peuples autochtones pour les aider à élaborer des normes et des politiques qui ont une incidence sur ces peuples, notamment pour trouver des moyens de répondre au mieux à leurs revendications. Six (06) principaux droits substantiels consacrés par la Déclaration constituent les piliers de l'arsenal juridique international.

b) Autodétermination

A ce sujet, l'Article 4 de la Déclaration des Nations Unies sur les Droits des Peuples Autochtones dispose que « les peuples autochtones, dans l'exercice de leur droit à l'autodétermination, ont le droit d'être autonomes et de s'administrer eux-mêmes pour tout ce qui touche à leurs affaires intérieures et locales, ainsi que de disposer des moyens de financer leurs activités autonomes ».

c) Droits des peuples autochtones aux terres, territoires et ressources

La Déclaration reconnaît aux PA d'exercer leur droit sur leurs terres, territoires et ressources, y compris ceux qui leur appartenaient traditionnellement et que d'autres contrôlent.

d) Droits économiques sociaux et culturels

L'Article 3 de la Déclaration est particulièrement important parce qu'il traite de leur droit de déterminer librement leur développement économique, social et culturel.

Et les dispositions de la Déclaration et de la Convention n° 169 de l'OIT sont dans le droit fil des interprétations du Comité des droits de l'homme et du Comité des droits économiques, sociaux et culturels en ce qui concerne les droits économiques sociaux et culturels. Cependant, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Déclaration et la Convention n° 169 de l'OIT reconnaissent les droits des peuples autochtones à la santé, à l'éducation, à l'emploi, au logement, à l'assainissement, à la sécurité sociale et à un niveau de vie suffisant.

e) Droits collectifs

Les droits des peuples autochtones sont, par définition, des droits collectifs. Autrement dit, ils sont exercés par des individus autochtones qui s'organisent en peuples. Les droits individuels sont certes reconnus dans la Déclaration, mais la reconnaissance qu'elle accorde aux droits collectifs est inédite.

f) Égalité et non-discrimination

L'égalité et la non-discrimination sont à la fois des objectifs clefs et des éléments fondateurs de la Déclaration et de la Convention n° 169 de l'OIT relative aux peuples indigènes et tribaux. De fait, les Articles 1er et 2 de la Déclaration établissent que les peuples autochtones ont le droit, à titre collectif ou individuel, de jouir pleinement de l'ensemble des droits de l'homme.

g) Droits prévus par les traités, accords et autres arrangements constructifs entre les États et les peuples autochtones

D'une manière assez inédite, la Déclaration consacre le droit des peuples autochtones à ce que « les traités, accords et autres arrangements constructifs conclus avec des États ou leurs successeurs soient reconnus et effectivement appliqués, et à ce que les États honorent et respectent lesdits traités, accords et autres arrangements constructifs ».

h) Décision 1/CP.16 de Cancun

Cette décision de la Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations unies sur les changements climatiques tenue à Cancun énumère diverses garanties relatives à la consultation et la participation des communautés locales et des Peuples Autochtones, en tenant compte des obligations internationales pertinentes et des situations et législations nationales.

Ces garanties se déclinent en lien avec les enjeux du CAFI (CAFI, 2016).

Tableau 5 : Enjeux des garanties relatives à la consultation

Garanties relatives à la consultation	Enjeux
Respect des connaissances et des droits des peuples autochtones et des membres des communautés locales	o Définition/détermination des peuples autochtones et communautaires
	o Reconnaissance des droits fonciers et d'usage des ressources
	o Droits à la compensation ou autre mécanisme dans le cas de réinstallation involontaire et/ou déplacement économique
	o Droits au partage des bénéfices quand approprié
	o Droits à l'auto-détermination
	o Droit de participer au processus décisionnel sur des questions qui pourraient les affecter
	o Consentement libre, informé et préalable
	o Reconnaissance et protection des connaissances traditionnelles, héritage culturel et propriété intellectuelle des peuples autochtones et communautés locales
o o Participation intégrale et effective des peuples autochtones et des communautés locales	o Identification des parties prenantes pertinentes
	o Légitimité et responsabilité des représentants des PA
	o Mécanismes de facilitation des processus participatifs durant les étapes de conception, implantation et suivi des actions
	o Mécanisme fonctionnel de remonter de la prise en charge et de la prise en charge des réclamations
	o Reconnaissance et implantation de droits procéduraux tels que l'accès à l'information, la consultation et à la participation (incluant le CLIP) et la justice
	o Transparence et accessibilité de l'information

De nos jours, la communauté internationale est unanime pour reconnaître une valeur universelle exceptionnelle aux « Traditions Orales des Peuples Autochtones de la RDC », proclamées patrimoine Mondial Oral et Immatériel en novembre 2003. Malgré ces points positifs, il reste un vide juridique sur la situation des peuples autochtones et plus précisément la prise en compte par exemple de la Convention OIT 169 concernant les peuples indigènes et tribaux dans les pays indépendants, adoptée en 1989 et qui reconnaît les diversités

culturelles et ethniques tout en mettant en avant les principes de consultation et d'autogouvernement des peuples autochtones.

3.5. Politique de sauvegarde de la Banque Mondiale

La PO/PB 4.10 s'applique à tous les projets d'investissement dont l'examen du descriptif est intervenu le 1^{er} juillet 2005 ou après cette date. Si un gouvernement veut implémenter dans une région donnée, un projet financé par la Banque mondiale, il doit suivre les règles établies par la PO/PB 4.10. Cette Politique stipule que la Banque ne financera pas de projets qui n'ont pas le soutien des peuples autochtones. Elle dicte la façon dont le gouvernement et la Banque mondiale doivent planifier et exécuter les projets pouvant affecter les populations autochtones et essayer d'éviter, ou tout au moins atténuer, les dommages que le projet pourrait leur causer.

La politique opérationnelle **4.10** (PO/PB 4.10) relative aux populations autochtones requiert que ces populations affectées par les projets soient consultées. Les projets doivent être acceptés par ces populations et, à terme, leur être bénéfiques. Les impacts négatifs doivent être évités ou à défaut compensés et les mesures prévues à cet effet incluses dans un plan de gestion en faveur des populations autochtones.

La PO/PB 4.10 souligne la difficulté rencontrée pour définir précisément ce qu'est une population autochtone et donne quatre (04) caractéristiques principales susceptibles d'aider à l'identification de ces groupes : mode de vie traditionnel, sédentarisation progressive, conditions de vie et revenu monétaire, droit d'accès aux terres et aux ressources naturelles.

Les projets financés par la Banque mondiale sont aussi conçus de manière à assurer que les populations autochtones en retirent des avantages socioéconomiques culturellement adaptés et au profit de la population féminine autant que de la population masculine et de toutes les générations.

Par ailleurs, la Banque mondiale reconnaît que l'identité et la culture des populations autochtones sont indissociables des territoires sur lesquels elles vivent et des ressources naturelles dont elles dépendent. Cette situation particulière expose ces populations à différents types de risques et de répercussions plus ou moins marquées du fait des projets de développement, notamment la perte de leur identité, de leurs spécificités culturelles et de leurs moyens d'existence traditionnels, aussi bien qu'à une exposition à diverses maladies. Les problèmes de genre et inter générations sont également plus complexes au sein des populations autochtones. En tant que groupes sociaux dont les caractéristiques identitaires diffèrent souvent de celles des groupes dominants de la société nationale congolaise.

Les communautés autochtones appartiennent souvent aux segments les plus marginalisés et vulnérables de la population. Il en résulte souvent que leurs statuts économique, social et juridique limitent leurs capacités à défendre leurs intérêts et faire valoir leurs droits sur les terres, territoires et autres ressources productives, ou leur aptitude à participer au développement et à en recueillir les fruits. Mais la Banque n'ignore pas que les populations autochtones jouent un rôle crucial dans le Cadre de Planification pour les Populations autochtones pour le développement durable et que leurs droits sont alors de plus en plus pris en compte dans la législation nationale et internationale.

CHAPITRE 4. : CADRE INSTITUTIONNEL

Les dispositions administratives sont les suivantes :

4.1. Au niveau central

Au niveau central, le Ministre de la Santé Publique (MSP) exécutera le projet par le biais de la Direction d'Etude et Planification (DEP). Les capacités étant actuellement faibles dans les domaines de la coordination de projet, de la gestion financière et de la passation des marchés, la DEP bénéficiera d'un renforcement durable à l'aide de l'assistance technique qui sera recrutée localement en matière de mise en œuvre du projet et de coordination du FBP.

L'unité de gestion du projet (PDSS) exécutera le projet conformément aux dispositions et directives de la Banque.

4.2. Au niveau provincial

Au niveau décentralisé, la mise en œuvre du projet sera assurée par les Divisions Provinciales de la Santé (DPS) et les établissements d'utilité publique. Au niveau provincial, les Divisions provinciales de la santé, avec le soutien des EUP, seront chargées de la préparation des plans de travail et budgets annuels des provinces. La DPS aura, entre autres comme fonctions : (i) renforcer les visites de supervision formative intégrée de qualité des ECZS, (ii) organiser et participer aux évaluations de la qualité des Hôpitaux généraux de référence (iii) assurer le secrétariat de la sous commission financement et contractualisation.

4.3. Au niveau de la ZS

L'équipe cadre de la ZS : dans le cadre de la mise en œuvre du FBP, l'équipe cadre de la ZS signe un contrat de performance avec l'EUP. L'ECZS a pour entre autres fonctions : (i) organiser un contrôle de la qualité des soins et de services une fois par trimestre dans les formations sanitaires, (ii) apporter un appui technique (supervision, coaching, respect des normes etc) aux formations sanitaires et (iii) renforcer l'analyse et la consolidation des données SNIS et faire une rétro-information sur la quantité et la qualité des prestations des structures de santé ainsi que l'accompagnement des prestataires dans l'organisation des services et dans l'élaboration et la mise en œuvre de leur plan de management.

Les **prestataires** : les structures de santé sélectionnées, publiques ou privées ont entre autres missions : (i) offrir un paquet minimum ou complémentaire d'activités (promotionnelles, préventives, curatives, réadaptatives et administratives), (ii) renforcer la gestion des ressources humaines, financières et matérielles, (iii) signer le contrat de performance avec l'EUP, (iv) élaborer le plan de management de la structure, (v) faire le suivi de leurs performances (vi) élaborer les modalités internes d'attribution des primes de performance au personnel (outil indice).

4.4. Au niveau des EUP

Les EUPs auront une convention avec le Ministère de la Santé/DEP et s'occuperont des activités suivantes : (i) identifier en collaboration avec la DPS les formations sanitaires à

contrater , (ii) négocier des plans de management et des contrats (iii) assurer la formation des prestataires des services de santé sur le FBP en collaboration avec les ECZS, (iv) vérifier la quantité des prestations fournies,(v) assurer le coaching (en collaboration avec le ECZS) en FBP, et (vi) appuyer les ASLO pour l'organisation des enquêtes communautaires. L'EUP incite les prestataires à améliorer la planification des activités, la gestion des ressources, le suivi des prestations et l'utilisation des données de la structure de santé. Elle participe au renforcement de la voix de la population à travers les enquêtes communautaires de vérification et de satisfaction. Pour assurer la transparence du processus de paiement, l'EUP s'occupera également de la saisie des données quantitatives et qualitatives dans l'application Web.

4.5. L'Agence de Contre Vérification Externe

L'Agence de contre vérification Externe (ACVE), contractée par le MSP effectue des enquêtes de **contre-vérification** dans la communauté, dans les formations sanitaires (qualité et quantité) et dans toutes les autres structures sous contrats de performance.

4.6. Communauté

La Communauté est impliquée dans l'approche FBP par sa participation / supervision : (i) des comités de développement du secteur de la santé (CODESA) ; (ii) la co-gestion sur l'utilisation des ressources selon le plan de management; (iii) la participation aux discussions et aux négociations avec le gestionnaire sur la fixation des tarifs y compris ceux des indigents (PA) ; (iv) la participation au marketing social des activités du PMA à travers l'appui des relais communautaires (RECO) et (v) de la vérification au sein de la communauté de l'existence des utilisateurs des services de santé et l'évaluation de la satisfaction des patients (ASLO).

De façon spécifique, les principales parties prenantes assureront les rôles et responsabilités suivantes :

L'Unité de Gestion : En tant que Maître d'ouvrage du projet, sera chargée de :

- ✓ mettre les ressources nécessaires pour la mise en œuvre des différentes activités prévues dans le PPA ;
- ✓ s'assurer que chaque partie impliquée joue efficacement le rôle qui lui est dévolu pour l'atteinte des objectifs attendus dans le PPA ;
- ✓ assurer la supervision de la mise en œuvre du PPA en synergie avec les autres projets qui interviennent dans la même zone ;
- ✓ assurer la gratuité des soins pour le PA sous forme d'indigents.

La DPS, les Équipes cadres des zones santé du Nord Kivu veilleront à ce que les hôpitaux et les centres de santé assurent les soins de santé aux PA, la formation aux relais communautaires et les matrones PA.

Le Réseau des Populations Autochtones et Locales pour la Gestion Durable des Écosystèmes Forestiers (REPALEF) sera chargé d'assurer la gestion des plaintes et le suivi de la satisfaction des bénéficiaires.

Chapitre 5 : Evaluation sociale des PA dans la zone de Kirotche

Il a été retenu huit (08) situations suivantes pour analyser le mode de vie des PA : le foncier, la santé, l'éducation, l'alimentation en eau potable et en énergie, l'hygiène et l'assainissement, les conflits intercommunautaires, l'habitat et les problèmes particuliers des PA.

5,1 Accès à la terre

Les PA de la zone de santé de Kirotche ne sont pas propriétaires des terres qu'ils cultivent. Ce qui met en question la pérennité des moyens de production pour la plupart des PA sédentaires. Cette situation d'insécurité foncière met encore les PA semi – nomades dans l'extrême pauvreté. En effet, les PA qui sont les plus vulnérables n'ont souvent aucun accès aux terres ; ceux qui y peuvent accéder ont accès à des surfaces culturales minimales, soit d'une superficie moyenne de 0,21 ha, à travers des dons, ou par la vente de la main d'œuvre.

5.2 Accès à la santé

Les pathologies dominantes chez les PA dans la zone de santé de Kirotche sont le paludisme, les maladies diarrhéiques, les maladies de la peau et l'amibiase, etc. Dans les campements, plusieurs enfants en âge préscolaire surtout chez les enfants de moins de dix (10) ans souffrent non seulement de la malnutrition mais aussi de la diarrhée, de la fièvre typhoïde, de la malaria occasionnant ainsi un taux élevé de la mortalité infantile. Les violences sexuelles sont responsables des IST et du VIH/SIDA dont le taux d'endémie appelle des interventions efficaces.

Les obstacles pour l'utilisation de service de santé en général par les PA restent la pauvreté, le recours à la médecine traditionnelle et la distance entre campement et centre de santé et la stigmatisation.

5.3 Accès à l'éducation

Quatre (04) raisons justifient l'irrégularité de la fréquentation scolaire par les enfants PA pygmées, à savoir la pauvreté, le peu d'importance que les pygmées accorderaient à l'école, la discrimination dont ils sont victimes dans le milieu ainsi que l'attachement de ce peuple à sa culture.

En dépit de l'irrégularité de la fréquentation scolaire, les parents des enfants pygmées pensent que l'école garantit la possibilité d'avoir un emploi, au-delà du fait qu'elle permet de savoir lire, écrire et d'améliorer les conditions de vie du peuple pygmée.

De l'avis de ces parents, la scolarisation accroît l'estime du pygmée dans la société congolaise et mettra fin, dans l'avenir, à sa discrimination par les autres peuples. Pour les parents PA pygmées, la pauvreté, la discrimination et les pesanteurs culturelles sont pour l'instant les principaux facteurs qui entravent la scolarisation de leurs enfants.

5.4 Accès à l'eau potable

Le tableau 6 présente les principales sources d'alimentation en eau des PA.

Tableau 6 : Données concernant la source d'alimentation en eau

Aires de santé	Types	Propriétaire	Moyen exhaure	Satisfaction	Gestion	Maintenance
Matanda,	1	0	1	0	0	0
Rubaya,	1	0	1	0	0	0
Kashebere,	1	0	1	0	0	0
Karuba, ,	1	0	1	0	0	0
Ngungu	1	0	1	0	0	0
Mumba	1	0	1	0	0	0
Kausa	1	0	1	0	0	0
Bishange	1	0	1	0	0	0
Kabase	1	0	1	0	0	0
Bitonga	1	0	1	0	0	0
Shasha	1	0	1	0	0	0
Bweremana	1	0	1	0	0	0
Murambi	1	0	1	0	0	0
Sake	1	0	1	0	0	0
Kingi	1	0	1	0	0	0
Katuunda	1	0	1	0	0	0
Ufamandu	1	0	1	0	0	0
Kabingu	1	0	1	0	0	0

Type : 1=Traditionnelle ; 2 = Amélioré ; 3= Puits hydraulique (forage)

Moyens exhaure : 1=type traditionnelle ; 2=poulie ; 3=pompe manuelle ou à pédale ;

4=motopompe **Propriétaire** : 0 = NSP ; 1 = familial ; 2 = communautaire ; 3 =Bantou

Satisfaction quantité : 0 = Pas du tout satisfait - Très satisfait = 10. **Gestionnaire** : 0 = NSP ; 1= Comité d'eau ; 2 = Chef **Maintenance** : 0 = NSP ; ou x fois par

Trois (03) problèmes majeurs sont liés à l'accès à l'eau propre :

- ✓ absence d'adduction d'eau potable dans les campements PA ;
- ✓ présence des sources d'eau non captées ou non aménagées ;
- ✓ distance entre les points d'eau et les campements PA.

5.5 Accès à l'énergie électrique

D'une manière générale, les PA des campements et des villages visités n'ont pas accès à l'électricité. Les ressources énergétiques pour l'éclairage et la cuisson sont le bois de chauffe et autres combustibles ligneux qui sont les plus utilisés.

5.6 Gestion des poubelles et les installations hygiéniques

Les PA semi nomades et sédentaires utilisent deux (02) sources d'eau utilisées pour la boisson et la cuisine soit les sources non captées et le lac Kivu car ils n'ont même pas accès aux bornes fontaines qui existent dans certains centres.

Les PA jettent les déchets domestiques tout près de leurs maisons. En ce qui concerne les déchets humains, les enfants ne font que déféquer aux alentours de leurs ménages par manque de latrines. Ce manque d'installations sanitaires pour l'hygiène est la cause principale des maladies diarrhéiques et hydriques.

5.7 Conflit et relation avec les populations Bantous

Le tableau 7 résume les types de conflits entre les PA et les autres populations Bantoues dans les aires de santé.

Tableau 7 : Typologie des conflits par zone de santé

Zone de santé	Aires de santé	Nature	Intensité	Type de règlement
KIROTICHE	Matanda	1, 2, 4,6 et 7	5	1, 2
	Rubaya	1, 2, 4,6 et 7	5	1, 2
	Kashebere Karuba	1, 2, 4,6 et 7	5 et 6	1 et 2
				1 et 2
	Ngungu	1, 4, 2 et 6	5	1, 2
	Mumba	1, 4, 2 et 6	5	1, 2
	Kausa	1, 4, 2 et 6	5	1, 2
	Bishange	1, 4, 2 et 6	5	1, 2
	Kabase	1, 4, 2 et 6	5	1, 2
	Bitonga	1, 4, 2 et 6	5	1, 2
	Shasha	1, 4, 2 et 6	5	1, 2
	Bweremana	1, 4, 2 et 6	5	1, 2
	Murambi	1, 4, 2 et 6	5	1, 2
	Sake	1, 4, 2 et 6	5	1, 2
	Kingi	1, 4, 2 et 6	5	1, 2
	Katuunda	1, 4, 2 et 6	5	1, 2
	Ufamandu	1, 4, 2 et 6	5	1, 2
Kabingu	1, 4, 2 et 6	5	1, 2	

Source : Enquêtes de terrain, 07/09/2018

IMPORTANT : Les conflits avec les bantous, les conflits culturels sont toujours présents étant donné que les PA vivent non loin des bantous.

Nature : 1= Foncier ; 2 = Conflit familial ; 3 = Conflits sociaux ; 4 = Conflits culturels ; 5 = Conflits religieux ; 6 = Conflits avec les Bantous ; 7 = Conflits entre agriculteur et éleveur ; 8 = conflit autour des aires protégées. **Type** : 1 = entre les familles du campement ; 2 = avec les populations déplacées (réfugiés et déplacés de retour, ex combattants, etc.) ; 3 = immigrants ; 4= villages riverains ; 5 = avec la Communauté rurale ; 6 = dans une même famille ; 7 = autochtones/autres ; 8 = avec les bantous **Intensité** : 0 = peu important ⇔ important =

10.Type de règlement : 1 = arrangement familial ; 2 = arbitrage villageois ; 3= arbitrage inter villageois ; 4 = décision de la Communauté rurale ; 5 = arbitrage administratif ; 6 = Jugement du tribunal ; 7 = arbitrage religieux/coutumier.

5.8 Habitat des PA

Une grande majorité des PA vivant dans la zone de santé de Kirotche habitent des maisons construites avec planches sans confort intérieur. Les latrines rencontrées sont de simples fosses dans le sol, entourées de clôtures de feuilles de bananier ou de murets en adobe, sans toiture. Cependant, les PA semi –sédentaires disposent des abris construits avec des feuilles dans les campements.



Source: www.afrique-infos.cm/bassin-du-congo-la-giz-renforce-les-capacites-des-populations-autochtones-dafrique-centrale/

5.9 Principales activités de subsistance et génératrices de revenus exercées par les PA

Les activités de la cueillette et de la chasse constituent une source importante de revenus pour les PA semi – sédentaires. Mais les sédentaires les combinent avec les activités agricoles, la vente de main-d'œuvre et la pêche. La plupart des activités étant saisonnières (agriculture, vente de main d'œuvre, pêche), les populations sont donc obligées de diversifier leurs activités, de les combiner pour générer des revenus.

Avec les modestes revenus, les PA font face aux principales sources de dépense des ménages : l'alimentation suivie de l'éducation, de la santé et de l'habillement.

5.10 Violences sexuelles et domestiques

L'ampleur des violences s'accroît dans la zone de santé de Kirotche suite aux groupes armés, au déplacement et à l'insécurité, et, les violences basées sur le genre restent une réalité dans les foyers et surtout chez les PA. Pour les PA, il n'y a pas d'activités relatives à la prise en charge psycho-sociale et médicale ni même au niveau de l'accompagnement du suivi socio-judiciaire à cause de la stigmatisation.

5.11 Principaux besoins des PA

Le tableau 8 résume les principaux besoins.

Tableau 8 : Besoins identifiés

Besoins principaux	
CONSTRUCTION ABRIS	XXX
ACCES A L'EDUCATION	X
ACCES A LA SANTE	XXXX
ACCES A LA TERRE	XX
ACCOMPAGNEMENT AGRICOLE	XX
ADDUCTION D'EAU	XXXX
ACCOMPAGNEMENT AGROPASTORAL	
PREVENTION DES VIOLENCES SEXUELLES ET DOMESTIQUES ET SERVICES POUR LES SURVIVANTS	XXX
RENFORCEMENT DES CAPACITES	XXX
LATRINES	XXXX
CREATION DE MARCHE D'ECHANGE	
REHABILITATION DES ROUTES	
ELECTRICITE	
NUTRITION	
ACTIVITES GENERATRICES DE REVENU	XXXX

N.B : X comme importance du besoin par rapport à cette population

Chapitre 6. RESUME DES CONSULTATIONS

Le cadre de consultation a pour objectif d'assurer l'acceptabilité sociale du projet au niveau communautaire, en mettant tous les acteurs dans un réseau de partage de l'information aussi bien sur l'environnement que sur le projet proprement dit. Le cadre cherche à amener les acteurs à avoir, à l'échelle des collectivités une vision commune et des objectifs partagés des actions entreprises par le projet dans une logique tridimensionnelle : avant le projet (phase d'identification et de préparation) ; en cours de projet (phase d'exécution) ; après le projet (phase de gestion, d'exploitation et d'évaluation rétrospective). Le processus de consultation renvoie à la nécessité d'associer pleinement les populations dans l'identification des besoins, le suivi des activités et leur évaluation dans une perspective de contrôle citoyen, de partage des connaissances et des savoirs, de participation et d'efficacité sociale.

Le mécanisme proposé se repose sur les connaissances sur l'environnement des zones d'intervention du projet et l'acceptabilité sociale du projet.

6.1 Méthodologie

Ce Plan d'action en faveur des Populations Autochtones résulte des consultations participatives qui se sont réalisées après certaines activités liées à la préparation de l'enquête de terrain comme la revue documentaire sur la situation des PA dans les zones du projet PDSS, la lecture des documents techniques et stratégiques de la Banque mondiale sur la réalisation des projets sociaux et d'études environnementales et sociales. Ces consultations participatives avaient comme objectif de recueillir les attentes et les besoins de la population autochtone des provinces cibles par rapport au projet PDSS. Les langues locales ont été utilisées lors de ces consultations, à savoir : le Swahili pour la zone de santé de Kirotshe.

La première phase a consisté en la mise en œuvre de la stratégie consistant à l'organisation des journées de lancement par annonce publique. Les objectifs visés sont : la mise en réseau des différents acteurs par rapport à un ensemble de connaissances sur le projet et les enjeux et impacts, sur la province et sur les communautés. Dans le domaine de la consultation sociale, il a été mis en place un comité de mobilisation des PA au niveau de chaque zone de santé en vue de l'appropriation sociale du projet PDSS. Dans le cadre de ce PPA, elle est basée sur le CPPA réalisée en 2014 dans les onze (11) provinces. La consultation pour ce PPA pour la zone de santé de Kirotshe a été réalisée en 2018.

Cette collecte s'était déroulée sous forme des focus –groups avec les PA et des entretiens approfondis avec des prestataires de la zone de santé, les autorités locales et les leaders d'opinion et communautaires des aires de santé de la zone de santé de Kirotshe.

La troisième phase a consisté en l'analyse des données recueillies grâce au logiciel ATLASTI II.

6.2 Cadre de Consultation des PA

Dans le cadre de consultation des PA qui a fait recours à l'approche participative dans le respect des aspects genre et inter- générations, les étapes des consultations avec les quatre (04) phases y afférentes et les responsabilités des participants aux consultations ainsi que les principes de consultation ont été définis. En outre, il y a été fait mention du déroulement des

consultations proprement dites et du résumé des opinions des personnes consultées ainsi que de la synthèse des problèmes et solutions proposées.

6.3 Déroulement de la consultation

Elle s'est déroulée en quatre (04) phases :

- a) La préparation de la consultation, qui a consisté en la revue documentaire sur la situation des PA dans les zones du projet (les données générales sur les peuples pygmées, leur répartition géographique, démographique, leur mode d'éducation, de santé, etc.) et en l'analyse des documents techniques du projet et d'autres documents stratégiques concernant les exigences de la Banque mondiale dans la réalisation des projets sociaux et d'études environnementales et sociales
- b) Enquête de terrain organisée du 14 au 28 septembre 2018 avec les PA venant de la zone de santé de Kirotche. Cette enquête a permis d'organiser des focus – group à Goma et à Bobangi avec les PA et à la localisation des PA à Kirotche.
- c) Les entretiens approfondis ont été aussi organisés avec des prestataires de la zone de santé, les autorités locales et les leaders d'opinion et communautaires des centres de santé de Kirotche.
- d) Un atelier de conciliation a été organisé à Goma pour valider les activités du PPA qui sont regroupées en trois (03) composantes, à savoir :
 - renforcer les capacités de toutes les parties prenantes pour identifier les activités de la PDSS en faveur des PA liées à l'accès à la santé, à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène ;
 - mettre en œuvre des activités conciliantes lutte contre les VSBG et gestion durable des systèmes de santé ;
 - concevoir et mettre en œuvre un système de suivi et évaluation à long terme des activités qui sont liées aux modes de vie des PA, leur état de marginalisation et des expériences d'appui au développement et d'autopromotion en leur faveur.

6.4 Synthèse des résultats des focus groups et des entretiens approfondis

L'étude a été menée auprès de trois (03) groupes - cibles, à savoir les PA hommes, les PA femmes et les autorités médicales, les leaders d'opinion, et les autorités politico-administratives venant de la zone de santé de Kirotche à Goma.

Dans l'ensemble, il a été organisé :

- ✓ trois (03) focus groups avec les PA femmes ;
- ✓ trois (03) focus groups avec les PA hommes ;
- ✓ un entretien approfondi avec un leader d'opinion ;

- ✓ deux (02) entretiens approfondis avec l'IT des centres de santé ;
- ✓ un entretien approfondi avec les autorités politico- administratives (chef de secteur et cheffe du village).

Au total, six (06) focus groups avec les PA hommes (10 personnes) et les PA femmes ainsi qu'avec les malades soignés ont été réalisés dans cette zone de santé et à Kirotsche. La sélection de participants aux focus groups a été guidée par les superviseurs de la zone de santé de Kirotsche. On a tenu compte également des critères d'homogénéité de résidence et de sexe.

Par contre, quatre (04) entretiens approfondis ont été réalisés avec les leaders d'opinion, les prestataires de santé et un représentant de l'autorité locale.

Le guide de discussion comme le guide d'entretien ont été pré testés et traduits en Swahili. L'administration s'est faite après avoir obtenu l'accord des participants sur la base d'un formulaire de consentement. Ensuite, les données enregistrées en Swahili ont été traduites en français et retranscrites intégralement avant d'être regroupées et codifiées par thème.

Enfin, l'analyse a été faite grâce au logiciel ATLAS.TI.

Les résultats de la consultation se présentent de la manière suivante :

a. Institutions consultées

Tableau 8 : Institutions et personnes consultées

Institutions	Responsables	Lieux
DEP	Médecin	Goma
	Chargé de statistique	Goma
	Superviseur	Goma
Zone de santé de Kirotsche	IT	Goma
	IT	Goma
	Superviseur	Goma
Autorité locale	Chef du secteur	Kirotsche
Leader d'opinion	DGPA	Goma

b. Participants aux six (06) focus – group organisés

- ✓ Nombre total : 60 personnes
- ✓ Nombre des PA : 60

c. Opinions des participants ou des personnes consultées

Les PA interrogés ont apprécié favorablement le projet et ont estimé que la mise en œuvre du PPA contribuera à l'amélioration à l'accès aux soins dans la zone de santé de Kirotsche.

En effet, le PPA leur donnera la possibilité de :

- ✓ renforcer les capacités de toutes les parties prenantes pour renforcer les activités du PDSS en faveur des PA liées à l'accès à la santé, à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène ;

- ✓ mettre en œuvre des activités conciliant protection, prévention et réponses aux VSBG et gestion durable des systèmes de santé ;
- ✓ concevoir et mettre en œuvre un système de suivi et évaluation à long terme des activités qui sont liées aux modes de vie des PA, leur état de marginalisation et des expériences d'appui au développement et d'autopromotion en leur faveur.
- ✓ offrir une meilleure cohabitation avec les voisins Bantous.

6.5 Synthèse de principaux problèmes et principales solutions des PA

Les principaux problèmes identifiés par les PA interrogés et les parties prenantes sont les suivants :

- ✓ l'ampleur de la malnutrition chez les PA dans la zone de santé de Kirotsche ;
- ✓ le manque des mécanismes de prévention à la VSBG car il manque des sessions de sensibilisation ;
- ✓ le manque de moustiquaires imprégnées ;
- ✓ la distance entre campements et centres de santé ;
- ✓ le manque d'accès à l'eau potable à cause des sources qui ne sont pas aménagées ;
- ✓ le manque d'accès à l'électricité et la fumée provoque des infections pulmonaires ;
- ✓ la vente de la main d'œuvre et le manque d'intrants agricoles limitent le temps et l'énergie des agriculteurs PA, et réduit leur capacité à préparer dans leurs propres champs les travaux nécessaires, et à subvenir aux besoins quotidiens du ménage ;
- ✓ l'accès limité des peuples autochtones aux terres et aux écoles car ils ne disposent pas de ressources financières suffisantes ;
- ✓ le manque de renforcement des capacités pour les leaders communautaires ;
- ✓ l'incapacité des femmes PA d'entreprendre des activités génératrices de revenu.

La crainte de voir le projet PDSS consulter les PA sans pour autant donner suite à leurs soucis et les faire bénéficier des avantages de ce projet comme l'ont prouvé les expériences antérieures a été atténuée grâce à l'atelier d'élaboration du PPA. (Voir listes de présence en annexe).

Tableau 9 : Atelier de l'élaboration de PPA

N°	Lieu	PA participants	
		Hommes	Femmes
01	Zone de santé de Kirotsche	20	20
Total		20	20

- a) Phase de rétroaction et de suivi des activités
- b) Durant cette phase, les consultants ont organisé un atelier de restitution avec les PA et les autres parties prenantes pour d'abord informer les participants sur l'utilisation et la pertinence des résultats des consultations dans le cadre du processus décisionnel, ensuite compléter les informations manquantes et enfin valider les activités du PPA de PDSS.
- c) Phase d'évaluation

Cette phase a permis de vérifier si le processus mis en place lors de la phase préparatoire et celle de mise en œuvre sur les sites d'investigation a satisfait aux objectifs du contrôle citoyen, de partage des connaissances et des savoirs, de participation et d'efficacité sociale.

6.6 Responsabilités des participants aux consultations

Pour les projets PDSS, les responsabilités des participants prévus aux consultations ont été éclatées en six (06) points comme l'indique le tableau 10:

Tableau 10 : Responsabilités de participants aux consultations

Intervenants	Moments d'intervention	Responsabilités
1. Consultants	Du début à la fin de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier et contacter les parties prenantes - Assurer leur implication effective - Informer sur les objectifs et les limites du projet - Recruter les preneurs de notes et des interprètes - Mener les consultations participatives sur le terrain - Obtenir les PV de consultation - Consolider les résultats des consultations dans le PPA
2. Autorités locales Territoire de Kirotche Chef de secteur	Consultations, Mise en œuvre du PPA harmonisé et suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Apporter l'appui administratif, juridique et sécuritaire - Fournir l'information sur la situation sanitaire et socio – économique des PA - Discuter sur la problématique PA dans la gestion des entités locales et décentralisées
3. Autorités médicales	Consultation	<ul style="list-style-type: none"> - Fournir l'appui et l'information sur la situation

3 aires de santé impliquées dans les projets PDSS		spécifique du secteur de la santé - Eclaircir toute question relative à la participation des PA dans les activités de la santé
4. Consultant	Consultations, mise en œuvre et suivi	- Accompagner tout le processus - Fournir les informations nécessaires à l'évaluation sociale - Participer au suivi et évaluation - Participer à la gestion des doléances
5. Organisations internationales MEMISA, ACF		- Assurer l'appui technique et logistique - Recadrer les besoins et les attentes dans les champs opérationnels du projet
6. PA dans les 21 aires de santé de la zone de Kirotche	Consultations, mise en œuvre du PPA et suivi	- Mise en œuvre de tout le processus - Fournir les informations nécessaires à l'évaluation sociale - Participer au suivi et évaluation - Participer à la gestion des doléances

6.7 Principes des Consultations

Les principes libellés dans le P.O 4.10 de la Banque Mondiale ont guidé les processus des consultations en faveur des PA pour le projet PDSS afin de créer les conditions nécessaires pour leurs réussites.

Tableau 11 : Principes des consultations

Principes	Tâches appliquées	Résultats attendus
Engagement	S'engager à prendre en compte les résultats des consultations dans le cadre du processus décisionnel	- Objectifs des PPA fixés de façon participative - Plan de mise en œuvre établi avec tous les participants
Évaluation	Évaluer périodiquement les consultations, tout aussi que le Calendrier de suivi fixé le long du processus et au moment de la	- Mise en place d'un comité de suivi – évaluation des résultats

	rédaction du PPA, en se fondant sur les objectifs établis à l'origine	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place du comité d'arbitrage des conflits et des plaintes - Calendrier de mise en œuvre et de suivi fixé avec toutes les parties prenantes
Inclusivité	Prendre en compte le plus grand éventail possible des parties prenantes qui s'intéressent ou qui peuvent être touchées par les décisions qui découleront de la consultation : Organisations étatiques et celles de la société civile Hommes, femmes, jeunes	<ul style="list-style-type: none"> - Liste des personnes retenues pour être rencontrées dressée par site en respectant les aspects genre et inter – génération - Liste des participants actualisée à cause des personnes absentes ou indisponibles - Signature des PV des consultations
Accessibilité	Favoriser l'égalité d'accès au processus, en tenant compte des barrières linguistiques, physiques et sécuritaires	<ul style="list-style-type: none"> - Consultations tenues dans les campements et villages sauf dans les sites en guerre ou d'accès difficile à cause du mauvais état des routes - Utilisation des langues locales et des leaders locaux
Clarté	Veiller à ce que les objectifs et les processus de participation et de rétroaction soient bien compris par tous les participants	
Transparence	Les participants sont clairement informés sur les objectifs, les limites du projet, la marche à suivre pour toute information.	<ul style="list-style-type: none"> - Toute l'information pertinente livrée publiquement et à toutes les parties prenantes - La prise de parole était librement garantie même pour des questions taboues.
Responsabilité	Définir les rôles et les responsabilités de ceux qui participent à la consultation, le processus de communication et de prise des décisions	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de mise en œuvre établi avec tous les participants - Mise en place d'un comité de suivi – évaluation des résultats - Mise en place du comité d'arbitrage des conflits et des plaintes

6.8 Plan des consultations publiques avec les parties prenantes

L'approche participative a été utilisée dans le processus des consultations des participants en vue de l'élaboration des PPA PDSS en se référant au CLIP.

Cette approche a permis de collecter les données relatives :

- ✓ à la localisation des PA sur les sites de ces deux (02) projets ;
- ✓ à l'évaluation sociale des PA par rapport aux projets susmentionnés ;
- ✓ aux impacts positifs ou négatifs du Projet sur les PA.

Cette approche a respecté à la lettre les diverses recommandations qui font autorité en matière de consultation publique au niveau international, dont notamment la Directive 17.50 de la Banque mondiale relative à la *politique d'accès à l'information*.

6.8 Déroulement des consultations

Les Consultations pour l'élaboration des PPA ont été menées en trois (03) phases :

- ✓ du 11 mars au 30 novembre 2014 pour la phase de la formulation du CPPA dans les onze (11) DPS du pays ;
- ✓ du 31 mai au 2 juin 2017 pour la phase de l'élaboration du PPA dans les provinces du Nord et du Sud Kivu ;
- ✓ du 14 au 28 septembre 2018 pour la phase de l'élaboration du PPA de la zone de santé de Kirotshe ;
- ✓ du 22/01/2020 rencontre pour la phase de l'actualisation du PPA de la zone de santé de Kirotshe pour le quatrième financement additionnel du PDSS

Durant ces phases, les consultants ont organisé :

- ✓ des réunions de sensibilisation avec les parties prenantes identifiées (les autorités politico-administratives locales, la population riveraine, les ONG militant en faveur des PA, les PA, etc.) pour :
 - (1) présenter les projets PDSS aux parties prenantes ;
 - (2) localiser les PA directement ou indirectement affectés par les activités des zones de santé appuyées par le PDSS ;
 - (3) identifier les parties prenantes ciblées pour les consultations du PPA et les informer du processus d'élaboration du PPA ainsi que des termes de référence du mandat ;
 - (4) collecter des informations dans les campements et les villages des PA ainsi qu'auprès des autres parties prenantes sur les impacts sociaux dudit projet.

6.9 Opinions des participants ou des personnes consultées

Les PA interrogés ont apprécié favorablement le projet PDSS et ont estimé que la mise en œuvre de leur PPA contribuera à l'amélioration de l'accès des systèmes de santé.

En effet, le PPA leur donnera la possibilité de :

- ✓ améliorer le niveau de vie des PA en leur facilitant des opportunités d'avoir accès aux services sociaux de base comme les centres de santé, les écoles, l'eau potable, à l'hygiène publique, etc. ;
- ✓ augmenter la proportion des PA dont la prise en charge psychologique, juridique et économique en cas des violences sexuelles est assurée ;
- ✓ offrir un meilleur accès des PA aux activités génératrices de revenu ;
- ✓ offrir une meilleure cohabitation avec les voisins Bantous.

6.10 Synthèse de principaux problèmes et principales solutions des PA

Les principaux problèmes identifiés par les PA interrogés et les parties prenantes sont les suivants :

- ✓ le taux d'accès des PA aux centres est faible à cause de la distance entre les campements et les centres et du manque des ressources financières ;
- ✓ le manque des terres et d'intrants agricoles paupérissent davantage les PA ;
- ✓ le manque des latrines modernes dans les campements et les villages PA ;
- ✓ le faible accès à l'eau potable (consommation de l'eau de rivière non traitée, puits non protégés, pas d'analyse microbiologique) ;
- ✓ la faible gestion des ordures ménagères et déchets bio médicaux occasionnant les maladies des mains sales ;
- ✓ la consommation des substances psychotropes par la jeunesse ;
- ✓ les sessions d'EIC ne sont pas tenues régulièrement dans les campements et les villages PA à cause du caractère bénévole du travail des relais communautaires ;
- ✓ les PA victimes des violences sexuelles et des infections sexuellement transmissibles ne sont pas pris en charge médicalement, socio – psychologique et ne bénéficient pas de l'assistance juridique ;
- ✓ les violences domestiques entre maris et femmes PA sont régulières dans les ménages dans la zone de santé de Kirotche ;
- ✓ les lois et les stratégies de lutte contre la violence sexuelle ne sont pas vulgarisées par des relais communautaires lors des sessions de sensibilisation des PA.

L'ensemble des résultats des consultations communautaires avec les intéressés est résumé dans le tableau 12.

TABLEAU 12 : Résumé des préoccupations des PA exprimées lors des consultations publiques

Zone de santé	Principaux problèmes soulevés lors des consultations communautaires	Actions identifiées en termes de souhaits et attentes	Activités suggérées
KIROTCHÉ	Manque de latrines dans les campements	Construire des latrines dans les campements Assurer les sessions de sensibilisation à l'hygiène publique Augmenter le nombre des latrines par ménage	Construction des latrines semi – durables dans les campements Sessions de sensibilisation à l'assainissement et l'hygiène publique par des relais communautaires
KIROTCHÉ	Discriminations des PA par des Bantous	Organiser des campagnes de sensibilisation aux droits des PA Mettre fin à l'impunité des auteurs des violences sexuelles	Sessions de sensibilisation et de vulgarisation des droits des PA Installation de salles d'écoute à proximité des campements pour favoriser la dénonciation
KIROTCHÉ	Très faible accès à l'eau propre	Accroître le nombre des PA consommant l'eau potable	Aménagement des sources d'eau
KIROTCHÉ	Malnutrition chez les enfants PA	Assurer la prise en charge médicale gratuite des enfants malnutris Appuyer les ménages en intrants agricoles	Accès gratuit aux soins des enfants malnutris PA Aménagement des sources d'eau
KIROTCHÉ	Accès limité à l'hygiène et à l'assainissement et recrudescence des maladies des mains sales et rougeole	Améliorer des connaissances des moyens de prévention (allaitement exclusif, diversification alimentaire, eau potable, assainissement et hygiène) et du dépistage Interdire l'utilisation des eaux du lac et des marigots à tout usage	Organisation de campagnes de sensibilisation à l'hygiène et à l'assainissement

KIROTCHÉ	Logement précaire	Favoriser la sédentarisation des PA nomades Appuyer la construction des maisons en pisé ou en durable Favoriser l'habitat écologique grâce aux savoirs endogènes des PA	Appui aux constructions modernes dans les campements des PA
KIROTCHÉ	Accès limité aux centres de santé	Assurer la construction des centres de santé de proximité Doter les centres des postes de relais pour les PA semi – nomades Prévoir des moyens de locomotion pour l'évacuation rapide des PA	Construction des postes de soins à proximité des campements éloignés
KIROTCHÉ	Pauvreté des ménages	Assurer l'accès des adultes PA à l'alphabétisme Former les hommes et les femmes PA aux activités génératrices de revenu Lutter contre l'utilisation quasi gratuite de la main d'œuvre PA par les Bantous	Formation des femmes PA et des hommes aux AGR (salaison des poissons et transformation du lait des vaches) Plaidoyer en faveur des PA diplômés auprès des autorités politiques
KIROTCHÉ	Manque de formation pour le personnel de santé PA	Recruter les relais communautaires PA dans les zones de santé Renforcer les capacités en EIC	Organisation de sessions de formation des relais communautaires PA
KIROTCHÉ	Recours à la médecine traditionnelle	Assurer l'accès gratuit aux soins de santé pour les PA Mener des études sur les savoirs endogènes des PA	Plaidoyer pour la valorisation des savoirs et savoir –faire endogènes des PA

6.11 Préoccupations des autres acteurs étatiques et non – étatiques

A. Autorités administratives et autres responsables intervenants dans les projets PDSS

L'Agence Congolaise de l'Environnement (ACE) souhaite être pleinement impliquée dans le suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan des peuples Autochtones. L'ACE affirme la disponibilité de sa structure à apprécier l'élaboration du plan en faveur des PA. Il estime que dans les faits, les PA sont des citoyens à part entière.

B. Autorités Politico-administratives

Les autorités Politico-administratives de la province du Nord Kivu ont émis les vœux d'être informés sur le projet et ont montré la disponibilité de toutes leurs administrations provinciales à s'impliquer dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du Plan des Peuples Autochtones (y inclus le Ministère de la Santé, le Ministère en charge des affaires sociales, de l'Environnement et de la décentralisation et affaires coutumières, Gouverneurs des Provinces, les administrateurs des territoires, ...), les chefs coutumiers, les responsables locaux des affaires sociales, de la culture, les directeurs des Ecoles publiques locales, les communautés autochtones ciblées, les représentants de la Société civile puissent s'impliquer.

C. Représentant des ONG locales

Les organisations non gouvernementales, dans l'ensemble de toutes les provinces touchées par le projet PDSS ont fortement manifesté leur intérêt d'être associées en vue de travailler en synergie dans la mise en œuvre du présent PPA.

Certaines organisations des Droits de l'Homme ont surtout mis l'accent sur les Droits des minorités qui doivent être appliqués dans l'exécution du Projet PDSS, selon les normes internationales et les indications pour leur mise en œuvre. L'évaluation de la situation des minorités en RDC et notamment en milieu rural doit se faire aussi dans le contexte national afin de favoriser leur promotion et la protection de leur identité, de leur éducation, de leur culture et de leur accès aux services sociaux de base.

Il est à noter que la capacité des peuples autochtones, comme partout ailleurs, à s'émanciper ou à défendre leurs droits étant pratiquement faible, des institutions gouvernementales, des ONG internationales et locales ainsi que des organismes internationaux de droits humains mènent des actions dans ce sens en leur faveur. L'objectif prioritaire de toutes ces institutions étant de créer des stratégies afin de :

- ✓ réduire la pauvreté qui sévit dans leur milieu ;
 - ✓ améliorer la participation des peuples autochtones dans la prise de décision ;
 - ✓ apporter le savoir-faire à la diversité et à l'intégration sociale culturelle ;
 - ✓ promouvoir de l'identité culturelle des PA ;
- valoriser et protéger le patrimoine culturel des PA ;

6.12 Recommandations

Les recommandations des PA et des parties prenantes interrogées sont formulées de la manière suivante :

- ✓ que soient prises au niveau national et provincial des mesures exécutoires de prise en charge médicale gratuite des PA dans les centres de santé cibles de PDSS ;
- ✓ que soient largement vulgarisés les instruments juridiques liés aux droits aux terres, aux ressources et à la dignité des PA dans les zones d'intervention du projet PDSS ;
- ✓ que soient intensifiées les sessions de sensibilisation à l'assainissement et l'hygiène publique par des relais communautaires dans les zones de santé des projets PDSS ;
- ✓ que soient adaptées et ciblées les stratégies d'EIC pour réduire les risques de la médecine traditionnelle ;
- ✓ qu'un appui logistique soit doté aux postes de soins de proximité des PA pour l'évacuation des malades vers les centres de santé ;
- ✓ que soient programmées les sessions de renforcement des capacités des relais communautaires et des agents de la zone en matière de prévention des maladies ;
- ✓ que soit intensifiée l'intégration des stratégies de l'ACF dans tous les villages et campements des PA dans le cadre de l'hygiène et de l'assainissement.

6.13 Evaluation des impacts du projet sur les populations autochtones et mesures d'atténuation

L'évaluation des impacts du projet sur les populations autochtones a permis de relever des impacts positifs et négatifs potentiels et de proposer des mesures de bonification ou d'atténuation.

a) Impacts positifs potentiels

Il importe de noter que les principaux bénéfices socioéconomiques possibles offerts par le projet sont les suivants :

- ✓ amélioration de l'état de santé de la Population autochtone ;
- ✓ réduction de taux de mortalité et de morbidité des PA bénéficiaires ;
- ✓ diminution des coûts de soins de santé et accès pour tous aux soins de bonne qualité ;
- ✓ réduction de certaines maladies (particulièrement les maladies transmissibles responsables de la mortalité infantile et juvénile) ;
- ✓ simplification des démarches administratives pour les populations et le renforcement de gestion des services de santé ;
- ✓ acquisition des appuis matériels médicaux importants par les zones de santé ;
- ✓ développement de l'autorité de l'Etat (présence renforcée de l'administration et des institutions sanitaires ; réduction de l'influence des médecines traditionnelles ; meilleure communication entre les villes, les populations, etc.) ;
- ✓ création d'emplois lors de la phase des travaux pour les PA, mais aussi des activités génératrices de revenu pour les femmes PA ;

- ✓ développement économique et maîtrise stratégique du pays ; de plus, le surplus de revenu permet le développement et l'appropriation des nouveaux services par les PA, ce qui constitue un moteur du développement économique.

b) Impacts négatifs potentiels

Les impacts positifs potentiels du projet énumérés ci-dessus ne pourront être effectifs que si des actions prioritaires sont mises en œuvre en vue de s'assurer que les peuples autochtones desdits villages en retireront des avantages socio-économiques, culturellement adaptés. Dans le cas contraire, des impacts négatifs sont susceptibles d'être observés notamment:

- ✓ non accès aux soins de santé ;
- ✓ non intégration des PA dans les activités du projet ;
- ✓ non réalisation des actions proposées

Aussi, un certain nombre de mesures doivent- être prises pour que dans les années à venir les peuples autochtones puissent accéder à la citoyenneté, à l'éducation, à la santé, à l'emploi moderne pour limiter les risques de santé qui sont récurrents dans les villages des PA dans la zone de santé de Kirotche.

Le concept CLIP (Consultation Libre, Informé et Préalable) devra être respecté. Les peuples autochtones à travers leurs représentants seront consultés et participeront aux différents groupes de travail et leur organisation institutionnelle sera renforcée.

c) Mesures d'atténuation des impacts négatifs

Selon les orientations de la Politique Opérationnelle 4.10, l'élaboration d'un plan de développement doit créer un cadre pour que les populations autochtones en retirent des avantages socio-économiques, culturellement adaptés. A cet effet, des mesures préconisées dans ce plan prévoient d'éviter les incidences susceptibles d'être préjudiciables aux populations autochtones concernées, et/ou à atténuer, minimiser et compenser les incidences. Les mesures d'atténuation des impacts négatifs potentiels de mise en œuvre du projet en milieu PA se présentent de la manière suivante dans le tableau 9.

Tableau 13 : Mesures d'atténuation des impacts négatifs potentiels

Impacts négatifs	Mesures d'atténuation proposées
Discrimination et stigmatisation des PA dans les zones du projet	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Faire des campagnes des sensibilisation sur les droits et devoir des PA et la citoyenneté auprès de leurs voisins ✓ Sensibiliser et informer les parents PA de la zone de santé de Kungu sur l'accès à la santé ✓ Encourager les activités de cohabitation pacifique avec leur voisin (cohésion sociale)
Non accès aux soins de santé	✓ Appuyer des activités de proximité avec les centres de santé
Non intégration des PA dans les activités du projet	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer les activités génératrices des revenus pour les ménages des PA ✓ Autonomiser les femmes PA
Non réalisation des actions proposées	✓ Informer, éduquer et sensibiliser les parents et leaders communautaires et mettre en place des structures d'alphabétisation ou d'éducation de masse dans les villages des P A
Risques d'exclusion des P A par rapport aux opportunités d'embauche lors des travaux de construction et autres du projet susceptible de générer des emplois temporaires	✓ Respecter l'équité du genre et les normes nationales et internationales d'embauche, de rémunération

6.14 Plan d'actions

Le tableau 14 présente le plan d'action sur la base des consultations participatives.

Tableau 14 : Plan d'action de la mise en œuvre du Plan des Peuples Autochtones PDSS*

Activités	Indicateurs Objectivement Observables	Moyens de vérification	Responsables de mise en œuvre	Responsables de suivi	Période	Observations
Atelier de lancement de MGPR pour mettre en place un comité de MGPR inexistant jusqu'ici	1 atelier est organisé d'ici 2021	Photos, PVs, listes de présence et rapports	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin chef de zone, ✓ Chargé de la sensibilisation et de l'information des ONG 	Zone de santé	20 mars 2020	
<p>Campagne d'information, éducation et communication (IEC) sur la propreté et hygiène des campements se trouvant dans les zones de santé et ce, afin de combler le manque d'informations contre les maladies de la main sale et hydriques</p> <p>Auto prise en charge à travers la valorisation des savoirs endogènes et pharmacopée des autochtones pygmées vivant dans les zones de santé de Kirotche</p>	<p>8 sessions d'IEC organisées d'ici 2021</p> <p>✓ Une étude sur les savoirs pharmacologiques endogènes est validée d'ici 2021</p>	Photos, PVs, listes des présences et rapports	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Médecin chef de zone ✓ Responsable local des affaires sociales ✓ Chargé de la sensibilisation et de l'information des ONG locales 	PDSS	<p>16 Mars, 15 juin, 14 septembre, 22 septembre, 2020</p> <p>Mars et juin 2021 (dates à convenir avec MCZ)</p> <p>Mars 2020-juillet 2020</p> <p>Atelier de validation : 1 - 2 septembre 2020</p>	A prendre en compte dans les budgets du Projet du Projet L'activité se passera dans toutes les aires de la zone de santé de Kirotche.
Mise en place de moyens d'évacuation des malades (vélos) et des relais communautaires se trouvant dans les campements autochtones pygmées (vélos et	<p>10 vélos sont distribués à chaque zone d'ici 2021</p> <p>95 % des ménages PA bénéficient des services</p>	Rapport des actions menées et photos	Comités de Gestion du village	PDSS	<p>Achat : avril - juin 2020</p> <p>Livraison : juin – juillet 2020</p>	idem

brancardes, moyens de mobilité) vers les hôpitaux de référence	des moyens d'évacuation des malades 90 % des campements sont desservis en moyens de mobilité d'ici 2021 95 % des malades PA sont évacués avec des moyens de mobilité alloués					
---	--	--	--	--	--	--

<p>Renforcement de capacités des relais communautaires pour le code de conduite pour accompagner les PA malades vers un centre de santé, etc.</p>	<p>3 modules de session sont validés et vulgarisés d'ici trois ans 2 sessions de formation par an et par aire de santé ont organisé d'ici 2021</p> <p>95 % des relais communautaires existants sont formés d'ici 2021</p>	<p>Rapports périodiques</p>	<p>Relais communautaires</p>	<p>Zones de santé</p>	<p>Avril 2020 : validation de 3 modules de session</p> <p>Mai 2020 et janvier 2021 : formation des relais de 4 aires de santé</p> <p>Juillet 2020 et mars 2021 : formation de relais de 4 aires de santé</p> <p>Août 2020 et mai 2021 : 2^e formation dans 4 aires de santé</p> <p>Octobre 2020 et septembre 2021 : 3^e formation dans 4 aires de santé</p> <p>Novembre 2020 et novembre 2021 : 4^e formation dans 4 aires de santé</p>	<p>A préciser avec le MCZ</p>
---	---	-----------------------------	------------------------------	-----------------------	---	-------------------------------

* L'équipe suivra les directives nationales concernant COVID-19. La technologie sera mise à profit autant que possible pour poursuivre le plan d'action pendant la pandémie.

6.15 Chronogramme de mise en œuvre

Le chronogramme des activités de mise en œuvre est présenté dans le tableau 16 au cours de deux (02) dernières années :

Tableau 15 : Chronogramme de Mise en œuvre

N°	ACTIVITES	PERIODE																				RESPONSABLE	SUIVI
		ANNEE 1				ANNEE 2				ANNEE 3				ANNEE 4				ANNEE 5					
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4		
01	Atelier de lancement de MGPR																					Zone de santé	
02	Campagnes de sensibilisation de la communauté dans la lutte contre la malnutrition et, à l'assainissement du milieu																					Zone de santé	RSE
03.	Valorisation des savoirs endogènes et pharmacopée des autochtones pygmées vivant dans la zone de santé de Kirotche en avril 2021																					PDSS	RSE
04.	Mise en place de moyen d'évacuation des malades et des relais communautaires se trouvant dans les campements autochtones pygmées (vélos et brancardes, moyens de mobilité) vers les centres de santé																					Zone de santé	RSE
0.5	Renforcement de capacité des relais communautaires Pour <ul style="list-style-type: none"> Le code de conduite pour accompagner les malades vers un centre de santé, etc. 																					Zone de santé	RSE

4	Mise en place de moyen d'évacuation des malades et des relais communautaires se trouvant dans les campements autochtones pygmées (vélos et brancardes, moyens de mobilité) vers les centres de santé	160 vélos sont achetés et distribués	PDSS	ZS	1 mois	160 vélos	\$150/ par vélo et par mois	24000
5	Renforcement de capacités des relais communautaires pour la conduite à tenir pour accompagner les malades vers un centre de santé, etc. (collation et transport)	Trois modules de session sont validés d'ici trois ans	PDSS	ZS	2 jours	35 relais	\$ 20/ jour et relais	1400
	Renforcement de capacités des relais communautaires pour la conduite à tenir pour accompagner les malades vers un centre de santé, etc. (collation et transport)	2 sessions de formation par an par zone de santé sont organisées d'ici 2021	PDSS	ZS	2 jours	30 relais	\$ 30/ jour et relai	1800

Chapitre 7 : Dispositif organisationnel de mise en œuvre

7.1 Responsabilité de mise en œuvre du PPA

Tel que mentionné dans le cadre institutionnel du PPA, les responsabilités dans l'exécution d'un Plan en faveur des Populations Autochtones dépendent des capacités qui sont à la fois, humaines, institutionnelles et financières qui doivent être disponibles et à la hauteur des activités à réaliser. En fait, la mise en œuvre du présent PPA suppose que les autorités administratives nationales et locales (y inclus le Ministère de la Santé, Ministère en charge des affaires sociales, de l'Environnement et de la décentralisation et affaires coutumières, Gouverneurs des Provinces, les administrateurs des territoires, ...), les chefs coutumiers, les responsables locaux des affaires sociales, de la culture, les directeurs des Ecoles publiques locales, les communautés autochtones ciblées, les représentants de la Société civile puissent s'impliquer. Toutes les entités citées ci-haut doivent ainsi être impliquées dans ce processus (de la mise en œuvre au suivi-évaluation) et suffisamment informées des Politiques de la Banque mondiale et des principes qui les régissent (OP.410).

Concrètement, la mise en œuvre du plan d'action reste soumise à trois (03) exigences qui en conditionnent la réussite dans les zones de santé cibles.

a) Il s'agit d'abord du renforcement des capacités.

La mise en œuvre du PPA va requérir le renforcement des capacités de tous les acteurs, y compris les bénéficiaires du programme. Un plan de renforcement des capacités des acteurs du PPA de PDSS concernera et impliquera les prestataires de toutes les zones de santé habitées par les PA y compris les relais communautaires PA.

b) Ensuite, il sera question d'y intégrer le respect des valeurs et des droits des PA.

La réalisation du PPA suppose que les valeurs et les droits des PA soient protégés et défendus. Des séances de sensibilisation devront être organisées à l'intention des comités locaux de développement en vue de créer une synergie d'actions avec les ONGs qui appuient les PA particulièrement dans le domaine de la santé.

c) Enfin, la troisième exigence portera sur l'implication de ces ONGs.

En effet, ces dernières bénéficieront des contrats de prestation pour la construction des latrines et l'aménagement des sources d'eau en matière de sauvegardes environnementale et sociale telles que stipulées dans la Politique Opérationnelle 4.10 de la Banque Mondiale.

Le tableau 17 reprend les organes et les acteurs de la planification, de la mise en œuvre et du suivi-évaluation des activités du PPA.

Tableau 17 : acteurs de la mise en œuvre de PPA

Organes	Composition	Responsabilité
Comité national ad hoc du PPA	Le point focal des Ministères en charge : de la Santé (PDSS), du genre et des familles, de l'intérieur, OMS, CARITAS CONGO et REPALEF	Veiller au suivi de l'application du PPA à travers des réunions techniques, approuver ou donner des avis techniques sur les rapports des comités provinciaux
Comité provincial ad hoc du PPA	DEP provincial, PDSS, UNICEF, FSRDC/provincial, DGPA et organisations féminines	Planification des activités et revue du budget de PPA
PDSS	Spécialiste en sauvegarde social du projet	Mise en œuvre des activités en faveur des PA prévus dans le PPA
Comité ad hoc de la zone de santé	MCZ, autorités administratives, leaders locaux (chefs des secteurs et organisations locales)	Coordination des activités de mise en œuvre des activités au niveau des campements suivi et évaluation et traitement des recours
Comité des PA au niveau des campements	Membres désignés	Mise en œuvre des activités de certaines activités au niveau de la zone de santé et rapports périodiques au comité de la zone

7.2 Suivi et évaluation de la réalisation du plan

Le plan de suivi est subordonné aux activités prévues par le Plan. Le suivi est soutenu par la collecte et l'analyse de données par le consultant en charge de sauvegarde environnementale et sociale du projet pour vérifier si la mise en œuvre des activités se déroule comme prévu et pour procéder à des adaptations immédiates, si nécessaire. Il s'agit donc d'une activité axée sur le court terme, afin de permettre d'agir à temps réel. La fréquence du suivi préconisée est de trois mois.

Le tableau 18 présente l'économie des acteurs, des types de missions, leurs fréquences et les produits attendus.

Tableau 18 : Mise en œuvre du suivi et de l'évaluation

N°	Acteurs	Types de missions	Fréquences	Produits
1	Responsable du PDSS	Missions de suivi interne	Tous les six (06) mois	Rapport périodique
2	Délégué de la DEP	Missions de suivi interne	Tous les trois (03) mois	Rapport périodique
3	MCZS	Missions de suivi interne	Tous les mois	Rapport périodique
4	Consultant	Missions de suivi externe	1 fois l'an	Rapport de suivi
5	Experts indépendants	Mission d'évaluation	Evaluation mi-parcours et évaluation finale	Rapports d'évaluation

Le suivi global sera assuré par le PDSS (responsable en charge de la sauvegarde environnementale et sociale recruté par l'unité de projet), avec la participation en cas de nécessité de l'équipe de sauvegarde environnementale et sociale la Banque Mondiale et du Gouvernement représenté par le Ministère de la Santé et de l'Environnement (ANE).

Il sera organisé par le biais de visites périodiques sur le terrain sous forme de suivi interne semestriel. Un rapport de l'état d'avancement des activités du PPA sera réalisé tous les trois mois par le délégué de la DEP et présenté à toutes les sessions du Comité ad hoc provincial du PPA sur base des rapports périodiques du comité ad hoc local.

Le suivi interne mensuel sera assuré par le Médecin chef de zone de santé de Kirotsche. Par ailleurs, le suivi semestriel correspondra aux sessions du Comité de Pilotage provincial du PPA.

Le suivi externe, quant à lui, sera réalisé une fois par an, par un consultant indépendant pour donner l'état d'avancement de la prise en considération des recommandations du PPA. Son rapport sera présenté, discuté et validé par la DEP nationale et soumis au Comité ad hoc national pour approbation. Les organisations partenaires chargées de la réalisation des activités du PPA remettront un rapport détaillé de leurs activités selon un échéancier déterminé.

Les évaluations seront exécutées par des experts indépendants recrutés par le projet PDSS, des services non impliqués dans l'exécution du projet et/ou des ONG. Elles permettront en général, d'améliorer les procédures et les capacités de gestion sociale et alimenteront le système d'information de la Banque Mondiale pour les missions d'évaluation de ses projets

Les éléments à prendre en compte sont les indicateurs de résultats indiqués ci-dessous. Une évaluation globale à mi-parcours et à la fin du projet devra être faite pour tirer les enseignements majeurs et apporter des ajustements à sa mise en œuvre.

7.3. Indicateurs de suivi

- ✓ Au moins, 60 % des PA informés et sensibilisés sur les objectifs du projet et ses composantes respectives d'ici 2021.
- ✓ Au moins 95 % sont sensibilisés dans la lutte contre la malnutrition, à l'assainissement du milieu et l'auto prise en charge à travers la valorisation des savoirs endogènes et pharmacopée des autochtones pygmées vivant dans les zones de santé d'ici 2021.
- ✓ Au moins, 90 % des campements sont desservis en moyens de mobilité d'ici 2021.
- ✓ Au moins, 95 % des malades PA sont évacués avec des moyens de mobilité alloués dans les campements d'ici 2021.
- ✓ Au moins, 95 % d'autorités locales sont sensibilisées aux besoins des PA.
- ✓ Niveau d'intégration des représentants PA augmenté de 30 % dans les équipes opérationnelles du projet.
- ✓ Au moins, 80 % de séances de plaintes formulées sont résolues d'ici 2021.

- La quantité de médicament augmenté de 50 % en faveur des PA.

A la fin du programme, une évaluation participative du PPA PDSS sera menée par les PA et les représentants des autorités locales et médicales des zones d'intervention de ces projets faite pour en tirer les enseignements majeurs, et capitaliser les acquis et valoriser les leçons apprises sous la supervision de la DEP provinciale.

7.4 Diffusion de l'information

Toutes les leçons apprises seront transmises à la DPS provinciale par le biais du responsable de PDSS. Mais suivant les dispositions de la PO. 4.10, l'emprunteur met le rapport d'évaluation sociale et la version provisoire du PPA à la disposition des communautés autochtones sous une forme et dans une langue qu'elles peuvent comprendre. Avant l'évaluation du projet, l'emprunteur soumet la version définitive du PPA à la Banque pour examen. Une fois que la Banque a confirmé que ces documents constituent une base suffisante pour évaluer le projet, elle les rend publics conformément à sa Politique de diffusion de l'information, et l'emprunteur les met à la disposition des communautés autochtones concernées comme il l'a fait pour la version provisoire desdits documents.

7.5 Mécanisme de gestion des plaintes et résolution des conflits

Le Mécanisme de Gestion des Plaintes et Résolution des conflits (MGPR) vise à offrir un outil de médiation des conflits dans le cadre du PPA permettant l'adhésion, l'implication et la participation des communautés, des autorités locales et de la société civile à l'atteinte des objectifs du PPA de PDSS et à créer un environnement de confiance mutuelle entre les communautés, les autorités locales et autres parties prenantes.

Responsable du mécanisme de gestion des plaintes : Pierrot KIESE Tél. : +243997762255

7.5.1 Objectif principal

Il se propose de disponibiliser à l'intention des PA et des autres parties prenantes des possibilités acceptables, rapides, peu onéreuses et culturellement adaptées pour soumettre leurs doléances et leurs plaintes par rapport aux activités, aux résultats et aux impacts du PPA.

7.5.2 Objectifs spécifiques

De façon spécifique, le MGPR s'assigne comme objectifs :

- ✓ assurer l'application des principes fondamentaux pour un traitement efficace des plaintes, en l'occurrence la légitimité, la sécurité des plaignants, l'accessibilité, la prévisibilité, l'équité, la transparence et la compatibilité avec les droits et les lois en vue de maintenir le climat de confiance entre autorités et autres parties prenantes ;

- ✓ mettre en place les ressources et le cadre organisationnel nécessaires pour enregistrer et traiter toutes les doléances relatives aux activités du projet, ses résultats ou ses impacts ;
- ✓ maintenir le dialogue et la médiation entre les parties prenantes afin de prévenir, de régler et de réduire le risque de voir les mêmes plaintes se renouveler ;
- ✓ favoriser la résolution des griefs de manière équitable et efficace pour éviter des représailles et les voies de recours judiciaires ou extra – judiciaires ;
- ✓ éviter les procédures longues et onéreuses pour déposer et traiter les plaintes.

7.5.3 Nature des plaintes

Les plaintes déposées et traitées sont réparties en trois catégories :

- ✓ les plaintes sensibles et graves qui sont liées aux fautes personnelles telles que le détournement, les abus sexuels, la discrimination, etc.
- ✓ les plaintes non sensibles et graves concernent la mise en œuvre du PPA, l'impact des méthodes utilisées ainsi que les résultats obtenus sur les communautés et l'environnement (champ endommagé, bien détruit, recrutement d'une main d'œuvre étrangère au lieu de valoriser la main d'œuvre locale disponible, exclusion arbitraire d'un membre du Conseil Villageois, accidents professionnels, etc.).
- ✓ Plaintes Hypersensibles et cas de violences basées sur le genre

Les plaintes hypersensibles sont celles liées à l'intimité ou à la personnalité d'un individu (plaignant) et peut aboutir à la suspension des activités du projet. Il s'agit notamment de : cas de décès d'une personne, viol et violence sexuelle basée sur le genre, abus et exploitation sexuels. Pour ce genre des plaintes, le délai de réponse est très court (3 jours au maximum) pour y apporter des solutions appropriées et la Banque mondiale est immédiatement saisie.

Pour prévenir la violence sexuelle contre la femme, le projet PDSS devra intégrer dans les contrats de prestation de service des clauses relatives aux violences sexuelles contre la femme. Les entreprises devront élaborer des codes de bonne conduite à annexer aux contrats des travailleurs et qui seront affichés d'une manière visible aux valves des chantiers.

7.5.4 Dispositif de gestion du MGPR

Le mécanisme prévoit trois (03) niveaux d'intervention selon la gravité de la plainte :

a) Niveau 1 : Comité du campement

Cette instance de médiation traditionnelle est chargée de :

- ✓ la sensibilisation des communautés et des autres parties prenantes sur le PPA ;
- ✓ l'enregistrement et le traitement des conflits latents pour éviter que les problèmes ne s'aggravent pas ;
- ✓ la médiation entre les parties en conflit au niveau du village pour des plaintes présentant un degré de gravité assez faible selon les modes de résolution traditionnelle.

Il informe le comité de pilotage de la zone de santé dans un délai maximum de trois (3) jours des plaintes déposées, traitées et non résolues.

b) Niveau 2 : Comité de pilotage de la zone de santé

Placé sous la direction du chef de secteur et la co – direction du MCZS et du représentant de la société civile, il s’agit d’un organe qui assure le pilotage du MGPR et le traitement des plaintes. Cet organe examine les recours non résolus au conseil villageois et assure le suivi des indemnisations.

Le Président du comité de pilotage de la zone de santé convoquera une session ordinaire sur le traitement des plaintes non résolues par le conseil villageois ou une session extraordinaire portant sur le traitement d’une plainte grave et sensible.

Le dossier comportera les éléments suivants :

- ✓ les circonstances de l’affaire ;
- ✓ les entretiens des parties prenantes impliquées ;
- ✓ les concertations avec les parties prenantes ;
- ✓ Les éventuelles solutions proposées.

Le président du Comité de Pilotage Zonale (COPIZ) peut sur avis motivé du COVI inviter le plaignant et l’auteur du problème.

c) Niveau 3 : Comité de Pilotage Provincial (COPIP)

Cette instance de médiation coordonne la mise en œuvre générale du MGPR et assure son suivi évaluation en lien avec les zones de santé. Placée sous la présidence du Médecin DEP provincial et la co- présidence d’un représentant de la société civile, elle est également en charge de traiter les plaintes jugées graves, celles qui impliquent deux secteurs ou territoires ou celles non résolues par le premier et le deuxième niveau du dispositif. Cette instance travaille en étroite collaboration avec les parties prenantes concernées dont les COPIZ des secteurs.

7.5.5 Cadre organisationnel

La gestion des plaintes sera intégrée dans les activités du PPA de PDSS et de VSBG. La composition des équipes et leurs attributions sont les suivantes :

Tableau 19 : Types d’intervenants de MGPR

Intervenants	Nombre/compositions	Responsabilités
Comité de campement	<ul style="list-style-type: none"> - Chef du campement - Deux (02) notables - 1 femme - Un jeune 	<ul style="list-style-type: none"> • Transmission des plaintes de la base vers la zone de santé • Réception des plaintes • Traitement des plaintes en première instance (particulièrement plaintes mineures et non sensibles) et utilisation des

		consultations locales, traditionnelles pour la résolution des conflits
Comité de pilotage de la zone de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Chef de secteur - MCZ - Représentant de la société civile - 2 notables - 2 PA - 2 membres des associations locales dont 1 femme - Plaignant - Chef du campement comme président de COVI 	<ul style="list-style-type: none"> • Réception et enregistrement des plaintes • Convocation de l'équipe de gestion des plaintes • Mise à disposition de la logistique nécessaire pour la réunion • Enregistrement et suivi des plaintes • Traitement des plaintes et recours • Réponses aux plaintes • Suivi des réponses
Comité de pilotage provincial	<ul style="list-style-type: none"> - DEP - Représentant PDSS - Chef de secteur comme président de COPIZ - Un représentant de la société civile comme co - président - MCZ - 2 PA - 2 membres des ONGs PA dont 1 femme - Plaignant - Chef du campement comme président de COVI 	<ul style="list-style-type: none"> • Réception et enregistrement des plaintes • Convocation de l'équipe de gestion des plaintes • Mise à disposition de la logistique nécessaire pour la réunion • Enregistrement et suivi des plaintes • Traitement des plaintes et recours • Réponses aux plaintes • Suivi des réponses
Commission d'enquête	Selon le besoin au moins trois (03) personnes	Examen des questions sensibles ou requérant un approfondissement

7.6 Evaluation de la nature de la plainte et son éligibilité

Une fois que la plainte est enregistrée, le président du comité du campement effectue une évaluation rapide pour vérifier la nature de la plainte et son éligibilité. L'éligibilité de la plainte au mécanisme est liée à la pertinence par rapport aux activités ou aux impacts du PPA. Les plaintes peuvent être classées non fondées et fondées. Les plaintes non fondées sont celles qui ne satisfont pas aux critères par manque d'informations nécessaires et qui peuvent être le fruit des rumeurs ou des personnes motivées par la vengeance ou la jalousie.

Les plaintes de ce genre pourront nuire à la réputation du projet et de ses animateurs si elles ne sont pas traitées avec précaution. Les plaintes jugées moins fondées et moins graves seront réglées sur le champ par le chef du Conseil du village selon une procédure accélérée. Les plaintes pour lesquelles les liens ne sont pas établis avec les activités et les impacts du projet ne sont pas établis sont rejetées.

Les plaintes fondées se répartissent en trois (03) catégories, à savoir :

a) Au niveau de la préparation du projet

Ces plaintes et litiges peuvent porter sur les points suivants :

- ✓ la non - implication des populations locales des zones du projet dans la préparation du projet ;
- ✓ le désaccord sur le choix des organes dirigeants ;
- ✓ le désaccord sur les types des projets à financer ;
- ✓ le désaccord sur le choix du site du projet ;
- ✓ les conflits d'intérêt venant des acteurs du projet.

b) au niveau de la mise en œuvre du projet

Ces plaintes et litiges peuvent porter sur les points suivants :

- ✓ le choix des bénéficiaires : individus, organisations, communautés ;
- ✓ l'allocation des fonds par activité et par entité géographique, ... ;
- ✓ le retard dans la mise en œuvre ou la mise à disposition des fonds ;
- ✓ le sentiment d'avoir été lésé dans la mise en œuvre du projet ;
- ✓ l'ingérence extérieure dans l'attribution et la gestion des contrats,
- ✓ les cas de conflits d'intérêt ;
- ✓ la gestion des fonds ;
- ✓ le déficit de communication ;
- ✓ l'ingérence du politique.

c) au niveau de la fin du projet

Ces plaintes et litiges peuvent porter sur les points suivants :

- ✓ le non-respect des clauses contractuelles dans le financement ;
- ✓ la promesse non tenue par l'agence d'exécution ;

- ✓ la gestion des acquis des projets ;
- ✓ la perception contradictoire des résultats ;
- ✓ la viabilité des résultats...

Pour les plaintes présentant un degré de gravité plus élevé, les instances de médiation décideront de la date du traitement de la plainte après une enquête approfondie.

Les personnes affectées par le projet seront informées des trois (03) procédures de dépôt de doléances par voie de :

7.7 Consultations, tracts et affichage

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet, des cahiers de conciliation seront déposés dans des lieux estimés accessibles et sûrs pour la population. Toute page arrachée devra faire l'objet d'une explication. Chaque individu ou collectivité s'estimant lésée par le plan d'action ou son exécution pourra officialiser sa doléance à l'aide des procédures mises en place à ce effet.

Procédure n°1

- a)** Communication de la plainte (par écrit ou par voie orale) par la personne lésée à son comité de santé, tous les membres du campement peuvent recevoir la plainte pour la présenter au comité de gestion des plaintes lors des rencontres ou directement le transmettre au comité pour la convocation rapide de réunion pour traitement des problèmes ;
- b)** La plainte est d'abord notifiée dans le cahier de conciliation réservé à cet organisme ;

Examen de la plainte par le comité au cours de la première réunion suivant le dépôt de la plainte après une enquête. L'enquête se déroule suivant les étapes suivantes :

- ✓ descente sur le site de la plainte pour observer la situation sur le terrain et rencontrer le(s)

Plaignant(s).

- ✓ lors de cette descente ou après selon les possibilités, discuter avec le(s) plaignant(s) pour recueillir ses(leurs) propositions de solutions, discuter avec lui (eux) sur les différentes modalités de résolution de la plainte, lui(leur) faire des propositions concrètes et recueillir (leurs) préférences ;
- ✓ retenir une solution équilibrée afin de résoudre la plainte avec le(les) plaignant(s) ;
- ✓ transmettre un rapport d'enquête trois (03) jours après la date du début de l'enquête pour le niveau 1 et 7 jours après celle de l'enquête pour le niveau 2 et 14 jours pour le niveau

Après un débat contradictoire, la solution proposée est notée dans le cahier de conciliation.

- c)** La solution est mise en œuvre par l'acteur responsabilisé au cours de la réunion du comité.

- d)** Au cours d'une séance du comité, le plaignant est notifié que la doléance est close au cas où il s'estimerait satisfait de la solution proposée.
- e)** A chaque séance du comité, les doléances irrésolues sont réactualisées dans le Procès- verbal de réunion.
- f)** Si la doléance est réactualisée successivement deux (02) fois, la procédure 2 doit être enclenché.
- g)** Cette première procédure ne peut pas excéder trois (03) mois.

Procédure n°2 :

- a)** Le comité communique le plus rapidement possible la plainte non traitée au comité ad hoc de la zone de santé de la mise en œuvre de plan d'action.
- b)** Ce comité analyse la plainte, rencontre le plaignant et fait ses observations et propose une réponse qui devra être analysée et éventuellement par le comité technique si des indemnisations sont nécessaires.
- c)** La proposition finale est transmise officiellement au plaignant et ce dernier à dix (10) jours pour prendre une décision.
- d)** S'il est satisfait, le plaignant notifie par écrit (ou par le biais d'une rencontre avec témoins ou repris sur une déclaration son accord dans le cas où il ne peut écrire) la commission de suivi de la mise en œuvre du PPA.

Procédure n°3

- a)** En cas d'échec de toutes les solutions proposées, le plaignant pourra utiliser les recours légaux qui lui sont proposés par le système judiciaire de la République Démocratique du Congo.

Ces cas seront clairement expliqués et rappelés au cours de toutes les séances de consultation du public précédant la mise à l'exécution du PPA et feront l'objet d'affichage explicatif dans les villages.

Etant donné que l'accessibilité aux soins de santé doit s'étendre aussi auprès des peuples autochtones et pour leurs bénéfices. Par exemple, il faut des relais communautaires dans les campements des PA, qui vont enregistrer les plaintes des PA victimes de discriminations en matière des soins et présenter la situation lors des réunions du comité de santé.

Les traitements des dites doléances seront suivis et supervisés par les comités de gestion des plaintes en collaboration avec les ONG qui sont sur terrain et le Responsable de la Sauvegarde sociale du PDSS.

7.8 Processus de diffusion

Elle consiste à mettre à la disposition des ménages affectés et des tiers les informations pertinentes et dans des délais appropriés. Après approbation par la Banque Mondiale et accord de non-objection du Gouvernement les dispositions qui seront prises seront les suivantes :

- ✓ un résumé du PPA sera publié dans un journal officiel du pays ou un journal en langues congolaises à couverture nationale, afin de permettre à tout un chacun d'être informé ;
- ✓ des exemplaires du présent plan en faveur de la population autochtones seront rendus disponibles pour consultation à Goma, chef-lieu de la province du Nord Kivu et, au bureau du Projet PDSS dans la même province ;
- ✓ le PPA sera mis en ligne sur le site Web du Projet ;

le PPA sera aussi publié sur le site externe de la Banque Mondiale après autorisation par le Gouvernement.

Tableau 20 : BUDGET INDICATIF DU MGPR

Budget indicatif	Unité	Quantité	Coût Unitaire (USD)	Coût total (USD)
Atelier de lancement du MGPR	60 participants	3 jours	\$ 30 par jour et participant	5400
Communication de masse	5 aires	10 mois	\$ 200 par jour et par aire	10000
Création outil de sensibilisation (boîtes à images, affiches, autocollants, tee shirts et calicots pour la caravane motorisée)	100 participants	10 mois	\$ 7.5 par mois et aire	7500
Enquêtes	10 agents	10 mois	\$ 15 par jour et aire	1500
Réunions des instances de médiation (COVI, COPIZ et COPIP)	10 réunions	10 mois	\$ 200 par mois et par réunion	20000
Recrutement d'un agent de mise en œuvre du MGPR (20 % du temps de travail)	1 agent	24 mois	\$ 400 par mois et par agent	9.600
TOTAL MGPR				54000

Les indicateurs de suivi de la mise en œuvre du MGPR sont les suivants :

- ✓ au moins 1 atelier de lancement du MGPR est organisé avec les parties prenantes ;
- ✓ cinq (05) campagnes de sensibilisation de masse sur le MGPR sont réalisées dans la zone de santé de Kirotshe ;
- ✓ Au moins 80% des plaintes émises.

Bibliographie consultée

- ✓ ABEGA, Séverin Cécile et Patrice BIGOMBE LOGO (dir.). 2006 : La Marginalisation des Pygmées d'Afrique centrale. Paris, Maisonneuve et Larose et Afrédit.
- ✓ BAHUCHET Serge, L'invention des pygmées, in Cahiers d'Etudes Africaines, 129, XXXIII-1, Paris, 1993, pp. 153-181.
- ✓ BAHUCHET Serge, Les pygmées d'aujourd'hui en Afrique Centrale, Journal des Africanistes, tome 61, Fascicule 1, Paris, CNRS et Centre National des Lettres, 1991, pp.5-35.
- ✓ BAHUCHET Serge, Les pygmées changent leur mode de vie, Vivant Univers, n°396, bimestriel, novembre-décembre 1991, pp.2-13.
- ✓ BAHUCHET Serge, Etudes récentes sur les pygmées d'Afrique Centrale, in Pygmées de Centrafrique : ethnologie, histoire et linguistique, pp. 171-175.
- ✓ BARUME KWOKWO Albert ; En voie de disparition ? Les droits des autochtones en Afrique : le cas des Twa du parc national de Kahuzi-Biega, en République Démocratique du Congo, Moreton-in-Marsh, Forest Peoples Programme, 2003, 140 pages.
- ✓ BIT, Vie traditionnelle et nouvelles opportunités d'emplois décents chez les pygmées : cas d'une organisation coopérative des pygmées au Cameroun « GICACYMA », BIT/INDISCO – JFA – OIT/EMAC, Genève, janvier 2002, 37 pages.
- ✓ CADHP et IWGIA ; Rapport du Groupe de travail d'experts de la Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples sur les Populations/Communautés Autochtones, adopté par la Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples lors de sa 28^{ème} session ordinaire, Banjul, 2005.
- ✓ CAFI ,2016 Terms of reference CAFI Multi Partner Trust Fund 2015 à 2022, mai 2016.54p
- ✓ FAO, Communautés forestières dépendant de la forêt, Revue Unasyva, n°189, volume 47, 1996/3, Rome, 64 pages.
- ✓ Fonds Social de la RDC (FSRDC), *Cadre de planification en faveur des populations autochtones du PVSBG*, Kinshasa, 2017
- ✓ Forest People Programme et Centre d'Accompagnement des Autochtones Pygmées et Minoritaires Vulnérables ; Les droits humains des peuples autochtones « Pygmées » en République Démocratique du Congo, Bukavu et Londres, Avril 2008, 32 pages.
- ✓ HITCHCOCK Robert K., Indigenous peoples, the State, and resource rights in Southern Africa, pp. 119-131.
- ✓ JOIRIS Daou Véronique, Ce que « bien manger » veut dire chez les pygmées Kola (Gyeli) et Baka du Sud-Cameroun, in Bien manger et bien vivre, Le Harmattan-ORSTOM, Paris, 1996, pp.365-370.
- ✓ KAPUPU DIWA MUTIMANWA, Les peuples autochtones pygmées de la République Démocratique du Congo absents au dialogue inter-Congolais, Bulletin BAMBUTI, n°04, janvier-mars 2002, Bukavu, Pages 1 et 7.

- ✓ KAPUPU DIWA MUTIMANWA, Les pygmées refusent l'oppression et s'organisent, Bulletin IKEWAN, n°48, avril, mai, juin 2003, page 7.
- ✓ Minority Rights Group International, Minorities, democracy and peaceful development, Annual report on activities and outcomes (1 January – 31 December 2003), London, 49 pages.
- ✓ Nations Unies/CES, Note du secrétariat sur l'atelier de consultation et de formation à l'intention des communautés pygmées sur les droits de l'homme, le développement et la diversité culturelle, en coopération avec l'OIT et l'UNESCO, 11-15 novembre 2002, Yaoundé, 10 pages.
- ✓ NGOUN Jacques, KAPUPU DIWA MUTIMANWA, Tournée d'investigation et de concertation des leaders et des associations des pygmées à l'Ouest du Bassin du Congo : Cameroun, RCA, Gabon, Rapport final, FAAP, Bukavu, 1999, 12 pages.
- ✓ NKOY ELELA (Désiré); Situation des « autochtones » Pygmées (Batwa) en RDC : enjeux des droits humains, Kinshasa, Chaire UNESCO de l'Université de Kinshasa, novembre 2005.
- ✓ NTOLE KAZADI, Méprisés et admirés : l'ambivalence des relations entre les Bacwa (pygmées) et les Bahemba (bantou), Africa 51(4), 1981, pp. 837-847.
- ✓ RAINFOREST FOUNDATIONS, Rapport sur la situation des Peuples autochtones des forêts de la RCA, Janvier 2009, 41 P.
- ✓ Rapport trimestriel de la zone de santé rurale de Kungu, DPS Gemena, 2017
- ✓ REPALF, Cadre de planification en faveur des peuples autochtones pour le projet de gestion améliorée des paysages forestiers, Programme d'investissement pour la forêt (PIF), Kinshasa, avril 2014

Annexes

- ✓ **PV des consultations**
- ✓ **Liste des personnes consultées**

Pv de validation du plan d'action en faveur des peuples autochtones

Nous, représentants des populations autochtones (PA) de la Zone de Santé de ..KIPROSHE..... de la Province de ..NORO-KIVU....., des associations de populations autochtones, des services de l'administration et des leaders d'opinion de la Province de ..NORO-KIVU....., après avoir pris connaissance du Plan d'action en faveur des Populations Autochtones, confirmons que ce dernier prend en compte des besoins des peuples autochtones pygmées et le validons à l'unanimité.

Fait à...SO.MA....., le 07.10.2018

Signataires (participants à l'atelier)

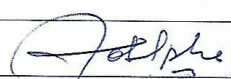









N°	Noms	Signature
1.	ADOLPHE BONANE	<i>Adolphe</i>
2.	OBEDI BITAWA	
3.	BONANE MUSHUKO	
4.	MVHINDO SA FARI	
5.	NDABU BONANE	
6.	LOVE BONANE	
7.	MUNADRO EUARISTE	<i>Munadro</i>
8.	WIVINE ADOLPHIN	
9.	CHIKURU WEMA	
10.	MANENO SEKEREZI	
11.	SIEPE MUTUSANGI	
12.	FLORENCE SAFRANO	
13.	RICHENGE LUKUJITA	
14.	AKILI BEKESA	
15.	FAIDA PANLASI	
16.	MPILA KAMBUJI	
17.	NAOMIE TWANGI BIMANA	
18.	NATHALIE KUBALA	
19.	KORWA SIFA	
20.	LINA MAELEZO	

21	BATONFIRANA	MUTUSANGI	31	MAWAZO	MVOJE
22	ZAMULABO	SEKERETI	32	JOLIMA	ROLIKI
23	AGENA	VIANE	33	VICKI	REKERE
24	MAISHA	MARCELIANE	34	GISELE	CHAKUB
25	NE MA	KUBUYA	35	KANGERE	MWAMITWA
26	LILIYA	NANGOMA	36	HABRAHAM	KAKWENE
27	BUSHASHIRE	FEANNE	37	ESENIA	MUKUFI
28	BAHEMUKE	SAFARI	38	MENTINE	ASU MANI
29	FIKIRI	RUSALE			
30	ERENAU	MUTUSANGI			

Focus group des PA hommes

Site : GOMA











Date : 4/5 SEPT 2018

N°	Noms	Village	Signature/empreinte
1.	ADOLPHI BONANE	GOMA	
2.	OBEDI BITAWA	GOMA	
3.	BONANE MUSHOKO	GOMA	
4.	MUHINDO SAFARI	GOMA	
5.	NDABU BONANE	GOMA	
6.	MUNABO EVARISTE	GOMA	
7.	LOVE BONANE	GOMA	
8.	ZAMULABO SEKEREZI	GOMA	
9.	KANGERE MWAMITWA	GOMA	
10.	HA BRAHAM KAKWENE	GOMA	

Focus group des PA hommes

Site : KUNGU / BOSAGBA

Date : le 03 / 10 / 2018

N°	Noms	Village	Signature/empreinte
1.	BOSYA ANDRE	BOSAGBA	
2.	BIYE JEAN-MARIE	BOSAGBA	
3.	LIKONGA MANDUMBELE	BOSAGBA	
4.	LIKINGA BOSENGE	BOSAGBA	
5.	WAZO HERITIER	BOSAGBA	
6.	WAPONDO WONZIANE	BOSAGBA	
7.	NGOASE PHILIPPE	BOSAGBA	
8.	GOBELE WANDERO	BOSAGBA	
9.	NZONGBO BENJAMIN	BOSAGBA	
10.	MOYEMBA JOSEPH	BOSAGBA	

Je 22/1/2020

LISTE DE PRESENCE SEANCE DE TRAVAIL MISE EN
IDENTIFICATION INTERVENTIONS PDS - NK

N°	NOM & POST-NOM	FONCTION	NO TEL	SIGNATURE
01	ZAWADI aIFURUFURU	SEC CODESA	0999014785	
02	KAZUNGU AUGUSTIN	PRECO SA	0993313440	
03	JEROME MIALUNA	Vérificateur	0997384776	
04	Paafique MUSTASADWA	gest. Programm PDS	0820417769	
05	M. Jan KAPUKU KAMENRE	MCS	0992981418	
06	BIROU BATENCHI Bernard	AGIS	0997284070	
07	ZAWADI - ANGELIQUE	E-T	0973316128	
08	Edouard RATHANINA	PDS / Coordinateur Adjoint	0844466971	