

République Démocratique du Congo

Ministère de la Santé

Secrétariat Général à la Santé



Financement Additionnel – 4

P173415

**CADRE DE PLANIFICATION EN FAVEUR DES
POPULATIONS AUTOCHTONES**

Version Finale

Mai 2020

SOMMAIRE

LISTE DE SIGLES.....	4
RESUME NON TECHNIQUE	7
CHAP. 1. INTRODUCTION.....	18
1.1. CONTEXTE.....	18
1.2. OBJECTIFS DU PROJET.....	18
1.3. OBJECTIF DU CPPA	18
1.4. METHODOLOGIE D'ELABORATION DU CPPA.....	19
CHAPITRE 2. DESCRIPTION DU PROJET.....	20
2.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	20
2.2 COMPOSANTES DU PROJET	20
CHAPITRE 3. CONTEXTE LEGAL ET INSTITUTIONNEL DES POPULATIONS AUTOCHTONES	23
3.1. CADRE POLITIQUE	23
3.2. CADRE LEGISLATIF ET JURIDIQUE.....	23
3.3. CADRE REGLEMENTAIRE NATIONAL	25
3.4. TRAITES ET ACCORDS MULTINATIONAUX AUX PA.....	33
3.5. POLITIQUE DE LA SAUVEGARDE DE LA BANQUE MONDIALE.....	37
CHAP 4. CADRE INSTITUTIONNEL	39
4.1. AU NIVEAU TIONAL.....	39
4.2. AU NIVEAU PROVINCIAL.....	39
4.3. AU NIVEAU DE LA ZS	39
4.4 AU NIVEAU DES EUP.....	40
4.5. AGENCE DE CONTREVERIFICATION XTERNE.....	40
4.6. COMMUNAUTE.....	40
CHAPITRE 5 : MODES DE VIE ET ORGANISATION SOCIALE DES P.A.	43
5.1. LOCALISATION GEOGRAPHIQUE DES PA.....	43
5.2. ACTIVITES DES PA	44
5.2.1. CUEILLETTE.....	44
5.2.2. CHASSE.....	44
5.2.3. PECHE	46
5.2.4. AGRICULTURE	46
5.2.5. MEDECINE TRADITIONNELLE.	47
5.3. CULTURE, TRADITIONS ET CROYANCES.....	48
5.4. ORGANISATION SOCIOPOLITIQUE	48
5.5. LE NOMADISME.....	48
5.6. RELATION AVEC D'AUTRES COMMUNAUTES	50
5.7. PARTICIPATION A LA PRISE DE DECISION.....	51
5.8. ANALYSE DE L'IMPACT DES CONFLITS ARMES DE L'EST SUR LES PA.....	52
5.9. LA POLITIQUE 4.10 SUR LES POPULATIONS AUTOCHTONES.....	52

CHAP. 6.ÉVALUATION DES IMPACTS DU PROJET ET IDENTIFICATION DES RISQUES.....	54
6.1. LES IMPACTS POSITIFS DU PROJET.....	54
6.2. LES IMPACTS NEGATIFS.....	54
6.3. AMELIORATION DE L'UTILISATION ET QUALITE DES SOINS DES SERVICES DE BASE	55
MESURES D'OPTIMISATION	57
6.4.. APPUI A LA GESTION ET AU FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE.....	58
<i>Objectif :</i>	<i>58</i>
<i>Renforcer la politique et la pratique du financement de la santé en République Démocratique du Congo afin d'améliorer l'équité et l'efficacité du financement du système et de gestion de service de la santé.</i>	<i>58</i>
CHAPITRE 7. LA CONSULTATION	59
7.1. CONSULTATION LOCALE.....	59
7.1.1. QUELQUE CONSIDERATION DES PA PAR RAPPORT AU PROJET.....	60
7.1.2. LES RAPPORTS ENTRE LES PRESTATAIRES DES SOINS DE SANTE ET LES PA.....	61
7.1.3. L'ENGAGEMENT DES LEADERS COMMUNAUTAIRES DANS LA PROMOTION ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES PA.....	62
7.1.4. LES CAUSES D'ECHEC DE L'APPROCHE ANTERIEURE UTILISEE EN MATIERE DE PROMOTION DES SERVICES DE SANTE AU SEIN DES PA	63
7.1.5. L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE MODERNES OU TRADITIONNELS	63
7.1.6. MACANISME DE GESTION DES PLAINTES ET RESOLUTIONS DES CONFLITS... ..	64
7.2. CAS DES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE.....	65
7.3. CONCLUSION	66
7.4. RECOMMANDATIONS.....	67
7.6. NECESSITE DU PPA.....	67
CHAPITRE 8. PREPARATION DU PPA	69
8.1. CONTENU DU PPA	69
CHAPITRE 9. MISE EN OEUVRE DU CPPA.....	70
9.1. PROCESSUS DE DIFFUSION.....	70
9.2. MESURES DE MISE EN ŒUVRE DU CPPA	70
9.3. BUDGET DU CPPA.....	72
CHAPITRE 10. MISE EN ŒUVRE DU SUIVI -EVALUATION DU CPPA ET LA RESPONSABILITE DEPLAN D'ACTION DU CPPA / PDSS	74
ANNEXE 1:.....	75
POLITIQUE « PEUPLES AUTOCHTONES » (PO4.10) DE LA BANQUE MONDIALE	75
LE NIVEAU DE DETAIL NECESSAIRE POUR SATISFAIRE AUX CONDITIONS ENONCEES AU PARAGRAPHE 6 B), C) ET D) EST PROPORTIONNEL A LA COMPLEXITE DU PROJET ENVISAGE ET FONCTION DE LA NATURE ET DE LA PORTEE DES REPERCUSSIONS POTENTIELLES DU PROJET SUR LES POPULATIONS AUTOCHTONES, QUE CES REPERCUSSIONS SOIENT POSITIVES OU NEGATIVES.	75
BIBLIOGRAPHIE GENERAL	98
ANNEXE 8 : DETAIL DES CONSULTATIONS PUBLIQUES DANS LA ZONE DU PROJET.....	103

Liste de sigles.

CS	: Centre de Santé
CPN	: Consultation pré – natale
CPPA	: Cadre de Planification en Faveur des Peuples Autochtones.
CSI	: Centre de Service Intégré
CERD	: Comité pour l'Élimination de toutes les formes de Discrimination Raciale
CLIP	: Consentement Libre Informé en Préalable
DPS	: Division Provinciale de la Santé
DSRP	: Document Stratégique de la Réduction de la Pauvreté
ECZS	: Équipe Cadre de Zone de Santé
EUP	: Établissement d'Utilité Publique
OMD	: Objectif du Millénaire pour le Développement
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OIT	: Office International du Travail
OAC	: Organisation d'Assise Communautaire
PDSS	: Projet de Développement du Système de Santé
PA	: Peuple Autochtones
PDSS	: Projet de Développement du Système de Santé
PSE	: Paquet de Service Essentiel
PPA	: Plan d'action de Peuple Autochtone
RDC	: République Démocratique du Congo
REPALEF	: Réseau de Populations Autochtones pour la protection des Écosystèmes Forestiers de la RDC
UCP	: Unité de Coordination de Projet
ZS	: Zone de Santé

EUP : Établissement d'Utilité Publique

Liste des figures et tableaux

1. Tableau

N°	Tableau	pages
01.	Effectif des PA et leur mode de vie principal par province	28
02.	Enjeux des garanties relatives à la consultation	36
03.	Activités, résultats attendus et risque	56
04.	Impact négatifs et mesure d'atténuation	57
	Impact positif et mesure d'optimisation	57
	Consultations	59

2. Figure

N°	Figure	Page
01.	Carte de la zone du projet	22
02.	Carte localisation des PA en RDC	29
03.	Carte de localisation des PA de la zone du projet	43

RESUME NON TECHNIQUE

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 10 millions de dollars Américains.

Le projet PDSS est intervenu dans douze 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, 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*** - 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.

Projet de Développement du Système de Santé (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'ODP 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 déclaré 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, d'un montant équivalent à 52,13 millions USD. L'objectif pour ce quatrième financement additionnel est d'une part, de mettre à l'échelle l'achat stratégique pour la CSU de la mère et l'enfant dans 9 zones de santé de la Ville province de Kinshasa pour une population estimée à 3 237 645 habitants dont 163 CS, 10 HGR et 9 BCZS (Biyela, Barumbu, Kikimi, kimbaseke, Kingasani, Kisenzo, Masina 1, Masina 2, N'sele) dont les premiers contrats de performance ont été signés avec l'EUP Kinshasa depuis le mois d'avril 2019 (5,54 millions USD) et d'autre part de i) combler le gap de financements des interventions initialement prévues dans le cadre du PDSS, ii) compléter le financement de la riposte à la MVE et enfin iii) renforcer le système de santé de la province du Nord Kivu afin de maintenir les résultats obtenus dans la cadre de la riposte ainsi que des résultats des appuis du projet d'urgence relatif à la violence sexuelle et basée sur le genre et la santé de la mère (46,5 millions). La gestion de ce programme sera 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.

Pour Kinshasa, les activités vont s'articuler sur la vérification trimestrielle des résultats et le paiement des avances des subsides, évaluation de la qualité des prestations des hôpitaux et performances des ECZS, renforcement des compétences avec l'appui

technique de JHPIEGO, test de connaissance vignettes, sélection et prise en charge des indigents, formation des prestataires en FBP et renforcement de plaidoyer/Lobbing auprès des autorités pour le cofinancement des activités.

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 (1.968.000 USD)*** 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 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) (8.988.000 USD) en mettant en place et en rendant opérationnel 3.026 CAC dans la province du Nord Kivu et communiquer un besoin non encore couvert de 2.500 à 3.000 CAC à mettre en place, dont autour de 2.140 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) (25.539.882 USD)*** 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 et PVSBG) 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 BPF 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 le 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 (7.675.000 USD) :** un état des lieux sera conduit dans toutes les formations sanitaires des treize 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 25.000 USD par centres de santé ou centre hospitalier et de 100.000 par HGR est planifié, soit pour un montant total de 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) (470.074 USD) :** 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'EUP FASS NK 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 (1.950.000 USD)**

C'est dans le cadre de ce quatrième financement du Projet PDSS, couvrant treize provinces de RDC, que le présent Cadre de Planification en faveur des Populations Autochtones, CPPA, est élaboré.

Etant donné que les sites d'implantation du projet ne sont pas encore identifiés, ce Cadre de Planification en faveur des Peuples Autochtones (CPPA) 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 chacune des provinces concernées : Mongala (Lisala) : 22/09/2014 ; Maindombe (Inongo et Pendjwa) : 03/10/2014 ; Equateur (Bikoro et Igende) : 16/09/2014 ; Nord Kivu (Kirotshe : 22/01/2020, Sud Ubangi (Kungu : 03/10/2018) ; Tshuapa (Monkoto : 01 au 02/10/2018) ; Maniema (Kabambare : 17 au 19/09/2018) : dans les campements des PA qui ont respecté l'application des consultations libre et préalables (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 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. Avec le COVID 19 ayant entraîné une insécurité sanitaire, les consultations du public ont été rendues difficiles tant pour la province de Kinshasa que pour le Nord Kivu. Des plaidoyers ont été organisés auprès de Son Excellence le Ministre de la Santé et auprès du Gouverneur de la Ville Province de Kinshasa en présentant le dossier complet ainsi qu'auprès de la DPS Kinshasa, les zones de santé concernées et les représentants des formations sanitaires. On note que dans les zones de santé appuyées dans la ville de Kinshasa, il n'y a pas des PA. Des échanges avec les acteurs sur terrain ont été préconisés pour le Nord Kivu,

Parmi les résultats les plus importants des consultations menées auprès des PA et qui ont respecté le principe de CLIP, 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 pour 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,
- Appuyer les actions de l'aménagement des sources d'eau potable dans les campements,
- 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 de 3 missions, la phase de mise en œuvre des consultations dans les 13 provinces, la phase rétroactive lors des ateliers de restitution en appliquant la consultation libre, préalable et informé (CLIP) ainsi que lors des échanges avec les autorités locales et les zones de santé bénéficiaires.

Par ailleurs, un mécanisme de collecte et de traitement des plaintes a été mis en place et fonctionnera au niveau du comité de campement, de celui du pilotage de la zone de santé

et de celui du comité du pilotage provincial avec la participation de la société civile et des PA.

Le coût global du CPPA proposé est évalué à 210.000 \$.

Le tableau suivant présente les activités prioritaires et leurs coûts.

N°	Activités	Coûts en \$
01	Achat des mégaphones pour faciliter les relais communautaires des PA à mieux faire leur travail surtout auprès des PA nomades et semi nomades.	40.000 soit 4.000 x 10 zs
02	Organiser des campagnes de sensibilisation et de mobilisation des PA par les PA dans la zone de santé	100.000 soit 10.000 x 10 zs.
03	Recrutement et formation des sages-femmes PA dans chaque campement des PA soit 5 par zone de santé	50 .000 soit 5000 x 10 zs
05	Elaboration du plan d'action en faveur des populations autochtones	20.000\$

NON-TECHNICAL SUMMARY

The Government of the Democratic Republic of Congo had requested and obtained from the International Development Association (IDA), a credit equivalent to USD 220 million and a donation from the multi-donor trust fund supporting innovation in the results of equivalent to 10 million American dollars.

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. Improving the use and quality of care in basic services. 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, etc.
- Component 2. Support for the management and financing of the health system. This component includes activities to strengthen management capacities at all levels of the health sector, technical assistance on issues of human resources, drugs, improvement of monitoring and evaluation, as well as unit of project management.

Component 3. Strengthen the performance of the health system - financing, health policy, and surveillance capacities.

Component 4. Strengthen monitoring and response capacity. This component includes the original activities of the project on strengthening disease surveillance and introduces the emergency response component in the event of an emergency (CERC).

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 this health system by increasing investment in the social sectors. As part of the implementation of its sectoral policy for the development of essential health care for its population, 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 Development 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.

Health System Development Project (PDSS) had to receive 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 under the Grant of the share of the Global Fund.

A third additional funding, IDA donation equivalent to USD 120 million was allocated to the project to replenish the USD 80 million reallocated from the project. This reconstruction allowed the project to achieve the ODP and the expected results, in accordance with the targets set in the results framework. In addition, this funding has strengthened the US \$ 40 millions project to finance emergency response activities aimed at stemming the Ebola virus epidemic. This epidemic declared as an emergency, being currently being alleviated, as officially declared by the Government, the implementation of activities was carried out in accordance with the procedures condensed under paragraph 12 of section III of Bank policy governing the financing of investment projects.

Also, the Government of the DRC has just received a fourth additional grant funding from IDA, amounting to US \$ 52.13 millions. The objective for this fourth additional funding is, on the one hand, to scale up the strategic purchase for mother and child CSU in 9 health zones of the City of Kinshasa province for a population estimated at 3,237,645 inhabitants, including 163 CS, 10 HGR and 9 BCZS (Biyela, Barumbu, Kikimi, kimbaseke, Kingasani, Kisenzo, Masina 1, Masina 2, N'sele) whose first performance contracts were signed with the EUP Kinshasa since April 2019 (5.54 million USD) and on the other hand to i) fill the funding gap for the interventions initially planned under the PDSS, ii) supplement the funding of the response to EVD and finally iii) strengthen the health system of Nord Kivu province in order to maintain the results obtained within the framework of the response as well as the results of the support of the emergency project relating to sexual and gender-based violence and the health of the mother (46.5 million).

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 the Strategic Purchase by the Ministry of Health.

For Kinshasa, the activities will be based on the quarterly verification of results and the payment of grant advances, evaluation of the quality of hospital services and performance of ECZS, capacity building with technical support from JHPIEGO, knowledge test vignettes, selection and care of the poor, training of providers in PBF and strengthening of advocacy / Lobbying with the authorities for the co-financing of activities.

For Nord 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 the performance-based funding mechanism (USD 1,968,000) such as quality of care assessment, supervision and supervision health zones (DPS) and health facilities (ECZ), organization of 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 Community Animation Cells (CAC) (8,988,000 USD) by 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 CAS 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) (25,539,882 USD) through exchanges with several actors (EUP, ULB-Cooperation, DPS, ECZ of Nyiragongo, MPS) in order to be able to develop in all these Health Zones (MVE and PVSBG) a PBF Light approach which takes into account limited resources, but which will have to contribute more to maintaining results as well as 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 the BPF light, for the Health Centers, the payment for the performance of the health facilities is based mainly on the quality score obtained through the improved quality grid (integrating the PCI and the VBG) and if possible coupled with the administration of vignettes (75% of the subsidy). For HGR, 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 the PCI and the 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 (US \$ 7,675,000) : 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 levels. health facilities. For all the renovations to be carried out, each health facility,

through its management plan and the contribution of its community will have to contribute to their achievement. A substantial budget of 25,000 USD per health center or hospital center and 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 at the level of health facilities (continuous population count) (470,074 USD) : the province wants the mechanism for subsidizing care to also be grafted onto 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 (1,950,000 USD). It is within the framework of this fourth financing of the PDSS Project, covering thirteen provinces of the DRC, that this Planning Framework for Indigenous Populations, CPPA, is developed. Given that the project's implementation sites have not yet been identified, this Planning Framework for Indigenous Peoples (CPPA) is the result of a participatory approach based on the document review and consultations through focus groups. with the different categories of indigenous populations, local communities, and in-depth interviews with local administrative authorities and leaders of NGOs, religious denominations, etc.

Then, the workshops were organized in each of the provinces concerned: Mongala (Lisala): 09/22/2014; Maindombe (Inongo and Pendjwa): 10/03/2014; Equateur (Bikoro and Igende): 09/16/2014; Nord Kivu (Kirotshe: 22/01/2020, South Ubangi (Kungu: 03/10/2018); Tshuapa (Monkoto: 01 to 02/10/2018); Maniema (Kabambare: 17 to 19/09/2018): in the camps PAs who have respected the application of free and prior consultations (CLIP) to obtain that they adhere massively to the project and that they express their points of view and participate in the decision on the implementation of the project taking into account the inclusion of representatives of both sexes, to mitigate the negative impacts that may arise during the implementation of the project and to ensure that the benefits that have been expected are culturally appropriate.

With COVID 19 having led to insecurity public consultations have been made difficult both for the province of Kinshasa and for Nord Kivu. Advocates have been organized with His Excellency the Minister of Health and with the Governor of the City of Kinshasa Province in the near entering the complete file as well as with the DPS Kinshasa, the health zones concerned and the representatives of the health units. We

note that in the supported health zones in the city of Kinshasa, there are no PAs. Exchanges with actors on the ground were recommended for Nord Kivu,

Among the most important results of the consultations carried out with the PAs and which respected the principle of CLIP, it is worth mentioning the fact that all the PAs recognized that the PDSS project had many potential positive impacts on them, but also some negative impacts for which the following actions are recommended to mitigate them:

- Organize campaigns to popularize the rights and duties of PA culture,
 - Organize awareness campaigns against malnutrition, lack of hygiene, setting up means of evacuation of the sick and community relays,
 - Support actions to develop drinking water sources in camps,
 - Ensure capacity building of community relays, • Implement follow-up activities - evaluation of complaint management mechanisms
- The consultations with the PAs took place during the preparatory phase of 3 missions, the implementation phase of the consultations in the 13 provinces, the retroactive phase during the restitution workshops by applying the free, prior and informed consultation (CLIP) as well as during discussions with local authorities and beneficiary health zones. In addition, a complaints collection and processing mechanism has been set up and will operate at the level of the camp committee, that of the health zone steering committee and that of the provincial steering committee with the participation of civil society and PAs.

The overall cost of the proposed CPPA is estimated at \$ 210,000.

The following table presents the priority activities and their costs.

N°	Activities	Cost in \$
01	Purchase of megaphones to facilitate PA community intermediaries to better work mostly at nomadic and semi-nomadic PAs	40,000 or 4,000 x 10 zs
02	Organize campaigns of sensitization and mobilization of PAs through PA.	100,000 or 10,000 x 10 zs
03	Hiring and training of PA midwives in each camp of PAs, that is 30 for Equateur, 20 for Katanga, 15 for Bandundu and 15 for Maniema.	50,000 or 5000 x 10 zs
04	Formulation of an action plan in favor of native populations	20,000.

The Budget for FPNP amounts to: **\$ 210,000**

Chap. 1. INTRODUCTION

1.1. Contexte

Malgré l'amélioration de certains indicateurs de développement humain, des défis considérables persistent. La RDC étant classée 217^e sur 228 pays cités dans l'Indice du développement humain 2018, ses indicateurs de santé et nutrition comptent parmi les pires au monde. Des progrès considérables ont été réalisés ces dernières années dans la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, son taux étant passé de 104 pour 1.000 naissances vivantes en 2014 (EDS) à 43 en 2018 (MIX). Mais les taux de mortalité restent élevés et avec une espérance de vie de 49 ans (47 ans pour les hommes et 51 ans pour les femmes), les taux bruts estimés de mortalité dépasseraient de 40 % la moyenne africaine (l'écart est de 60 % dans l'Est du pays). Un enfant sur sept meurt avant l'âge de 5 ans et un enfant sur onze meurt avant son premier anniversaire (EDS 2014). Malgré l'amélioration de certains déterminants de la malnutrition [p. ex., l'accès à l'eau potable s'est accru entre 2005 et 2012, passant de 22 % à 50 % (enquête 1-2-3 sur la pauvreté)], la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans est estimée à 43 % lors de l'Enquête Démographique Santé (EDS) et presque la moitié des enfants de moins de cinq ans présentent une anémie modérée ou grave (43,7 % et 4,2 % respectivement). La grande majorité de la population, environ 97 %, vit dans des zones où le paludisme est endémique ;

C'est donc dans le but d'apporter une contribution notable à la solution de ces problèmes sanitaires que le Projet de Développement du Système de Santé (PDSS) est initié avec le concours technique et financier de la Banque mondiale.

1.2. Objectifs du projet

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

Cet objectif s'inscrit dans la stratégie de lutte contre la pauvreté définie par le gouvernement et s'étend dans la mise à l'échelle de l'achat stratégique pour améliorer la couverture santé universelle pour la santé de la mère de l'enfant. La population bénéficiaire est estimée à 17 millions de personnes réparties respectivement dans quatre provinces : Equateur 18 ZS, Mongala 12 ZS, Tshuapa 12 ZS, Sud Ubangi 16 ZS, Kwango 12 ZS, Kwilu 24 ZS, Maindombe 14 ZS, Haut Katanga 8 ZS, Haut Lomami 8 ZS, Lualaba 16 ZS, Maniema 8 ZS, Kinshasa 9 ZS, Nord Kivu 13 ZS.

1.3. Objectif du CPPA

Le **CPPA** a pour objectif spécifique d'identifier l'ensemble des risques potentiels aux plans environnemental et social en regard des interventions en faveur de population autochtone envisagées dans le cadre du projet. Le CPPA est conçu comme étant un mécanisme de tri pour les impacts environnementaux et sociaux des investissements et activités inconnus avant l'évaluation du projet. Il se présente donc comme un instrument pour déterminer et évaluer les impacts environnementaux et sociaux potentiels futurs en faveur

des populations autochtones. En outre le CPPA devra définir un cadre de suivi et de surveillance ainsi que les dispositions institutionnelles à prendre durant la mise en œuvre du programme et la réalisation des activités pour atténuer les impacts environnementaux et sociaux défavorables, les supprimer ou les réduire à des niveaux acceptables pour les populations autochtones. Il consiste également à optimiser les impacts positifs.

1.4. Méthodologie d'élaboration du CPPA

La méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude a été basée sur une approche participative, en concertation avec l'ensemble des acteurs et partenaires concernés par le Projet, notamment : le Ministère de la Santé, le Ministère en charge des Affaires sociales, le Ministère chargé de l'Environnement, le Ministère chargé de l'Urbanisme, de l'Habitat et l'Aménagement du Territoire, les universités, les instituts supérieurs des techniques médicales, et l'Equipe du PDSS mais surtout les populations autochtones et les Collectivités locales dans la zone du projet.

Chapitre 2. DESCRIPTION DU PROJET.

2.1 Contexte et justification

La situation en rapport avec la santé de la population congolaise dans son entièreté et les populations autochtones (PA) en particulier, reste d'après les différents rapports des études menées au cours de cette décennie, emmaillée par plusieurs fléaux qui s'opposent au droit à la santé qui garanti l'accès des populations autochtones à tous les services sociaux et de santé sans aucune discrimination. Les biens être sanitaires de ces populations font objection à la protection ainsi qu'à la promotion de la santé, qui constituent des droits fondamentaux de la personne humaine.

En dépit de l'effort entrepris par le gouvernement en synergie avec d'autres partenaires, il sied de noter que le constat persiste. Selon le rapport des élections de 2011, il ressort que dans les treize provinces couvertes par le projet PDSS, l'effectif des populations autochtones s'élève à +/-600 000 personnes sur 85 281 024 hab en 2018 soit 0, 70 % de la population totale du Congo

Par ailleurs, ces populations autochtones sont victimes des plusieurs maladies dont la fièvre et le paludisme en première position et sont au soubassement du taux élevé de la mortalité surtout chez les enfants de moins de 5 ans. Ensuite viennent les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës.

En ce qui concerne les femmes enceintes, seules 2% font des Consultations Prénatales (CPN). La quasi-totalité des accouchements s'effectue à domicile ou dans la forêt.

Les peuples autochtones qui ne sont pas encore totalement sédentarisés, vivent pour la grande majorité, dans des zones géographiques très enclavées. Quant à leur accès aux services sociaux de base, la question demeure une préoccupation majeure, en raison de multiples facteurs entravant dont les principaux sont : les problèmes culturels, financiers et d'accessibilité géographique mais également à cause des jugements de valeurs qui rendent parfois difficile la cohabitation avec les bantous.

Eu égard à ce qui précède, la présente étude apporte des données statistiques fiables et probantes des autochtones. Ces informations, qui constituent un préalable à toute intervention, sont, actuellement très fragmentaires et font donc l'objet de besoins ressentis ou exprimés par les décideurs, les planificateurs, les chercheurs, les ONG et associations qui travaillent dans le domaine de la santé. En somme, la nécessité d'organiser cette étude est d'autant plus justifiée qu'à l'heure actuelle il n'existe pas de données fiables sur les tendances relatives à l'utilisation des services de santé pour les peuples autochtones. Pour y arriver, les autorités avec l'appui de la Banque Mondiale, se sont engagées à soutenir le PDSS, objet du présent CPPA.

2.2 Composantes du projet

Le Projet de Développement du Système de Santé (PDSS) s'attèle sur l'accélération de l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) et au renforcement du système

de santé en guise d'une amélioration de l'état de santé de la population, notamment des femmes, des enfants et d'autres groupes vulnérables. Ce projet constitue une réponse sectorielle à l'actuelle situation sanitaire qui prédomine en RDC. Afin d'atteindre les objectifs de développement durable à l'horizon 2030, le Gouvernement a mis en place un programme de renforcement du système de santé afin d'améliorer les résultats pour la mère, l'adolescent, et l'enfant. Ce programme qui entre dans la vision du Gouvernement porté principalement par le PDSS appui déjà 11 provinces à travers l'Achat Stratégique et a pour objectif de développer un paquet de soins de santé minimum de qualité, accessible financièrement et géographique à la population congolaise.

Au-delà des Provinces déjà couvertes par ce programme, le gouvernement a levé l'option de mettre l'Achat Stratégique à l'échelle au niveau national et a pour cela identifié les Provinces de Kinshasa et 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.

Le PDSS comporte quatre (4) composantes :

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

Cette composante comprendrait, 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 comprendrait des activités de :

- ✓ Renforcement des capacités de gestion à tous les niveaux du secteur de santé,
- ✓ Assistance technique sur les questions des ressources humaines,
- ✓ Amélioration du suivi et d'évaluation,

- ***Composante 3. Renforcer la performance du système de santé – financement, politique de santé***

- ***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).



Légende des Zones de projet : Equateur, Mongala, Tshuapa, Sud Ubangi, Kwango, Kwilu, Maindombe, Haut Katanga, Haut Lomami, Lualaba, Maniema, Nord Kivu et Kinshasa

Figure 1 : Carte de la zone du projet
Source : Roger BOKANDENGA

Chapitre 3. CONTEXTE LEGAL ET INSTITUTIONNEL DES POPULATIONS AUTOCHTONES

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

13

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

La constitution

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°80-008 du 18 juillet 1980 complétant les dispositions de la loi n°73-021 du 20 juillet 1980 portant régime général des biens, régime foncier et immobilier.

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 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. Le 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 a l 'intérieur ou a 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 gommes, 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 a savoir :

- i) 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;
- ii) 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 1 présente l'effectif des populations autochtones et leur mode de vie principal par province en RDC (Source : Cadre Stratégique pour la Préparation d'un Programme de Développement des PA).

Tableau 1 : Effectif des populations autochtones et leur 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%		

Localisation des peuples autochtones en RDC

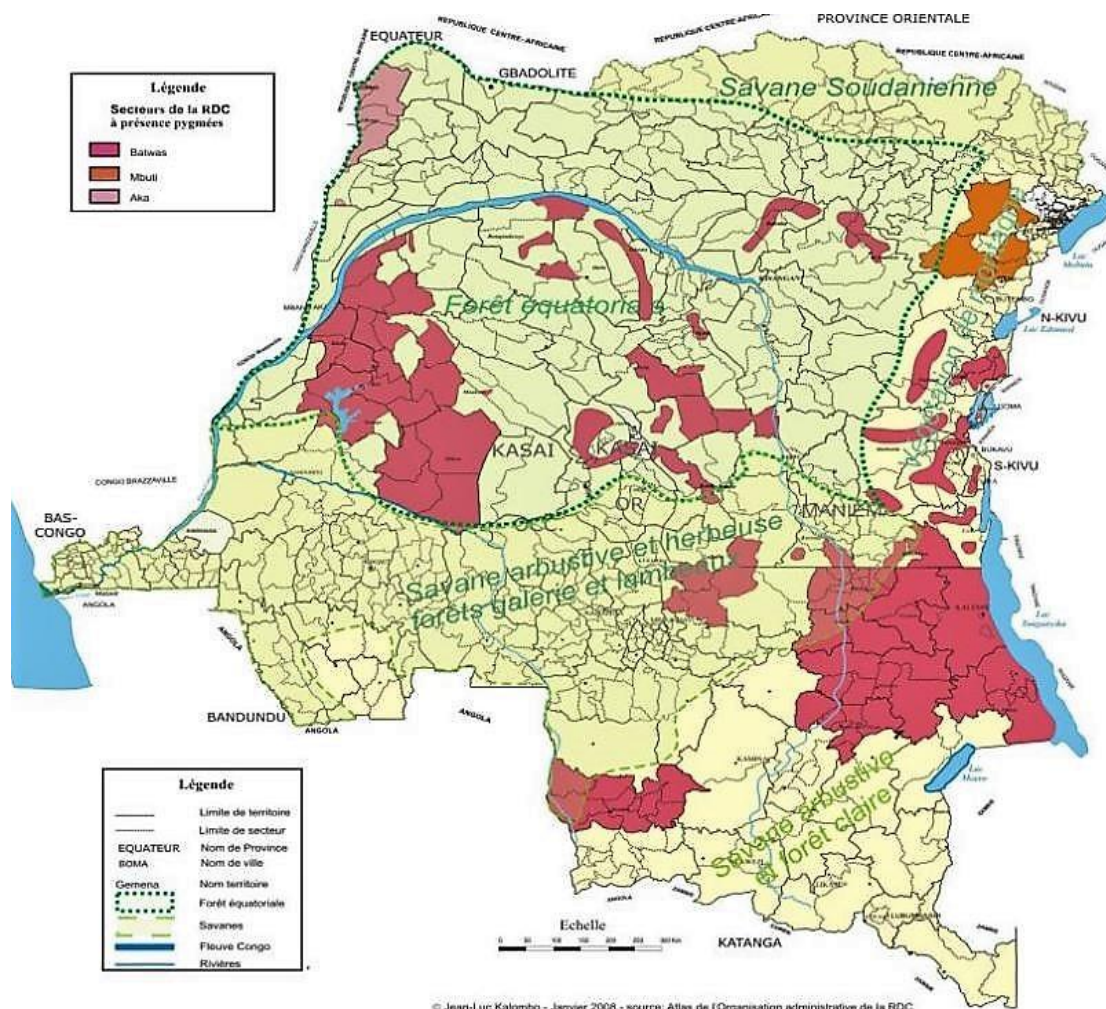


Figure 2 : Carte de localisation des peuples autochtones de la RDC

Source : Revue CONGO MONDE

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,

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

- 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 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.

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

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

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, nous avons ressorti quelques 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 :

- ✚ absence de protection constitutionnelle spécifique aux PA
- ✚ PA fréquemment victimes d'escroquerie, de vol, viol voir de meurtre ;

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

- ✚ 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.

2. *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.

Notons 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

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

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 3 fondements majeurs à savoir :

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

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 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.

Dans le cadre de ce PPA., nous avons focalisé notre attention sur les accords-clé suivants ;

1.a) La 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 principaux droits substantiels consacrés par la Déclaration constituent les piliers de l'arsenal juridique international.

1.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 ».

1.b) 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.

1.c) 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.

1.d) 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.

1.e) 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.

1.f) 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 ».

2. Décision 1/CP.16 de Cancun

Cette décision de la Conférence des Parties à la CCNUCC 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 n° 2 : 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	Définition/détermination des peuples autochtones et communautaires
	Reconnaissance des droits fonciers et d'usage des ressources
	Droits à la compensation ou autre mécanisme dans le cas de réinstallation involontaire et/ou déplacement économique
	Droits au partage des bénéfices quand approprié
	Droits à l'auto détermination
	Droit de partager au processus décisionnel sur des questions qui Pourraient les affecter
	Consentement libre, informé et préalable
Participation intégrale et effective des peuples autochtones et des communautés locales	Reconnaissance et protection des connaissances traditionnelles, héritage culturel et propriété intellectuelle des peuples autochtones et communautés locales
	Identification des parties prenantes pertinentes
	Légitimité et responsabilité des représentants des PA
	Mécanismes de facilitation des processus participatifs durant les étapes de conception, implantation et suivi des actions
	Mécanisme fonctionnel de remonter de la prise en charge et de la prise en charge des réclamations
	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
	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 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'étude 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 Etablissement à Utilité Publique 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 contracter , (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. La 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, elle sera chargée de :

- Mettre les ressources nécessaires pour la mise en œuvre des différentes activités prévues dans le CPPA ;
- S'assurer que chaque partie impliquée joue efficacement le rôle qui lui est dévolu pour l'atteinte des objectifs attendus dans le CPPA ;

- Assurer la supervision de la mise en œuvre du CPPA en synergie avec les autres projets qui interviennent dans la même zone ;

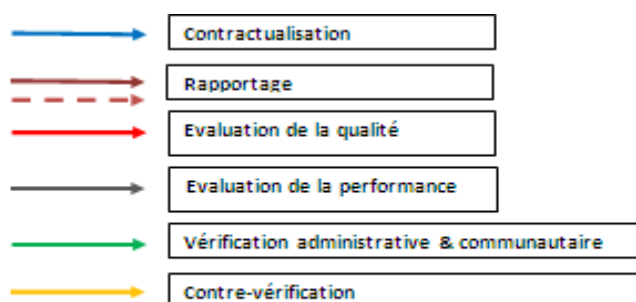
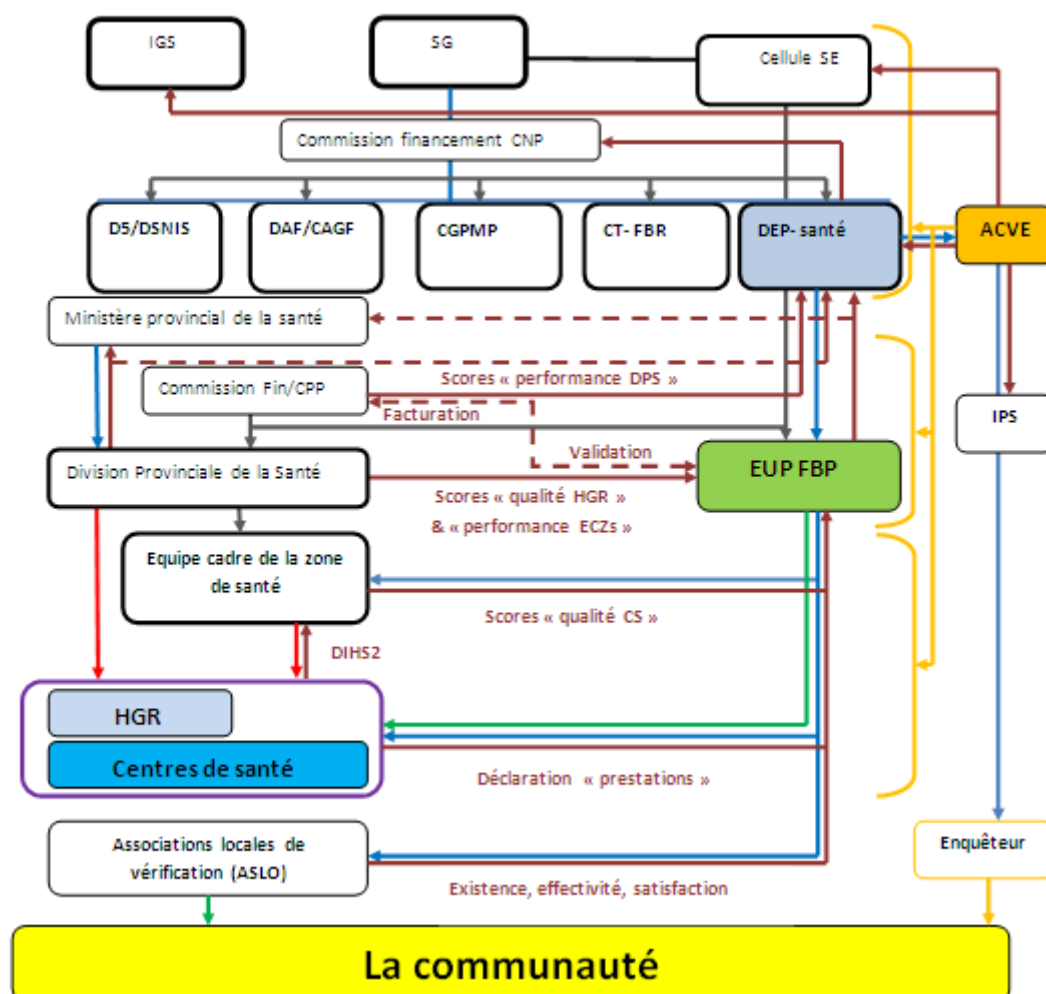
Elaborer les PPA pour chaque zone d'intervention du projet ;

- Assurer la gratuité des soins pour le PA sous forme d'indigents ;

La DPS, les Équipes cadres des zone santé veillerons 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

Figure 2 : Montage institutionnel du PDSS



Chap 5. MODES DE VIE ET ORGANISATION SOCIALE DES P.A.

5.1. Localisation géographique des PA dans la zone du projet

Les PA de la zone du projet se trouvent dans les provinces de : Maindombe, Equateur, Mongala, Tshuapa, Sud Ubangi, Haut Katanga, Haut Lomami, Lualaba, Maniema, Sud Kivu et Nord Kivu en RDC. La figure suivante montre leur localisation.

Légende de localisation des populations autochtones dans les zones du projet : Bikoro et Ingende (Equateur), Inongo et Pendjwa (Maindombe), Monkoto (Tshuapa), Kungu (Sud Ubangi), Kabambare (Maniema), Kirotshe (Nord kivu), Bosondjo (Mongala) et Malemba Nkulu (Haut Lomami).



Figure 3 : Carte de localisation des PA de la zone du projet

5.2. Activités des PA de la zone du projet

Depuis qu'elles sont connues du reste des peuples, les PA vivent de chasse, de pêche, de cueillette et de ramassage. Si ces activités qui leur sont millénaires sont toujours pratiquées, il est très important de relever que les PA se sont ouverts à l'économie globale. Par le biais de la sédentarisation volontaire ou imposée, les PA font déjà de l'agriculture, tant vivrière que commerciale. Elles travaillent également comme main d'œuvre dans les entreprises qui ont des activités dans leurs zones d'habitations (exploitation forestière, plantations, etc.).⁹

La relation que les PA entretiennent avec la forêt est intense et intime. La forêt est leur mamelle nourricière, leur gardienne et leur protectrice, la pourvoyeuse de médicaments (une pharmacie), le lieu par excellence de recueillement, de repos et de réalisation des activités rituelles.¹⁰ Comme l'a relevé Colin Turnbull « si nous quittons la forêt ou la forêt meurt, nous mourons aussi ; car nous sommes les peuples de la forêt ».¹¹ Les PA d'Afrique centrale sont connus comme une des dernières populations du monde à vivre encore essentiellement de la chasse et de la cueillette¹². De nombreuses publications décrivent leur mode de vie particulier.

5.2.1. Cueillette

La cueillette, dans la zone du projet est une activité saisonnière réservée le plus souvent aux femmes et qui demeure très importante pour les populations autochtones de la forêt en général. Les produits de la cueillette sont dans l'ensemble les chenilles, des fruits sucrés et très rafraichissants. Les graines sont recherchées et sont utilisées dans l'alimentation sous forme de grillades et de pâte et emballées dans les feuilles et cuites dans les braises. Les graines peuvent aussi être utilisées pour faire des colliers ou des ceintures. Les autres produits de la cueillette sont les feuilles appelées localement « kongo », le miel, les ignames sauvages, les champignons, etc.

Notons par exemple que pour extraire du miel, le PA se badigeonne d'un produit contre les piqûres des abeilles afin d'éviter systématiquement l'usage du feu qui a des conséquences dévastatrices sur l'écosystème.

5.2.2. Chasse

Chez les PA, la chasse ne se fait guère avec des armes de destruction massive. Il ne s'agit que d'une chasse de subsistance qui permet de conserver la biodiversité et de gérer

⁹ DAMESSE Lucien, Technique et Economie des Pygmées Bambenga, Ed., Ethnologie, 1980, P., 301.

¹⁰ LABURTHER-TOLRA(P.) et WARNIER (J.O) ; Ethnologie- Anthropologie, paris, PUF, 1997,164.

¹¹ Idem.

¹² BALLIF, Noel : les pygmées de la grande forêt, Ed., Paris Harmattan, 1998, P., 240.

durablement les ressources forestières.¹³ Ainsi, ces populations obéissent à un certain nombre de règles conçues pour garantir la pérennité pour plus de productivité de la chasse en faveur des générations futures.

Généralement, la chasse se fait avec arcs, sagaies et filets des céphalophes, potamochères, genettes, damans et autres gibiers. De nos jours, les PA se procurent des fusils leur permettant d'abattre la faune des arbres (oiseaux et singes). Il faut noter que le choix des gibiers à abattre répond à un certain nombre de critères comme l'âge ; le sexe et surtout l'espèce et la taille de l'animal. Ainsi, ils ne chassent ni les jeunes animaux, ni les femelles surtout lorsqu'elles sont gestantes. En effet, ces animaux sont systématiquement relâchés s'ils sont pris dans les pièges.

Des animaux naturellement petits de taille ne constituaient jamais une cible au cours d'une partie de chasse. Mais avec l'exacerbation de la crise qui a augmenté, la compétition avec les chasseurs venus d'autres communautés, l'éloignement des animaux qui ont fui les crépitements des armes de guerre, la destruction méchante de forêt par l'agriculture sur brûlis et les vrombissements des moteurs des sociétés d'exploitation forestière, ces animaux ne sont plus épargnés par manque des gibiers.

Quelques techniques de la chasse pratiquée par les PA sont : la chasse aux filets, la chasse aux sagaies, la chasse à l'arbalète, la chasse au fusil, chasse aux pièges à partir des fils métalliques. Chaque type d'activité a des particularités :

- La chasse aux filets est organisée généralement en groupe mixte où hommes, femmes, enfants d'un ou plusieurs campements y participent ; et cela concerne des espèces d'animaux diverses (petits et grands céphalophes, antilopes, phacochères et autres) ;
- La chasse aux sagaies est une activité réservée uniquement aux hommes et surtout des hommes valides. Elle concerne des gibiers tels que les phacochères ;
- La chasse à l'arbalète quant à elle concerne des petits ou grands singes, des oiseaux divers et panthères qu'on tue à l'aide de flèches souvent empoisonnées. Elle est réservée de façon individuelle aux hommes ;
Il existe une autre technique qui consiste en l'enfumage des terriers (de rats palmistes, de porc-épic, etc.) et est réservée aux enfants, femmes et personnes plus ou moins âgées

Il n'est pas rare de trouver un pendentif d'ossements de gorille tenu par une lamelle de peau d'animal autour du cou d'un enfant PA. Le but étant de permettre à l'enfant en question d'avoir des os durs comme celui de l'animal en question. Ces derniers utilisent

¹³Schebesta, P., les pygmées du Congo belge, Editions du soleil levant, Namur, 1958, P., 42.

aussi souvent des poils de certains animaux (genette servaline, *Genettaservalina*) qu'ils posent soigneusement sur des brûlures pour les guérir. Les poils adhèrent à la peau pour reconstituer l'épiderme sans laisser de cicatrices.¹⁴ Lors de la commémoration de la prise du léopard, du lion, du crocodile ou de l'éléphant, on fête l'heureux héros en le couvrant de la peau de l'animal abattue ou en lui remettant l'ivoire de l'éléphant capturé. Il est félicité et béni par le chef et les nobles.¹⁵

5.2.3. Pêche

Même si elle constitue une importante activité traditionnelle pour les populations autochtones, elle est aujourd'hui, d'après la majorité de nos enquêtés, toutes régions confondues, une activité pratiquée dans un moindre degré que la chasse et la cueillette. Notons que la pêche à la ligne est réservée aux hommes et celle à la nasse aux femmes.¹⁶

5.2.4. Agriculture

L'agriculture apparaît comme une nouvelle activité économique pour les communautés. Aujourd'hui, les populations autochtones visitées sont devenues semi-sédentaires et pratiquent l'agriculture itinérante sur brûlis consistant à défricher la forêt, à ramasser et brûler la biomasse en vue de planter. L'utilisation traditionnelle des ressources naturelles étant aujourd'hui menacée par la déforestation ou l'exploitation industrielle du bois qui rend la forêt pauvre, les populations autochtones se tournent de plus en plus vers l'agriculture.¹⁷ En effet, les cultures de manioc, d'arachide, de maïs, d'igname, de la banane plantain, du taro et des arbres fruitiers deviennent des activités de ces populations. Au demeurant, cette activité agricole, même si elle est plus l'affaire d'hommes tend à impliquer toute la population pygmée, la crise alimentaire aidant. Il reste que, même si les PA sont obligés de s'intéresser à l'activité agricole, leur rendement reste encore faible du fait de la non maîtrise des pratiques culturelles agricoles. Ce qu'il faut retenir, c'est que la déforestation et la sédentarisation ont changé les besoins des PA. Ceci a eu un impact sur les moyens de survie, car la concurrence sur le marché fait que les produits de chasse ou de cueillette ne nourrissent plus convenablement leurs familles. Ces dernières vivent une situation de pauvreté monétaire. Les produits forestiers non ligneux, qui constituaient jadis les principales sources de revenus des PA deviennent de plus en plus rares. Les conditions d'obtention sont tellement difficiles que les pygmées sont obligés de sortir de la

¹⁴ Ossanga, O., Ch., Pygmées Bedjang : chasseurs, collecteurs ou agriculteurs ? mémoire de maîtrise en anthropologie, université de Yaoundé 1, Octobre 2012.

¹⁵ Idem.

¹⁶ BAHUCHET, S., Les Pygmées changent leur mode de vie, in Vivant Univers, N° 396, novembre – décembre 1991.

¹⁷ Idem

forêt et de travailler comme main d'œuvre dans les plantations des Bantou où ils sont souvent mal rémunérés.

5.2.5. Médecine traditionnelle.

Il sied de noter que la pharmacopée est l'ensemble des pratiques de santé propres à une communauté et dont les savoirs se transmettent de génération en génération. Par le fait que ces pratiques restent marginales par rapport aux méthodes actuelles de soins, on l'appelle parfois **médecine traditionnelle** ou aussi **ethnomédecine** parce que liées à des groupes résiduels pouvant être cantonnés à des ethnies.¹⁸

« ...il ne faut pas oublier le rôle capital des petites bandes PA. Ceux – ci sont très réputés parmi les Bantou soit pour leur sorcier, soit pour leur guérisseur. Souvent, les malades sont transportés dans les campements PA pour s'y faire soigner. C'est également chez eux que les Bantou font parfois l'apprentissage de la médecine. Un grand guérisseur du centre de Dongo en rapport constant avec une famille de PA, et nous avons vu certains des membres de cette famille participer très activement aux séances thérapeutiques organisées chez lui... »

Cette citation de Mallard est rendue contextuelle chez les PA de l'aire d'intervention du présent projet. Ces derniers pratiquent une « Médecine » axée sur leurs traditions dont la qualité et l'efficacité sont reconnues par les peuples de souches bantoue et soudanaise qui partagent le même espace vital avec eux. Les maladies généralement traitées avec beaucoup de dextérité sont : (i) la lombalgie, (ii) les hémorroïdes de toutes natures, (iii) les maladies de rate, (iv) plusieurs sortes des blessures, (v) la malaria, (vi) les morsures de serpent, (vii) la faiblesse sexuelle, et (viii) certains types de fractures.

A partir des éléments, les PA obtiennent des décoctions, des tisanes, des macérations, des cornets, de la poudre pour scarification, des onctions, des injections par voie nasale, des pâtes, des potions et poudres sont préparées à base des feuilles, d'écorces, des racines, de sève et des restes d'animaux. Les PA comme le reste des groupes, sont d'excellents chasseurs. S'il est très évident que les produits de cette activité sont à la base de leur alimentation, il est aussi important de savoir que le règne animal contribue de façon notable, à la fabrication des produits pour les soins quotidiens. Les PA tout comme certains groupes, utilisent aussi souvent des dents séchées de vipère qu'ils appliquent comme des épines sur des articulations atteintes de rhumatisme. Ces applications réduisent l'intensité des douleurs ou et peuvent guérir complètement a déclaré un guérisseur. Les coquilles d'escargot dures sont aussi utilisées notamment pour soigner les enfants atteints

¹⁸ MALLART GUIMERA, L. ; Médecine et pharmacopée Evuzok, Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative, Nanterre, 1977, page 22

d'oreillon. Les mandibules sont massées par le côté pointilleux de cette coquille pour faire baisser le gonflement des joues qu'occasionne cette affection. Les techniques utilisées pour la transformation et la conservation de ces produits sont élémentaires et la stérilisation encore mal connue par les principaux acteurs. A part quelques exceptions, les arbres et animaux dont les attributs sont utilisés pour la préparation de ces produits ne sont encore mieux connus que des PA.

Il va sans dire que la pharmacopée se trouve dans une situation très délicate face au mode d'exploitation anarchique de l'écosystème forestier dans la zone d'intervention du projet. Il n'y a pas qu'un mode de soins qui soit en péril, c'est aussi un mode de vie et tout ce qui est lié autour. Il est urgent de mettre en place, ou encore d'appliquer ce qui existe déjà comme mesures pour éviter ce qui pourrait être vécu comme un ethnocide si jamais ces populations perdent cette méthode de soins qui fait partie de leur culture. En dépit de l'efficacité de cette médecine, son champ d'action reste cependant très réduit. D'autres maladies à plus fortes incidence dans la communauté PA, ne trouvent ni traitement efficace, ni posologie appropriée. C'est notamment le cas de la diarrhée (considérée comme maladie fatale chez les PA), les maladies respiratoires, la kwashiorkor,

la hernie, le puant, la mycose, le paludisme et les maladies vénériennes et sexuellement transmissibles comme le SIDA¹⁹.

Les conditions socio-économiques et l'incidence de la pauvreté n'expliquent pas tout quant aux inégalités de santé et l'allocation des ressources. Le contexte ethnique joue également un rôle habituellement peu visible. Il est certain que la discrimination en matière de droit civil, politique et judiciaire soit aussi importante que les inégalités économiques, mais l'état sanitaire déplorable des PA est aussi la conséquence logique de leur localisation dans la forêt profonde, aussi que de fréquent déplacements et peut être des plans sanitaires qui ne tiennent pas compte de leur particularité culturelle. A part le groupe des PA impliqués dans le processus de sédentarisation, le reste composé de la majorité est encore inaccessible.

5.3. Culture, traditions et croyances

Les PA ont leurs propres cultures, traditions et croyances. Chaque élément de la nature a une signification spécifique. Cependant avec l'arrivée de la religion, par exemple, et le contact avec les bantous, ils sont menacés de perdre certains rites. En plus, les personnes âgées détentrices de ces connaissances ne les transmettent pas ou rarement aux générations présentes lors des initiations.

¹⁹ CORNET, J., Pygmées du Zaïre, in Etudes scientifiques, mars 1989.

La plupart des autochtones affirment être des chrétiens, ils ne pratiquent plus leurs rites et rituels parce que les tenants de cette tradition ne sont plus en vie. L'héritage n'ayant pas été transmis systématiquement, il n'y a donc plus d'initiation. Ils perdent de plus en plus les notions de base de la médecine traditionnelle à laquelle ils ont recours pour pallier aux difficultés d'accès aux soins de santé modernes. Signalons qu'il n'est pas rare de voir les autochtones se concerter pour s'interdire de divulguer certaines informations relatives à leurs rituels. L'expérience a démontré qu'ils sont très discrets à ce sujet. Ils ne sont pas prêts à en discuter ouvertement avec des étrangers sans une réelle mise en confiance. Cela se justifie par la crainte qu'ils ont de se voir voler leurs connaissances mystiques.

5.4. Organisation sociopolitique²⁰

Les autochtones vivent dans des campements autour desquels ils se réunissent selon des critères familiaux fondés sur les liens claniques. Le plus âgé du clan est d'office le chef, selon la coutume. Le chef du clan n'a pas le pouvoir de dicter sa volonté auprès de la communauté. Le chef ne fait que transmettre son opinion pour la résolution des conflits. Les membres de la communauté sont libres d'observer ou de ne pas observer ces propositions de solution. De même, les conflits entre les membres de divers clans se règlent par l'entremise des chefs des clans concernés, toujours de façon consensuelle. En cas d'insatisfaction de l'une des parties, le conflit peut être soumis à l'arbitrage des chefs Bantou ou porté devant le commissariat de police.

Les autochtones disposent de peu de moyens ou d'informations nécessaires pour faire prévaloir leurs droits devant les tribunaux. Même si l'on retrouve un certain niveau d'organisation parmi les peuples autochtones du Congo, ce n'est pas encore suffisant pour faire changer le contexte d'exploitation et de discrimination dans lequel ils vivent. Il y a lieu de prôner le renforcement des capacités et des échanges avec d'autres organisations de peuples autochtones dans la région et ailleurs. Ceci les aidera à s'organiser politiquement afin de faire entendre leurs voix dans l'arène politique, car leur capacité de résistance contre les injustices qu'ils subissent, y compris l'esclavage, les pratiques analogues à l'esclavage, le travail forcé ou encore le travail pour dette, dépend d'une large mesure de leur pouvoir politique et de leur organisation en tant que communauté distincte

5.5. Le nomadisme

Les PA sont nomades. Ce qui explique pourquoi ils ne construisent pas des cases, n'accumulent ni biens fonciers, ni biens matériels ; car ils sont toujours prêts à quitter leur campement pour en construire un autre quitte à rejoindre le premier un jour. NOEL BALLIF, 1992 in ITOUA YOYO AMBIANZI, 2008 a vécu cette réalité. Il rapporte dans son livre qu'au lendemain de son arrivée dans un campement de pygmée, juste une nuit, « *le campement se vide. Au signal de moukounzi [le chef] c'est le départ. Le campement est abandonné* ». Le choix de l'endroit de l'implantation du campement n'est pas fait au hasard. Celui-ci est « *soigneusement choisi en fonction du relief, il ne se situe jamais dans*

²⁰ Référence personnelle de l'auteur

un creux ou sur une pente à cause de la pluie. Il est souvent à proximité d'une source ou d'un ruisseau qui coule ici à une centaine de mètres » (Noël Ballif 1992, in ITOUA YOYO AMBIANZI, 2008).

Les raisons de ce nomadisme sont nombreuses et complexes. Elles sont liées à leur mode de vie millénaire. Certains auteurs expliquent cette mobilité par, d'une part la recherche du gibier, et d'autre part la stratégie qui consiste à laisser en jachère certaines parties de la forêt pour y revenir un jour. Lucien Demesse SELAF- Paris, 1978 in ITOUA YOYO AMBIANZI, 2008, les évoque: *« la nécessité de chasser, de déterrer les tubercules, de ramasser des fruits, des champignons, des larves, des mollusques, de récolter le miel etc. pour acquérir la nourriture, impose un nomadisme permanent : à poursuivre chaque jour les animaux autour d'un point donné, on épuise assez rapidement le cheptel sauvage de l'endroit, et traquées, troublées dans leur retraite, les bêtes qui ont échappé aux chasseurs s'enfuient au loin, à prélever quotidiennement les produits végétaux et à vider les ruches, on épuise pour un temps les ressources naturelles des environs »*. BAUMANN, 1977 abonde dans le même sens : *« Quand tout ce qui pouvait être mangé a été consommé aux environs du camp, ils doivent abandonner la place. Le groupe émigre alors vers un autre endroit pourvu de forêts, mais il se meut toujours à l'intérieur de certaines frontières. Les frontières sont connues de tous et sont sévèrement respectées »* (cf. ouvrage soviétique cité par BAUMANN in ITOUA YOYO AMBIANZI, 2008).

5.6. Relation avec d'autres communautés²¹

Les rapports entre les bantous et les pygmées sont fondés sur des préjugés. Ils fonctionnent sur le registre du non-respect des droits humains. LUCIEN DEMESSE SELAF- Paris, 1978 in ITOUA YOYO AMBIANZI, 2008 les décrit : *« aujourd'hui les noirs [bantous] maintiennent les babingas dans une situation de dépendance étroite et très contraignante et exigent d'eux des prestations en travail dont le volume augmente sans cesse ; si bien que le dispositif technico-économique et l'organisation sociale des babingas s'en trouvent radicalement bouleversés et que ces pygmées traversent une crise extrêmement grave »*. Cette domination exercée sur les bantous s'étend jusqu'à l'usurpation des droits des pygmées sur leurs descendants. Ceux-ci restent assujettis au maître bantou durant toute leur existence. Ce dernier va jusqu'à marier les filles du pygmée. Le pygmée est corvéable à merci. Il travaille pour le chef bantou : divers travaux champêtres, fourniture de viande, de poisson, etc. En échange de ces services rendus on lui donne des vêtements usagés. PETER BAUMANN, 1977 in ITOUA YOYO AMBIANZI, 2008 illustre cette exploitation de l'autochtone par le Bantou en rapportant l'exemple du traitement humiliant réservé au Bochiman après un service rendu : *« le convoi de vingt-cinq à quarante jours rapportait aux Bochimans au moins une chemise, un pantalon, une couverture de laine bon marché et deux rands en liquide...Pour la plupart c'était le seul revenu de l'année »*.

²¹ITOUA YOYO AMBIANZI, 2008, Projet d'appui A L'éducation de base (PRAEBASE)Brazzaville, Stratégie nationale d'éducation des populations autochtones du Congo (SNEPAC),

Bref, les Bantous tiennent les pygmées dans un état de quasi esclavage qui va de la réquisition gratuite des services à la réquisition des biens. Ainsi les Bantous s'enrichissent sur leur dos. Jean Poirier, dans la préface du livre de Noël Ballif, 1992 décrit cette situation frustrante : *« les pygmées sont fragilisés dans leur existence physique et culturelle. Plusieurs dangers les menacent dont la source est la même : une aliénation née des pressions des nouveaux pouvoirs et de nouvelles dominations, pouvoirs des autorités politiques et administratives, domination informelle mais réelle des populations noires. Cela dans le contexte de la disparition rapide de leur cadre de vie traditionnel »*. Dans ces conditions, les rapports entre les bantous et les pygmées ne peuvent être que difficiles car placés sous le règne de la domination des uns par les autres. Ainsi l'enfant pygmée est né dans un monde inégal. Il vit dans sa chair, autour de lui, une discrimination qui le prive de l'essentiel de ses droits. Le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) 2008 du Congo a analysé également les rapports pygmées- Bantous : *« les groupes minoritaires sont constitués des sociétés anciennes (pygmées), des albinos... victimes de stigmatisation, d'exclusion et de marginalisation sociales. La cohabitation difficile entre les bantous et les « pygmées » dans la plupart des départements, explique la séparation des habitations...L'ouverture sociale, particulièrement celle des sociétés anciennes vivant à côté des bantous est timide. Elle est entravée par des préjugés, des attitudes et comportements de rejet »*. Les relations avec d'autres communautés, notamment les bantous, sont fondées sur la discrimination et l'exploitation, une relation de ceux qui dominent et de ceux qui sont dominés. Cette relation remonte des antécédents historiques et ethniques, la domination des ethnies bantoues sur l'ethnie autochtone, au point que partout où ils sont installés, les bantous sont les maîtres, les chefs, les supérieurs. De ce fait, la domination des bantous persiste car ces derniers se disent encore propriétaires (maîtres) des peuples autochtones. Selon un interlocuteur autochtone, les bantous ne partagent jamais notre nourriture car ils disent que nous sommes sales mais ils couchent avec nos femmes. Cependant ils le font en cachette car ils sont honteux. Un homme autochtone ne doit jamais s'approcher d'une femme bantoue, car il risque sa vie²².

5.7. Participation à la prise de décision

Les autochtones de la RDC participent peu ou pas à la prise de décisions les concernant. Ainsi, il y a une perception que ce sont les bantous qui initient tous les débats réalisés en leur faveur et proposent des mentions dans différents textes, afin qu'on les prenne en compte également (conventions internationales et textes nationaux). Cependant, il faut noter la participation active des membres de la communauté autochtone dans les élections de 2011 sans avoir un candidat issu de leur clan (autochtone). Le chef de campement siège avec les autres chefs de village bantous aux réunions de village. Malheureusement, souvent exclu de ces réunions par les bantous, qui les font jouer un rôle de figurant. Même les rares fois où ils sont conviés, on ne demande pas leurs avis. Les chefs de blocs

²²Interview de Monsieur Toutou Ngamiye, Jean Denis, président de l'association pour la Promotion socioculturelle des Pygmées du Congo (APSPC).

bantous se contentent de l'informer des décisions qui sont prises afin qu'il en facilite l'application au sein de sa communauté.

Il est aussi intéressant de noter que les autochtones sont fortement sollicités lors des échéances électorales. Malheureusement, certains d'entre eux ont l'impression d'être utilisés puis négligés lors de ce processus. Leurs votes sont dirigés, guidés par les bantous qui les corrompent par des présents.

5.8. Analyse de l'impact des conflits armés de l'Est sur les PA

La situation des PA habitant à l'Est du pays est très préoccupante, la pauvreté et les conflits armés rendent leur survie très difficile.

5.9. La politique 4.10 sur les populations autochtones

La politique 4.10 contribue à la mission de réduction de la pauvreté et de promotion d'un développement durable poursuivie par la Banque tout en garantissant un processus de développement respectant pleinement la dignité, les droits de la personne, les systèmes économiques et les cultures des Populations autochtones. Chaque fois que la Banque est sollicitée pour financer un projet affectant directement des populations autochtones, elle exige de l'emprunteur qu'il s'engage à procéder, au préalable, à une consultation libre et fondée sur une communication des informations aux populations concernées. Le financement de la Banque ne sera accordé que, si lors de la consultation libre et fondée sur la communication des informations nécessaires à se faire une opinion, le projet obtient un soutien massif dans la communauté respective de la part des populations autochtones. De tels projets financés par la Banque prévoient des mesures destinées :

a) à éviter des répercussions négatives potentielles sur les communautés des populations autochtones ; ou

b) si cela n'est pas possible, à atténuer, minimiser ou compenser ces répercussions. Les projets financés par la Banque 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.

La Banque 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 marqués 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,

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 Politique pour les Peuples Autochtones de développement durable et que leurs droits sont alors de plus en plus pris en compte dans la législation nationale et internationale.

L'application de la loi dans le cadre du PDSS serait l'outil opportun qui permettra de satisfaire les exigences de la politique 4.10.

Chap. 6. ÉVALUATION DES IMPACTS DU PROJET ET IDENTIFICATION DES RISQUES.

Le présent chapitre présente les impacts positifs et négatifs que le PDSS peut avoir sur les populations autochtones et leur environnement.

6.1. Les Impacts positifs du projet.

. Les principaux bénéfices socioéconomiques 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 ;
- Accroissement de la sécurité nationale (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 ;
- Génération accrue des revenus dans les provinces desservies par le projet (nouvelles opportunités d'affaires ; coûts de transactions plus bas ; etc.) ;
- Développement économique et maîtrise stratégique d'un 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 ;
- Développement de services adaptés aux besoins divers des PA (éducation, culture, santé, loisirs, commerce, etc.) qui nécessitent désormais la performance de l'état sanitaire des intervenants ;
- Diminution des coûts de soins de santé et accès pour tous aux soins de bonne qualité ;
- Eradication des certaines maladies ;
- Simplification des démarches administratives pour les populations et les renforcements de gestions des services de santé ;
- Acquisition des appuis matériels médicaux important pour des zones de santé.

6.2. Les impacts négatifs

Le PDSS aura peu d'actions néfastes sur le terrain et ne pourra pas à cet égard engendrer des répercussions négatives au sein des populations autochtones. Toutefois, un risque est important si les porteurs du Projet de Développement du Système de Santé (PDSS) ne connaissent pas les droits légitimes de peuples autochtones, leur culture et mode de vie

Un certain nombre de mesures doivent être prises pour que le droit soit compris de tous et que dans les années à venir les peuples autochtones scolarisés soient formés et recrutés comme tout autre personne au sein de la fonction publique notamment les services de la santé, mais également servir comme des relais communautaires pour mobiliser leurs pairs à collaborer et à bénéficier des services médicaux mobiles mis à leur disposition par le Gouvernement. Les actions menées aujourd'hui devraient permettre que demain les leaders des organisations des peuples autochtones siègent systématiquement dans des instances de coordination et autres, conseils nationaux et provinciaux du projet.

Le PDSS en accord avec les normes définies par les documents du projet et la politique de sauvegarde de la Banque Mondiale, devra soutenir le respect de la dignité, des droits humains ainsi que de l'unité culturelle des peuples autochtones.

Il protégera les peuples autochtones contre la discrimination et la stigmatisation dont ils sont l'objet et peuvent bénéficier des droits sociaux, économiques et culturels que ceux proposés aux autres bénéficiaires.

Dans chaque composante du PDSS, les risques sont examinés et les mesures nécessaires d'atténuation sont identifiées.

Le concept CLIP (Consentement 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.

Le CPPA recommande que les représentants de peuples autochtones soient consultés par l'unité de coordination de projet qui doit vérifier et garantir la prise en compte des intérêts des peuples autochtones, la protection et la valorisation de leur pharmacopée comme condition à la validation des étapes du projet. A cet effet, un comité consultatif sur les peuples autochtones devra être inséré dans l'organigramme de l'unité de gestion du projet.

6.3. Amélioration de l'utilisation et qualité des soins des services de base

Objectifs envisagés

Renforcer les partenariats publics et privés dans le secteur de la santé et mettre en place des mesures de régulation afin d'adjuger les contrats des prestataires des soins de santé aux privés, licenciés ou certifiés par le gouvernement.

Pour ce faire, les activités ci-dessous sont proposées :

- ✓ Intervenir pour améliorer les services de santé préventive au niveau des centres de santé de base et hôpitaux de districts ;
- ✓ Rendre disponibles les médicaments ;
- ✓ Renforcer les capacités des ressources humaines, etc.

Le tableau suivant récapitule les différentes activités, les résultats attendus et les risques.

Tableau 3 : Activités, résultats attendus et risques

N°	Activités	Résultat attendus	Risque
01.	Intervenir pour améliorer les services de santé préventive au niveau des centres de santé de base et hôpitaux de districts ;	- Les services préventifs sont bien organisés dans les centres de santé à tous les niveaux. - Les PA bénéficient de services dans leur campement - Les PA sont formés comme des pères éducateurs et font des sensibilisations des maladies dans leurs campements - Des latrines publiques sont construites dans le campement des PA - Les sources d'eau sont aménagées ; - Gestion des immondices - Les mesures d'hygiène sont renforcées dans les campements des PA.	1. Non prise en compte des considérations et propositions des peuples autochtones dans les installations des services de prévention. 2. Eloignement des services de prévention au campement des PA 3. Formation de pairs éducateur d'autres groupes ethniques pour travailler avec les PA sans leur consentement 4. Faible connaissance de mode de vie des PA
02.	La disponibilité de médicaments	Présence suffisante des stocks de médicaments essentiels dans les services de santé à tout le niveau	- Rupture des médicaments essentiels dans les services de santé à tous les niveaux. - Non-participation des PA dans les comités locaux de gestion des médicaments.
03	Renforcement des capacités des ressources humaines.	Les capacités des acteurs PA impliqués dans le projet sont renforcées	- Faible participation des leaders des PA dans les séances de renforcement de capacités qui seront organisés. - L'utilisation de module des formations non adapté aux langages et mode de vie des PA

Mesure d'atténuation de la composante

Tableau 4 : impacts négatifs et mesure d'atténuation

Activités du projet	Impacts négatif sur les peuples autochtones	Mesures d'atténuation
• la disponibilité de médicaments • Présence de la main d'œuvre temporaire • Renforcement des capacités des ressources humaines	➤ Oublie totale des pharmacopées et de la médecine des PA ➤ Non considération des PA et la discrimination ➤ Faible taux des PA inscrit dans les campements	• Vulgarisation de culture et pharmacopée des PA ; • Assister les peuples autochtones dans l'établissement des organisations indépendantes à différents niveaux afin de pouvoir mieux coordonner, communiquer et faciliter leur intégration dans les activités

Prendre en compte les propositions et les considérations des PA dans l'installation des services et des séances sensibilisation pour la prévention des maladies ;

- Mettre en place des services mobiles pour suivre les PA dans leurs campements
- Former des pairs éducateurs (relais communautaires) PA pour assurer la sensibilisation dans leurs campements ;
- Connaissance suffisant de mode de vie de PA avant de faire toute action a leur faveur.
- Assurer le renouvellement de stock et éviter la rupture des médicaments.
- Traduction des modules de formation en langue locale facile aux PA
- La sensibilisation en faveur des PA doit se faire par les PA pour les PA.

Mesures d'optimisation

- Tableau 5 impacts positifs et mesure d'optimisation

Activités du projet	Impacts positif sur les peuples autochtones	Mesures d'optimisation

• la disponibilité de médicaments • Présence de la main d'œuvre temporaire • Renforcement des capacités des ressources humaines.	➤ Baisse de taux de mortalité et morbidités chez les PA. ➤ La valorisation de savoir des PA et leur pharmacopée.	• implication des PA dans les comités de -gestion des médicaments et comité de santé • formations et renforcement des capacités des relais communautaires PA
--	---	---

6.4. *Appui à la gestion et au financement du système de santé.*

Objectif :

Renforcer la politique et la pratique du financement de la santé en République Démocratique du Congo afin d'améliorer l'équité et l'efficacité du financement du système et de gestion de service de la santé.

Cette composante comprendrait des activités de :

- ✓ Renforcement des capacités de gestion à tous les niveaux du secteur de santé,
- ✓ Assistance technique sur les questions des ressources humaines,
- ✓ Amélioration du suivi et d'évaluation,

Cette composante n'est pas des effets sur les PA, d'où aucune mesure d'atténuation ne sera développée.

Chapitre 7. LA CONSULTATION

L'objectif : savoir les attentes et les besoins de la population autochtone des provinces cibles par rapport au projet PDSS.

7.1. Consultation locale.

Le tableau suivant présente des consultations effectuées dans les sites du projet

Tableau 6 : consultations

N°		Hommes	Femmes	Total
Province de Mongala				
01.	LISALA	18	08	26
Province de l'Equateur				
01.	MBANDAKA	22	06	28
02.	BIKORO	30	15	45
Province de Maindombe				
01.	INONGO	17	22	39
02.	BANDUNDU	14	08	22
Province de Maniema				
01.	KINDU	19	05	24
Province du Nord Kivu				
01	KIROTCHE			
Province de Kinshasa				
01	KINSHASA	16	03	19

La méthodologie utilisée dans le cadre de cette consultation a été basée sur une approche participative, avec des rencontres individuelles et des focus group avec les PA dans leur campement. D'autres groupes ethniques autres que les PA ont été aussi consultés avec l'ensemble des acteurs et partenaires concernés par le Projet, notamment : le Ministère de la Santé, le Ministère en charge des Affaires sociales, le Ministère chargé de l'Environnement, le Ministère chargé de l'Urbanisme, de l'Habitat et l'Aménagement du Territoire, les universités, les instituts supérieurs des techniques médicales, et l'unité de coordination du PDSS mais aussi les Collectivités locales dans la zones du projet; les organisations impliquées dans les questions d'impact social et environnemental. On note que dans les zones de santé appuyées dans la ville de Kinshasa, il n'y a pas des PAs.

Les préoccupations soulevées par les participants, les PVs et les listes de présence se trouvent en annexe de ce document. Les parties prenantes sont favorables au projet et attendent le début du projet mais ils ont exprimé aussi leurs craintes qui méritent d'être prises en compte pour corriger les erreurs du PARSS et améliorer le service.

7.1.1. Quelque considération des PA par rapport au Projet.

Les dispensaires et les hôpitaux sont éloignés des campements de PA. Les malades PA dans les campements ne sont pas en mesure de payer les médicaments car leurs revenus sont très bas.

La gratuité des soins de santé demeure un discours vain car dans les faits, il faut payer les médicaments.

Pour se rendre à l'hôpital, il faut trouver un moyen de transport, il faut bien se vêtir, il faut avoir de la nourriture et bien sûr laisser quelque chose à la famille qui reste au campement.

Pour toutes ces raisons, il est difficile pour les populations autochtones d'amener un malade à l'hôpital et y rester plusieurs jours. C'est pourquoi, dès qu'un PA tombe malade, la communauté recourt d'abord à la médecine traditionnelle.

La mauvaise répartition des structures de santé influe sur l'accessibilité des populations autochtones aux soins de santé. La majorité des personnes interrogées ignore qu'il existe des séances d'éducation sanitaire dans les centres de santé. Ceci est dû au fait que les relais communautaires qui exercent cette activité travaillent bénévolement et que les visites à domicile chez les PA sont rares. Par conséquent, les relais communautaires n'ont pas la capacité de convaincre les PA sur l'utilisation des services de santé.

La consultation a révélé en outre que là où les populations autochtones sont encore nomades, l'accessibilité aux services de santé est encore plus difficile. Selon les personnes enquêtées, il y a encore un bon nombre de populations autochtones qui préfèrent vivre dans leur état traditionnel. C'est ainsi que certains PA qui étaient même sédentarisés, « fuient dans la forêt à cause des travaux durs que les Bantou leur demandent de faire ». Il n'est pas facile de les atteindre dans ces campements éloignés. Il faut que l'état fournisse des efforts pour déloger les PA dans la forêt.

Mais le grand problème qui mine les communautés autochtones, c'est la pauvreté. En effet les PA ont du mal à fréquenter les centres de santé par manque d'argent.

Cette situation fait que plusieurs malades PA, ne disposant pas de moyens financiers pour l'achat des médicaments ou pour une évacuation vers le Centre de santé, sont souvent contraints de recourir aux traitements de la médecine traditionnelle à base de plantes et de rituel pour soulager leurs maux.

Tous ces facteurs favorisent le non accès aux services de santé et accentuent la vulnérabilité des PA. « Les populations autochtones n'ont pas tous accès aux soins de santé, à cause de la distance qu'il y a entre les centres de santé et leurs campements. Ils vont à l'hôpital lorsque la maladie devient grave ».

Les populations autochtones partagent le même avis et disent que si elles ne fréquentent pas les formations sanitaires en cas de maladies, c'est à cause de leur très bas niveau de pouvoir d'achat, de l'éloignement des dites structures et du mauvais accueil dont elles sont victimes de la part des agents de santé.

Comme on le voit, l'accessibilité géographique et financière limitent l'utilisation optimale des formations sanitaires en faveur des PA.

7.1.2. Les rapports entre les prestataires des soins de santé et les PA

S'agissant des rapports entre les prestataires de soins de santé et les populations autochtones, les personnes interrogées ont émis diverses opinions. Certains répondants ont fait remarquer que les rapports sont bons. Ils se traduisent par l'effort que le personnel de santé et d'autres volontaires font pour distribuer les moustiquaires imprégnées, vacciner les enfants des PA et les traiter dans leurs campements, malgré leur réticence. Il y a aussi certains volontaires qui se sont spécialisés dans le traitement gratuit du pian, maladie qui frappe plus les PA. Il faut ajouter à cela les visites régulières à domicile dans certains campements par entremise des agents de santé communautaire formés. Ceci a permis d'améliorer tant soit peu l'utilisation des services tant curatifs que préventifs pour la survie des enfants de moins de 5 ans.

Il y a des matrones accoucheuses P.A qu'on forme dans des CS et qui sont impliquées dans la prestation des soins de santé, concernant les accouchements des P.A. D'autres répondants ont déclaré que les relations des PA avec les prestataires des soins ne sont pas au beau fixe car les PA ne trouvent pas un bon accueil auprès des prestataires des services de santé dans leur communauté. Les autoritaires sanitaires, viennent ici pour chercher leur argent. Il n'y a pas de gratuité des médicaments, on vient traiter ceux qui ont des moyens.

Ceux qui se rendent à l'hôpital ne sont souvent pas bien reçus car n'ayant pas l'argent nécessaire pour payer, ils subissent une forte discrimination de la part du personnel médical. Certains agents ou personnels soignants les prennent pour des personnes sales et n'aiment pas les toucher. Au lieu de soigner gratuitement les populations autochtones qui ne vivent que de la chasse et de la cueillette, on leur délivre plutôt des ordonnances alors que leur pouvoir d'achat ne leur permet pas de payer des médicaments dans les pharmacies. Leurs enfants et leurs bébés meurent souvent en bas âge faute de soins. Les personnes ressources interrogées estiment que cette façon de travailler et de traiter les PA ne permet pas d'aider les populations autochtones à améliorer leur état de santé.

Le malade PA peut rester pendant plusieurs heures sans être reçu. Il peut même être refusé ou chassé lorsque l'argent tarde à être payé, peu importe l'état de santé de la personne malade. « Les PA pensent que la monétisation des services de santé constitue une barrière importante dans l'accès aux soins, c'est pourquoi elles demandent que les services gouvernementaux prennent des mesures correctives afin de rompre avec ce genre de pratique.

7.1.3. L'engagement des leaders communautaires dans la promotion et l'utilisation des services de santé par les PA

Concernant le rôle des leaders communautaires dans l'utilisation des services de santé par les PA, les personnes interrogées ont relevé des opinions diverses. Pour les chefs de district sanitaire, ceux-ci ont déclaré qu'ils sont les premiers responsables de la santé de la population et font le pont entre la population autochtone et le gouvernement en matière de santé. Dans leurs attributions, ils forment les relais communautaires en matière de vulgarisation et de sensibilisation, ils mettent à la disposition le matériel médical pour le personnel soignant et des médicaments pour les CS. Ils font des supervisions et élaborent des rapports qu'ils soumettent à la hiérarchie pour la bonne marche des activités. Pour les chefs de CS, ceux-ci ont affirmé qu'ils jouent un rôle important dans la prestation des soins de santé des PA qui sont dans la plupart des cas gratuits. Ils envoient des bénévoles dans les campements pour suivre les PA qui coupent la cure ou qui fuient carrément le traitement. Ils vaccinent gratuitement les enfants et font aussi les consultations médicales gratuites.

Pour les responsables des ONG interrogés, tous ont déclaré que leur participation consiste souvent à la sensibilisation des PA sur l'accès aux soins de santé qui sont gratuits pour eux. En dehors de la sensibilisation, certaines ONG assistent les PA dans leurs campements avec la distribution de la nourriture et d'autres biens de première nécessité.

Pour les leaders communautaires interrogés, tous ont déclaré qu'ils sensibilisent la population sur les problèmes de santé et demandent à la population de se faire soigner à l'hôpital. Cependant, ils ont relevé le fait que la communauté autochtone n'est pas en mesure de soutenir les efforts des bénévoles.

Pour les tradipraticiens interrogés, tous ont reconnu qu'ils prennent en charge plusieurs pathologies auxquelles les PA sont confrontés et particulièrement les maladies pour lesquelles la médecine moderne est souvent inefficace. Il s'agit des maladies telles que les faiblesses sexuelles, les hémorroïdes, la stérilité etc. Cependant, certains tradipraticiens ont déclaré qu'ils entretiennent des bonnes relations avec les responsables des CS et parfois, ils sont autorisés à traiter les malades au sein des CS.

7.1.4. Les causes d'échec de l'approche antérieure utilisée en matière de promotion des services de santé au sein des PA

Les informations récoltées sur le terrain ont révélé quelques facteurs qui sont à la base des approches antérieures utilisées en matière de promotion des services de santé en faveur des populations autochtones.

Selon les personnes interrogées, la principale cause d'échec des programmes de santé est liée au fait que les populations autochtones vivent dans des campements, souvent éloignés des CS. En effet les PA sont obligés d'aller se faire soigner dans des CS qui sont installés dans les villages bantous. Or, malgré les efforts qui sont aujourd'hui fournis pour éradiquer la discrimination, celle-ci persiste encore.

La seconde cause est en rapport avec le mode de vie nomadique des PA qui vident souvent leurs campements pendant les saisons de cueillette et de ramassage. Pour faire face à cette situation, il faudrait installer les postes de santé dans les campements des PA et organiser les campagnes de sensibilisation et des soins de porte à porte, comme l'ont souligné la plupart des enquêtés. Comme l'ont indiqué la plupart des enquêtés, il faudrait tenir compte de cette dimension si l'on veut que les PA accèdent facilement aux services de santé. « L'habillement pose aussi un problème d'accès aux services de santé pour les femmes PA. En effet certaines femmes PA n'ayant pas d'habits pour le bébé lorsqu'elles doivent accoucher à l'hôpital préfèrent accoucher dans les campements, avec tous les risques qu'elles courent. Mais, dans la plupart des programmes de santé ce paramètre n'est pas pris en compte ».

7.1.5. L'utilisation des services de santé modernes ou traditionnels

Parmi les interventions et les programmes sanitaires en faveur des PA dans les quatre provinces ciblées, les personnes interrogées ont cité particulièrement le programme de lutte contre le paludisme, qui a distribué gratuitement des moustiquaires imprégnées d'insecticides à toute la population.

Les PA souhaitent que la gratuité de traitement contre le paludisme soit étendue aux enfants dont l'âge varie entre 0 et 5 et pour toutes les femmes enceintes. Ils souhaitent également que l'on ajoute la gratuité de la consultation, de l'opération en cas de césarienne, du traitement des lépreux et des tuberculeux.

Cependant, certaines personnes interrogées ont indiqué qu'une bonne quantité des produits pharmaceutiques que l'état envoie dans les dispensaires expire souvent du fait que les PA n'aiment pas dans la plupart des cas prendre des injections car ils préfèrent plutôt des produits per os. Concernant l'engagement de l'état dans les actions de santé en faveur des PA, les personnes interrogées ont reconnu les efforts du gouvernement dans la distribution des moustiquaires imprégnées, la gratuité des services de santé, l'implantation des C.S dans certaines localités.

Quant aux ONG impliquées dans les activités de prestation de soins de santé, les personnes interrogées ont cité l'église catholique avec l'ONG «la Caritas », les sœurs religieuses qui consultent les PA, avec une modique somme de 200 FC à 500 Fc ainsi que l'armée du salut. Les personnes interrogées ont fait remarquer que certaines ONG ne jouent pas le rôle qui leur est dévolu comme l'atteste la déclaration suivante : « La plupart des ONG qui travaillent en faveur des populations autochtones ne le font pas pour le compte des populations autochtones, mais elles considèrent les populations autochtones comme leurs boutiques pour s'enrichir ».

Par rapport à la réticence, la plupart des PA n'aiment pas fréquenter les centres de santé. Ils préfèrent recourir à la médecine traditionnelle. Par rapport à l'accès aux services de santé, il faut signaler que les PA ne vivent pas dans les mêmes villages avec les Bantous. Or, les CS sont implantés dans les villages bantous alors que les PA vivent dans leurs campements. En cas de maladie, ce sont des infirmiers bénévoles, qui font les déplacements jusque dans les campements où vivent les PA.

7.1.6. Mécanisme de gestion des plaintes et résolution des conflits

Les personnes affectées par le projet seront informées des trois procédures de dépôt de doléance par voie de :

- Consultations, tracts et affichage.

Des cahiers de conciliation seront dans des lieux estimés bons 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 cet effet.

Procédure n°1

- Communication de la plainte (par écrit ou oral) par la personne lésée à son comité de santé ;
- 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 un débat contradictoire, la solution proposée est notée dans le cahier de conciliation ;
- La solution est mise en œuvre par l'acteur responsabilisé au cours de la réunion du comité ;

- Au cours d'une séance du comité, le plaignant notifie que la doléance est close au cas où il s'estimerait satisfait de la solution proposée ;
- A chaque séance du comité les doléances irrésolues sont réactualisées dans le Procès- verbal de réunion ;
- Si la doléance est réactualisée successivement deux fois, la procédure doit être enclenché ;
- Cette première procédure ne peut pas excéder 3 mois.

Procédure n°2 :

- Le comité communique le plus rapidement possible la plainte non traitée à la commission locale du suivi de la mise en œuvre de plan d'action ;
- La commission du suivi de la mise œuvre du PPA 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 monétaires sont nécessaires.
- La proposition finale est transmise officiellement au plaignant et ce dernier dispose de 10 jours pour prendre une décision ;
- 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

- 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.

7.2. Cas de violences basées sur le genre

Les cas de violences basées sur le genre font partie des questions hypersensibles, celles liées à l'intimité ou à la personnalité d'un individu et peuvent conduire à la

suspension des activités du projet. Parmi ces questions hypersensibles on peut citer notamment : les cas de décès d'une personne, les viol et violence sexuelle basée sur le genre, les abus et exploitation sexuels. Pour ce genre de cas, 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 sexuelle contre la femme. Les entreprises devront élaborer des codes de bonne conduite à annexer aux contrats des travailleurs et qui seront afficher d'une manière visible aux valves des chantiers.

Une collaboration permanente avec une structure spécialisée en VSBG devra être privilégiée pour les sensibilisations et la prise en charge spontanée de tout cas de viol signalé sur le projet.

En ce qui concerne le risque de violence sexiste, le projet continuera de collaborer avec l'équipe de la Banque GBV pour mettre en œuvre un plan d'action contre la violence sexiste.

7.3. Conclusion

La consultation a permis de recueillir les informations nécessaires sur les perceptions, le vécu, les préoccupations, les difficultés et les problèmes majeurs auxquels les populations autochtones font face en matière de santé. Elle a permis en outre d'identifier les besoins qui seront traduits sous forme d'axes prioritaires d'intervention au profit des PA en matière d'accès aux services de santé dans le plan d'action.

Elle a mis en évidence la diversité des situations et des attitudes des populations autochtones sur les questions sanitaires ; Il ressort des différents entretiens approfondis et des focus group réalisés, que les maladies les plus répandues dans les campements des PA sont le paludisme, la diarrhée et le pian. Les conditions hygiéniques ont été évoquées comme la cause principale de ces maladies dans la plupart des cas. La plus grande raison qui limite la faible utilisation des services de santé par les PA est la longue distance séparant les différents villages et les campements des PA des centres de santé.

Par ailleurs, les responsables sanitaires confirment la grande implication des populations autochtones dans les différents villages et campements où l'église catholique a initié des projets de santé.

L'indisponibilité des médicaments et le manque de pharmacies au niveau du CS constitue l'un des grands handicaps qui est à l'origine de la non utilisation des services de santé par les populations autochtones. Les populations autochtones sont favorables aux visites régulières des agents de santé dans les villages et campements pour la vaccination mais, elles souhaitent qu'elles soient formées.

7.4. Recommendations

Pour améliorer l'accès et l'utilisation des services de santé par les populations autochtones le Ministère de la santé devrait intégrer dans ses programmes de santé les actions suivantes :

- intégrer les représentants des PA dans les institutions sanitaires afin qu'ils jouissent pleinement de leurs droits ;
- construire des structures sanitaires viables dans les villages ou campements des PA avec tous les services essentiels y compris un personnel qualifié, en nombre suffisant et propre à eux-mêmes ;
- rendre disponibilité les produits médicaux ;
- mobiliser les PA afin qu'elles participent aux séances d'éducation sanitaire qui sont organisées dans les centres de santé en vue de promouvoir l'hygiène et l'assainissement de leurs campements et lutter contre les maladies ;
- motiver les leaders communautaires pour qu'ils s'impliquent pleinement dans les activités de sensibilisation des communautés autochtones à travers les visites à domicile ;
- sensibiliser le personnel de santé pour qu'il puisse accueillir et soigner les PA sans discrimination en réduisant le temps d'attente de services de santé ;
- promouvoir les pratiques thérapeutiques des PA ;
- initier des activités d'autofinancement ou d'auto-prise en charge des soins de santé dans les campements des PA.
- doter les CS en ambulance pour l'évacuation des malades en cas de nécessité.

7.5. Nécessité d'un PPA

Rappel sur le PPA.

Sur la base de l'évaluation sociale et en concertation avec les communautés autochtones affectées, l'emprunteur prépare un Plan en faveur des Populations Autochtones (PPA) décrivant les mesures à mettre en place pour faire le Cadre de Politique pour les Peuples Autochtones (CPPA) en sorte que: a) les populations autochtones affectées tirent du projet des avantages sociaux et économiques culturellement adaptés; et b) les répercussions négatives potentielles du projet sur les populations autochtones soient évitées, minimisées, atténuées ou compensées lorsque ces répercussions sont identifiées, (pour plus de détails, voir l'Annexe B).

Souplesse et pragmatisme guident la préparation de ce plan (12) dont le niveau de détail varie en fonction du projet considéré et de la nature des impacts à traiter. L'emprunteur intègre ce plan à la conception du projet. Lorsque les populations autochtones sont les seules ou de loin les plus nombreuses à bénéficier directement du projet, les éléments du plan doivent être inclus dans la conception globale du projet, sans qu'il soit nécessaire d'établir un plan distinct. Dans ce cas, le document d'évaluation du projet (DEP) contient un bref résumé des éléments qui garantissent la

conformité du projet à la présente politique, en particulier aux conditions régissant l'élaboration du PPA.

Les PA ont fait des suggestions pendant les séances du focus group organisées lors des consultations locales. Voici quelques raisons qui nécessitent la formulation rapide du Plan d'action en leur faveur avant le début du projet.

- **La pauvreté** : la gratuité des soins de santé demeure un discours vain car dans les faits, il faut payer les médicaments. Mais le grand problème qui mine les communautés autochtones, c'est la pauvreté. En effet les PA ont du mal à fréquenter les centres de santé par manque d'argent. Cette situation fait que plusieurs malades PA, ne disposant pas de moyens financiers pour l'achat des médicaments ou pour une évacuation vers les CS, sont souvent contraints de recourir aux traitements de la médecine traditionnelle à base de plantes et de rituels pour soulager leurs maux.
- **Le transport** : Pour se rendre à l'hôpital, il faut trouver un moyen de transport, il faut bien se vêtir, il faut avoir de la nourriture et bien sûr laisser quelque chose à la famille qui reste au campement. Les dispensaires et les hôpitaux sont éloignés des campements de PA. Les PA n'ont pas accès aux soins de santé à cause de la distance qu'il y a entre les centres de santé et leurs campements. Ils vont à l'hôpital lorsque la maladie devient grave. C'est pourquoi, dès qu'un PA tombe malade, la communauté recourt d'abord à la médecine traditionnelle.
-
- **Travaux forcés** : L'étude a révélé en outre que là où les populations autochtones sont encore nomades, l'accessibilité aux services de santé est encore plus difficile. Selon les personnes consultées, il y a encore un bon nombre de populations autochtones qui préfèrent vivre dans leur état traditionnel. C'est ainsi que certains PA qui étaient même sédentarisés, « fuient dans la forêt à cause des travaux durs que les Bantou leur demandent de faire ». Il n'est pas facile de les atteindre dans ces campements éloignés. Il faut que l'état fournisse des efforts pour déloger les PA dans la forêt avec des microprojets qui vont les aider à vivre indépendamment des Bantou.

Tous ces facteurs favorisent le non accès aux services de santé et accentuent la vulnérabilité des PA.

Chapitre 8. PREPARATION DU PPA

Vu l'urgence sur la santé et la vulnérabilité des PA, il est souhaitable de faire la formulation du plan d'action en leur faveur avant l'exécution du projet, ce qui permettra de faire une large couverture et augmenter l'accessibilité et la participation des PA au bénéfice du projet.

8.1. Contenu du PPA

Canevas de formulation du PPA.

- Résumé exécutif du PPA
 1. Dispositif organisationnel de mise en œuvre du PPA
 2. Mesure d'atténuation des impacts de la composante 1
 3. Traduction en langue locale
 4. Traduction en Anglais
- Description General du PDSS
 1. Justification et contexte
 2. Cadre légal et institutionnel
 3. Composante
- Résultats attendus du PDSS
- Aire de l'intervention du projet
- Activités du projet
- Evaluation des impacts du PDSS
- Dispositif organisationnelle de la mise en œuvre de PPA
- Composantes des activités
- Mécanismes de gestion des plaintes
- Chronogrammes des activités
- Budget
- Organisation d'appui conseil
- Indicateur du suivi de PPA
- Diffusion
- Mise en œuvre
- Annexes

Chapitre 9. MISE EN OEUVRE DU CPPA

La priorité de PDSS sera de renforcer les capacités des responsables de la mise en œuvre du projet, des organisations des peuples autochtones, des ONG nationales et locales d'accompagnement au développement des peuples autochtones. Les capacités vont être renforcées à tous les niveaux pour que ces derniers puissent prendre en compte les intérêts des PA. Il est souhaitable que les fonctionnaires du ministère de la santé soient formés de façon à ce qu'ils puissent assurer la prise en compte des peuples autochtones dans toutes les activités de ce projet. Cette formation sera aussi appliquée au personnel qui va travailler sur ce projet sur les sauvegardes de la Banque Mondiale et ses principes.

La politique de sauvegarde de la Banque Mondiale doit être vulgarisée aussi aux populations riveraines et dans les institutions du pays à tous les niveaux.

Il existe des organisations des peuples autochtones regroupés sur un réseau de populations autochtones pour la gestion durable des écosystèmes forestiers en RDC (REPALEF) qui dispose des moyens pour :

- Faire des études démographiques, organisationnelles, socio-économiques et déceler les opportunités et menaces qui caractérisent les peuples autochtones ;
- Créer des OAC (Organisation d'Assise Communautaire) des peuples autochtones qui leur permettra de participer à tous les processus d'analyse, de programmation et de réflexion participative concernant leurs intérêts et leurs droits.

Le PDSS aura avantage à impliquer des membres de ces groupements dans les réflexions et pour la mise en œuvre du projet

9.1. Processus de diffusion

La version du CPPA qui sera produite après de validation par les parties prenantes sera diffusée par le PDSS dans toutes les zones d'intervention du projet et avec l'autorisation du gouvernement, sur le site web externe de la Banque Mondiale.

A la suite de cette diffusion, et si des commentaires sont obtenus de par les systèmes de diffusion, une version finale du CPPA sera préparée et sera appliquée dans le cadre de la mise en œuvre du projet. Dans le cas où aucun commentaire n'est relevé, la dernière version sera celle qui sera mise en œuvre.

9.2. Mesures de mise en œuvre du CPPA

Les PA seront chaque fois consultés au niveau de l'unité de coordination du PDSS par un comité consultatif qui aura pour mandat de défendre les intérêts des PA et rendre compte de l'évolution des étapes du projet.

Dans ce comité, les PA doivent être représentés. La connaissance de la culture et le respect du mode de vie de la population autochtone par les acteurs en développement

sont l'une des conditions nécessaires à la réussite de toute action de développement en leur faveur.

Le non prise en compte de certains aspects culturels des populations autochtones dans le travail de proximité effectué auprès d'eux contribue plutôt à fragiliser le groupe qu'à le mener dans un processus de développement. A cet effet, il est nécessaire, pour l'organisation de développement, d'actualiser régulièrement les informations sur le vécu quotidien des populations autochtones accompagnées et s'atteler à intégrer ces éléments dans leur processus d'accompagnement.

Les PA sont, selon les constitutions des pays qui les abritent, considérés comme des citoyens à part entière. Ainsi, ils doivent jouir, au même titre que tous les autres citoyens d'une même nation, de tous les droits reconnus par la réglementation. Parmi les droits fondamentaux, on citera, à titre d'illustration : le droit à la santé et sécurité sociale. Par ailleurs, la plupart de ces nations au sein des quelles vivent les PA ont ratifié des conventions internationales et africaines qui contiennent des dispositions pertinentes pour la reconnaissance et la protection des droits des minorités autochtones. A ce titre, il est important, pour les acteurs de développement et les populations concernées, non seulement de connaître l'ensemble de ces droits, mais surtout de les faire valoir.

Les éléments culturels déterminants de la société PA conduisent à la définition d'un certain nombre de conditions préalables à toute action avec cette population, notamment :

- acquisition des bases complètes de la connaissance de la société PA ;
- avoir la volonté de respecter l'identité culturelle de ce peuple et d'entrer dans les systèmes de fonctionnement pour établir une relation de confiance, indispensable à une réelle communication avec eux ;
- développer une approche systémique, qui prend en compte l'ensemble des composantes identitaires en raison de leurs fortes interactions : socioculturelles, religieuses, économiques, écologiques ;
- pratiquer une approche spécifique des PA, afin de ne pas pratiquer un amalgame de deux cultures basées sur des conceptions de voies différentes ;
- soutenir la prise de responsabilité des PA selon leurs philosophies et vision du monde ;
- entrer dans une relation de recherche action laissant l'initiative, l'analyse et la décision aux groupes PA : se faire connaître mais refuser de penser à leur place ; leur donner des outils d'analyse ;
- mettre à leur disposition de toutes les informations de l'environnement extérieur leur permettant de choisir des solutions jugées appropriées ;
- développer des stratégies de long terme visant la pérennisation des actions et des changements, dans une perspective de développement durable pour eux ;

- les accompagner de manière holistique, en évitant de les limiter à l'économie de marché mais accepter d'intégrer leurs besoins prioritaires : sociaux, culturels.

9.3. Budget du CPPA

Les coûts lorsqu'existant sont donnés dans le tableau suivant en fonction des thématiques qui sont traités dans le tableau du chapitre 5.

N°	Activités	Coûts en \$
01	Achat des mégaphones pour faciliter les relais communautaires des PA à mieux faire leur travail surtout auprès des PA nomades et semi nomades.	40.000 soit 4.000 x 10 zs
02	Organiser des campagnes de sensibilisation et de mobilisation des PA par les PA dans la zone de santé	100.000 soit 10.000 x 10 zs.
03	Recrutement et formation des sages-femmes PA dans chaque campement des PA soit 5 par zone de santé	50 .000 soit 5000 x 10 zs
05	Elaboration du plan d'action en faveur des populations autochtones	20.000\$

Le Budget pour le CPPA est de : **210.000 \$**

Chapitre 10. MISE EN ŒUVRE DU SUIVI -EVALUATION DU CPPA ET LA RESPONSABILITE DE PLAN D'ACTION DU CPPA / PDSS

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

Sous composante	Action envisagée dans le CPPA	Responsable	Planning d'action
des interventions pour améliorer les services de santé préventive au niveau des centres de santé de base et hôpitaux de districts ;	Organiser des campagnes de sensibilisation et Mobilisation des PA par les PA dans chaque zone de santé	ONG	Pendant de la mise en œuvre
renforcement des capacités des ressources humaines, etc.	- Formation des relais communautaires PA dans chaque zone de santé de PA - Recrutement et formation des sages-femmes PA dans chaque zone de santé de PA - Achat des mégaphones pour faciliter les relais communautaires PA à mieux faire leur travail surtout auprès des PA nomade et semi nomade.	Prestataires des soins Prestataires des spins PDSS PDSS	Pendant la mise en œuvre Pendant la mise en œuvre Pendant la mise en œuvre

	Formulation de plan d'action en faveur des populations autochtones		Pendant la mise en œuvre

ANNEXE

Annexe 1 :

POLITIQUE « PEUPLES AUTOCHTONES » (PO4.10) DE LA BANQUE MONDIALE

Le présent document est la traduction du texte anglais de l'OP 4.10, Indigenous Peoples, en date de juillet 2005, qui contient la formulation de cette directive approuvée par la Banque mondiale. En cas de divergence entre le présent document et la version anglaise de la *OP4.10*, en date de juillet 2005, c'est le texte anglais qui prévaudra.

Note : Les PO/PB 4.10 remplacent la directive opérationnelle 4.20, Peuples autochtones. Elles s'appliquent à tous les projets dont l'examen du descriptif est intervenu le 1er juillet 2005 ou après cette date. Pour toute question, s'adresser au Directeur du Département développement social (SDV).

1. La présente politique (1) contribue à la mission de réduction de la pauvreté et de promotion d'un développement durable poursuivie par la Banque (2) tout en garantissant un processus de développement respectant pleinement la dignité, les droits de la personne, les systèmes économiques et les cultures des Populations autochtones. Chaque fois que la Banque est sollicitée pour financer un projet affectant directement des populations autochtones (3), elle exige de l'emprunteur qu'il s'engage à procéder, au préalable, à une consultation libre et fondée sur une communication des informations aux populations concernées (4). Le financement de la Banque ne sera accordé que, si lors de la consultation libre et fondée sur la communication des informations nécessaires à se faire une opinion, le projet obtient un soutien massif dans la communauté respective de la part des populations autochtones (5). De tels projets financés par la Banque prévoient des mesures destinées : a) à éviter des répercussions négatives potentielles sur les communautés des populations autochtones ; ou b) si cela n'est pas possible, à atténuer, minimiser ou compenser ces répercussions. Les projets financés par la Banque 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.
2. La Banque 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, 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 Politique pour les Peuples Autochtones développement durable et que leurs droits sont alors de plus en plus pris en compte dans la législation nationale et internationale.

3. *Identification.* Étant donné la variété et la mouvance des cadres de vie des populations autochtones ainsi que l'absence de définition universellement acceptée du terme « populations autochtones », la présente politique ne cherche pas à définir ce terme. Les populations autochtones sont désignées en fonction de leurs différents pays sous différents vocables tels que « minorités ethniques autochtones », « aborigènes », « tribus des montagnes », « minorités nationales », « tribus ayant droit à certains privilèges » ou « groupes tribaux ».
4. Aux fins d'application de la présente politique, l'expression «populations autochtones» est employée au sens générique du terme pour désigner un groupe socioculturel vulnérable distinct présentant, à divers degrés, les caractéristiques suivantes: a) les membres du groupe s'identifient comme appartenant à un groupe culturel autochtone distinct, et cette identité est reconnue par d'autres; b) les membres du groupe sont collectivement attachés à des habitats ou à des territoires ancestraux géographiquement délimités et situés dans la zone du projet, ainsi qu'aux ressources naturelles de ces habitats et territoires (7); c) les institutions culturelles, économiques, sociales ou politiques traditionnelles du groupe sont différentes par rapport à celles de la société et de la culture dominantes; et d) les membres du groupe parlent un langage souvent différent de la langue officielle du pays ou de la région. La présente politique est tout aussi applicable à des groupes ayant perdu « leur ancrage collectif dans des habitats géographiquement circonscrits ou des territoires ancestraux situés dans la zone du projet » (paragraphe 4 (b)) pour cause de départ forcé (8). La décision de considérer un groupe particulier comme une population autochtone à laquelle la présente politique s'appliquerait peut nécessiter de recourir à un avis technique (voir paragraphe 8).
5. *Utilisation des systèmes nationaux.* La Banque peut décider d'utiliser un système national pour traiter des problèmes de sauvegardes

environnementales et sociales dans le cadre d'un projet financé par la Banque et affectant des populations autochtones. La décision d'utiliser le système national est prise en conformité avec les exigences de la politique de la Banque en matière de systèmes nationaux (9).

Préparation du projet

6. Un projet proposé au financement de la Banque ayant un impact sur des populations autochtones nécessite que :
 - a. la Banque procède à un examen préalable aux fins d'identifier l'éventuelle présence des populations autochtones vivant dans la zone couverte par le projet ou ayant des attaches collectives à cette zone (voir paragraphe 8);
 - b. l'emprunteur réalise une évaluation sociale (voir paragraphe 9 et Annexe A);
 - c. l'emprunteur organise, préalablement à chaque nouvelle étape du projet, une consultation des communautés de population autochtone affectées, libre et fondée sur la communication des informations requises, et notamment au stade de la préparation du projet, afin de Cadre de Politique pour les Peuples Autochtones, prendre pleinement connaissance de leurs points de vues et de s'assurer qu'elles adhèrent massivement au projet (voir paragraphes 10 et 11);
 - d. l'emprunteur prépare un Plan en faveur des populations autochtones (voir paragraphe 12 et Annexe B) ou un Cadre de planification en faveur des populations autochtones (voir paragraphe 13 et Annexe C); et e) l'emprunteur diffuse ce plan ou ce cadre (voir paragraphe 15).

Le niveau de détail nécessaire pour satisfaire aux conditions énoncées au paragraphe 6 b), c) et d) est proportionnel à la complexité du projet envisagé et fonction de la nature et de la portée des répercussions potentielles du projet sur les populations autochtones, que ces répercussions soient positives ou négatives.

Examen préalable

7. Aux tout premiers stades de la préparation du projet, la Banque procède à un examen préalable pour déterminer si des populations autochtones (voir paragraphe 4) vivent dans la zone du projet ou y ont des attaches collectives (10). Dans le cadre de cet examen préalable, la Banque sollicite l'avis technique des experts en sciences sociales dotés d'une bonne connaissance des groupes sociaux et culturels présents dans la zone du projet. Elle consulte également les populations autochtones concernées et l'emprunteur. La Banque peut procéder à cet examen préalable en suivant le cadre défini par l'emprunteur pour identifier les populations autochtones, pour autant que ce cadre soit conforme à la présente politique.

Évaluation sociale

8. *Analyse.* Si, sur la base de l'examen préalable, la Banque conclut que des populations autochtones vivent dans la zone du projet ou y ont des attaches collectives, l'emprunteur entreprend une évaluation sociale pour juger des répercussions positives et négatives du projet sur les populations autochtones et analyse les alternatives au projet susceptibles d'avoir des répercussions importantes. Le type, la portée et le niveau de détail de l'analyse conduite dans le cadre de cette évaluation sociale seront fonction de la nature et de l'ampleur des répercussions positives ou négatives du projet proposé sur les populations autochtones (pour plus de détails, voir l'Annexe A). Pour réaliser cette évaluation sociale, l'emprunteur engage des experts en sciences sociales dont les compétences, l'expérience et les termes de référence sont jugés acceptables par la Banque.
9. *Consultation et participation.* Lorsque le projet a un impact sur les populations autochtones, l'emprunteur engage au préalable un processus de consultation de ces populations, libre et fondée sur la communication des informations requises. Pour ce faire, l'emprunteur :
 - a. établit un cadre approprié intégrant les aspects genre et inter générations qui fournit à l'emprunteur, aux communautés de populations autochtones affectées, aux organisations de populations autochtones (OPA), s'il en est, et à d'autres organisations de la société Cadre de Politique pour les Peuples Autochtones (CPPA) civile locale identifiées par les communautés autochtones concernées l'occasion de se concerter à chaque étape de la préparation et de l'exécution du projet;
 - b. recourt à des méthodes (11) de consultation adaptées aux valeurs sociales et culturelles des communautés autochtones affectées ainsi qu'aux réalités locales et porte une attention particulière, lors de la conception de ces méthodes, aux préoccupations des femmes, des jeunes et des enfants et de leur accès aux opportunités de développement et aux bénéfices qu'elles procurent; et
 - c. fournit aux communautés autochtones affectées toutes les informations pertinentes relatives au projet (y compris une évaluation des répercussions négatives potentielles du projet sur lesdites populations) d'une manière culturellement adaptée, à chaque stade de la préparation et de l'exécution du projet.

Au moment de décider s'il convient ou non de donner suite au projet, l'emprunteur s'assure, sur la base de l'évaluation sociale (voir paragraphe 9) et du processus de consultation préalable, libre et fondé sur la communication des informations requises (voir paragraphe 10), que les communautés autochtones affectées soutiennent bien le projet. Si tel est le cas, l'emprunteur prépare un rapport détaillé indiquant:

- a. les conclusions de l'évaluation sociale;

- b. le processus de consultation préalable, libre et fondé sur la communication des informations requises, des populations affectées;
- c. les mesures complémentaires, y compris les modifications à apporter à la conception du projet, qui doivent être éventuellement prises pour prévenir les répercussions susceptibles de nuire aux populations autochtones et leur permettre de tirer du projet des avantages adaptés à leur culture;
- d. les recommandations pour une consultation préalable, libre et fondée sur la communication des informations requises, et une participation des communautés des populations autochtones pendant la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du projet; et
- e. tout accord officiellement conclu avec les communautés autochtones et/ou les (OPA). La Banque s'assure ensuite, par le truchement d'un examen du processus et des résultats de la consultation menée par l'emprunteur, que les communautés des populations autochtones soutiennent massivement le projet. Pour ce faire, elle s'appuie tout particulièrement sur l'évaluation sociale et sur le déroulement et les résultats du processus des consultations préalables, libres et fondées sur la communication des informations requises. La Banque ne soutiendra plus aucun projet avant de s'être assurée de l'existence d'un tel soutien. ***Plan/Cadre de planification en faveur des populations autochtones***

10. *Plan en faveur des populations autochtones.* Sur la base de l'évaluation sociale et en

concertation avec les communautés autochtones affectées, l'emprunteur prépare un plan en faveur des populations autochtones (PPA) décrivant les mesures à mettre en place pour faire Cadre de Politique pour les Peuples Autochtones (CPPA) en sorte que: a) les populations autochtones affectées tirent du projet des avantages sociaux et économiques culturellement adaptés; et b) les répercussions négatives potentielles du projet sur les populations autochtones soient évitées, minimisées, atténuées ou compensées lorsque ces répercussions sont identifiées, (pour plus de détails, voir l'Annexe B). Souplesse et pragmatisme guident la préparation de ce plan (12) dont le niveau de détail varie en fonction du projet considéré et de la nature des impacts à traiter. L'emprunteur intègre ce plan à la conception du projet. Lorsque les populations autochtones sont les seules ou de loin les plus nombreuses à bénéficier directement du projet, les éléments du plan doivent être inclus dans la conception globale du projet, sans qu'il soit nécessaire d'établir un plan distinct. Dans ce cas, le document d'évaluation du projet (DEP) contient un bref résumé des éléments qui garantissent la conformité du projet à la présente politique, en particulier aux conditions régissant l'élaboration du PPA.

13. *Cadre de planification en faveur des populations autochtones.* Certains projets nécessitent la préparation et la mise en œuvre de programmes d'investissement annuels ou de plusieurs sous projets (13). Le cas échéant, et s'il ressort de l'examen

préalable effectué par la Banque une probabilité que des populations autochtones vivent dans la zone du projet ou y ont des attaches collectives, mais que cette probabilité ne peut être confirmée tant que les programmes ou les sous projets n'ont pas été identifiés, l'emprunteur prépare un cadre de planification en faveur des populations autochtones (CPPA). Ce CPPA stipule que ces programmes ou sous projets doivent faire l'objet d'un examen préalable conformément à la présente politique (pour plus détails, voir l'Annexe C). L'emprunteur intègre le CPPA à la conception du projet.

14. *La préparation des PPA de programmes et de sous projets.* Si l'examen préalable d'un programme particulier ou d'un sous projet identifié dans le CPPA indique que des populations autochtones vivent dans la zone couverte par le programme ou le sous projet ou y ont des attaches collectives, l'emprunteur s'assure, avant que ledit programme ou sous projet soit mis en œuvre, qu'une évaluation sociale soit réalisée et qu'un PPA élaboré conformément aux dispositions de la présente politique. L'emprunteur communique chaque PPA à la Banque pour examen avant que le programme ou les sous projet en question ne soit considéré comme éligible à un financement de la Banque (14).

Diffusion de l'information

15. L'emprunteur met le rapport d'évaluation sociale et la version provisoire du PPA/CPPA à la disposition des communautés autochtones sous une forme, d'une manière et dans une langue qu'elles peuvent comprendre (15). Avant l'évaluation du projet, l'emprunteur soumet l'évaluation sociale et la version définitive du PPA/CPPA à la Banque pour examen (16). 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.

Cadre de Politique pour les Peuples Autochtones (CPPA)

Considérations particulières

La terre et les ressources naturelles qu'elle recèle

16. Les populations autochtones entretiennent des liens étroits avec les terres, les forêts, l'eau, la faune, la flore et les autres ressources de leur milieu naturel, aussi certaines considérations particulières entrent en ligne de compte lorsqu'un projet a un impact sur ces liens. Dans ce cas, lorsqu'il réalise l'évaluation sociale et prépare-le PPA/CPPA, l'emprunteur accorde une attention toute particulière :

- a) aux droits coutumiers (17) dont jouissent les populations autochtones, à titre individuel et collectif, sur les terres ou les territoires qui sont la propriété traditionnelle du groupe ou dont l'utilisation ou l'occupation par ledit groupe sont consacrées par la coutume et qui conditionnent l'accès du groupe à des ressources naturelles indispensables au maintien de sa culture et à sa survie ;
- b) à la nécessité de protéger lesdites terres et ressources contre toute intrusion ou empiètement illégal ;
- c) aux valeurs culturelles et spirituelles que les populations autochtones attribuent auxdites terres et ressources ; et
- d) à leurs pratiques de gestion des ressources naturelles et à la viabilité à long terme desdites pratiques.

17. Si le projet prévoit: a) des activités dont la réalisation est subordonnée à l'établissement de droits fonciers, légalement reconnus, sur les terres et territoires qui sont la propriété traditionnelle du groupe ou dont l'utilisation ou l'occupation par ledit groupe est consacrée par la coutume (comme des projets de délivrance de titres fonciers); ou b) l'achat desdites terres, le PPA présente un plan d'action en vue d'obtenir que ladite propriété, occupation ou utilisation soit légalement reconnue. Normalement, ce plan d'action est mis en œuvre avant l'exécution du projet, mais il doit parfois être exécuté en même temps que le projet proprement dit. Cette reconnaissance légale peut prendre diverses formes : a) reconnaissance juridique pleine et entière des systèmes fonciers coutumiers existants des populations autochtones ou b) conversion des droits d'usage coutumiers en droits de propriété communautaires et/ou individuels. Si la législation nationale n'autorise aucune de ces deux options, le PPA prévoit des mesures visant à obtenir la reconnaissance juridique des droits de possession, ou bien d'usage à perpétuité ou à long terme renouvelables.

Mise en valeur des ressources naturelles et culturelles à des fins commerciales

18. Dans le cas d'un projet de mise en valeur des ressources naturelles (minerais, hydrocarbures, forêts, ressources en eau, terrains de chasse ou zones de pêche) à des fins commerciales sur des terres ou territoires qui sont la propriété traditionnelle du groupe ou dont l'utilisation ou l'occupation par ledit groupe est consacrée par la coutume, l'emprunteur s'assure que les communautés affectées soient informées, dans le cadre d'un processus de consultation préalable, libre et fondé sur la communication des informations requises, a) de Cadre de Politique pour les Peuples Autochtones (CPPA) droits qui leur sont conférés sur lesdites ressources par le droit écrit et le droit coutumier; b) de la portée et de la nature de l'exploitation commerciale envisagée et des parties intéressées par ladite exploitation ou associées à celle-ci; et c) des répercussions que pourrait avoir ladite mise en valeur sur les conditions de vie des populations autochtones, leur environnement et leur utilisation de ces ressources. L'emprunteur prévoit dans le PPA des dispositions permettant aux populations

autochtones de tirer une part équitable des avantages dudit projet (18); ces dispositions doivent, au minimum, assurer que les populations autochtones bénéficient, d'une manière culturellement adaptée, d'avantage de compensations et de droits à des voies de recours légaux au moins équivalents à ceux auxquels tout propriétaire détenteur d'un titre foncier légalement reconnu aurait droit si ses terres faisaient l'objet d'une mise en valeur à des fins commerciales.

19. Dans le cas d'un projet de mise en valeur des ressources culturelles et des connaissances (pharmacologiques ou artistiques, par exemple) des populations autochtones à des fins commerciales, l'emprunteur s'assure que les communautés affectées soient informées, dans le cadre d'un processus de consultation préalable, libre et fondé sur la communication des informations requises, a) des droits qui leur sont conférés sur lesdites ressources par le droit écrit et le droit coutumier; b) de la portée et de la nature de la mise en valeur envisagée, ainsi que des parties intéressées par ladite mise en valeur ou associées; et c) des répercussions que pourrait avoir ladite mise en valeur sur les conditions de vie des populations autochtones, leur environnement et leur utilisation de ces ressources. L'exploitation à des fins commerciales des ressources culturelles et des connaissances des populations autochtones est subordonnée à leur accord préalable de cette mise en valeur. Le PPA doit refléter la nature et le contenu de cet accord et comporter des dispositions permettant aux populations autochtones de bénéficier de l'opération d'une manière culturellement adaptée et de tirer une part équitable des avantages procurés par le projet de mise en valeur à des fins commerciales.

Réinstallation physique des populations autochtones

20. La réinstallation des populations autochtones posant des problèmes particulièrement Complexes et pouvant être lourde de conséquences pour leur identité, leur culture et leurs modes de vie traditionnels, l'emprunteur devra envisager différents scénarios possibles pour éviter de déplacer les populations autochtones. Dans des circonstances exceptionnelles, si la réinstallation ne peut être évitée, l'emprunteur procédera à cette réinstallation sous réserve que les communautés autochtones affectées se prononcent largement en faveur de cette solution dans le cadre d'un processus de consultation préalable, libre et fondé sur la communication des informations requises. Dans ce cas, l'emprunteur préparera un plan de réinstallation conforme aux directives de la PO 4.12, *Réinstallation involontaire* compatible avec les préférences culturelles des populations autochtones et prévoit une stratégie de réinstallation fondée sur le foncier. Dans le cadre de ce plan de réinstallation, l'emprunteur fournira des informations sur les résultats du processus de consultation. Le plan de réinstallation devra permettre, dans la mesure du possible, aux populations autochtones affectées de retourner sur les terres et territoires qui sont la propriété traditionnelle du groupe ou dont l'utilisation ou l'occupation par ledit groupe

sont consacrées par la coutume si les raisons ayant justifié leur déplacement venaient à disparaître.

21. Dans de nombreux pays, les terres officiellement réservées sous le label de parcs ou aires protégés risquent d’empiéter sur les terres et territoires qui sont la propriété traditionnelle de populations autochtones ou dont l’utilisation ou l’occupation par lesdites populations sont consacrées par la coutume. La Banque est consciente de l’importance de ces droits de propriété, d’occupation ou d’usage, ainsi que de la nécessité de gérer durablement les écosystèmes critiques. Il faut donc éviter d’imposer aux populations autochtones une restriction d’accès aux zones officiellement désignées comme parcs ou aires protégées, en particulier de leur accès aux sites sacrés. Dans des circonstances exceptionnelles, si de telles restrictions ne peuvent être évitées, l’emprunteur prépare, sur la base du processus de consultation des communautés autochtones affectées, préalable, libre et fondé sur la communication des informations requises, un cadre fonctionnel assurant aux populations autochtones affectées une participation conforme aux dispositions de la PO 4.12. Ce cadre fonctionnel donne des directives pour préparer, durant l’exécution du projet, un plan de gestion des différents parcs et zones protégées. Ce cadre fonctionnel est par ailleurs conçu de manière à ce que les populations autochtones puissent participer à la conception, à l’exécution, au suivi et à l’évaluation du plan de gestion, et recueillent une part équitable des avantages procurés par les parcs et les aires protégées. Le plan de gestion devra accorder la priorité à des dispositifs de collaboration permettant aux populations autochtones, en tant que gardiens des ressources, de continuer à les utiliser d’une manière écologiquement durable.

Populations autochtones et développement

22. Pour servir les objectifs de la présente politique, la Banque peut, à la demande d’un pays membre, aider ce dernier à planifier son développement et à formuler des stratégies de réduction de la pauvreté en appuyant financièrement diverses initiatives.

Ces initiatives

peuvent viser à: a) renforcer, en fonction des besoins existants, la législation nationale pour que les systèmes fonciers coutumiers ou traditionnels des populations autochtones soient officiellement reconnus; b) associer davantage les populations autochtones au processus de développement, en intégrant leurs points de vue dans la conception des programmes de développement et des stratégies de réduction de la pauvreté et en leur donnant la possibilité de tirer plus pleinement parti desdits programmes, grâce à la mise en place des réformes politiques et juridiques, au renforcement des capacités et à la conduite préalable d’un processus de consultation libre et fondé sur la communication des informations requises; c) appuyer les activités prioritaires de développement des populations autochtones dans le cadre de programmes (comme des programmes de développement de proximité ou des fonds

sociaux administrés localement) mis au point par les pouvoirs publics en collaboration avec les communautés autochtones; d) s'attaquer aux problèmes de genre¹⁹ et inter générations qui se posent au sein des populations autochtones, notamment aux besoins spécifiques des femmes, des jeunes et des enfants autochtones; e) préparer des profils de participation des populations autochtones pour recueillir des informations sur leur culture, leur structure démographique, les relations entre les hommes et les femmes et entre les générations, leur organisation sociale, leurs institutions, leurs systèmes de production, leurs croyances religieuses et leurs modes d'utilisation des ressources; f) renforcer la capacité des communautés et des organisations des populations autochtones à mener à bien la préparation, l'exécution, le suivi et l'évaluation des Cadre de Politique pour les Peuples Autochtones (CPPA) programmes de développement; g) renforcer la capacité des organismes publics chargés de fournir des services de développement aux populations autochtones; h) protéger le savoir autochtone, notamment en renforçant les droits de propriété intellectuelle; et i) faciliter la mise en place des partenariats entre les pouvoirs publics, les OPA, les OSC et le secteur privé en faveur de la promotion des programmes de développement au profit des populations autochtones.

Notes

1 Cette politique doit être mise en regard des autres politiques pertinentes de la Banque, notamment l'Évaluation environnementale (OP 4.01), les Habitats naturels (OP 4.04), la Lutte antiparasitaire (OP 4.09), le Patrimoine culturel physique (OP 4.11, à paraître), la Réinstallation involontaire (OP 4.12), les Forêts (OP 4.36) et la Sécurité des barrages (OP 4.37).

2 Le terme « Banque » englobe la BIRD et l'IDA; le terme «prêts» recouvre les prêts de la BIRD, les crédits de l'IDA, les garanties de la BIRD et de l'IDA et les avances du Mécanisme de financement de la préparation des projets (PPF), mais non pas les prêts, crédits ou dons à l'appui de politiques de développement. En ce qui concerne les aspects sociaux des opérations liées à des politiques de développement, voir l'OP 8.60, Prêts à l'appui des politiques de développement, paragraphe 10. Le terme « emprunteur » désigne, en fonction du contexte, le bénéficiaire d'un don ou crédit de l'IDA, le garant d'un prêt de la BIRD ou l'organisme chargé de l'exécution du projet, si cet organisme n'est pas l'emprunteur.

3 Cette politique s'applique à toutes les composantes du projet ayant un impact sur les populations autochtones, indépendamment de la source du financement.

4 Une « consultation des populations autochtones affectées, préalable, libre et fondée sur la communication des informations nécessaires » signifie qu'il faut lancer un processus de décision collective culturellement adapté, qui soit le fruit d'une consultation sérieuse et de bonne foi des intéressés permettant à ces derniers de participer en toute connaissance de cause à la préparation et à l'exécution du projet. Ce processus ne confère pas de droit de veto individuel ou collectif (voir le paragraphe 10).

5 Pour plus de détails sur la manière dont la Banque détermine si « les populations autochtones concernées adhèrent largement au projet proposé », voir le paragraphe 11.

6 La politique ne fixe pas a priori de seuil numérique minimum, dans la mesure où des groupes de populations autochtones peut ne compter que très peu de membres et, partant, être plus vulnérables.

7 Par « ancrage collectif » on entend une présence physique et des liens économiques avec des terres et des territoires qui sont la propriété traditionnelle du groupe concerné, ou dont l'utilisation ou l'occupation par ledit groupe est consacré par la coutume depuis des générations, y compris les zones ayant une signification spéciale, comme les sites sacrés. Ce terme désigne également la valeur attachée par des groupes transhumants ou de nomades aux territoires qu'ils utilisent de façon saisonnière ou cyclique.

8 Par « départ forcé » on entend la perte de l'ancrage collectif à des habitats géographiquement circonscrits ou à des territoires ancestraux qui intervient, du vivant des membres du groupe concerné, du fait des conflits, des programmes publics de réinstallation, de la confiscation des terres, des catastrophes naturelles ou de l'intégration desdits territoires dans une zone urbaine. Aux fins d'application de la présente politique, le terme « zone urbaine » désigne, généralement, une ville ou une agglomération qui présente toutes les caractéristiques suivantes, dont aucune n'est à elle seule décisive : a) la zone est légalement désignée comme zone urbaine par la législation nationale ; b) elle est densément peuplée ; et c) elle présente une forte proportion d'activités économiques non agricoles par rapport aux activités agricoles.

9 La politique de la Banque actuellement applicable est la PO/PB 4.00, *Utilisation à titre pilote des systèmes de l'emprunteur pour traiter des questions relatives aux sauvegardes environnementales et sociales dans les projets financés par la Banque*. Applicable uniquement aux projets pilotes recourant aux systèmes de l'emprunteur, cette politique inclut l'exigence que de tels systèmes soient conçus de manière à satisfaire aux objectifs et principes opérationnels tels qu'ils sont énoncés dans la politique sur les systèmes nationaux s'agissant des populations autochtones identifiées (voir tableau A.1.E).

10 Cet examen préalable peut être réalisé de manière indépendante ou dans le cadre de l'évaluation environnementale du projet (voir PO 4.01, *Évaluation environnementale*, paragraphes 3, 8).

11 Ces méthodes de consultation (communication dans les langues autochtones, délais de réflexion suffisamment longs pour permettre aux personnes consultées de parvenir à un consensus et choix des lieux de consultation ad hoc) doivent aider les populations autochtones à exprimer leur point de vue et leurs préférences. Un guide intitulé *Indigenous Peoples Guidebook* (à paraître) fournira des conseils sur les pratiques recommandées en la matière et à d'autres égards.

12 Dans le cas des zones où coexistent des groupes non autochtones aux côtés de populations autochtones, le PPA devra faire tout son possible pour éviter de créer des injustices inutiles vis à vis de groupes défavorisés et socialement marginalisés.

13 De tels projets englobent des projets à l'initiative des communautés, des fonds sociaux. Des opérations d'investissement sectoriel et des prêts accordés à des intermédiaires Financiers.

14 Toutefois, si la Banque estime que le CPPA remplit son office, elle peut convenir avec l'emprunteur que l'examen préalable de ce document n'est pas nécessaire. C'est alors dans le cadre de sa supervision que la Banque procède à une évaluation du PPA et de sa Mise en œuvre (voir la PO 13.05, *Supervision de projet*).

15 L'évaluation sociale et le PPA doivent faire l'objet d'une large diffusion auprès des Communautés autochtones affectées, par des moyens et dans des lieux culturellement adaptés. Dans le cas d'un CPPA, le document est diffusé par l'intermédiaire des OPA à l'échelon national, régional ou local, selon le cas, pour atteindre les communautés susceptibles d'être touchées par le projet. Lorsqu'il n'existe pas d'OPA, ce document peut être diffusé, si besoin en est, par l'intermédiaire d'autres organisations de la société Civile.

16 Une exception à la règle stipulant que la préparation d'un PPA (ou CPPA) est une condition de l'évaluation du projet peut être faite par la direction de la Banque si le projet considéré satisfait aux conditions requises de la PO 8.50 *Aide d'urgence pour la reconstruction*. Dans ce cas, l'autorisation consentie par la direction stipule le calendrier et le budget devant servir de cadre à la préparation de l'évaluation sociale et du PPA (ou à la préparation du CPPA).

17 Le terme « droits coutumiers » désigne ici des systèmes traditionnels d'exploitation communautaire des terres et des ressources, y compris l'utilisation saisonnière ou

cyclique, régis par les lois, valeurs, coutumes et traditions des populations autochtones plutôt que par un titre juridique délivré par l'État et conférant officiellement le droit d'utiliser ces terres ou ressources.

18 Le manuel intitulé *Indigenous Peoples Guidebook* (à paraître) consacré aux populations

Autochtones fournira des conseils sur les pratiques recommandées en la matière.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES DANS LA FORMULATION DE CPPA

**Liste de présence de consultation de partie prenante sur
l'élaboration du CGES, CPPA et PDGBM**

Date 22/09/2014

LIEU : Lisala

N°	Noms et prénoms	fonction	contact	Signature
01	Brigitte Botefe	C.D.D.	0814004603	
02	Gabriel FINIMONGA	CDDA	0810002838	
03	Adolphe Ilamga	CPPA/ANR	0810121218	
04	ROGER Lubwebo	AT	0815746268	
05	Dr Jokele BENGAYA	PANSS	0812156689	
06	ERNEST NGASA	Jour. RCL	0816259277	
07	Dr Kanyaka Jean Jacques	UCA/Pol. Ind.	0817917575	
08	Dr Nkaka Aime	CT/CCISD	0813746235	
09	Dr LILOLO MOSAHETE	M.C.2	0817251649	
10	Dr Bona Mombou	M.C.P.	0810365307	
11	André Bodumbu	N.S.U.	0811436147	
12	Dr Pierre KONGA	MDH/LISALA	0811549620	
13	Ron MADONOU EDONO	CEPAE	0811436710	
14				
15	MANSIETO MPADY	PASTEUR	0810414738	
16	MOTENGO Ignace	DNHGR/Lis.	0811202059	
17	BOZAKH OPAOIBA	PRES. Soc	0811447301	
18	YAMBA-Gbole	chef de BA	0814407047	
19				
20	Ewa MABOSO	AC/ASME	0811779653	
21	Nicolas Pascal MONOU DETA	APP. SOE/MOH	0817350932	
22	Ade laro Notata	Agents	0812056273	
23	SOBU RUBENI	JOURNALISTE	0822781900	
24	Likuku Pato	D'ETAT DISTRICT		
25				
26	MA SANGA THOMAS	JOURNALISTE	0818272573	
27	Oumar DANDO	Rep. Islam	0823364098	
28	THORI NGANDI ZAKA	Comm. SS	0816498115	
29	NGUMA JOSEPH	Notable	0810331693	
30	LIMBAKA Léon	ARTELS	0817226275	
31	Pascal Jean	ISD/ISCL	0811436159	
32	ALEMB A KIRIKAY	ISD/INCL	0818522872	
33	RAOUL MUKODA	ISD/TOPO	0812662335	
34	DAVID ABALAKATO	RABUNDIR. Dep. Dupuy	0825156123	
35	Julien AWKA	Log. PARE	0810236918	
36				
37				
38				
39				
40				

cuerpo Cical -

20	WABI-NEAKO	PA	082 4564 320	+
21	BONGIOLE-NEAKO	PA	082-1637006	16
22	BOLUKU-NABULI	PA	082 4564 320	16
23	AMBA-MARIANO	PA		0
24	BIKOMBA-AZELE	PA	081 408 446	746
25	BOYELI-ELIMBE	PA		16
26	BOYELI-BATELA	PA		0
27	BOMBULA	PA		16
28	LOBENCIO	PA		16
29	BOLISOMIELSE	PA		16
30	NZAKO-BILALI	PA		16
31	BOMBULA	PA		X
32	MBANAA	PA		16
33	MAAMAPASA	PA		16
34	EYONCIA-BOYELE	PA		16
35	KONCIA	PA		16
36	BOLUMBU	PA		16
37	MPORONONONCIO	PA		16
38	LOTOMBO	PA		16
39	MARILYNE-ELEMBE	ERA	082 4730659	16

marilynelembé@yahoo.fr
MARILYN ELEMBE

cuerpo Cicali -

20	WABI-NEAKO	PA	082 4564 320	+
21	BONGIOLE-NEAKO	PA	082-1637006	→
22	BOLUKU-NABULI	PA	082 4564 320	→
23	AMBA-MARIANO	PA		0
24	BIKOMBA-AZELE	PA	081 4084 746	→
25	BOYELI-ELIMBE	PA		→
26	BOYELI-BATELA	PA		→
27	BOMBULA	PA		→
28	LOBENCIO	PA		→
29	BOLISOMIELSE	PA		→
30	NZAKO-BILALI	PA		→
31	BOMBULA	PA		X
32	MBANAA	PA		→
33	MAAMAPASA	PA		→
34	EYONCIA-BOYELE	PA		→
35	KONCIA	PA		→
36	BOLUMBU	PA		→
37	MPORONONONCIO	PA		→
38	LOTOMBO	PA		→
39	MARILYNE-ELEMBE	ERA	082 4730659	→

marilynelembé@yahoo.fr
MARILYN ELEMBE

Liste de présence de rencontre.

Assistant : Ar TRESOR NZALI
 Lieu : BIKORO
 Date : du 15 au 16 Septembre 2014

N°	Noms et prénoms	fonction	contact	Signature
01	ROGER-WOBA	A-Tai	0858208202	
02	BAHALOLA Pierre	AFF SOC Superv	0858111728	
03	AKPO TEA MAKOMBO	ECN/Bik	0858184442	
04	Ar PAULIN LINTIBA	MCZ/Bik	0858149625	
05	Ar Tom MOKOLO	MDH/Bik	0858217333	
06	Sr NKUMU MOLA	AGI HGR	0846649232	
07	MONGEKO PASCAL	Chef d'Antenne A.C/V.5	0858151843	
08	Joko-Pomanga	Président BOMOKO	0853395639	
09	BOIKA NOIKAMBI	Président MEPA	0850365607	
10	Didier MAMBULA	Préfet/ ATH/Bik	0858134363	
11	Jb-Joka-Mboneu	CHF Cont	0858108253	
12	BOIKA-IBONEU	Pêcheur	0845103974	
13	NZE-LDLAKI	Cultiv		
14	NKUMU-BOKOMO	Membre/MEPA		
15	MONBU-MAHEKE	CuPivote		
16	MONKENGO-JBONEU	Pêcheur	0854706416	
17	NZOLI-EWA			
18	NKUMU MOKOBE		0854668315	
19	MBOYO-EPESE	MEPA	0850365607	

Chargé	Eligibilité	Concession (NRB), Comm	de	le	Kinshasa
Chargé	Eligibilité	Concession (NRB), Comm	de	le	Kinshasa

Case	MRD Source Title	Chg. to	0907/1 64		
	M Pro		9/3	ven	
260	HVK		08/19/08/07		
unique BIAHBO		Coordon Not	8/19/97/97	bebebe@gmail.com	
NAWA P1055		Coord. Adjunct	08/4/94 6697	ducluc.nawawana@gmail.com	
	P055	Senior USM/IDM	825860067	cahyanku@gmail.com	
	N		84	hosporebtp@gmail.com	
NRB4	PK	change of attitude/cont	08/8/1007/104	Kommumunb@gmail.com	
SA	A COMMUNAL	CFA	08/27/2795		
KELE	PFRP	S RE	08	apwanch@gmail.com	

Je 22/1/2020

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

N°	NOM & POST-NOM	FONCTION	N° Tel	SIGNATURE
01	ZAWADI GIFURURU	SEC CODESA	0595014785	
02	KAZUNGU AUGUSTIN	PRECO SA	0593313440	
03	JEROME MAMUTWA	Vérificateur	0597384776	
04	Paafique MUSTASADJA	gest. Programme PDS	0820417763	
05	N. San KAPUKU KAYENRE	MCS	0992981418	
06	BIROU BATENGA Bernard	AGIS	0997284070	
07	ZAWADI - ANGELIQUE	E.T	0573316128	
08	Edgar RUMAMUNU	PDS / Coordinateur Adjoint	0844466971	

Bibliographie générale

- ALTHABE Gérard, changements sociaux chez les pygmées, BAKA de l'est Cameroun, cahier d'Etudes Africaines, Paris, 20, vol. 5, pp.561-592
- ABEGA Sévin C. et BIGOMBE P., 2006, la marginalisation des pygmées d'Afrique Centrale, Afredit, Lagres- Saints – Geosmes.
- ABEGA, S.C. 1999, les pygmées Baka : le droit à la différence, INADES Formation, Yaoundé, UCAC.
- BAHUCHET (S.) & R. FARRIS THOMSON, 1991.- Pygmées ? Peintures sur écorces battues des Mbuti (Haut-Zaïre). Paris, Musée Dapper, 168 p. (pp. 115-147)
- BAHUCHET, S. 1992, les pygmées d'aujourd'hui en Afrique centrale, in journal des Africanistes, tome 1, Paris, l'Harmattan.
- Banque Mondiale, 2009, Stratégie Nationale pour le Développement des Peuples Autochtones Pygmées, RDC.
- Banque Mondiale, 2008, Etude d'Impact social et environnemental du fonds commun multi bailleurs et du don IDA dans le cadre du programme national forets et conservation de la nature, cadre politique pour les peuples autochtones.
- BOKATOLA, IsseOmang, 1992, Bruyant, Bruxelles, .l'organisation des Nations Unies et la protection des minorités,
- Chaire UNESCO de l'Université de Kinshasa, 2005, Situation des Autochtones Pygmées (Batwa) en RDC : Enjeux de droit humains, travail réalisé sous la direction de Désiré NKOY avec l'Appui technique et financier de l'UNESCO, Kinshasa.
- ITOUA YOYO AMBIANZI, 2008,Projet d'appui A L'éducation de base (PRAEBASE) Brazzaville, Stratégie nationale d'éducation des populations autochtones du Congo (SNEPAC),
- KANGULUMBA Mbambi, V, 2005, Revue de droit Africain, n° 35/2005, Bruxelles, A propos des terres des communautés locale : qui en serait le propriétaire et quel en est le régime contentieux en droit congolais ? RDJA Asbl, pp. 282- 292.
- Le Code forestier congolais et les droits des peuples autochtones pygmées, 2007, omission ou contradictions ? in le Forestier, n° 2 , Décembre 2007.
- MOLA- MO- NGONDA, 1989-1990,ISP/Mbandaka, L'apport des Bantu (pygmoïde) dans la collectivité du lac Ntomba,. travail de fin d'Etudes au Département d'histoire et sciences social

Référence tirée de ITOUA YOYO AMBIANZI, 2008, Brazzaville PROJET D'APPUI A L'EDUCATION DE BASE (PRAEBASE) Stratégie nationale d'éducation des populations autochtones du Congo (SNEPAC),

- 1- Noël BALLIF 1992, Paris l'Harmattan, Les pygmées de la grande forêt,
- 2- Lucien DEMESSE 1978 ; SELAF- Paris, Changements technico-économiques et sociaux chez les pygmées Babinga (Nord Congo et Sud Centrafrique),
- 3- MAFOUKILA M.C., La scolarisation des enfants pygmées au Congo : évolution historique et perspectives
- 4- Peter BAUMANN, HELMUT UHLIG, 1977 ; Seghers, Vichy, Pas de place pour les hommes sauvages

- www.afrika.com
- www.eternalnetwork.org
- www.inspectiopanel.org
- www.minorityrights.org

ANNEXE 3. TERME DE REFERENCE POUR LA FORMULATION D'UN PLAN D'ACTION EN FAVEUR DES POPULATIONS AUTOCHTONES (PPA).

Le Gouvernement de la République Démocratique du Congo a sollicité et obtenu de l'Association Internationale de Développement (IDA) un don en vue de financer le Projet de Développement des soins de Santé (PDSS).

L'objectif de développement du PDSS est d'augmenter l'accessibilité des soins de qualité de la population du Congo. Le Ministère de la santé a mis en place l'Unité de coordination a tout le niveau.

Justification

L'état de santé de la population congolaise dans son entièreté et les populations autochtones (PA) en particulier, reste d'après les différents rapports des études menées au cours de cette décennie, emmaillé par plusieurs fléaux qui s'opposent au droit à la santé qui garanti l'accès des populations autochtones à tous les services sociaux et de santé sans aucune discrimination. Le bien être sanitaire de ces populations et font objection à la protection ainsi qu'à la promotion de la santé, qui constituent des droits fondamentaux de la personne humaine.

Et en suite, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës. En ce qui concerne les femmes enceintes, seules les deux pourcents fréquentent les CPN. La quasi-totalité

d'accouchement s'effectuent à domicile ou dans la forêt. Le rapport de la réalisation d'une enquête sur l'état et les besoins des populations autochtones en matière de santé effectuée par le ministère de la santé dans son programme de développement des services de santé, qui s'est fixé comme objectif le développement, l'amélioration de l'accès aux femmes, des enfants et des autres groupes vulnérables, y compris les populations autochtones (PA) aux services de santé de qualité; s'inscrivant ainsi dans la politique opérationnelle 4.10 des peuples autochtones de la BM. Le peuple autochtone qui n'est pas encore totalement sédentarisé, vit pour la grande majorité, dans les zones géographiques encore très enclavées. Quant à leur accès aux services sociaux de base, la question demeure une préoccupation majeure, en raison de multiples facteurs entravant dont les principaux sont : les problèmes d'accessibilité géographique, culturelle et financière, mais également à cause des jugements de valeurs qui se rendent parfois difficile la cohabitation avec les autochtones.

C'est dans cette optique que le PDSS a adopté, entre autres, le développement du paquet de services essentiels (PSE) de qualité en tant que stratégie de rationalisation et de ciblage des actions sanitaires qui offrent une opportunité permettant d'assurer des prestations dans les zones enclavées et un accès équitable aux services de santé. Dans cette perspective, le PDSS a mis déjà procédé à l'achat et à l'équipement des cliniques mobiles (ambulances, pirogues, hors bord) pour améliorer l'accès des populations enclavées, notamment les populations autochtones aux soins de santé de qualité.

Le PPA mettra l'accent sur le renforcement des capacités des PA eux-mêmes à améliorer leur condition de vie et leur santé.

Néanmoins, il faut demeurer conscient que les besoins des peuples autochtones sont immenses et ce n'est pas dans un programme isolé que l'on peut espérer résoudre tous les problèmes de cette communauté. L'initiative du PDSS demeurera donc une action d'impliquer la population autochtone dans l'objectif global de développement du PDSS afin que la population autochtone tire du projet des avantages sociaux et améliore leur état sanitaire.

Objectif global

Formuler un plan d'action des populations autochtones vivant dans les zones ciblées en intégrant la dimension de l'objectif global du PDSS.

Objectifs spécifiques

- Identifier et quantifier des propositions de sous projet adhérent aux objectifs du PDSS
- Identifier et quantifier les couts de chaque sous projet identifié et préparer un budget pour chaque sous projet et un budget global.
- Apprécier le niveau d'engagement des leaders communautaires dans la promotion des santés de la population
- Elaborer un cadre programmatique chiffré de la mise en œuvre des activités du PPA
- Préparer un plan d'action en faveur des populations autochtones tout en s'assurant que ces actions respectent pleinement les priorités du projet, son manuel d'exécution et son cadre de planification en faveur des populations autochtones.

Méthodologie

- Identifier les leaders PA et convenir avec ces derniers de l'organisation (lieux et dates) des rencontres communautaires visant à échanger sur leur mode de vie de nomades en forêts ou dans les collines, leurs problèmes prioritaires, leurs besoins, afin de définir les options à leur faveur.
- Mener des travaux de réflexions avec les PA afin que ces derniers formulent les grands axes de promotion et d'autopromotion (plan de vie) répondant à leurs priorités de développement.

Champs de l'étude et échantillon.

L'étude se déroulera dans les quatre provinces en RDC par rapport à leur nombre plus élevé des effectifs des populations autochtones. Un échantillon de nombre de campements à examiner, est attendu dans la méthodologie du consultant. Le consultant à recruter devra réaliser les actions suivantes :

- Proposer une méthodologie de l'exécution de l'étude, échantillon inclus
- Proposer un plan de travail qui sera validé par l'équipe d'exécution du projet
- Rédiger les procès verbaux relatifs aux différentes sessions de réunions tenues, avec les noms des participants, les photos de séances de préférence digitales.

Durée.

La durée de la consultance est 60 jours à compter de la date de mise en vigueur du contrat. Le calendrier définitif sera arrêté lors de la négociation du contrat

Résultats attendus

- Les leaders PA ainsi que le consultant se sont convenu et ont identifiés de lieux et dates de rencontres communautaires ;
- Les travaux de réflexions avec les PA afin que ces derniers formulent les grands axes de promotion et d'autopromotion (plan de vie) répondant à leurs priorités de développement (sur la base des difficultés/problèmes, besoins prioritaires, vision du futur) sont menés.
- Les actions de sous projet sont identifiées, tout en s'assurant que ces actions respectent pleinement les priorités du projet, son manuel d'exécution et son cadre de planification en faveur des populations autochtones.
- Le plan d'action en faveur des populations autochtones est élaboré tout en s'assurant que les actions respectent pleinement les priorités du projet, son manuel d'exécution et son cadre de planifications autochtones.

Profil du consultant

Pour répondre aux critères de sélection, le candidat devra répondre au profil suivant :

- Disposer d'un diplôme d'enseignement supérieur (minimum Bac +5) dans l'un des domaines suivant : développement , communication, sociales, sciences agricoles, ou autre domaine en rapport avec la thématique ;
- Avoir un minimum de 5 ans d'expérience professionnelle ;
- Etre pourvu d'expertise vérifiable d'au moins trois ans dans les contacts, le dialogue et /ou sensibilisation avec les peuples autochtones,
- Avoir au moins trois ans d'expériences prouvées de travail de mobilisation sociale, d'animation rurale, formateur des leaders communautaires et promotion de droits humains, de préférence avec les peuples autochtones pygmées ;
- Disposer de bonnes capacités de rédaction des rapports avec un accent sur les aspects socioéconomique et culturels

Seront considérés comme atouts supplémentaires :

- Une bonne connaissance et expériences capitalisées auprès des populations autochtones
- Une expérience dans les principes de la Banque Mondiale
- Avoir fait ou conclu un contrat avec la Banque.

Annexe 8 : Détail des consultations publiques dans la zone du projet

Rapport synthèse de la mission

Assistant : Elisée Lituambela

Lieu : Inongo

Date : du 01/10 au 03/01/2014

Acteurs institutionnels	Points discutés	Problèmes	Attentes	Craintes	Recommandations
Autorité Administratives					
1. Chef du Territoire	PDSS	RIEN	Il veut que l'UC/PDSS revienne à Inongo		Que la Banque Mondiale appui PDSS
Service Technique					
2. Médecin chef de District	PDSS	✓ Suivi des activités ✓ Non application des normes	✓ Avoir un système de suivi permanent ✓ Tient compte de nos besoins		✓ Que la Banque Mondiale fasse le système de récipiendaire qui canalise les activités dans la zone de santé ✓ Respect des normes ✓ Consultation chef de Zone, de district ainsi qu'un consultant de la Banque Mondiale pour recueillir le besoins prioritaire
3. Médecin chef de Zone	✓ Amélioration de l'utilisation et la qualité des services des soins de santé de base	✓ Sur 34 aires de santé 6 seulement ont de réfrigérateurs fonctionnels ✓ Les non ravitaillement en moustiquaire imprégné depuis 2009 ✓ Nombre élevé de paludisme ✓ Les ACT, poche de sang, marqueur ✓ Approvisionnement irrégulier des médicaments ✓ Le non prise en compte des réquisitions de la base ✓ Pas un dépôt de médicaments ✓ Les espèces ne répondent pas aux besoins réels de la population ✓ Médicament non approprié et qui vienne juste en	✓ La motivation du personnel ✓ Avoir de réfrigérateur à pétrole ✓ Respect de la réquisition de la base ✓ Les livraisons tiennent compte de nos besoins réels ✓ Connaitre le prix d'achat des médicaments ✓ Recyclage des agents ✓ Avoir un logiciel de gestion des médicaments ✓ Recyclage avec le SNISS un canevas de recyclage ✓ Recyclage en informatique ✓ Recyclage en module de soins curatifs ✓ ordinogramme	✓ la rupture des stocks ✓ les données non quantifiées	✓ que PDSS prenne en compte nos attentes
4. Administrateur de finances zone de santé	✓ Appui à la gestion et au système de santé				

Cadre de Planification en Faveur des Populations Autochtones (CPPA)

Chargé de dépôt médicament		- quelque mois de la date d'expiration ✓ Le prestataire n'est pas rémunéré ✓ Dernière formation en 2008, ✓ Non recyclage des agents sur la gestion de			
	Approvisionnement et disponibilité des médicaments	✓ Pas de dépôt pour garder les médicaments	✓ Construire un dépôt médicament	Vol car difficile de contrôler tout le lieu à la fois	Que la PDSS construise un dépôt à Inongo
	✓ Amélioration de l'utilisation et la qualité des services des soins de santé de base ✓ Appui à la gestion et au système de santé ✓ Gestion des déchets biomédicaux	✓ surveillance nutritionnelle (unité de traitement de prise en charge) ✓ pas de molécule non respect de réquisition à la base ✓ livraison de médicament en voie de péremption ✓ besoins en formation et recyclage personnel ✓ vieillissement des agents ✓ compétence pose problème ✓ beaucoup de déficience par rapport au AG ne maîtrisant pas la gestion d'institution médicale ✓ suivi et évaluation ne se pas seulement suivi de malade aspect activité planifiée dans le plan d'action l'hôpital d'Inongo n'a pas ça ✓ prime trop modique des agents de l'unité de projet Inongo ✓ le faite de budgétiser que 20 personnes sur le 100 ✓ impayées (arriérer) ✓ pas de matériels appropriés pour la gestion de déchets ✓ manque de formation de personnel d'assainissement ✓ incinérateur pas achevé ✓ non respect de normes d'incinérateur ✓ besoin en essence pour calciner les déchets solides	✓ Monter une unité proprement dite pour la prise en charge nutritionnelle des enfants mal nutris puis équiper ✓ Tenir compte des nos besoins ✓ Financer la retraite de vieux pour engager de nouvelle unité ✓ Besoin en formation en cour d'emploi : - Management de soin de santé primaire - SNISS avec de facilitateur compétent (5^{ème} direction) - Surveillance épidémiologique - Réanimation de nouveau né - Le soin obstétrique de base - En suivi et évaluation - Sur la gestion de déchets biomédicaux ✓ Planifier les formations et recyclage pour le AG ✓ Prévoir une structure d'assistance technique ✓ Prime considérable ✓ Intégrer tout le monde dans le budget ✓ Besoin en matériels d'assainissement ✓ Besoin en formol pour les trous à placenta ✓ Achever le travail d'incinérateur ✓ Déplacer l'incinérateur de 500 m de l'hôpital	✓ La destruction des médicaments coutent chère ✓ La qualité de soin médiocre ✓ Disfonctionnement ✓ Évaluation pose problème ✓ Catastrophe ✓ Démotivation personnelle	✓ Que la Banque Mondiale dote l'hôpital général d'Inongo d'un bâtiment pour la prise en charge nutritionnelle des enfants mal nutris puis équiper ✓ Appui soit régulier ✓ Que la Banque Mondiale appui nos attentes reformulé ✓ Que la Banque Mondiale mette en place une structure d'assistance technique pour appuyer les institutions sanitaires ✓ Appui les besoins en formation des agents ✓ Doter l'hôpital d'un nouveau incinérateur respect le normes
Médecin superviseur de zone de santé	✓ Amélioration de l'utilisation et la qualité	✓ Les imprimés de valeurs par	✓ Un appui global dans de zones de santé	✓ Difficulté de fonctionner	✓ Budgétiser le fonctionnement de zone de santé

	- des services des soins de santé de base ✓ Appui à la gestion et au système de santé ✓ Gestion des déchets biomédicaux	- rapports au CPN, CPS ✓ Démotivation personnelles ✓ Non respect de la réquisition à la base ✓ Le vendeur des médicaments ne se retrouve pas ✓ Non recyclage du personnel ✓ Manque de matériels adapté à la nouvelle technologie ✓ Les antennes plus éloigné de centre plus de 500 km ✓ Non accompagnement de monitoring de base dans la structure ✓ mauvaise gestion de déchets biomédicaux Le non isolement de trous à placenta pas des incinérateurs	✓ Paiement des agents ✓ Respect de la réquisition ✓ Recyclage de prestataire chaque trimestre ✓ Doté les structure sanitaire en matériels et équipement ✓ Motivation personnel par une prime ✓ Doté les outils de valeurs 'livre de caisse, journal de caisse cahier de présence ✓ Besoin en moto ✓ Accompagnement au monitoring de base ✓ Recyclage en gestion de déchets biomédicaux	✓ Péremption des médicaments ✓ Manque à gagner ✓ Les indicateurs baissent par manque de supervision ✓ TROP de dis concordance par rapport au indicateurs dans le SNISS ✓ Prolifération de maladie de main sale ✓ Pollution de l'air ambiante	✓ Respect de la réquisition à la base ✓ Si l'Etat peut mécaniser les agents nouveaux unité en retraitant le vieux ✓ Disponibilisé le centre en informatique ✓ Ravitaillaient le centre en carburant pour des intrants ✓ Doté de zone de santé en moto pour le superviseur ✓ Rendre disponible le moyen pour appuyer le zone de santé dans le monitoring de base ✓ creuser de trous à ordure profond ✓ rendre disponible le formol ✓ construire des incinérateurs
Directeur General et Académique ISSS INongo Institut Supérieur de Sciences de Santé	✓ Appui à la gestion et au système de santé ✓ Gestion des déchets biomédicaux	✓ Matériels didactiques ✓ Manque de spécialisation dans le domaine d'assainissement et environnement ✓ Manque de la sensibilisation de la communauté ✓ Manque de moyen de fonctionnement ✓ le manque de notion sur la gestion de déchets biomédicaux	✓ Dotation en matériels didactique ✓ Recyclage des enseignants en gestion de déchets ✓ Construction de latrine ✓ Appui au frais de fonctionnement ✓ Besoin de partenaire pour appuyer l'ISSS ✓ appui en stage	✓ perdition des étudiants ✓ impact négatif de la mauvaise gestion de déchets biomédicaux entraine le maladie, nocif à la santé humaine, pollution, encombrement	✓ que la Banque Mondiale tienne compte des nos attentes
Etudiant en assainissement et Environnement à l'ISSS Inongo	✓ Amélioration de l'utilisation et la qualité des services des soins de santé de base ✓ Appui à la gestion et au système de santé ✓ Gestion des déchets biomédicaux	✓ Gérance de déchets ménagers ✓ Enfouissement non respecté ✓ Le non respect d'hygiène au niveau de la communauté ✓ Accès difficile des étudiants au Hôpitaux pour la gestion de déchets biomédicaux ✓ Manque de matériels didactique	✓ Organiser des séances d'encadrement et séminaire pour que la population améliore leur condition d'hygiène ✓ Appui aux différentes structures sanitaires pour la gestion de déchets biomédicaux ✓ Besoin en formation : ✚ Déchet biomédicaux ✚ La bonne gestion de l'environnement ✚ En 2^{ème} cycle ✓ Construire de latrine au niveau des hôpitaux et	✓ Les maladies ✓ Prolifération des infections nosocomiales ✓ Pollution ✓ Présence de vecteur, moustique cancrelat,	✓ Que la Banque tienne compte de nos attentes

Cadre de Planification en Faveur des Populations Autochtones (CPPA)

Technicien d'assainissement hôpital général d'Inongo Les ONG et les associations actives du milieu Communicateur social projet ERA Congo (Maidombe REED + Peuples Autochtones			institution sanitaire		
	Gestion des déchets biomédicaux	✓ Insuffisance de matériels, tenu de protection, matériel technique, bêche, brouette, ramette, charrette ✓ Pas de formol ✓ A placement de l'incinérateur proche des malades	✓ Besoin de formol ✓ Déplacer l'incinérateur ✓ Besoin en formation des agents d'assainissement ✓ Dotation en matériels adéquate ✓	✓ Assainissement c'est la médecine préventive	Appui par la Banque de toutes les attentes
	✓ Projet ERA CONGO ✓ Gestion des l'environnement	✓ Nouveau projet ✓ Non appropriation du projet par la population ✓ La déforestation par la brûlure par la communauté locale ✓			
	✓ Amélioration de l'utilisation et la qualité des services des soins de santé de base ✓ Appui à la gestion et au système de santé ✓ Gestion des déchets biomédicaux	✓ Pas un docteur PA à Inongo ✓ Non prise en charge par l'Etat pour les soins médicaux ✓ Les études des leurs enfants ✓ Besoins en équipements pour les champs et pêches ✓ Conflit foncier, pas de terre ✓ PA devant la justice pas de raison ✓ Besoin en formation ✓ On étudie mais on ne travail pas ✓ Une école d'alphabétisation pour le PA ✓ Ecole des métiers ✓ Avoir un programme de la planification familiale ✓ Besoin de fourniture scolaire	✓ Des hôpitaux dans leur quartier ✓ La gratuité des études de leurs enfants ✓ Construire une espace pour le PA ✓ Besoin en formation ✓ Que nous soyons intégrer dans les étapes des décisions dans des projets ✓ Besoin de la justice équitable	✓ L'Etat nous reconnait	✓ Que nos attentes soient prises en comptes

RAPPORT SYNTHETIQUE DE LA MISSION**Assistant : Dr TRESOR NZALI****Lieu : MBANDAKA - BIKORO****Date : Du 13 au 20 septembre 2014**

LES ACTEURS INSTITUTIONNELS RENCONTRES	POINTS DISCUTES	CRAINTES & PREOCCUPATIONS	RECOMANDATIONS
1. Ministre Provincial de la santé & Relation avec l'assemblée Provinciale 2. Ministre Provincial(Commisariat) de l'Environnement et conservation de la Nature 3. Chef de Division de la Jeunesse 4. Bourgmestre de la commune de 5. Administrateur du Territoire BIKORO 6. Superviseur des affaires sociales BIKORO 7. Superviseur de l'Environnement et conservation de la Nature BIKORO 8. Superviseur des Affaires sociales	Quelles sont les actions préventives a mené ?	• Non implication de la population • Manque de surveillance et de suivi • L'utilisation de moustiquaires comme filet de pêche • L'inaccessibilité à certains coins	• Sensibilisation pour transmettre les connaissances • Installation des latrines publiques • Intensifier la distribution de moustiquaires imprégnées • Assurer le suivi et contrôle régulier • La prévention doit être multisectorielle • Le moyens logistiques adaptés à la réalité de chaque coin
	Comment comptez-vous participer à la gestion de médicaments approvisionnés dans les structures sanitaires ?	• Les représentants de la population peuvent être exclus • L'utilisation de médicaments a de fins personnelles et lucratives • Le projet peut être arrêté avant le délai	• L'autorité politico-administrative doit être impliquée dans la gestion • Toutes les couches de la population à travers leurs délégués participer à la gestion • Respecter le cycle du projet • La pérennisation du projet
	A quoi servira le renforcement de capacités sur les questions liées à la sante ?	• L'absence de la restitution	• Que le renforcement de capacités toucher non seulement le corps médical et paramédical, mais aussi d'autre leader d'opinion • Que la restitution soit assurée • Les besoins proviennent à la base dans les secteurs déficitaires
	• Comment le service d'hygiène et assainissement fonctionne-t-il ?	• Le personnels ne sont pas formés, ni recyclés. • Il y a seulement une année que le service d'assainissement est fonctionnel dans certains coins de la province • Le déficit de matériels d'assainissement et de gestion de déchets public.	• Que les personnels et techniciens soient formés • Approvisionner le territoire par les matériels et les moyens nécessaire

9. Pharmacien Provincial 10. Médecin Directeur de l'HGR de WANGATA 11. Médecin Directeur de l'HGR de MBANDAKA 12. Médecin Directeur de l'HGR de BOLENGE 13. Médecin Directeur de l'HGR de BIKORO 14. Administratrice Gestionnaire 15. Infirmier Titulaire	Quelles sont les activités préventives qu'on peut intensifier dans vos formations sanitaires ?	- Le non implication de la population - Le manque de matériels ou supports de sensibilisation - Les us et coutumes de la population	- Il faut envisager la protection de la mère et enfant - Appuyer la vaccination sur le plan logistique et technique - Disposer les intrants pour le service de santé de la reproduction et de la procréation - Maintenir la distribution de moustiquaires imprégnée chez les femmes enceintes - Sensibilisation et vulgarisation de pratiques saines ou préventives
	Comment comptez-vous gérer les médicaments approvisionnés par Banque Mondiale à travers le PDSS ?	- Eviter la rupture - Disponibilité et approvisionner les médicaments non utilisables	- Que l'approvisionnement de médicaments puisse découler sur base de réquisition des animateurs médicaux de la base - Que la Banque Mondiale soutienne l'opérationnalité de centre de distribution Régionale de médicaments, en sigle CDR
	A quoi le renforcement de capacités servira dans le domaine de santé ?	- Le manque de moyen de la restitution - Renforcement de capacités avec les matières qui ne répondent pas au besoin du terrain - Utiliser la méthodologie inadaptée - Le renforcement de capacité soit limité aux médecins	- Etendre les formations jusqu'à la base - Que le renforcement de formation soit un processus continu - Que les formations des animateurs de santé et administratif touchent la prescription de certaines nouvelles molécules, l'utilisation de certains intrants, rédaction de rapports, la nouvelle technologie de l'information ; sur la gestion de médicaments etc.....
	Comment gérez-vous les déchets biomédicaux ?	- Il y a l'absence des incinérateurs-, et personnels qualifiés - Les animateurs ne sont pas formés et ou recyclés	- Que le PDSS pense à la construction de dispositif pour gérer les déchets biomédicaux - Que les personnels soient formés
	Comment comptez-vous participer à la prévention de maladies à travers le PDSS?	- Le moyen insuffisant - Absence de matériels de sensibilisation	- Qu'on pense créer de mutuelle de santé pour les PA - Que le PDSS dispose les manuels de sensibilisations - Que la sensibilisation soit menée à tous les niveaux - Implication de tous
16. COJEJ 17. RACOF 18. Antenne VIE SACREE de BIKORO 19. Coordonnateur de l'ONG MOBIKO			

20 . MEPA(Mission Evangélique de Peuples Autochtones d'Afrique)	A quoi le renforcement de capacités servira dans le domaine de santé ?	Les personnes formées ne soient pas provenu des organisations viables	Que le PDSS renforce les capacités de différents leaders d'opinion
	Comment participerez-vous à la gestion des médicaments approvisionnés ?	- Détournements - Non-respect de tarification	- Que tout passe dans la transparence - Que le COSA et les RECO jouent leurs rôles - Que le suivi et les sanctions soient effectifs
	Les PA ont-il accès facile aux soins médicaux ?	- Les PA recourent souvent aux traitements traditionnels - Ils n'arrivent pas à payer les frais	- Sensibiliser les PA - Instaurer une mutuelle de santé pour les PA - Qu'on fasse pour eux leurs propres formations sanitaires aux quelles le prix sera proportionnel à leur revenu
	Quelles sont les activités qu'on peut mener pour prévenir les maladies ?	- L'utilisation de moustiquaires comme instrument de pêche - Les conditions de vies sont précaires - Absence de PA formés comme les personnels de sante	- Lutte contre la pauvreté et les conditions précaires - Distribution de moustiquaires imprégnées - sensibilisation sur la planification familiale - sensibiliser les Bantous de considérer les PA dans le milieu hospitalier - Former les PA comme les animateurs de santé et les intégré dans les formations sanitaires
	De quoi pensez-vous sur le renforcement de capacités ?		Que le PA soit formé comme les sensibilisateurs et les opérateurs de Vaccinations et autres processus.
	Les médicaments seront approvisionnés aux Centres de Santé et Hôpitaux à travers PDSS, avez-vous un mot ?	- Les PA écartés à la gestion - Les médicaments soient commercialisés par les autoritaires sanitaires	- Que les représentants de PA participent à la gestion à tous les niveaux - Que le prix de médicaments et différentes tarifications soient connues par tous

TABLEAU SYNTHETIQUE DES CONSULTANCES

- LIEU : Province de Maniema
- Ville : KINDU
- Projet PDSS Air de Santé de KASONGO
- Assistant : Benjamin BOSUA

Date : Du 06 au 13 Octobre 2014

Axe 1 : **AMELIORATION DE L'UTILISATION ET DE LA QUALITE DES SERVICES DE BASE**

Personnalités rencontrées	Sous composantes	Attentes	Craintes	Recommandations
- Ministre provincial de la santé, - Min prov. De l'environnement, - Médecin Inspecteur Provincial(MIP) - Ministère provincial des affaires sociales, - Université de Kindu (Faculté de Médecine)	PREVENTION	- Rendre efficace et efficace les mesures d'hygiène publique - Construire des incinérateurs pour éliminer les déchets biomédicaux - Sensibilisations des PA sur les notions de base d'hygiène communautaire - Construction des latrines dans les hôpitaux et centres de santé - Aménagement de desserte d'eau potable	- Plombées épidémiologiques et enregistrement d'un taux élevé des décès dus aux maladies hydriques aux populations environnantes.	Renforcement et amélioration des services de soin de base dans toute la zone d'intervention du projet.
	APPROVISIONNEMENT ET LA DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS	- Appui régulier d'approvisionnement des produits essentiels - La gratuité d'accès aux soins de santé ne doit pas être une exception, mais plutôt une règle pour tous les bénéficiaires - les activités de sensibilisation doivent avoir une large diffusion - Renforcement des unités de relais des soins mobiles pour palier à la problématique de	- Moins de chance pour atteindre les objectifs assignés par le projet. - La non accessibilité aux soins de certaines groupes minoritaires du corridor ; notamment les Peuples Mbuti. - La perte des médicaments	-mettre sur pied une planification procédurale d'approvisionnement qui tiendra en compte les aspects suivants : 1. Distance qui sépare les unités de santé de populations lointaines, 2. Un éventuel renforcement des capacités spécialement à l'unité de gestion de

(APDMA,UWA KI, VORSI- KASONGO,... - Institut Supérieur Médical de Kasongo - Unité de gestion PARSS	APPROVISIONNEMENT ET LA DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS	distance entre les centres de santé et les villages ou campements de populations autochtones. - Assouplissement de procédure de livraison et d'approvisionnement - rendre disponible quelques unités essentielles des médicaments adaptés aux problèmes de santé des populations cibles sans oublier les populations cibles.	par la péremption - Toxicité à la population qui environne les hôpitaux - Enregistrement des cas de décès dus aux ruptures des stocks de médicaments - Discriminations aux à l'égard des populations éloignées notamment, les peuples autochtones vivant dans les campements. - L'ignorance des droits d'accès aux soins de santé par les bénéficiaires du projet	médicaments en synergie avec les attentes des différentes catégories de populations vivants dans le corridor du projet ; 3. forte série de sensibilisations sur les conditions d'accès aux soins de santé 4. Faire participer et impliquer les représentants de chaque groupes des Populations autochtones dans les unités de gestions de médicaments au sein de huit (8) zones de santé appuyées par PARSS.
	RENFORCEMENT DE CAPACITES DES RESSOURCES HUMAINES	Formations périodiques de toutes les parties prenantes du projet Cibler quelques thématiques susceptibles d'être renforcé en capacités	- Faible appréhension sur tâches techniques et administratives en guise d'un travail bien accompli par les prestataires du projet - Retard des informations actualisées adaptées aux programmes du projet.	- Une fiche périodique établissant les besoins en renforcement de capacités au niveau de chaque unité de gestion. - - - Formations des formateurs avec les représentations de différentes parties prenantes.

AXE 2 : APPUI A LA GESTION ET AU SYSTEME DE SANTE				
Personnalités rencontrées	Sous composantes	Attentes	Craintes	Recommandations
Médecin chef de Zone de l'Hôpital général de référence de Kasongo. - Organisations de la société civile (APDMA,UWAKI, VORSI-KASONGO,... - Institut Supérieur Médical de Kasongo - Unité de gestion PARSS	RENFORCEME-NT DES CAPACITES DE GESTION	- Envisager une série de formations et renforcement pour tout le corridor - Chaque unité de gestion des hôpitaux puisse bénéficier d'un recyclage périodique pour améliorer leurs prestations - - - Intégrer quelques représentants des PA pour être renforcer en capacité sur quelques thématiques	Les craintes interviennent lorsque nos attentes ne sont pas prises en compte	Positiver toutes nos attentes et les inscrire comme des recommandations.