

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE
DU CONGO**

**FONDS DES NATIONS UNIES
POUR L'ENFANCE - UNICEF**



**PAUVRETE DES ENFANTS ET DISPARITES
EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**

KINSHASA, Décembre 2008

TABLE DES MATIERES

| | Page |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Abréviations | 4 |
| Avant-propos | 5 |
| Résumé exécutif | 6 |
| | |
| 0. INTRODUCTION GENERALE | 12 |
| 0.1 Problématique | 12 |
| 0.2 Objectifs | 13 |
| 0.3 Méthodologie | 13 |
| 0.4 Plan du rapport | 14 |
| | |
| CHAPITRE 1 : LES ENFANTS ET LE DEVELOPPEMENT | 16 |
| Introduction | 16 |
| 1.1 Les enfants, la pauvreté et les disparités | 16 |
| 1.1.1 Cadre conceptuel | 16 |
| 1.1.2 Résultats de l'analyse de la situation des enfants | 17 |
| 1.1.3 Les enfants et les OMD | 19 |
| 1.2 Contexte politique, économique et institutionnel | 19 |
| 1.2.1 Toile de fond politique, géographique et institutionnel | 19 |
| 1.2.2 Population et croissance économique | 22 |
| 1.2.3 Problèmes de développement humain et de l'équité | 22 |
| 1.3 Stratégies macro-économiques et affectations des ressources budgétaires.. | 23 |
| 1.3.1 Croissance pro-pauvres et résultats pour les enfants | 23 |
| 1.3.2 Budgets publics et partenariats en faveur des enfants | 24 |
| Conclusion | 26 |
| | |
| CHAPITRE 2 : LA PAUVRETE ET LES ENFANTS..... | 27 |
| Introduction | 27 |
| 2.1 La pauvreté monétaire et les privations | 27 |
| 2.1.1 Constatations de l'approche revenu/consommation..... | 27 |
| 2.1.2 Constatations de l'approche privations..... | 29 |
| 2.1.3 Association entre pauvreté monétaire et pauvreté non monétaire | 33 |
| 2.2 Survie de l'enfant et équité | 33 |
| 2.2.1 Tendances de la mortalité infanto-juvénile | 33 |
| 2.2.2 Taux de mortalité et facteurs de stratification sociale..... | 33 |
| 2.2.3 Liens entre la mortalité des enfants et la pauvreté | 36 |
| 2.3 Facteurs explicatifs des tendances de la mortalité infanto-juvénile..... | 36 |
| Conclusion | 37 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| CHAPITRE 3 : LES PILIERS DU BIEN-ETRE DES ENFANTS | 39 |
| Introduction | 39 |
| 3.1 Nutrition..... | 39 |
| 3.1.1 Lois, politiques et programmes nationaux de base | 40 |
| 3.1.2 Résultats pour les enfants | 41 |
| 3.1.3 Analyse de causalité | 42 |
| 3.1.4 Fondements et partenaires pour une stratégie | 44 |
| 3.2 La santé | 45 |
| 3.2.1 Lois, politiques et programmes | 45 |
| 3.2.2 Résultats pour les enfants | 46 |
| 3.2.3 Analyse de causalité | 47 |
| 3.2.4 Fondements et partenaires pour une stratégie | 51 |
| 3.3 Protection de l'enfant | 51 |
| 3.3.1 Lois, politiques et programmes | 52 |
| 3.3.2 Résultats pour les enfants | 53 |
| 3.3.3 Causes des problèmes | 56 |
| 3.3.4 Stratégie | 56 |
| 3.4 Education | 57 |
| 3.4.1 Lois, politiques et programmes nationaux les plus importants..... | 57 |
| 3.4.2 Résultats pour les enfants | 59 |
| 3.4.3 Causes de la faible scolarisation des enfants | 60 |
| 3.4.4 Fondements et partenaires pour une stratégie..... | 62 |
| 3.5 Protection sociale | 62 |
| 3.5.1 Lois, politiques et programmes | 62 |
| 3.5.2 Résultats | 63 |
| 3.5.3 Facteurs explicatifs | 63 |
| 3.5.4 Stratégie | 64 |
| Conclusion | 64 |
| CHAPITRE 4 : COMBATTRE LA PAUVRETE ET LES DISPARITES..... | 67 |
| Introduction | 67 |
| 4.1 Principaux acquis de la présente étude | 67 |
| 4.2 Recommandations | 68 |
| 4.2.1 Principes d'action | 68 |
| 4.2.2 Propositions des politiques et mesures en faveur des enfants..... | 69 |
| BIBLIOGRAPHIE | 76 |
| ANNEXES | 78 |

ABREVIATIONS

| | |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>ASEF</i> | <i>: Analyse de la Situation des Enfants et des Femmes</i> |
| <i>BEAU</i> | <i>: Bureau d'Etudes et d'Aménagement urbain</i> |
| <i>CCA</i> | <i>: Commun Country Assesment</i> |
| <i>CDE</i> | <i>: Convention relative aux Droits de l'Enfant</i> |
| <i>CEDEF</i> | <i>: Convention pour l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard de la Femme</i> |
| <i>CIPD</i> | <i>: Conférence Internationale sur la Population et le Développement</i> |
| <i>CNS</i> | <i>: Centre Nutritionnel de Supplémentation</i> |
| <i>CNT</i> | <i>: Centres de Nutrition Thérapeutique</i> |
| <i>CPN</i> | <i>: Consultation prénatale</i> |
| <i>CPS</i> | <i>: Consultation pré-scolaire</i> |
| <i>DDN</i> | <i>: Déclaration de Dakar/N'Gor</i> |
| <i>DPRH</i> | <i>: Direction de la Population et des Ressources Humaines</i> |
| <i>DSCRP</i> | <i>: Document de la stratégie pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté</i> |
| <i>INS</i> | <i>: Institut National de la Statistique</i> |
| <i>IDH</i> | <i>: Indice du Développement Humain</i> |
| <i>IRC</i> | <i>: International Rescue Comitee</i> |
| <i>MAS</i> | <i>: Ministère des Affaires Sociales</i> |
| <i>MICS</i> | <i>: Multiple Indicators Clusters Survey (enquête par grappes a indicateurs multiples)</i> |
| <i>OMD</i> | <i>: Objectifs du Millénaire pour le Développement</i> |
| <i>OMS</i> | <i>: Organisation Mondiale de la Santé</i> |
| <i>ONG</i> | <i>: Organisation Non Gouvernementale</i> |
| <i>PAM</i> | <i>: Programme Alimentaire Mondial</i> |
| <i>PDDN</i> | <i>: Plan Directeur de Nutrition pour le Développement de la Santé</i> |
| <i>PMURR</i> | <i>: Programme Multi-sectoriel d'Urgence de Réhabilitation et de Reconstruction</i> |
| <i>PNN</i> | <i>: Politique Nationale de Nutrition</i> |
| <i>PND</i> | <i>: Programme des Naissances Désirables</i> |
| <i>PNPFC</i> | <i>: Programme de Promotion du Statut de la Femme Congolaise</i> |
| <i>PNUD</i> | <i>: Programme des Nations Unies pour le Développement</i> |
| <i>PNSD</i> | <i>: Projet des Services des Naissances Désirables</i> |
| <i>PNLS</i> | <i>: Programme National de Lutte contre le Sida</i> |
| <i>PNSR</i> | <i>: Programme National de Santé de la Reproduction</i> |
| <i>PRONANUT</i> | <i>: Programme National de Nutrition</i> |
| <i>PTM</i> | <i>: Programme Triennal Minimum</i> |
| <i>PTMA</i> | <i>: Programme Triennal Minimum Actualisé</i> |
| <i>UNFPA</i> | <i>: Fonds des Nations Unies pour la Population</i> |
| <i>UNIKIN</i> | <i>: Université de Kinshasa</i> |
| <i>UNICEF</i> | <i>: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance</i> |
| <i>RDC</i> | <i>: République Démocratique du Congo</i> |
| <i>SR</i> | <i>: Santé de la Reproduction</i> |
| <i>SSP</i> | <i>: Soins de Santé Primaires</i> |
| <i>ZS</i> | <i>: Zone de Santé</i> |

AVANT PROPOS

Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) a initié une étude sur la pauvreté et les inégalités entre les enfants pour appuyer les efforts dans la poursuite des objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et soutenir les efforts du Gouvernement visant à traduire la reprise économique survenue en 2001 en une amélioration du bien-être social, cette amélioration accordant une attention particulière à la situation des enfants de manière à briser le cycle de transmission intergénérationnelle de la pauvreté. Pour mener cette étude, l'UNICEF a constitué une équipe d'Experts composée des Prof. NZITA K. Paul Denis (Team Leader), MVUDI MATINGU Séraphin (Macro-économie), LUBANZA André (Protection), LUYNDULADIO NZINGA (Nutrition) et de M. MBADU Fidèle (santé des Adolescents et des Jeunes) et NDIBA Marcel (Education). Cette équipe a été appuyée par Mmes SANGANA Clémentine, KINGEBENI KILEKE et NGALULA MUKUTA Antoinette et par M. SINZIDI Gode, NDJUNDU Gaspar, NAHIMANA Damien, KINZIUNGA LUKUMU et LUKWASA NDEMBE. Elle a aussi tiré profit des échanges qui ont eu lieu lors des réunions et ateliers organisés le 04/03, 29/10 et 20/11 par la Direction des Secteurs Sociaux (Ministère du Plan) et le 02/10 au Bureau de l'UNICEF-RDC.

Elle a travaillé du 1^{er} Mars au 30 juillet 2008. Elle a procédé, suivant une méthodologie internationale définie par l'UNICEF, à la collecte des données de base et à l'approfondissement des résultats des enquêtes MICS (1995 et 2001) et 1-2-3 et ceux de l'EDS (2007) récemment rendus disponibles et qui, surtout dans le domaine de la santé en particulier, appellent des vérifications méthodologiques avant de donner lieu à des études comparatives. Au terme de ces travaux, elle a produit le présent rapport qui comprend quatre parties principales, à savoir : (i) la situation des enfants en RDC en relation avec les questions de développement, (ii) le niveau de pauvreté suivant l'approche monétaire et suivant l'approche privation, (iii) les cinq piliers du bien-être des enfants (nutrition, santé, protection de l'enfance, éducation et protection sociale) et (iv) les propositions pour l'élimination de la pauvreté des enfants, la réduction des disparités et l'accélération du processus vers la réalisation des OMD.

L'équipe d'Experts remercie tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de cette étude qui complète les connaissances tirées de l'approche monétaire de la pauvreté par celles tirées de l'approche non monétaire. Il s'agit en particulier des experts de la Direction des Statistiques Scolaires (Ministère de l'Enseignement Primaire, secondaire et Professionnel) qui ont rendu disponibles leurs perspectives en matière d'éducation. Il s'agit aussi des membres de la Direction des Secteurs Sociaux du Ministère du Plan qui ont piloté le processus d'approbation de la méthodologie et des résultats de la présente étude ainsi que des Experts et responsables des services de Planification des Ministères ci-après qui, par leurs critiques et observations, ont permis d'aboutir au présent document : Affaires Sociales, Enseignement primaire, secondaire et professionnel, Enseignement Supérieur et Recherche Scientifique, Genre, Famille et Enfant, Justice et Droits Humains, Jeunesse et Sports, Plan et Santé. L'INS (Institut National de la Statistique), l'OCPI (Observatoire Congolais de la Pauvreté et des Inégalités) et l'UPPE-SRP (Unité de Pilotage du Processus de l'Elaboration et de mise en œuvre de la Stratégie de la Réduction de la Pauvreté ont apporté une contribution appréciable par leurs suggestions et par les statistiques qu'ils ont permis de réunir.

Prof. Paul Denis NZITA
Consultant Principal

RESUME EXECUTIF

Contexte et justification de l'étude

La RDC a ratifié la Convention pour l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard de la femme en 1985 ainsi que la Convention relative aux droits de l'enfant en 1990. Elle dispose d'un Code de la famille depuis 1987 et d'une Constitution qui prône la primauté des droits humains. En outre, elle a adhéré aux recommandations des grandes Conférences africaines et mondiales sur les droits humains, dont celles du Sommet Mondial pour les Enfants. Malgré l'existence de ces textes, l'enfant connaît une situation difficile en RDC. Cette situation est devenue plus difficile encore avec la crise économique et surtout avec les guerres de 1996 et de 1998-2001 qui ont entraîné le déplacement de près de 2,4 millions de personnes (OCHA, 2002), l'accroissement de la fréquence des violences,... le recrutement des enfants dans les milices armées (RDC, UNICEF, ASEF, 2003) et la diminution de l'offre des services sociaux.

Le seuil national de pauvreté est inférieur au seuil international de 1 dollar par personne par jour. Il est de 0,72\$ par personne jour. Par rapport à ce seuil national, la proportion des enfants souffrant de la pauvreté monétaire est de 56,6% alors que par rapport au seuil international, cette proportion est de 76,6%. Du fait de ce niveau élevé de la pauvreté des enfants, les ménages ayant des enfants sont généralement plus pauvres que ceux qui n'en ont pas, soit 73,6% contre 71,3%.

But et Objectifs de l'étude

L'objectif général de l'étude est de contribuer à la connaissance des privations dont souffrent le plus les enfants et à la détermination des atouts et contraintes qui permettent de les supprimer. Pour ce faire, la présente étude cherche à établir les niveaux de la pauvreté monétaire et non monétaire en RDC, identifier le profil des enfants les plus affectés, déterminer les atouts et les gaps des plans et politiques de développement et proposer des pistes d'intervention pour une protection accrue de l'enfant ; ce qui devrait permettre de briser le cycle de transmission intergénérationnelle de la pauvreté et de traduire la reprise économique en une amélioration du bien-être des populations.

Méthodologie

L'étude a fait siennes les recommandations de l'Assemblée Générale des Nations Unies pour la poursuite des OMD d'ici 2015 et pour la détermination des enfants vivant dans la pauvreté. Aussi, tenant également compte de « l'approche Droit », elle a retenu que tous les enfants sont égaux et qu'il faut déterminer le niveau et les tendances de la pauvreté en recourant d'une part au seuil international de pauvreté monétaire et d'autre part aux privations.

Pour déterminer les pistes d'intervention, l'étude part de l'hypothèse fondamentale qui stipule que la protection contre la pauvreté varie en fonction des caractéristiques de l'enfant, du ménage, de la dynamique communautaire et des dispositions institutionnelles. Sur base des renseignements disponibles sur ces variables, trois séries d'indices sont calculées dans l'étude : l'incidence de la pauvreté monétaire, l'intensité de la pauvreté, la probabilité, pour un groupe d'enfants donné, de se situer en dessous de la ligne de pauvreté monétaire; et le rapport entre la probabilité de souffrir d'un nombre de privations donné et la probabilité de souffrir du nombre immédiatement inférieur de privations.

Les analyses se sont focalisées sur trois étapes : la détermination du niveau de pauvreté par « l'approche monétaire » et par « l'approche privations »; Le calcul des corrélats entre le niveau de pauvreté des enfants et les caractéristiques des ménages suivant l'approche développée par l'Université de Bristol et l'examen les liens entre les programmes déjà réalisés et les tendances du niveau de pauvreté.

Principales conclusions

Les disparités entre enfants ont montré que durant la tendre enfance, il n'y a pas de différence par sexe; c'est avec l'accroissement de l'âge, en particulier autour des années de puberté que les filles connaissent un risque plus élevé d'être défavorisées. Du fait de la situation difficile que connaît le pays qui est marquée par l'existence de nombreuses populations déplacées et l'expansion du VIH/SIDA et des violences, peu de progrès ont été réalisés dans la poursuite des OMD.

Comme la politique budgétaire recherche un accroissement du budget pour répondre entre autres aux urgences issues de la guerre, la part du budget national allouée aux secteurs sociaux est faible, soit 8%. En plus, bien que le principe de la primauté et de l'égalité des droits humains ait été affirmé dans la constitution adoptée en 2006, le budget de l'Etat a principalement servi au paiement des salaires ; ce qui n'a pas permis la lutte contre les disparités et la pleine exécution de nombreux programmes sectoriels et multisectoriels comme le PIR (Programme Intérimaire Renforcé, 2001) et le PMURR (2002-05) initiés en 2001-2002. Cette situation est à la base des faibles progrès observés notamment chez les pauvres. Elle a aussi favorisé l'observation d'un niveau de pauvreté non monétaire supérieur à celui de la pauvreté monétaire ; la grande majorité des enfants (8 sur 10) souffrent au moins d'une privation sévère et 3 sur 10 souffrent au moins de deux privations sévères. Chaque privation modérée touche au moins 50% des enfants.

Le risque de privation sévère augmente avec l'accroissement de la taille du ménage, la présence d'une personne souffrant d'une maladie ou d'un handicap dans le ménage et si le ménage vit en milieu rural. Il diminue avec l'accroissement du niveau d'instruction du chef de ménage et si les deux parents travaillent. Les privations qui affectent le plus les enfants (soit au moins 60% d'entre eux) sont celles relatives à l'accès à l'information, aux toilettes et à l'eau. Les privations sévères les plus importantes portent sur l'accès à l'eau, le logement et l'éducation (soit au moins 30% d'enfants) ; ce qui montre que la lutte contre la pauvreté non monétaire doit accorder une grande priorité à l'accroissement du confort du logement. Cela est confirmé par l'association la plus fréquente entre privations et celle qui concerne le faible accès à l'eau et aux toilettes. Elle touche un enfant sur deux.

Principales recommandations

Les propositions de l'étude tournent autour de quatre questions essentielles :

- (i) l'amélioration des capacités institutionnelles des services de l'Etat en vue d'un accroissement des ressources en faveur des enfants;
- (ii) l'amélioration de l'offre et la demande des services sociaux de base de qualité, en particulier les services de santé et d'éducation;
- (iii) le renforcement des dispositions de protection sociale, et
- (iv) le rôle de l'UNICEF et des autres agences du système des Nations-Unies dans la lutte contre la pauvreté des enfants.

S'agissant de l'amélioration des capacités institutionnelles des services de l'Etat, le Gouvernement considère qu'une réforme complète de l'administration publique est nécessaire pour améliorer les capacités des services publics. Le renforcement de l'efficacité de l'administration publique par l'application des normes d'efficacité, de transparence, de recherche de qualité et d'éthique professionnelle et de l'adéquation de la structure organique de l'administration publique aux besoins de la décentralisation nécessite, entre autres, de la part du Gouvernement, de :

- (i) Promouvoir la culture de bonne gouvernance en privilégiant l'inspection d'Audit et le contrôle des finances publics
- (ii) Développer et mettre en œuvre d'une stratégie efficace de recrutement et de sélection des agents de l'Etat, élaborer et appliquer une politique salariale et sociale motivante en faveur des agents de l'Etat
- (iii) Réaliser un transfert harmonieux des charges et des ressources des services publics en fonction de la loi organique sur la décentralisation et renforcer les capacités techniques et humaines des entités décentralisées et des entités territoriales
- (iv) Restructurer les régies financières de l'Etat pour rendre plus efficace le système de recouvrement des recettes publiques
- (v) Lutter contre la corruption et la fraude au sein de l'administration en charge du recouvrement des impôts et des recettes non fiscales afin d'assurer une bonne gestion de l'ensemble des recettes réalisées
- (vi) Elargir l'assiette fiscale et affecter d'office au budget national en faveur des enfants les recettes tirées de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) sur les objets scolaires
- (vii) Procéder aux décaissements effectifs des ressources en rapport avec la lutte contre la pauvreté des enfants et les mettre à la disposition des Entités administratives décentralisées en conformité avec le principe de la rétrocession prévue dans le cadre de la décentralisation administrative du pays
- (viii) Repartir les ressources mobilisées en tenant compte du volume et de la répartition spatiale de la population de moins de 18 ans

En ce qui concerne l'amélioration de l'offre et la qualité des services sociaux de base, l'étude propose les mesures ci-après :

Dans le secteur de la sante : (i) Réhabiliter et/ou construire les formations sanitaires (centres de santé, hôpitaux et autres structures) conformément au plan du développement de la zone de santé ; (ii) Accroître les ressources humaines et améliorer les conditions de travail du personnel en (a) instaurant la prime de risque pour encourager le personnel à travailler en milieu rural et (b) en octroyant des conditions de travail qui permettent de garder le personnel aux postes pour lesquels il a été formé ; (iii) Doter les centres de santé de ligne de crédit budgétaire pour s'approvisionner auprès des Centrales de distribution des médicaments ; (iv) Prévoir des lignes budgétaires claires pour l'achat des intrants spécifiques (vaccins, ARV, ACT, produits SR, anti tuberculeux..), (v) Créer des centres de réhabilitation nutritionnelle dans les communautés où le taux de malnutrition sévère et aigue est supérieur à 10% ; (vi) Soumettre les centres de santé à des contrats de performance ; (vii) Renforcer les capacités du niveau intermédiaire par l'amélioration de l'équipement des services des Inspections médicales provinciales afin d'offrir un encadrement efficace des zones de santé en dotant les formations sanitaires en plateau technique adéquat à tous les niveaux et (viii) Accroître le budget de la santé pour atteindre les 15% prévus par la conférence d'Abuja de 2001.

Dans le secteur de l'éducation : (i) Assurer la mécanisation des enseignants , (ii) Améliorer la carte scolaire pour rapprocher les écoles des usagers, (iii) Ajuster et systématiser la taille de

la classe à 40 élèves, (iv) Réhabiliter et/ou construire des établissements scolaires publics à moindre coût et conformes aux normes pour les enfants en les équipant des mobiliers scolaires, (v) Doter les écoles en matériels didactiques et pédagogiques adéquats, (vi) Réviser les curriculum pour mieux assurer leur pertinence (vii) Mettre en place des infrastructures d'hygiène respectant les spécificités de genre, (viii) Améliorer les conditions de travail de l'enseignant, (ix) Assurer la remise à niveau (recyclage) des enseignants, (x) Soumettre les établissements scolaires à des contrats de performance et (xi) Accroître le budget de l'éducation de base pour atteindre les 20% prévus par la conférence d'Abuja

En ce qui concerne l'amélioration de la demande des services sociaux de base, l'étude propose les mesures ci-après :

Dans le secteur de la sante : (i) Revaloriser la carte d'indigents et des ayant droits, (ii) Mettre en place des mécanismes de partage des risques (coûts) pour la santé (assurance maladie, mutuelles de santé), (iii) Mettre en place des mécanismes d'offre des soins gratuits aux enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes des ménages pauvres en prévoyant des mesures d'accompagnement budgétaire, (iv) Renforcer les programmes de prévention contre les maladies à potentiel épidémique au moyen des stratégies suivantes (moustiquaires MII, vitamines A, (v) Abroger les lois interdisant la propagande des contraceptifs dont le condom et (vi) Amener les communautés à participer à l'animation des structures socio-sanitaires à travers les comités de santé.

Dans le secteur de l'éducation : (i) Etablir et mettre en œuvre à titre pilote, des programmes d'assistance aux familles les plus pauvres (allocation monétaire aux familles pauvres avec enfants) en priorité dans les milieux ruraux avec la conditionnalité que les enfants fréquentent effectivement un établissement scolaire, (ii) Encourager l'inscription des filles dans des écoles primaires, (iii) Accroître l'accès des filles à la formation professionnelle et à l'enseignement scientifique et technique, (iv) Faciliter l'accès des parents aux micros crédits pour réaliser des activités génératrices de revenus en vue de leur permettre d'envoyer leurs enfants à l'école et d'accéder aux soins de santé, (v) Appliquer la politique de gratuité et d'obligation de l'enseignement de base (Réduction des couts d'éducation), (vi) Organiser des programmes spéciaux pour les enfants n'ayant jamais fréquenté l'école, (vii) Mettre fin au paiement par les parents des frais de motivation des enseignants, (viii) Sensibiliser la population sur la nécessité d'envoyer les enfants à l'école et de faire le suivi de leur formation, (ix) Organiser des travaux d'intérêt commun en faveur des écoles (champs scolaires...) et (x) Sensibiliser les populations où subsistent des comportements rétrogrades sur la scolarisation des filles.

L'amélioration du cadre de vie des ménages par la salubrité des milieux de vie et l'accès à l'eau potable : (i) Appliquer le Programme National de l'Habitat élaboré par le Ministère des Infrastructures et de Travaux Publics et les principes nationaux d'aménagement du territoire proposés par le Bureau d'Etudes pour l'Aménagement urbain, (ii) Veiller à l'assainissement des milieux de vie des populations par la mise en place d'un système de traitement et d'évacuation des déchets, (iii) Résorber la carence en toilettes en mettant en place un programme d'aménagement de toilettes, (iii) Résorber la carence en logements de qualité par l'aménagement des nouveaux sites d'habitation, la création d'une banque de l'habitat et d'un système de crédit-logement ainsi que la construction de logements sociaux de qualité, (iv) Sensibiliser les populations sur les principes d'hygiène et de salubrité publique, (v) Encourager les ménages à avoir une toilette salubre et (vi) Amener les communautés à organiser des travaux d'intérêt commun pour la salubrité des milieux de vie., (viii) Assurer le bon fonctionnement des infrastructures existantes d'approvisionnement en

eau, (ix) Renforcer les capacités des unités de production d'eau, (x) Améliorer la gestion des points d'eau par la promotion de la participation communautaire et du secteur privé, (xi) Renforcer les programmes d'assainissement existants, (xii) Créer un fonds de développement de l'eau et de l'assainissement, (xiii) Mettre en œuvre un plan d'implantation progressive d'unités de forage en vue d'accélérer l'accès des populations de l'arrière pays à l'eau potable et (xiv) Amener les communautés de base à protéger les sources d'eau aménagées, mais également les informer sur les principes de protection des sources d'eau aménagées et les amener à organiser des travaux d'intérêt commun pour l'aménagement et la réhabilitation des sources d'eau.

Le renforcement des dispositions de protection sociale nécessite une politique nationale pour offrir des services de protection suffisante et appropriée aux personnes vulnérables. A cet effet, les mesures suivantes sont proposées par l'étude :

La lutte contre la déficience du système de protection: (i) Réformer le système de sécurité sociale pour l'adapter aux réalités actuelles (majorer le montant de la pension et le payer régulièrement), (ii) Rendre le programme national de protection sociale opérationnel en l'adaptant au contexte spécifique de chaque province et ainsi répondre aux besoins de la décentralisation, (iii) Mettre en place des programmes de création des richesses adaptés à la situation des groupes vulnérables, notamment les enfants, (iv) Définir des mesures d'application de la politique du secteur en privilégiant les accords des Nations Unies sur la protection des enfants, (v) Sensibiliser les populations sur le bien-fondé d'une protection accrue des enfants et des filles en particulier, (vi) Contribuer au maintien des espaces traditionnels de dialogue au sein de la communauté et de protection des enfants par les autorités coutumières, (vii) Encourager la société civile à promouvoir les mutuelles de solidarité pour organiser les activités de solidarité et (viii) Renforcer le mécanisme de suivi des actions en faveur des enfants.

Le renforcement des capacités des structures d'aide sociale et de protection : (i) Renforcer les capacités techniques et institutionnelles des services judiciaires pour sanctionner les abus et maltraitements sur les enfants et les filles en particulier, (ii) Construire et réhabiliter les structures d'aide sociale, les écoles et centres d'alphabétisation et de récupération scolaire, (iii) Réaliser une étude de faisabilité pour déterminer les critères d'éligibilité des ménages pauvres à un programme d'assistance basé sur l'allocation monétaire conditionnelle à mettre en place, autant que possible, en 2010, (iv) Rendre opérationnels les filets de sécurité sociale existants en faveur des personnes vulnérables, (v) Amener les communautés à participer à la construction des structures d'accueil en y apportant la main-d'œuvre et (vi) Informer les populations sur les procédures de dénonciation des abus et maltraitements sur les enfants.

Une plus grande implication des familles, de la femme et des communautés de base à la protection des personnes vulnérables : (i) Définir un cadre de concertation sur la protection de la famille, de la femme et de l'enfant (au niveau du quartier et de la commune), (ii) Redynamiser les activités de participation des enfants au processus de prise de décision par la relance de l'expérience de parlement des enfants et (iii) Utiliser les fonds PPTTE pour soutenir/financer le programme d'assistance aux pauvres

La lutte contre la propagation du VIH/SIDA : (i) Mettre en place d'un programme de sensibilisation pour le changement de comportements des jeunes, (ii) Promouvoir les conseils pour un dépistage volontaire, (iii) Renforcer la prise en charge médicale des cas d'IST, (iv) Développer le marketing social et la distribution ciblée des préservatifs, mais aussi assurer

leur distribution communautaire , (v) Promouvoir l'accès des jeunes et des adolescents à l'information sur la santé de la reproduction, (vi) Accroître la sécurité transfusionnelle , (vii) Lutter contre les violences sexuelles, (viii) lutter contre les discriminations dont souffrent les Personnes Vivant avec le VIH y compris la stigmatisation envers les enfants affectés par le VIH/SIDA.

Afin d'accélérer les progrès vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement en RDC, les partenaires au développement, notamment l'UNICEF et les autres agences du Système des Nations-Unies doivent continuer à mettre en œuvre les principes énoncés dans la Déclaration de Paris de 2005 sur l'efficacité de l'aide au développement. A cet effet, les agences du système des Nations – Unies pourraient appuyer, entre autres, les actions suivantes : (i) Appuyer le gouvernement dans la mise en place d'un cadre de dépenses à moyen terme et le développement d'approches sectorielles multi bailleurs (SWAP), (ii) Renforcer les capacités institutionnelles (formation, équipement) aux ministères et autres structures de l'Etat, Mettre en place des mécanismes de gestion efficace et transparente des finances publiques et de passation des marchés publiques, (iii) appuyer le développement des politiques sociales et leur prise en compte dans le budget national et (iv) Mobiliser les ressources en faveur des enfants auprès de la communauté internationale, notamment en appuyant l'organisation de réunions sur les besoins des enfants, (v) Soutenir les activités visant la sensibilisation des parlementaires et les leaders d'opinion sur les besoins des enfants et la nécessité d'adopter et d'appliquer des normes budgétaires en faveur des enfants et (vi) Appuyer la formation minimum des fonctionnaires qui assurent des prestations de services en faveur des enfants et mettre a leur disposition des manuels et outils appropriés.

0. INTRODUCTION GENERALE

0.1 PROBLEMATIQUE

Dès l'accèsion du pays à l'indépendance, le gouvernement a fait preuve d'une préoccupation particulière pour la situation des enfants et des femmes par le programme de renforcement des structures de l'enseignement primaire et secondaire lancé en 1962. En plus de la formation, ce programme visait une plus grande représentation de la femme dans les structures de gestion. Il fut appuyé, entre autres, à travers l'exécution, à partir de 1970, du document dit «Manifeste de la Nsele » qui constituait la charte de l'Etat et qui prônait l'égalité de tous devant la loi.



La RDC a ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant en 1990 ainsi que la Convention pour l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard de la femme en 1985 (RDC, UNICEF, ASEF, 2003). Elle dispose d'un Code de la famille depuis 1987. En outre, elle a adhéré aux recommandations des grandes Conférences internationales sur les droits humains, dont celles sur l'enfant (Sommet Mondial pour les Enfants, New York, 1990), l'Education (Jomtien, 1991), l'environnement (Rio de Janeiro, 1992), la Population et le Développement (Caire, 1994), la promotion du statut de la Femme (Beijing, 1995)... et sur le développement social (Copenhague, 1996). Malgré ces dispositions juridiques, la femme et les enfants restent globalement soumis à des privations. La femme n'a, par exemple, accès ni à la propriété foncière ni à l'héritage des biens lors du décès du mari (UNFPA, 2000). Au niveau de l'Etat, elle est peu représentée dans les institutions de prise de décisions, soit 12% à l'Assemblée Nationale actuelle (Doucet, C. et Nzita, P. D., 2007).

Cette situation est devenue plus difficile encore avec la crise économique et surtout avec les guerres de 1996 et de 1998-2001 qui ont entraîné le déplacement de près de 2,4 millions de personnes (OCHA, 2002), l'accroissement de la fréquence des violences,... le recrutement des enfants dans les milices armées (RDC, UNICEF, ASEF, 2003) et la diminution de l'offre des services sociaux.

Dans le pays, il y a une prise de conscience accrue sur le fait que « lutter contre les violences et les privations, c'est non seulement assurer le respect des droits fondamentaux de l'homme, mais aussi contribuer au développement du pays » (DSPD, 2007) ; d'où la loi sur les violences sexuelles promulguée en 2007. Ainsi, face aux habitudes acquises pendant la guerre et à l'impunité qui tendent à perpétuer les violences (RDC, UNFPA, Initiative Conjointe, 2003), il y a une nécessité de renouveler les connaissances pour implanter une politique traduisant la reprise économique en une amélioration du bien-être et comprenant une attention particulière en faveur des enfants de manière à briser le cycle de transmission intergénérationnelle de la pauvreté.

Dans ce cadre, la présente étude a retenu de répondre aux principales questions ci-après en vue de la formulation d'un programme d'actions adapté :

- Quel est le volume des enfants souffrant des privations ?
- Quel est l'objet des principales privations ?
- Quel est le profil des enfants les plus affectés ?

- Quel a été jusqu'à présent l'apport des programmes mis en œuvre pour réduire l'ampleur des privations ?
- Quels sont les principaux atouts et contraintes de la réalisation de ces programmes ?
- Quelles pistes d'intervention retenir pour réduire l'ampleur des inégalités entre enfants ?

0.2 Objectifs

La présente étude cherche à rendre routinière la prise en compte prioritaire des besoins de l'enfant dans la répartition des ressources et dans l'élaboration des programmes de lutte contre la pauvreté en renforçant la capacité des décideurs et du grand public à identifier et à combler les lacunes des stratégies actuelles. Pour ce faire, l'objectif général de l'étude est de contribuer à la connaissance des privations dont souffrent le plus les enfants et à la détermination des atouts et contraintes qui permettent de les supprimer. Les objectifs spécifiques consistent ainsi à :

- établir le niveau de pauvreté des enfants
- identifier le profil des enfants les plus affectés
- déterminer les gaps des plans de développement pour la lutte contre la pauvreté
- identifier les atouts et contraintes pour les combler
- déterminer les pistes d'intervention pour une protection accrue de l'enfant et
- suggérer les partenariats qui pourraient influencer sur l'élaboration des plans de développement.

0.3 Méthodologie

- Principes de base

La présente étude a fait siennes les recommandations de l'Assemblée Générale des Nations Unies pour la poursuite des OMD d'ici 2015 et pour la détermination des enfants vivant dans la pauvreté. Ceux-ci sont les enfants privés de nourriture, d'eau et d'installations sanitaires, d'accès aux services de santé de base, au logement, à l'éducation, à l'information et à la protection. (Nations Unies, Assemblée générale du 10 janv. 2007). Aussi, tenant également compte de « l'approche Droit », elle a retenu que tous les enfants sont égaux et qu'il faut déterminer le niveau et les tendances de la pauvreté en recourant d'une part au seuil international de pauvreté monétaire et d'autre part aux privations.

Pour la détermination des pistes d'intervention, l'hypothèse fondamentale est que la protection contre la pauvreté varie en fonction des caractéristiques de l'enfant, du ménage, de la dynamique communautaire et des dispositions institutionnelles. Aussi les disparités entre enfants sont identifiées par rapport aux variables indépendantes suivantes :

- l'âge et le sexe de l'enfant,
- les caractéristiques du ménage, dont la taille, la structure et les caractéristiques du chef de ménage (âge, religion, résidence, instruction, ethnie, province d'origine...) et
- les pratiques dans la communauté et dans le pays pour l'offre des services sociaux.

Sur base des renseignements disponibles sur ces variables, trois séries d'indices sont calculées dans l'étude :

- l'incidence de la pauvreté monétaire qui donne la proportion d'enfants dans des ménages vivant en dessous de la ligne de pauvreté monétaire;
- l'intensité de la pauvreté qui mesure le fossé entre les enfants en dessous de la ligne de pauvreté et ceux au dessus de cette ligne;

- la probabilité, pour un groupe d'enfants donné, de se situer en dessous de la ligne de pauvreté monétaire («odds ratio»);
- le rapport entre la probabilité de souffrir d'un nombre de privations donné et la probabilité de souffrir du nombre immédiatement inférieur de privations.

La mesure des disparités face à la ligne de pauvreté et la mesure du fossé entre les pauvres et les non-pauvres ont été faites sur base des « odds ratios » développés par Fooster pour la pauvreté monétaire et par l'Université de Bristol (Ragbendra Jha et Anurag Sharma, 2003 ; Weikard Hans-Peter, 2003) pour l'approche privations.

- Sources des données

Depuis 1990, cinq opérations nationales de collecte des données individuelles ont eu lieu. Celles-ci peuvent être regroupées en trois catégories :

- les renseignements des enquêtes auprès des personnes : Enquête 1-2-3 (2003), les MICS 1 et 2 (1995, 2001) et l'enquête EDS (2007)
- les informations sur les ménages (Enquête Nationale sur l'Habitat et les profils socio-économiques -ENHAPS, 1999) et
- les données socio- économiques diverses réunies par le Ministère du Plan, la Banque Centrale du Congo, la Cellule de conjoncture économique et les Agences de coopération bilatérale et multilatérale.

Les renseignements sur la pauvreté monétaire sont fournis par l'enquête 1-2-3 tandis que ceux sur les privations (pauvreté non monétaire) se trouvent dans les fichiers MICS1 et MICS2. La base des données individuelles de l'EDS n'a pas pu être utilisée du fait qu'elles n'ont pas été mises à disposition. L'analyse des données se poursuit et l'approbation des résultats n'est pas encore intervenue.

- Etapes d'analyse

Il y a trois principales étapes. La première porte sur la détermination du niveau de pauvreté par « l'approche monétaire » et par « l'approche privations ». La seconde étape est celle du calcul des corrélats entre le niveau de pauvreté des enfants et les caractéristiques des ménages suivant l'approche développée par l'Université de Bristol. Dans le cadre de la troisième étape, il s'agit d'examiner les liens entre les programmes déjà réalisés et les tendances du niveau de pauvreté. L'objectif principal de cette étape est de repérer les gaps et les atouts dans la prise en compte des besoins des enfants de manière à formuler des pistes d'intervention.

0.4 Plan du rapport

Le présent document comprend quatre chapitres. La première traite de la situation des enfants dans le pays en relation avec les questions de développement. Il examine en particulier leur poids démographique ainsi que le contexte politique, économique, social et institutionnel. L'objectif est de voir si le pays a une approche pour la mesure du niveau de pauvreté et si des progrès ont été accomplis pour la réduction de la pauvreté et la poursuite des OMD. Dans ce cadre, des analyses sont faites pour connaître les partenariats développés et les principes d'affectation des ressources appliqués pour les secteurs sociaux.

Le deuxième chapitre présente le niveau de pauvreté suivant l'approche monétaire et suivant l'approche privation. Il détermine les privations dont souffrent le plus les enfants, les

disparités ainsi que le profil des enfants les plus affectés. En plus, il montre comment les dimensions nationales, infranationales, familiales et communautaires (structure des ménages, caractéristiques des membres et des chefs de ménage) influent sur le niveau de pauvreté des enfants.

Le chapitre 3 porte sur les cinq piliers du bien-être des enfants (nutrition, santé, protection de l'enfance, éducation et protection sociale). Il examine les résultats auxquels ont conduit les lois et les programmes déjà développées dans le pays de manière à connaître les atouts et les contraintes de la lutte contre la pauvreté des enfants. Il se termine en indiquant les prestataires et les partenariats les mieux indiqués pour répondre aux besoins des enfants les plus pauvres.

Le chapitre 4 précise les conclusions spécifiques de la présente étude. Il établit, sur base des atouts et des contraintes identifiées, une stratégie politique et des principes de partenariat pour éliminer la pauvreté des enfants, réduire les disparités, accélérer les progrès vers la réalisation des OMD.

CHAPITRE 1 :

LES ENFANTS ET LE DEVELOPPEMENT

La République Démocratique du Congo (RDC) ayant accepté de poursuivre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), il s'agit dans ce chapitre de présenter le contexte décisionnel, économique, démographique et institutionnel qui sous-tend les efforts pour le bien-être et l'égalité des enfants. Pour ce faire, il est question de dire d'abord combien ils sont et parmi eux, combien vivent dans la pauvreté d'après les concepts nationaux et internationaux de la pauvreté. Ensuite, tenant compte de la situation des principaux



indicateurs des enfants et des niveaux à atteindre en 2015 suivant les OMD, les analyses se concentrent sur les progrès accomplis et sur les efforts qu'il reste à fournir. Cela étant, la suite de ce chapitre se focalise sur la toile de fond politique, économique et institutionnel de manière à identifier les principaux problèmes de développement humain et de l'équité d'une part et à repérer les principes des politiques macro-économiques et de répartition des ressources d'autre part. Ainsi, la taille du budget national, le volume des dépenses sociales, l'apport des partenaires extérieurs et le processus de prise de décisions et d'exécution des programmes sont examinés dans le but de repérer les signes de l'engagement du Gouvernement en faveur des droits des enfants ainsi que les éléments de bonne gouvernance susceptibles de rendre routinière la recherche du bien-être et la prise en compte des besoins des enfants les plus vulnérables.

1.1 Les enfants, la pauvreté et les disparités

1.1.1 Cadre conceptuel

L'approche adoptée dans la présente étude est issue de l'examen de trois modèles conçus par Faith and Holland (2007) présentés sur la figure 1.1. Le premier (modèle A) met l'accent sur la pauvreté matérielle et considère que la pauvreté des enfants n'est pas distincte de la pauvreté générale. Aussi, pour déterminer les solutions à adopter, les analyses sont faites au niveau communautaire et familial sur les causes sous-jacentes de la pauvreté. Ce modèle ignore les problèmes spécifiques des enfants et considère que s'ils sont défavorisés, ceux-ci peuvent bénéficier de la croissance économique par deux canaux importants : les chances d'emploi des parents et des personnes qui s'occupent d'eux et les services sociaux qui leur sont offerts.

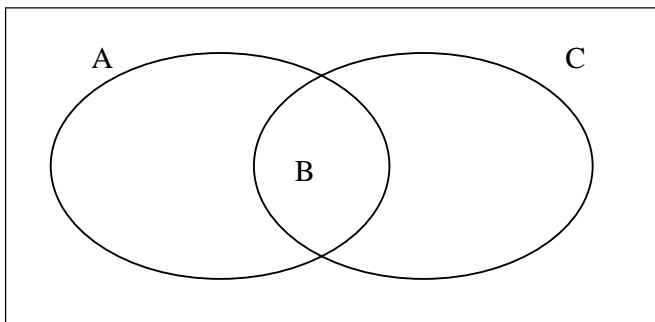


Figure 1.1 : Cadre conceptuel d'analyse de la pauvreté et des disparités

Le modèle B considère que la pauvreté des enfants est égale à celle de leurs familles. Tout en ayant comme avantage d'aborder les problèmes des enfants dans un cadre qui leur est plus proche, ce modèle présente l'inconvénient de ne pas prendre en compte les aspects non matériels des privations et peut ainsi faire oublier des disparités comme celles au sexe dont peuvent pourtant souffrir les enfants au sein de la cellule familiale.

Le modèle C saisit les résultats individuels pour les enfants. Il considère le bien-être et les privations des enfants comme « les deux revers d'une même médaille ». Ainsi, il prend en compte non seulement la pauvreté matérielle, mais aussi les aspects affectifs et spirituels des privations. Compte tenu du fait que le premier modèle ne permet pas d'isoler la pauvreté spécifique des enfants et que le troisième fait intervenir des aspects affectifs et émotionnels pour lesquels les données ne sont pas disponibles, c'est le modèle B qui a été retenu. Celui-ci offre la possibilité

- (i) d'examiner la pauvreté monétaire et non monétaire qui est approchée par les difficultés d'accès aux services sociaux de base ;
- (ii) de voir comment les enfants sont différemment affectés par l'insuffisance des revenus et les privations selon le sexe, l'âge et le statut au sein du ménage, de la communauté et au niveau du pays ;
- (iii) de séparer la pauvreté des adultes et celle des enfants ;
- (iv) de montrer comment les soins en famille et la protection déterminent les chances de ne pas souffrir d'une privation.

Sur cette base, la présente étude examine ainsi les résultats des politiques et programmes déjà réalisés sur les disparités entre enfants en prenant comme variable dépendante le fait d'être pauvre et comme variables indépendantes les données de l'enfant (âge et sexe), les caractéristiques du ménage, dont la taille, la structure et les caractéristiques du chef de ménage (âge, religion, résidence, instruction, ethnie, province d'origine...) et la situation socio-économique dans la communauté, en particulier en ce qui concerne les soins donnés aux enfants. La démarche va permettre la connaissance des groupes les plus vulnérables, des causes de cette vulnérabilité et des efforts à fournir pour améliorer le bien-être des enfants.

1.1.2 Résultats de l'analyse de la situation des enfants

- Effectif et répartition par âge, sexe et lieu de résidence

Pour 2005, la proportion des personnes de moins de 18 ans est de 53,3% par rapport à l'ensemble de la population (tableau 1.1.1) alors que celle des personnes âgées de 60 ans et plus est de 4,27%. La population totale étant de 59,9 millions d'habitants en cette année,

l'effectif des enfants de moins de 18 ans est de 31,8 millions. Ceux-ci vivent plus en milieu rural qu'en milieu urbain, soit 70,5% contre 29,5%. En plus, parmi eux, il y a pratiquement autant de filles que de garçons (RDC, INS, Enquête 1-2-3, 2005)). Près de la moitié des enfants se trouvent dans quatre provinces, celles de Katanga (16%), de la Province Orientale (11,2%), de Bandundu (11,0%) et de l'Equateur (10,3%). Leurs autres caractéristiques de stratification sociale, dont l'accès à l'éducation et aux soins de santé, le logement, la taille et la structure du ménage sont dans le tableau 1.1.2.

- Niveaux de pauvreté et disparités

Le seuil national de pauvreté est inférieur au seuil international de 1 dollar par personne par jour. Il est de 0,72\$ par personne jour. Par rapport au seuil national, la proportion des enfants pauvres est de 56,6% alors que par rapport au seuil international, cette proportion est de 76,6%. Etant plus élevée que le pourcentage des ménages pauvres (71,34% suivant le seuil international), cette proportion montre que le niveau de pauvreté des enfants est supérieure à celle des ménages.

Les disparités entre enfants importantes. Suivant leurs caractéristiques individuelles, celles de leur ménage et communauté, il ressort (tableau 1.1.3) que le niveau de pauvreté :

- (i) est plus élevé en milieu rural (76,72%) qu'en milieu urbain (61,49%) ;
- (ii) s'accroît lorsque l'âge est de plus de 15 ans et lorsque le ménage contient plus de 7 personnes ;
- (iii) diminue avec l'accroissement du niveau d'instruction des parents, soit de 84,9% si le chef de ménage est illettré à 76,7% s'il a été dans un établissement d'enseignement supérieur ;
- (iv) ne change pas avec le sexe du chef de ménage, soit 77,2% contre 73,5% ;
- (v) n'est vraiment faible que si le standing de vie du ménage se situe au cinquième quintile ; il passe de 71% pour le cinquième quintile à 33% pour le quatrième quintile.

Du fait de ces variations des niveaux de pauvreté, les catégories contenant le plus d'enfants pauvres, soit plus d'un enfant sur quatre, sont (tableau 1.1.3) celles des enfants vivant dans des ménages

- (i) qui connaissent déjà des problèmes de scolarisation des enfants (53% des enfants)
- (ii) avec un problème de chômage (48,9% d'enfants sont dans des ménages où aucun des deux parents ne travaille)
- (iii) avec des difficultés d'approvisionnement en eau potable (42%)
- (iv) avec un chef de ménage qui n'est pas allé au delà de l'école secondaire (37,1%) ;
- (v) dont le niveau de vie se situe dans les deux premiers quintiles du niveau de pauvreté (33%)

Les niveaux de pauvreté les plus élevés se trouvent dans les Provinces de l'Equateur, Bandundu et Sud Kivu. Le niveau le plus bas est observé à Kinshasa, soit 41,6% (tableau 1.1.4). Ainsi, toutes choses restant égales par ailleurs, même avec un taux d'accroissement annuel du PIB de 8%, 44% de la population congolaise seront toujours en dessous du seuil de pauvreté en 2015 et 30% en 2020 (DRC/ World Bank, 2007).

1.1.3 Les enfants et les OMD

La poursuite des OMD se fait au Congo dans un contexte de post-conflit marqué par la pauvreté, la détérioration des indicateurs sociaux, l'existence de près de 2,4 millions de personnes déplacées et l'expansion des violences (Human Rights Watch, 2003). Ainsi, peu de progrès ont été réalisés entre 1995 et 2001. Le taux de mortalité infanto-juvénile par exemple est passé de 190‰ à 213‰ et la proportion des enfants souffrant de l'insuffisance pondérale de 34,4% à 31,1% seulement (RDC, UNICEF, MICS2, 2002). Cependant, il semble que la situation se soit améliorée entre 2001 et 2007. En effet, l'enquête démographique et de santé (EDS) indique des niveaux de mortalité infanto-juvénile et d'insuffisance pondérale situés respectivement à 148‰ et 25,1%.

Compte tenu de la lenteur des changements traduits par exemple par le taux net de scolarisation estimé à 55% en 2007 au lieu de 51,7% en 2001, les chances d'atteindre tous les objectifs fixés dans le cadre du Millénaire pour le développement sont plutôt faibles comme l'indiquent les graphiques 1.1. Les tendances reconstituées par l'UNDP pour les questions relatives aux enfants depuis 1990 montrent que la possibilité d'atteindre l'objectif n'est vraisemblable que pour l'OMD3 et pour la cible 4 qui consiste à éliminer les disparités entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire d'ici 2005 et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard. Elle est potentiellement réalisable que pour l'OMD1 et la cible 2 (réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim) ainsi que pour l'OMD7 et la cible 10 (réduire de moitié, d'ici 2015, le pourcentage de la population sans accès durable à un approvisionnement en eau potable et à des services d'assainissement de base). Pour les autres, soit OMD2 et cible 3 (d'ici à 20015, donner à tous les enfants, garçons et filles partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires), OMD4 et cible 5 (réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans), OMD6 et cible 7 (d'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle), OMD7 et cible 10 (réduire de moitié, d'ici 2015, le pourcentage de la population sans accès durable à un approvisionnement en eau potable et à des services d'assainissement de base), il y a très peu de chance.

1.2 Contexte politique, économique et institutionnel

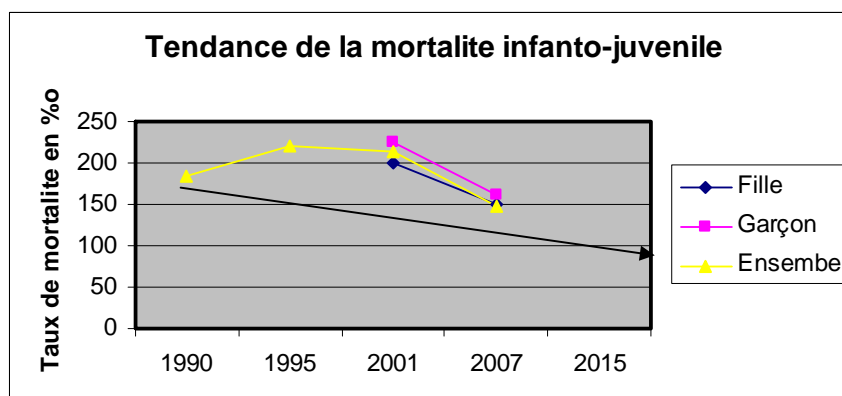
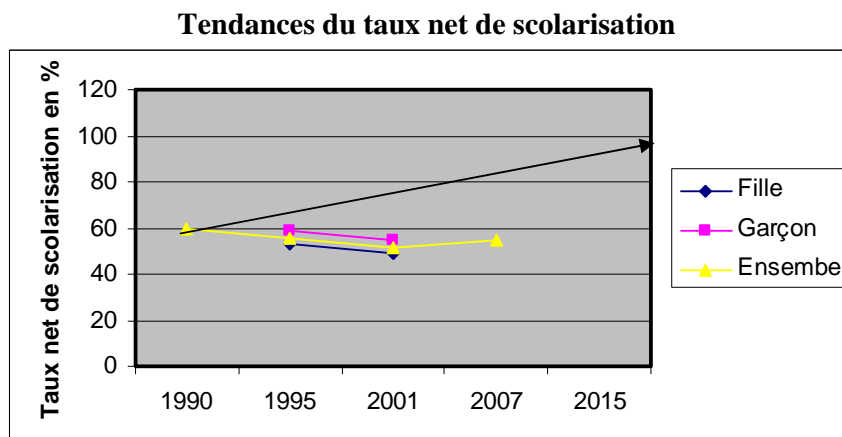
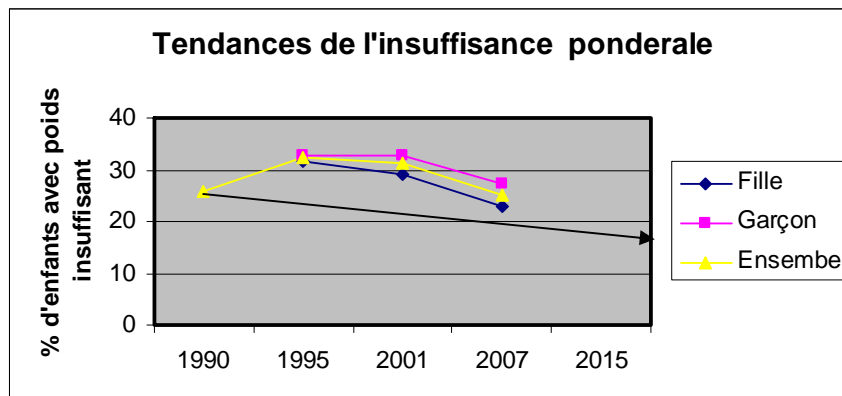
1.2.1 Toile de fond politique, géographique et institutionnelle

La RDC a une superficie de 2.345.000 km. Elle est la nation la plus étendue en Afrique Centrale. A cause de cette situation, elle a une longue frontière qui la met en contact avec neuf pays limitrophes ; ce qui l'a amenée à subir les conséquences des conflits armés survenus au cours des 15 dernières années dans huit de ces pays. Au niveau interne, elle a connu une crise politique grave entre le début du processus de démocratisation en 1990 et la fin de la guerre en 2001. Elle a été marquée par des pillages qui ont entraîné la destruction d'une grande partie du tissu industriel, l'hyper-inflation en 1994, la baisse des investissements et la suspension de l'appui financier de plusieurs partenaires bilatéraux et multilatéraux jusqu'en 2001.

Les guerres de 1996 et de 1998 ont eu en particulier pour effet d'entraîner l'occupation d'une partie du pays par des armées étrangères pendant près de 3 ans, la faible exécution des programmes de développement, en particulier le PTM1 (1997-1999) et le PTMA (1999-2001) ainsi que le déplacement de près de 2,4 millions de personnes (RDC/PNUD, CCA, 2000).

Cependant, depuis 2003, la situation s'améliore. L'élan pour la fin du processus de démocratisation issu des négociations des belligérants a permis l'organisation d'un référendum constitutionnel et l'organisation des élections présidentielles et législatives au niveau national et provincial en 2006. Il a aussi permis la poursuite des réformes économiques, des progrès dans la bonne gouvernance et la reprise de la coopération structurelle. Compte tenu de ces facteurs favorables, le taux de croissance du PIB réel va passer de 3,5% en 2002 à 5,6% en 2003 et à 6,8 % en 2004 (RDC/PNUD, CCA, 2005 ; RDC, Banque Centrale du Congo, 2006). Quant à la reprise de la coopération, il faut noter qu'elle a connu son paroxysme avec l'organisation à Paris en fin 2007 de la réunion du Groupe Consultatif des partenaires de la RDC. Cette réunion a réuni une enveloppe de 4 milliards de dollars pour l'appui aux activités de développement des années 2008 à 2010.

Graphique 1.1 : Tendances par sexe de l'insuffisance pondérale, des taux nets de scolarisation et de la mortalité infanto-juvénile par rapport aux OMD



1.2.2 Population et croissance économique

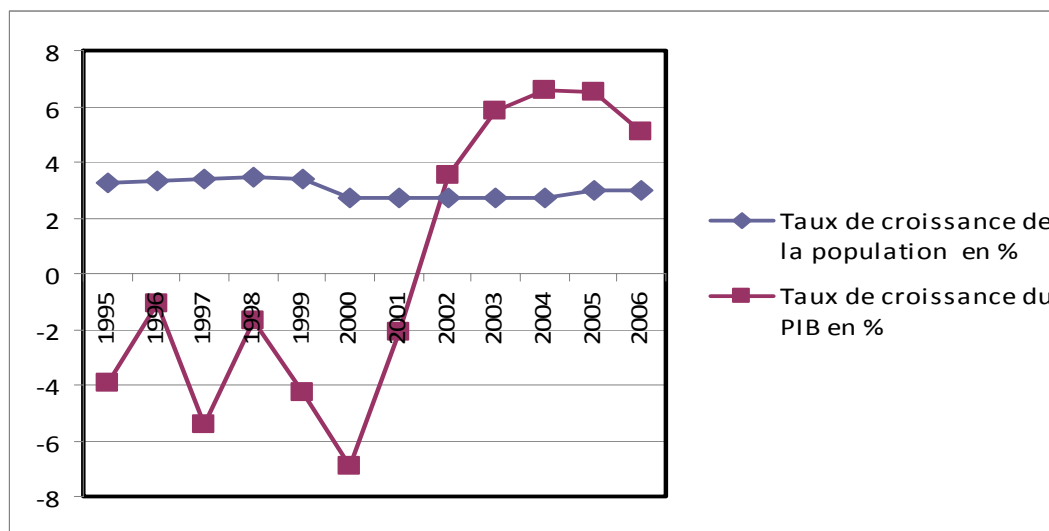
Le taux d'accroissement annuel de la population congolaise établi en 1984 est de 3,0%. Il est considéré comme stable dans la mesure où le solde migratoire est supposé faible au niveau international (RDC, INS, 2007) et où la fécondité et la mortalité n'ont commencé à baisser que très récemment. L'indice synthétique de fécondité était en effet de 7,3 enfants par femme

en 1995, 7,1 en 2001 et 6,3 en 2007. Sur base des données du recensement général de 1984 et du recensement électoral de 2006, des projections ont été établies par l'INS et le Service d'Etudes de la Banque Nationale. Celles-ci indiquent une croissance annuelle moyenne de la population de près de 3% pendant que le PIB a connu un accroissement annuel variable allant de -2,1% en 2001 à 5,1% en 2006 comme le montrent le graphique 1.2 et le tableau 1.2.1. Cela étant, il y a lieu de retenir que

- (i) les mesures de redressement économique de l'an 2001 ont porté leurs fruits puisque le PIB qui avait connu une croissance négative jusqu'en 2001 a retrouvé des valeurs positives ;
- (ii) l'économie congolaise peut atteindre des taux de croissance supérieurs à ceux de la population, soit 4% à partir de l'an 2002 ;
- (iii) et que comme le taux d'accroissement de la population est globalement stable (soit 3%) du fait du maintien du niveau de fécondité (tableau 1.2.2), le niveau de vie a baissé de 1995 à 2001 et s'est amélioré à partir de 2002.

Dans le secteur formel, le taux de chômage qui a résulté des tendances sus-mentionnées a montré une tendance à la baisse, soit 49% en 2001 et 41% en 2006. La plupart des Congolais ont donc continué à vivre surtout du secteur informel. En outre, la structure de l'économie semble stable. La part la plus importante du PIB provient de l'agriculture (en particulier les cultures de rente) et de l'industrie, soit 31,3% et 29,7% en 1990 et 39,8% et 22,3% en 2005 (tableau 1.2.3). La part des services reste proche de 31%. C'est dire que pendant longtemps encore, l'amélioration de la situation des enfants ne proviendra ni d'un changement de structure de l'économie, ni d'un accroissement sensible des revenus. Elle dépendra longtemps encore des dispositions prises par l'Etat pour une offre équitable des services sociaux.

Graphique 1.2 : Taux d'accroissement de la population et du PIB entre 1995 et 2006



1.2.3 Problèmes de développement humain et de l'équité

Le PIB par habitant a alors connu une baisse ininterrompue moyenne de près de 5,5% l'an entre 1991 et 2000 et le PIB réel par tête d'habitant est passé de 262,9 USD en 1990 à seulement 82,6 USD en 2000 (RDC/PNUD, CCA, 2005) ; ce qui a placé la RDC à la 140^{ième} place en 1994, à la 142^{ième} place en 1998 et au 167^{ième} rang sur l'échelle de l'indice de développement humain en l'an 2000 (PNUD, Rapport sur le développement humain,...). En

outre, du fait de la guerre et des troubles socio-politiques survenus depuis 1991, il existe dans le pays une disparité des niveaux de pauvreté, de mortalité et de morbidité qui exige une planification adaptée du développement social.

La RDC n'a pas une longue expérience de planification à long terme. Ainsi, malgré la mise en œuvre en 1985 du premier plan quinquennal de développement économique et social, l'élaboration de nouveaux plans de développement n'est intervenue qu'à partir de 1997 avec le Programme Triennal Minimum (PTM1, 1997-1999) et le Programme Triennal Actualisé (PTMA, 2000-2002). Ces deux premiers plans n'ont pas été exécutés du fait de la guerre. Ils ont été remplacés par le PIR (Programme Intérimaire Renforcé, 2001) et le Programme Multisectoriel d'Urgence pour la Réhabilitation et la Reconstruction (2002-2005) qui, eux aussi n'ont connu qu'une exécution partielle ; d'où l'élaboration du Document de Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (2006-2010).

Sur cette base, le gouvernement a élaboré son programme d'action 2007-2011 et les à travers le Cadre d'Assistance Pays (CAF/UNDAF), les principaux bailleurs de fonds se sont engagés pour 85% des contributions nécessaires pour les années 2007-2010. Ce dernier programme vise la réduction de l'incidence de la pauvreté et la traduction de la reprise économique en termes d'amélioration de la situation sociale. Il a connu un début d'exécution avec le financement du Programme d'Actions Prioritaires (PAP) qui s'étend sur 18 mois (soit de juillet 2007 à décembre 2008). Du fait de cette faible exécution des programmes, les inégalités se sont globalement maintenues et le classement des Provinces par exemple suivant leur IDH est resté le même (tableaux 1.2.5) ; l'Equateur est la Province qui a l'IDH le plus faible alors que Kinshasa a la meilleure situation.

1.3 Stratégies macro-économiques et affectations des ressources budgétaires

1.3.1 Croissance pro-pauvres et résultats pour les enfants

Avec le DSCR, l'objectif du Gouvernement est d'assurer l'amélioration durable et effective des conditions de vie des populations pour une période de 25 ans sur base de programmes de 3 ans. Pour ce faire, il cherche à

- (i) promouvoir la bonne gouvernance et consolider la paix
- (ii) consolider la stabilité macro économique et la croissance
- (iii) améliorer l'accès aux services sociaux et réduire la vulnérabilité
- (iv) combattre le VIH/SIDA et
- (v) promouvoir la dynamique communautaire

Pour la période 2007-2009, le Gouvernement recherche (i) une croissance soutenue de la production de 7,7%, (ii) un taux d'inflation moyen de 6,5% grâce à une politique monétaire efficiente et (iii) un déficit du compte courant extérieur (dons exclus) qui se situera en moyenne à 13,9% du PIB. La politique budgétaire vise une mobilisation accrue des recettes et une maîtrise des dépenses par la mise en place d'un cadre des Dépenses à moyen terme (CDMT). Ce cadre est favorable à la prise en compte des besoins des enfants. En effet, il privilégie l'amélioration des infrastructures, de l'accès à l'éducation de base et aux soins de santé primaire, la lutte contre le VIH/SIDA et l'accroissement du taux de desserte en eau potable et assainissement (tableau 1.2.4). Il prévoyait non seulement d'accroître la part du budget social mais aussi de veiller à ce que celle-ci soit supérieure à 50%, soit 58% en 2008.

Les ressources nécessaires pour une croissance pro-pauvres devraient provenir de la promotion de bonne gouvernance administrative, politique et économique, de la consolidation de la stabilité macro-économique par une politique monétaire adaptée, la maîtrise des dépenses publiques et l'accroissement des recettes. La pression fiscale devrait être de 13,2% du PIB sur la période 2006-2009 contre 11,6% en 2005 grâce à la lutte contre la fraude, l'application de mesures strictes de recouvrement des impôts et des recettes non fiscales et une politique d'élargissement de l'assiette fiscale.

Outre les ressources libérées par l'allègement de la dette sous l'initiative PPTE, le pays mettra sur six secteurs porteurs de croissance, à savoir : (i) diversifier les filières agricoles d'exportation, (ii) promouvoir le développement du micro- crédit et de la micro-entreprise, (iii) encadrer adéquatement la mise en valeur du potentiel forestier, (iv) procéder à la restructuration des entreprises du secteur minier, (v) accélérer la mise en valeur des potentialités en énergie hydro-électrique et (vi) promouvoir le secteur privé pour accroître sa contribution au développement entre autres par la fiscalité et la création des emplois (RDC, DSCR, 2006).

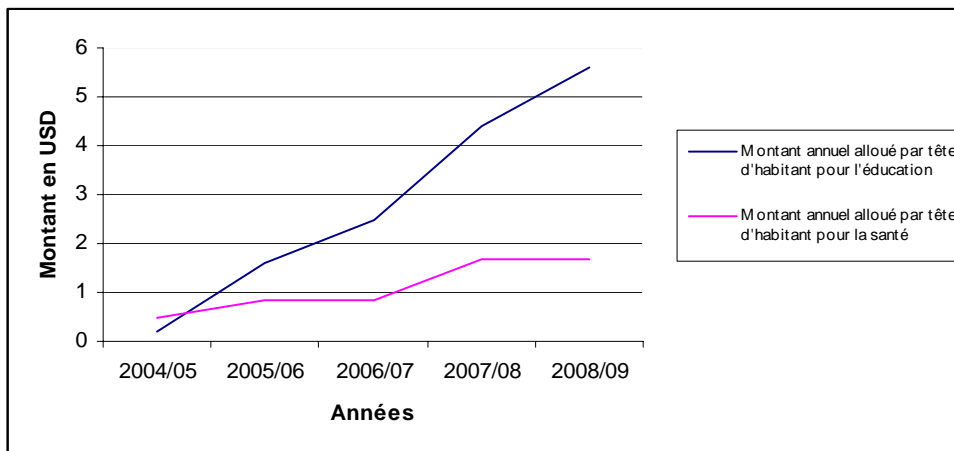
La croissance projetée du PIB est de 7,0% en 2006, 7,7% en 2007 et 8,4% en 2008 ; ce qui, en tenant compte de la croissance démographique moyenne annuelle de 3,0% devrait amener une amélioration moyenne des revenus de 3,4% (tableau 1.2.1). A cet effet, la RDC mise beaucoup sur le développement rural qui contribue pour près de 63% au PIB et qui fait vivre près de 70% de la population. Elle compte aussi sur les autres secteurs du développement précités dont l'accroissement de des opportunités d'accès à l'emploi et aux activités génératrices de revenus pour les pauvres. Aux moyens qui seront ainsi réunis (tableaux 1.3.1 et 1.3.2), il faut ajouter l'appui financier de la coopération bilatérale et multilatérale.

1.3.2 Budgets publics et partenariats en faveur des enfants

Malgré les souhaits, les ressources budgétaires consacrées aux secteurs ayant une incidence sur la promotion et la protection des droits de l'enfant restent faibles. En effet, la part du budget national alloué aux secteurs sociaux varie entre 7 et 8% seulement (Ministère des Droits Humains, 2007). Toutefois, depuis 2001, il y a une augmentation progressive des ressources internes notamment dans les secteurs de l'éducation et de la santé, avec comme objectif pour le secteur de l'éducation d'atteindre le niveau de 1982, soit 25% du budget global.

Les tableaux 1.3.1 à 1.3.3 en annexe indiquent les parts du budget allouées dans les différents secteurs qui concernent l'enfant. Pour l'éducation, la proportion des dépenses de l'Etat est passée entre 2004 et 2008 de 1,3 à 11,17%. Pour la santé, elle est passée de 2,3 à 3,26% ; ce qui correspond à une dépense par personne de 5,68 \$US en 2008 pour l'éducation et de 1,66 \$US pour la santé (graphique 1.3). Ces efforts du Gouvernement sont appuyés par la communauté internationale qui s'est investie dans la réhabilitation des infrastructures et le rétablissement des services sociaux de base. Ainsi, deux programmes multilatéraux importants ont été financés : le Programme Multisectoriel d'urgence pour la reconstruction et la réhabilitation (PMURR) financé par la Banque Mondiale pour les années 2002-2006 et le Programme d'Actions Prioritaires (PAP) financé par le Système des Nations Unies à partir de 2007.

Graphique 1.3 : Montants alloués par tête d'habitant aux secteurs de la santé et de l'éducation pour les années 2004 à 2008 (en dollars US)



Approuvé pour un montant global de 7 milliards de dollars en 2002, le PMURR vise la Réhabilitation et la reconstruction des infrastructures de base (transport, alimentation en eau, électricité et infrastructure urbaine), la promotion de l'agriculture, la fourniture de services sociaux (éducation, santé, protection sociale), le développement communautaire et le renforcement des capacités institutionnelles. La protection sociale y est prévue avec 2,7% du budget global (tableau 1.3.3), mais celle-ci ne concerne pas seulement les enfants.

Pour le PAP, il faut noter qu'il ne concerne pas seulement les enfants. Toutefois, pour les secteurs de l'éducation et de la santé, il y est prévu de mener les principales actions ci-après :

- 1) Pour l'éducation, les actions visent l'amélioration des compétences pédagogiques des enseignants et l'élimination de tous les frais scolaires autorisés par la loi et l'accroissement à 10%, avant décembre 2009 et à 20% avant fin 2010, de la part du budget allouée au secteur de l'éducation;
- 2) Pour la protection sociale, les actions visent le développement des politiques en faveur des orphelins et des enfants vulnérables, incluant les enfants handicapés et issus des minorités et l'appui à la survie des ménages confrontés à une insécurité sociale prononcée.
- 3) Pour la santé, un appui est prévu pour améliorer l'accès aux soins de santé pour près de 2,5 millions d'enfants de moins de 5 ans, soit 969 centres de santé publics, l'accroissement de la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois, la distribution des moustiquaires imprégnées auprès de 300.000 enfants et la supplémentation et le déparasitage de 8 millions d'enfants de 1 à 5 ans.

CONCLUSION

Par rapport au seuil national, la proportion des enfants pauvres est de 56,6% alors que par rapport au seuil international, cette proportion est de 76,6%. Du fait de ce niveau élevé de la pauvreté des enfants, les ménages ayant des enfants sont généralement plus pauvres que ceux qui n'en ont pas. En outre, l'hypothèse selon laquelle la pauvreté varie en fonction des caractéristiques de l'enfant, du ménage, de la dynamique communautaire et des dispositions institutionnelles est vérifiée. Les disparités entre enfants ont montré que :

- dans la tendre enfance, il n'y a pas de différence par sexe, mais qu'avec l'accroissement de l'âge, les filles sont plus affectées,
- la pauvreté est plus élevée en milieu rural, dans les ménages de plus de 7 personnes, d'un bas standing de vie et dans ceux dirigés par une personne d'un faible niveau d'instruction

Les niveaux de pauvreté les plus élevés se trouvent dans les Provinces de l'Equateur, Bandundu et Sud Kivu. Le niveau le plus bas est observé à Kinshasa. En outre, toutes choses restant égales par ailleurs, même avec un taux d'accroissement annuel du PIB de 8%, 44% de la population congolaise seront toujours en dessous du seuil de pauvreté en 2015 et 30% en 2020. Cela s'explique en partie par le contexte difficile de post-conflit du pays qui est marqué, entre autres, par la pauvreté l'existence des personnes déplacées et l'expansion des violences. Ainsi, peu de progrès ont été réalisés entre 1995 et 2001. Cependant, la situation semble se redresser depuis lors. Cependant la possibilité d'atteindre l'objectif n'est vraisemblable que pour l'OMD3 (cible 4) et un peu moins pour l'OMD1 (cible2) et l'OMD7 (cible 10).

La politique budgétaire recherche une mobilisation accrue des recettes, une maîtrise des dépenses et un accroissement du budget social pour répondre entre autres aux urgences issues de la guerre. Mais la part du budget national allouée aux secteurs sociaux reste faible, soit près de 8%. En plus, elle n'a pas visé jusque maintenant la lutte contre les disparités. Même l'équité entre Provinces n'est pas recherchée malgré la disponibilité de quelques renseignements sur la distribution spatiale de l'IDH. Dans ces conditions et tenant compte du fait que le pays n'a pas une longue expérience de planification à long terme, il faudra tout en mettant en place une approche plus adaptée à l'intégration des données des enfants, miser sur la contribution des partenaires au développement. Ainsi en est-il du Cadre d'Assistance Pays (CAF/UNDAF) pour les années 2007-2010. Il faudra cependant mieux circonscrire le rôle des ONG et de la femme que les Ministères chargés des questions des enfants ont eu tendance à ne pas impliquer dans la planification de leurs activités.

CHAPITRE 2 :

LA PAUVRETE ET LES ENFANTS

Introduction

Dans ce chapitre, il s'agit de déterminer le niveau de la pauvreté et d'examiner ensuite comment la communauté, le ménage et les caractéristiques individuelles déterminent la situation de l'enfant en matière de pauvreté et de discrimination basée sur le sexe. A cet effet, des analyses de causalité sont faites pour lier les niveaux et tendances de la pauvreté aux facteurs contextuels qui caractérisent le cadre de vie de l'enfant. Ces analyses devraient permettre de savoir :

- (i) quel est le niveau de pauvreté monétaire et de la pauvreté non- monétaire
- (ii) quelles sont les privations les plus fréquentes ?
- (iii) dans quelle partie du pays et dans quels groupes d'enfants (garçons ou filles) et de ménages (taille et composition du ménage, caractéristiques des membres et des chefs de ménage) ces deux types de pauvreté sévissent le plus ?
- (iv) dans quelle mesure les tendances et les disparités des niveaux de pauvreté des enfants sont dues à l'inégale répartition des revenus ou à l'incapacité d'assurer le financement intégral des services sociaux ?



Pour examiner les différentes facettes de la pauvreté, trois indicateurs seront successivement utilisés, à savoir : le rapport revenu/consommation, les privations et le niveau de la mortalité infanto-juvénile. En outre, des analyses seront faites pour voir dans quelle mesure ces indicateurs sont liés.

Deux bases de données seront utilisées, les résultats de l'enquête 1-2-3 de 2005 pour la pauvreté monétaire et ceux de l'enquête MICS2 de 2001 pour la situation en matière des privations. Cela étant et du fait de la disponibilité d'une seule source d'informations pour chaque type de pauvreté, les changements intervenus dans le temps ne seront pas examinés.

2.1. La pauvreté monétaire et les privations qui affectent les enfants

2.1.1 Constatations de l'approche revenu/consommation

Deux indicateurs ont été retenus pour examiner les niveaux et la variation de la pauvreté monétaire selon les caractéristiques de l'enfant, du ménage et du cadre de vie, à savoir : l'incidence (P0) et l'intensité de la pauvreté (P1). Le premier indique la proportion des personnes pauvres dans la population totale et la seconde mesure l'écart ou le fossé qui sépare les pauvres des non-pauvres exprimé en pourcentage. Les valeurs de ces deux indicateurs sont dans les tableaux 2.1.1 à 2.1.3 en annexe.

Tenant compte du fait que les ménages ayant au moins un enfant de moins de 18 ans ont un nombre moyen de personnes supérieur à celui de l'ensemble des ménages enquêtés (soit 7,11 contre 6,83), des analyses ont été faites en comparant le niveau de l'incidence mesurée par rapport à la ligne de pauvreté nationale (0,72 dollar par personne par jour) et ensuite par rapport à la ligne de pauvreté internationale (1 dollar par personne par jour).

2.1.1.1 Niveaux de la pauvreté monétaire

Les observations suivantes ressortent du tableau 2.1.1 :

- (i) l'incidence de la pauvreté est plus élevée par rapport à la ligne de pauvreté internationale que par rapport à la ligne de pauvreté nationale, soit 73,6% contre 56,7% pour les ménages ayant au moins un enfant de moins de 18 ans ;
- (ii) quel que soit le seuil utilisé, l'incidence de la pauvreté des ménages ayant au moins un enfant de moins de 18 ans est supérieure à celle de l'ensemble des ménages enquêtés (73,6% contre 71,3% par rapport à la ligne de pauvreté internationale) ;
- (iii) la pauvreté des enfants est supérieure à celle des ménages, soit 76% par rapport à la ligne de pauvreté internationale.

2.1.1.2 Facteurs de variation du niveau de la pauvreté monétaire

En tenant compte des caractéristiques individuelles et de celles du contexte, il apparaît que (tableau 2.1.2 en annexe) :

- (i) le sexe n'est pas un facteur de différenciation par rapport à l'incidence de la pauvreté ; celle-ci est pratiquement la même pour les personnes de sexe masculin et pour celles de sexe féminin ;
- (ii) cette absence de discrimination est également observable pour les enfants de moins de 15 ans ;
- (iii) l'incidence de la pauvreté s'accroît avec l'âge ;
- (iv) les caractéristiques individuelles (sexe et âge) n'influent pas sur l'intensité ; celle-ci reste autour de 50% ;
- (v) les caractéristiques du chef de ménage (sexe et niveau d'instruction) et du ménage (taille, niveau de vie, présence d'une personne qui travaille et milieu de résidence) influent sur l'incidence et sur l'intensité, mais les changements sont plus importants avec l'incidence qu'avec l'intensité ; d'où la suppression du fossé entre les pauvres et les non-pauvres ne peut résulter que d'une politique explicite ;
- (vi) le niveau d'instruction du chef de ménage, la taille du ménage et le niveau de vie de celui-ci ont un effet négatif sur l'incidence de la pauvreté ; plus ils s'accroissent plus le niveau de l'incidence diminue ;
- (vii) les ménages avec les niveaux de pauvreté les plus élevés sont ceux dirigés par un homme, ceux résidant en milieu rural, ceux où les deux parents ne travaillent pas et ceux où les enfants de moins de 18 ans travaillent ;
- (viii) il y a une forte variation spatiale des niveaux de pauvreté ; Kinshasa a l'incidence la plus faible alors que l'Equateur, Bandundu et le Sud-Kivu sont les 3 Provinces où la lutte contre la pauvreté des enfants doit être plus active du fait qu'elles ont les niveaux les plus élevés ;
- (ix) les provinces où l'incidence est la plus élevée sont aussi globalement celles où l'intensité est la plus élevée.
- (x)

2.1.1.3 Catégories d'enfants les plus affectés par la pauvreté monétaire

La probabilité de se trouver en dessous de la ligne de pauvreté est globalement trois fois plus élevée que celle de se trouver au dessus de la ligne de pauvreté (tableau 2.1.3). La différence entre ces deux probabilités est plus élevée pour les ménages ayant des enfants de moins de 18 ans que pour l'ensemble des ménages ; ce qui confirme que la pauvreté des enfants est plus élevée que celle des adultes. Cette différence de probabilités montre également ce qui suit :

- (i) elle est plus forte pour le sexe masculin que pour le sexe féminin ;
- (ii) elle augmente beaucoup (soit de 1 à 5 au moins) pour les ménages ayant le niveau de vie le plus bas (première quintile), comptant en leur sein au moins un enfant de moins de 18 ans qui travaille ou une personne de 70 ans ou plus, vivant en milieu rural ou qui sont dirigés par un chef de ménage illettré;
- (iii) les caractéristiques les plus influentes sont celles du ménage (avec un multiplicateur supérieur à 5,0) ; viennent ensuite celles du chef de ménage (avec un multiplicateur proche de 5) et enfin celles de l'enfant (avec un multiplicateur proche de 4) ;
- (iv) les années qui précèdent l'entrée dans la vie d'adulte (15-24 ans) correspondent à la période durant laquelle cette probabilité s'accroît le plus durant le cycle de vie.

Comme pour l'incidence, la ville-province de Kinshasa présente la meilleure situation. En effet, la probabilité pour un ménage de se trouver en dessous de la ligne de pauvreté y est plus faible que celle de se trouver au dessus de cette ligne pendant qu'elle est au moins 1,5 fois plus élevée dans les autres provinces. A l'Equateur, au Bandundu et au Sud-Kivu, elle est 7 à 14 fois plus élevée.

2.1.2 Constatations de l'approche privations

2.1.2.1 Incidence des privations sévères et des privations modérées

Il y a privation modérée si l'enfant:

- (i) vit dans un logement où il y a 4 personnes ou plus par chambre à coucher;
- (ii) n'a pas accès à des toilettes salubres
- (iii) n'a pas accès à l'eau potable à moins d'une demi-heure de marche
- (iv) n'a pas accès aux informations par la radio et la télévision
- (v) présente au moins une des trois formes de malnutrition modérée
- (vi) n'a pas terminé l'école primaire et n'étudie pas actuellement
- (vii) n'a pas accès au traitement approprié contre l'IRA

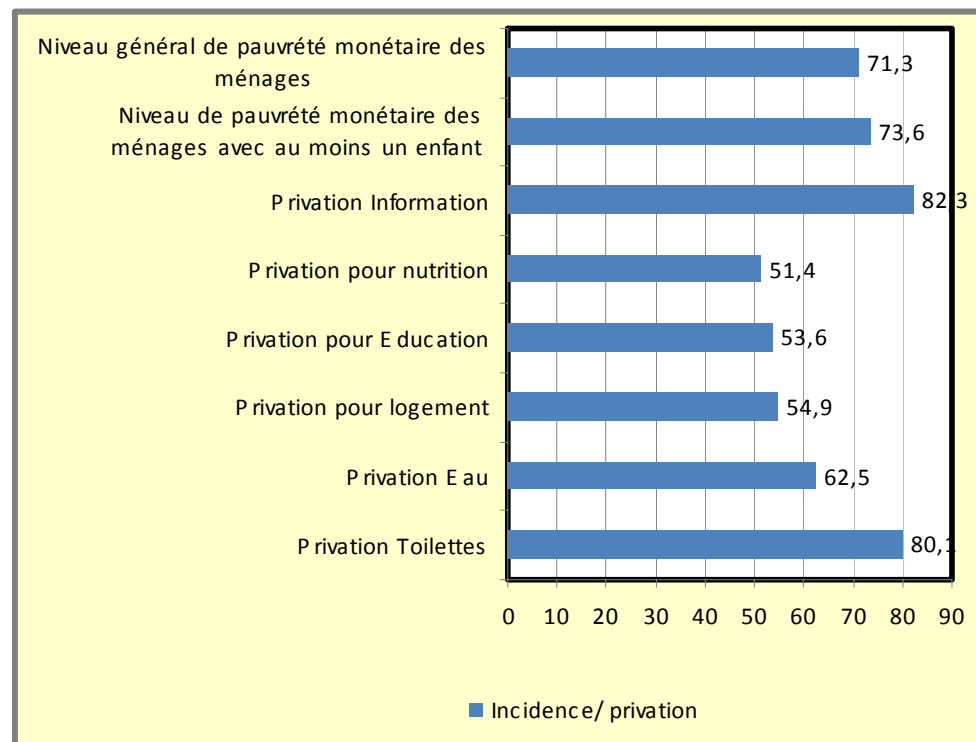
Par contre, il y a privation sévère si l'enfant:

- (i) vit dans un logement où il y a 5 personnes par chambre à coucher ou plus
- (ii) vit dans un ménage sans toilettes du tout
- (iii) a accès à l'eau potable à plus d'une demi heure de marche ou utilise l'eau des ruisseaux, des sources non aménagées ou des puits non protégés ;
- (iv) n'a pas accès aux informations par la radio ;
- (v) n'a jamais fréquenté l'école ;
- (vi) présente au moins une des trois formes de malnutrition sévère
- (vii) n'a pas accès au traitement approprié contre l'IRA.

Chaque privation modérée touche au moins 50% des enfants (tableau 2.1.4). Pour les privations sévères, la proportion équivalente d'enfants est de 12%. Ces deux indicateurs montrent que

- (i) la situation en matière de privations est globalement préoccupante ; la privation d'accès à l'information et à des toilettes salubres, la pauvreté non monétaire est plus importante que la pauvreté monétaire (graphique 2.1)

Graphique 2.1 : niveaux de pauvreté monétaire et non monétaire (2001-2005)



- (ii) les privations qui affectent le plus les enfants (soit au moins 60% d'entre eux) sont celles relatives à l'accès à l'information, aux toilettes et à l'eau ;
- (iii) les privations affectant le plus grand nombre d'enfants ne sont pas nécessairement celles qui les touchent le plus de manière sévère ; en effet, les privations sévères les plus importantes portent plutôt sur l'accès à l'eau, le logement et l'éducation (soit au moins 30% d'enfants comme l'indique le tableau 2.1.4) ;
- (iv) l'accès insuffisant à l'eau et à l'information sont les deux privations individuelles les plus importantes ; leur position en tête de liste permet de comprendre pourquoi la prévalence des maladies d'origine hydrique est élevée et rend prioritaires les actions en faveur de l'approvisionnement en eau potable et de la promotion de l'information
- (v) cette observation sur le fait que la lutte contre la pauvreté non monétaire doit accorder une grande priorité à l'accroissement du confort du logement est confirmée par la constatation que les combinaisons les plus fréquentes concernent :
- deux privations modérées associées portant sur l'eau/toilettes et l'eau/logement dont l'incidence est d'un enfant sur deux ;
 - trois privations modérées associées portant sur l'eau/toilettes/logement dont l'incidence est d'un enfant trois à peu près et

- deux privations sévères associées portant sur l'eau/logement dont l'incidence est d'un enfant sur quatre ;
- (vi) les associations entre privations se font plus souvent entre privations modérées qu'entre privations sévères.

2.1.2.2 Facteurs de variation des privations sévères

Le tableau 2.1.6 présente les corrélats des privations sévères avec les caractéristiques des enfants, du ménage et du milieu de résidence. La grande majorité des enfants (8 sur 10) souffrent au moins d'une privation sévère et 3 sur 10 souffrent au moins de deux privations sévères. Il y a lieu de noter également ce qui suit

- (i) Ces niveaux généraux ne varient ni suivant l'âge, ni suivant le sexe ; le risque de souffrir d'une privation sévère semble donc être indépendant des caractéristiques de l'enfant
- (ii) ils montrent que le risque de souffrir d'au moins une privation sévère évolue dans le même sens que celui de souffrir d'au moins deux privations sévères ; cependant dans la mesure où pour tous les facteurs considérés les variations sont plus importantes pour la probabilité d'avoir au moins deux privations, il y a lieu de conclure qu'il est plus facile de réduire le nombre de privations sévères que d'annuler ce nombre ;
- (iii) le risque de souffrir d'au moins une privation sévère augmente avec l'accroissement de la taille du ménage, avec la présence d'une personne souffrant d'une maladie ou d'un handicap, si le ménage vit en milieu rural et si le chef de ménage est de sexe masculin
- (iv) le risque de souffrir d'au moins une privation diminue avec l'accroissement du niveau d'instruction du chef de ménage et si les deux parents travaillent ;
- (v) la proportion d'enfants souffrant de privations sévères est d'au moins 70% dans toutes les provinces autres que Kinshasa ; il s'agit donc d'un problème qui touche l'ensemble de l'arrière-pays ;
- (vi) les provinces de Kasai Occidental, Maniema, Bandundu et Equateur sont les plus défavorisées avec au moins 90% d'enfants souffrant d'au moins une privation sévère. Quant aux enfants souffrant d'au moins deux privations sévères, il apparaît que leur proportion est nettement plus faible, soit entre 20 et 45 % pour toutes les provinces autres que Kinshasa où elle est de 7%. Pour cet indicateur, les provinces les plus touchées sont pratiquement les mêmes que celles initialement identifiées pour les enfants souffrant d'au moins une privation.

2.1.2.3 Probabilités d'être affecté par plusieurs privations sévères

Pour l'ensemble du pays, l'association entre privations est élevée. En effet, le tableau 2.1.7 (en annexe) montre que :

- (i) les enfants ayant une privation modérée n'ont que 0,05 fois plus de chance de ne souffrir d'aucune privation sévère que ceux qui n'en ont pas ; par contre ils ont 1,9 fois plus de chance de souffrir d'au moins une privation sévère ;
- (ii) une fois qu'un enfant est affecté par une privation sévère, il a un risque élevé de souffrir de plusieurs privations sévères ; en effet, il a alors 37 fois plus de chance de souffrir d'au moins deux privations sévères que de ne souffrir que d'une privation sévère ;
- (iii) l'association des risques sévères est plus fréquente en milieu rural qu'en milieu urbain ; en effet, un enfant affecté par une privation sévère a 57,7 fois plus de

- chance (au lieu de 42,6 fois plus de chance en milieu urbain) d'avoir au moins deux privations sévères que de ne souffrir que d'une privation sévère ;
- (iv) la valeur des multiplicateurs change beaucoup suivant l'âge et le sexe de l'enfant de l'enfant,
 - (v) la valeur des multiplicateurs change beaucoup par rapport aux caractéristiques du ménage et par rapport à celles du chef de ménage ; elle est plus élevée (soit écarts plus importants que ceux observés pour l'ensemble du pays) lorsque :
 - le chef de ménage est de sexe masculin
 - le niveau de vie du ménage est élevé (soit de la troisième au cinquième quantile)
 - aucun des deux parents ne travaille ;
 - le ménage a au moins un orphelin ;
 - le ménage a au moins une personne de 70 ans et plus ;
 - (vi) les associations entre les 5 privations sévères qui concernent les enfants de 5-17 ans montrent à partir des données EDS que la proportion des enfants affectés s'accroît en passant de 1 à 3 privations et qu'elle diminue au de-là de 4 privations (tableau 2.1.6 bis) ; c'est dire que la lutte contre ces 3 privations sévères qui concernent l'accès à l'eau, au logement décent et à l'éducation sont les information constitue l'action la plus efficiente pour la réduction de la pauvreté des enfants,
 - (vii) cette association modale de 3 privations sévères concerne 30% d'enfants et apparaît quelle que soit la variable d'identification sociale examinée (sexe du chef de ménage, taille et niveau de vie du ménage, âge de l'enfant et type du milieu de résidence) ; c'est dire qu'il montre le type d'action permettant de réduire le niveau et non les disparités en matière pauvreté,
 - (viii) la situation varie par province, mais les tendances ci-dessus restent valables ; dans les provinces de Bandundu, Equateur, Province Orientale, Maniema et Kasai Oriental, les actions visant cette association de 3 privations sévères permettent même d'améliorer la situation de 35% d'enfants et plus (tableau 2.1.6 bis).

2.1.2.4 Situation des privations par Province

Par ailleurs, en passant du milieu rural au milieu urbain, le niveau de prévalence de la plupart des privations sévères double. De même d'une province à une autre, les niveaux de prévalence des privations sévères change (tableau 2.1.8). L'Equateur, le Bandundu et le Sud-Kivu sont le plus souvent dans la catégorie des provinces où les enfants sont le plus touchés par la pauvreté. C'est dire que seule une politique sélective par province permet de lutter efficacement contre les privations en provinces.

Il faut aussi noter que même si l'association de 3 privations sévères est la plus fréquente quelle que soit la province considérée comme déjà signalé pour le tableau 2.1.6 bis, les privations sévères semblent se regrouper en trois catégories :

- (i) celles qui varient peu par province (le rapport entre la province ayant le niveau le plus élevé et celle ayant le niveau le plus bas est inférieur à 2) et restent partout à un niveau élevé, à savoir : la privation d'eau et de l'information
- (ii) celles qui varient peu par province et restent partout à un bas niveau bas ou moyen, à savoir : la privation des soins de santé et d'une bonne alimentation
- (iii) celles dont le niveau double ou triple d'une province à une autre, à savoir : la privation de l'éducation, des toilettes salubres et d'un bon logement

Cela étant, il faut travailler province par province pour déterminer les privations à privilégier dans une politique d'action pour avoir le résultat le plus efficient en termes de réduction de niveau de pauvreté.

2.1.3 Association entre pauvreté monétaire et pauvreté non monétaire

Les données de l'association entre la pauvreté monétaire et les privations sont dans le tableau 2.1.10 en annexe. Celui-ci montre que :

- (i) même dans les ménages au dessus de la ligne de pauvreté monétaire, les enfants souffrent de privations. Il apparaît que 60,5% de ces enfants sont affectés par une privation sévère et 91,6% (soit presque tous) ont une privation modérée ;
- (ii) il n'y a pas de différence de situation entre les garçons et les filles ;
- (iii) au fur et à mesure que l'âge augmente, de moins en moins d'enfants sont affectés par la pauvreté monétaire pendant que de plus en plus d'entre eux sont touchés par la pauvreté non monétaire ;
- (iv) pour les autres variables, les tendances observées sur la pauvreté monétaire sont les mêmes que celles obtenues pour la pauvreté non monétaire ;
- (v) cela étant, les groupes les plus vulnérables présentées au tableau 2.1.3b apparaissent sur base de ces données également ; les graphiques 2.2 montrent que les groupes d'enfants les plus affectés par la pauvreté monétaire sont aussi globalement les plus affectés par les privations ;
- (vi) aussi bien pour la pauvreté monétaire que pour la pauvreté non monétaire, les caractéristiques les plus influentes sont celles du ménage ; viennent ensuite celles du chef de ménage et enfin celles de l'enfant.

2.2 Survie de l'enfant et équité

2.2.1 Tendances de la mortalité infanto-juvénile au cours des dernières années

Cette section examine d'abord les tendances de la mortalité infanto-juvénile au cours des quinze dernières années (1990-2005) et ensuite l'évolution liée au sexe selon deux quintiles des richesses (les plus pauvres et les plus riches). Entre 1990 et 2007, il y a eu une baisse du niveau de la mortalité infanto-juvénile même si le paludisme, les maladies diarrhéiques et les IRA sont restées les causes de décès les plus importantes, soit 58% des décès en l'an 2000 (graphique 2.3). L'année 1995 a connu le niveau de mortalité infanto juvénile le plus élevé (220‰). Cette période correspond à celle où le pays a connu des problèmes économiques énormes suite aux pillages de 1991 et de 1993 qui ont détruit l'outil de production entraînant ainsi des répercussions sur l'état de santé des populations rendu plus précaire par la faible accessibilité financière aux soins de santé primaires.

2.2.2 Taux de mortalité et facteurs de stratification sociale

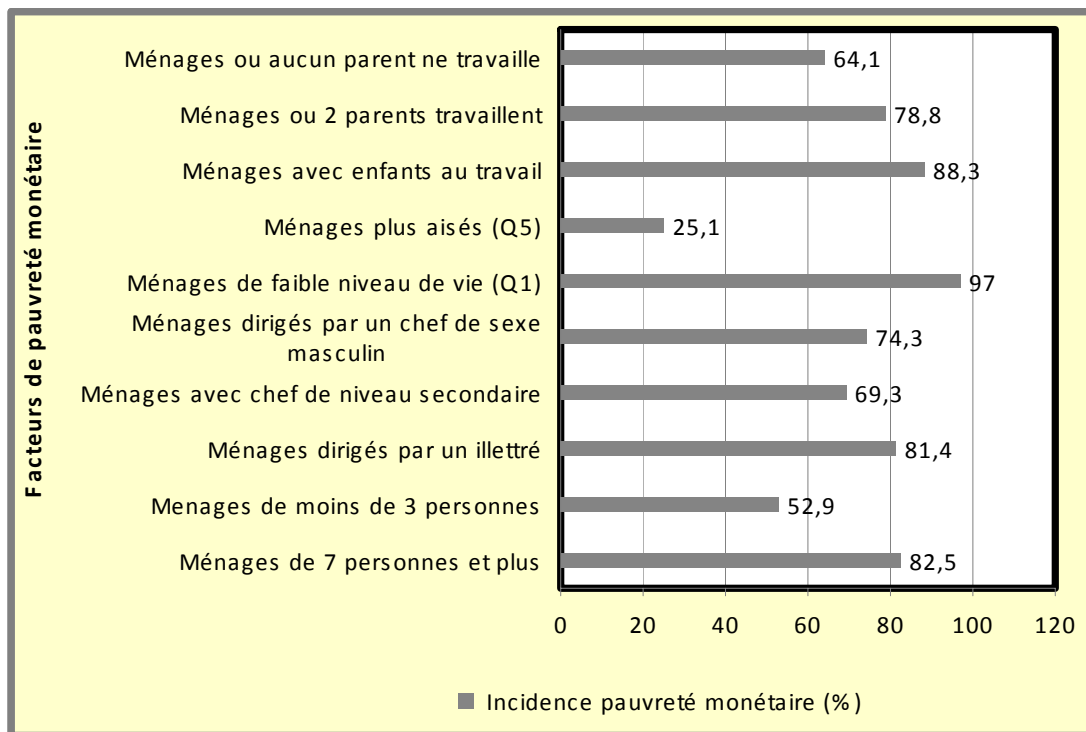
Les facteurs pris en compte à cet effet sont le sexe de l'enfant, le type de milieu, la province de résidence et le niveau d'instruction de la mère (tableau 2.2.2).

- (i) La mortalité infanto juvénile est plus élevée chez les garçons que chez les filles ; quelle que soit la quintile de richesses considérée, les enfants de sexe féminin ont un niveau de mortalité infanto juvénile plus faible (217‰ contre 193‰ en 2001). Du fait qu'elle n'a été observée ni pour la pauvreté monétaire ni pour la pauvreté

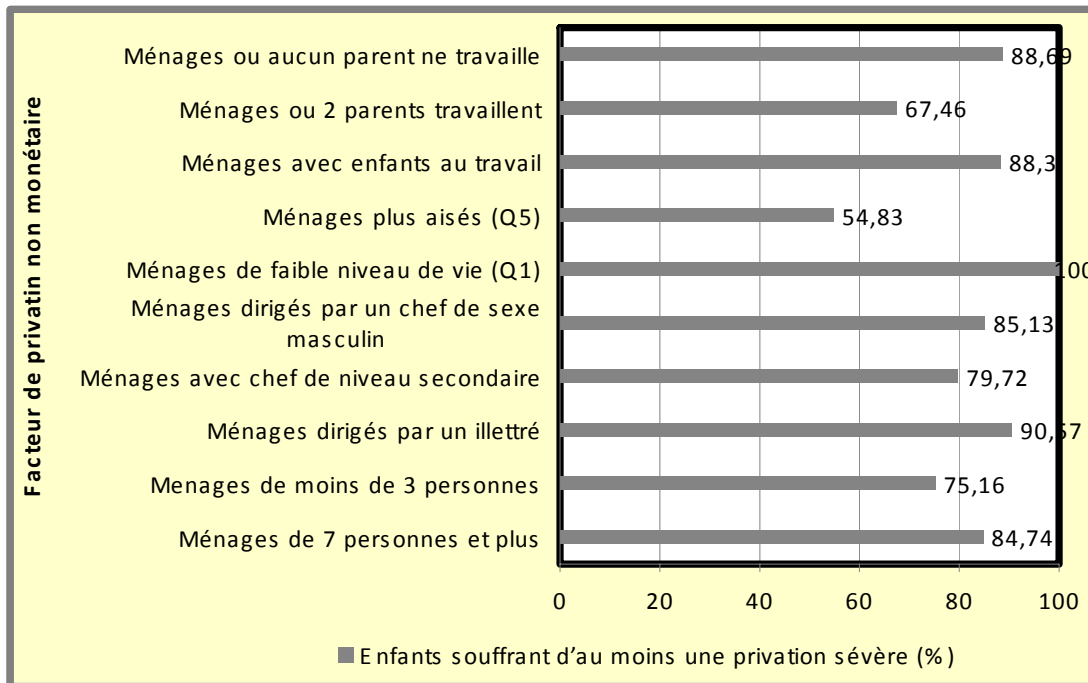
non monétaire, cette différence par sexe est probablement plus liée à des facteurs biologiques qu'à des causes comportementales.

- (ii) La mortalité en milieu urbain est plus faible qu'en milieu rural (108‰ en milieu rural contre 74‰ en milieu urbain pour la mortalité infantile par exemple).

Graphique 2.2.a : Groupes d'enfants les plus affectés par la pauvreté monétaire

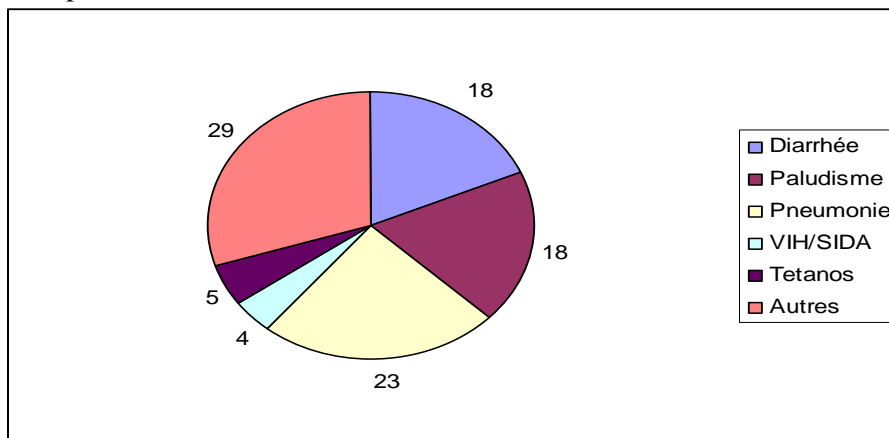


Graphique 2.2.b : Groupes d'enfants les plus affectés par la pauvreté non monétaire



- (iii) Au niveau des provinces, les niveaux de mortalité sont très variables. Kinshasa et le Nord Kivu présentent les niveaux de mortalité infantile et infanto juvénile les moins élevés. Elles ont un même niveau de mortalité infanto juvénile (102‰) et des niveaux de mortalité infantile différents qui sont de 57‰ pour le Nord Kivu contre 73‰ pour la ville de Kinshasa. Les provinces du Bas Congo, du Sud Kivu et du Maniema ont les taux de mortalité infantile les plus élevés (soit respectivement 127‰, 126‰ et 129‰).
- (iv) La probabilité de décès des enfants varie aussi suivant le niveau d'instruction des mères. Ceux dont les mères sont illettrées ont une mortalité infantile plus élevée (135‰) que ceux dont les mères ont été dans l'enseignement supérieur (67‰).

Graphique 2.3 : Principales causes des décès des enfants de moins de 5 ans en l'an 2000



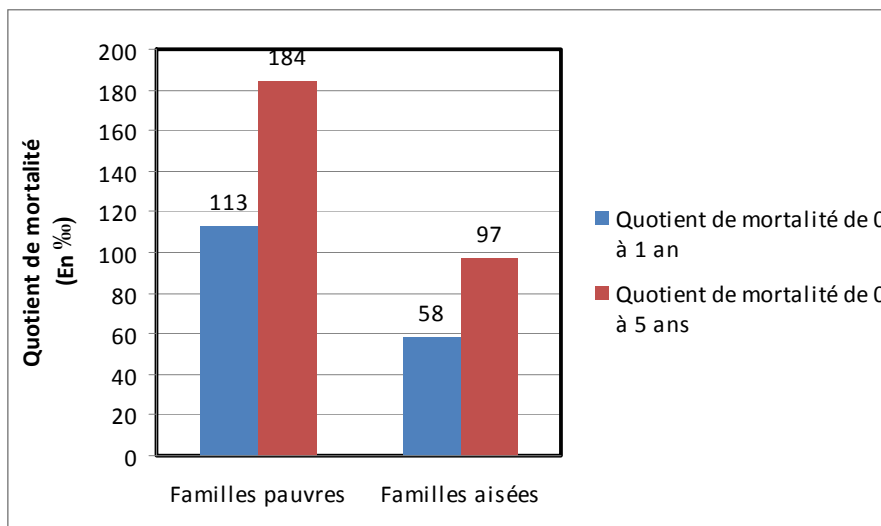
Source : UNICEF, Countdown, 2008 report

2.2.3 Liens entre la mortalité des enfants et la pauvreté

Pour l'Enquête Démographique et de Santé (EDS, 2007), les niveaux de mortalité infantile et infanto-juvénile en RDC sont respectivement de 92‰ et 148‰. Par rapport au cadre de vie des enfants, il ressort ce qui suit.

- (i) Les enfants des familles pauvres courent un risque de mourir plus élevé que les enfants des familles aisées (graphique 2.4). La survie de l'enfant semble donc essentiellement déterminée par les ressources sociales et économiques de la famille (Mosley cité par Akoto, 1985).
- (ii) La baisse de la mortalité infanto-juvénile depuis 1990 a concerné aussi bien les pauvres que les riches.
- (iii) Les politiques appliquées n'ayant pas privilégié sensiblement les ménages les plus pauvres, l'ampleur de la baisse est pratiquement la même pour les riches que pour les pauvres ; d'où le maintien des disparités entre enfants (tableau 2.2.1b).

Graphique 2.4 : Niveaux de la mortalité aux jeunes âges en 2001 et 2007 selon le niveau de vie du ménage



2.3 Facteurs explicatifs des tendances de la mortalité infanto-juvénile

La survie des enfants de moins de moins 5 ans s'est accrue au cours des quinze dernières années ; d'où la question de savoir quels facteurs y ont le plus contribué. A cet effet, les facteurs généralement ciblés portent sur la couverture vaccinale, le niveau de vie des ménages, le niveau d'instruction et la prévalence des principales maladies de l'enfance. Durant les années 1990-2005, les tendances ont été les suivantes :

- (i) la couverture en accouchements assistés (61%) qui était en deçà du seuil de l'algorithme de l'OMS /Unicef (70%) en 2001 (RDC, UNICEF, MICS2) est passé à 70% en 2007 (EDS) ;
- (ii) la proportion des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté est passée de 80% en 2001 à 70,8 % en 2005 (DSCR, 2006) ; l'influence de l'insuffisance des ressources pour accéder aux soins de santé a donc eu un effet plus faible sur le niveau de la mortalité infanto-juvénile ;
- (iii) la couverture vaccinale s'est améliorée et pour l'antigène BCG par exemple, elle est passée de 51% en 2001 à 71,7% en 2007.

- (iv) la prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 41% en 2001 (MICS1) à 31% en 2007 (EDS) pendant que celle de la diarrhée est passée de 22% en 2001 à 16 % en 2007 ;
- (v) la proportion des femmes enceintes qui ont reçu des soins prénataux s'est accrue de 68% en 2001(MICS2) à 85% en 2007.

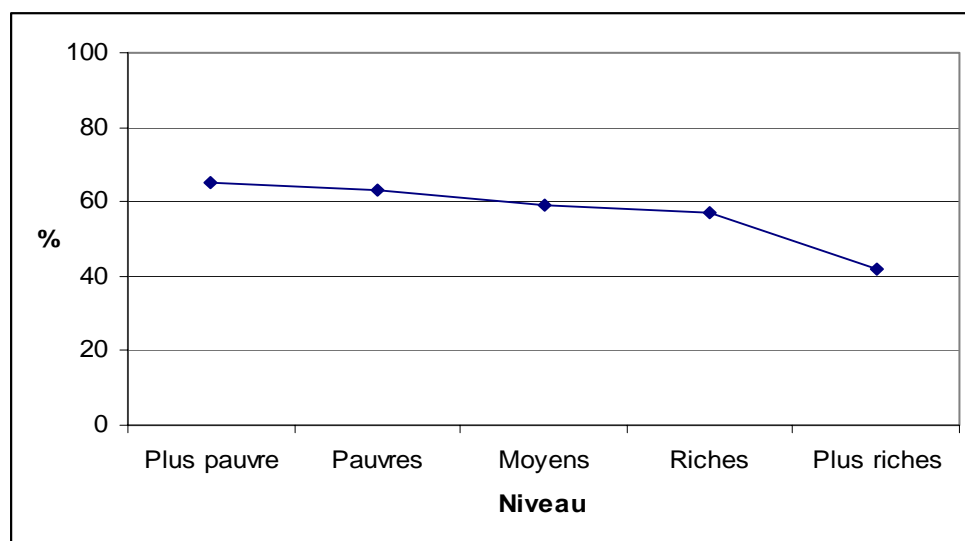
Au regard de ces facteurs, les variations de la mortalité des enfants de moins de 5 ans peuvent s'expliquer par des différences d'accès aux services de soins dues à la situation des parents qui ne sont pas corrigées par des programmes visant à faire disparaître les disparités. Le graphique 2.5 montre en effet que le niveau de couverture par des services de santé ne change pas beaucoup suivant le niveau de vie. Par contre, du fait que la scolarisation permet aux mères d'acquérir les réflexes favorables à la santé, de disposer des moyens nécessaires à l'accès aux services et de mieux communiquer avec le personnel de santé en cas de maladie (Harouna, 1996), la probabilité de décéder des enfants baisse au fur et à mesure que le niveau d'études des mères augmente. Ainsi, la mortalité infantile passe de 135%° chez les enfants dont les mères n'ont pas étudié à 67%° chez ceux dont les mères ont atteint le niveau d'études supérieures.

Conclusion

Cinq types d'indices ont été utilisés pour mesurer le niveau de pauvreté, à savoir : l'incidence et l'intensité pour la pauvreté monétaire, les pourcentages des enfants souffrant d'une privation modérée et d'une privation sévère pour l'approche non monétaire et le niveau de la mortalité infanto-juvénile. La plupart des conclusions sont les mêmes quel que soit l'indice utilisé. Elles montrent que

- (i) la pauvreté des ménages ayant au moins un enfant de moins de 18 ans est élevée (au moins 7 ménages sur 10) et est supérieure à celle des autres ménages
- (ii) la situation en matière de privations est globalement préoccupante ; la grande majorité des enfants (8 sur 10) souffrent au moins d'une privation sévère et

Graphique 2.5 : Niveau de couverture en services de santé par niveau de vie du ménage



| | |
|-------------------------------------|-----------|
| | MICS 2001 |
| Pas accès aux services de santé (%) | 60 |

| | |
|-----------------------------------------------|-----|
| Ratio : plus pauvres/plus riches | 1,6 |
| Différence entre plus pauvres/plus riches (%) | 25 |

Source : UNICEF, Countdown, 2008

3 sur 10 souffrent au moins de deux privations sévères et chaque privation modérée touche au moins 50% des enfants ;

- (iii) les privations qui affectent le plus les enfants (soit au moins 60% d'entre eux) sont celles relatives à l'accès à l'information, aux toilettes et à l'eau ;
- (iv) les privations sévères les plus importantes portent sur l'accès à l'eau, le logement et l'éducation (soit au moins 30% d'enfants) ; ce qui montre que la lutte contre la pauvreté non monétaire doit accorder une grande priorité à l'accroissement du confort du logement tout comme la constatation selon laquelle les associations entre privations les plus fréquentes concernent :
 - l'eau/toilettes et l'eau/logement (un enfant sur deux) ;
 - l'eau/toilettes/logement (un enfant trois) et
 - l'eau/logement (un enfant sur quatre) ;

L'amélioration de la situation traduite, entre autres, par la baisse de la mortalité infanto-juvénile a concerné aussi bien les pauvres que les riches et a été plus forte pour les plus pauvres. Mais cela n'a pas fait disparaître les disparités. Les enfants qui ont une mortalité infanto juvénile la plus faible sont ceux des pauvres, ceux des mères illettrées ceux qui vivent dans les milieux ruraux. Elles sont restées importantes. Elles permettent de retenir que :

- (i) il y a un cumul des problèmes et les facteurs individuels et contextuels font varier le niveau de pauvreté dans le même sens ;
- (ii) le sexe de l'enfant n'influe sur l'intensité qu'au delà de 15 ans ;
- (iii) les caractéristiques les plus influentes sont celles du ménage ; viennent ensuite celles du chef de ménage
- (iv) toutes ces variables influent plus sur l'incidence que sur l'intensité ; d'où la suppression du fossé entre les pauvres et les non-pauvres ne peut résulter que d'une politique explicite ;
- (v) le risque de souffrir d'au moins une privation sévère évolue dans le même sens que celui de souffrir d'au moins deux privations sévères ;

La proportion d'enfants souffrant de privations sévères est d'au moins 70% dans toutes les provinces autres que Kinshasa qui a le niveau de pauvreté le plus faible ; il s'agit donc d'un problème qui touche l'ensemble de l'arrière-pays, en particulier l'Equateur, le Bandundu, le Maniema et le Sud-Kivu sont les 4 Provinces où le niveau de pauvreté est le plus important. Pour ce faire, il faudrait une politique sociale adaptée qui exige une étude spécifique pour la prise en compte des particularités socio-culturelles.

CHAPITRE 3 ;

LES PILIERS DU BIEN-ETRE DES ENFANTS

Introduction

Ce chapitre a pour objet de déterminer les éléments d'une stratégie efficace pour chacun des 5 secteurs qui constituent les piliers du bien-être des enfants. Pour ce faire, il examine (i) les lois et programmes nationaux de chaque secteur, (ii) les résultats déjà obtenus pour les enfants, (iii) les principaux facteurs qui ne permettent pas aux pauvres d'accéder aux services sociaux, (iv) les limites des politiques et programmes actuels et (v) les possibilités de collaboration entre les intervenants. Les 5 secteurs concernés sont la nutrition, la santé, la protection de l'enfant, l'éducation et la protection sociale,



3.1 Nutrition

3.1.1. Lois, politiques et programmes nationaux de base

Depuis l'an 2000, la RDC a élaboré quatre documents stratégiques pour améliorer l'état nutritionnel de la population. Il s'agit :

- (i) de la Politique Nationale de Nutrition (PNN) adoptée en 2000 dont l'objectif spécifique privilégié jusqu'à ce jour est celui de l'élimination de la malnutrition sous toutes ses formes par la prise en charge des personnes mal nourries dans les Centres de Nutrition Thérapeutique (CNT),
- (ii) du Plan Directeur de Nutrition pour le Développement de la Santé (PDDN) élaboré en 2001 pour assurer une meilleure coordination des interventions,
- (iii) du Plan d'Action de Nutrition (2001) dont l'objectif global est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dues à la malnutrition par (i) la lutte contre la malnutrition protéino-énergétique et les carences en micronutriments (vitamine A, iode, fer et zinc) et (ii) la promotion des programmes d'allaitement exclusif au sein, de nutrition scolaire, des consultations préscolaires, des surveillances nutritionnelles et de sécurité alimentaire des ménages et
- (iv) du Plan Stratégique Commun pour la Malnutrition Aiguë (2005) dont l'objectif était de réduire la morbidité et la mortalité liée à la malnutrition aiguë par l'amélioration des systèmes de surveillance et de prise en charge de la situation alimentaire au niveau de la communauté et des centres de nutrition, la formation et la facilitation de la commercialisation des produits agricoles et l'accroissement de la synergie entre les intervenants en privilégiant l'approche multisectorielle

En matière d'équité, les actions suivantes ont été envisagées : (i) la mise en place des cantines scolaires en vue d'assurer une aide alimentaire à tous les enfants, (ii) le développement des

zones de santé, (iii) la réorganisation du secteur de l'eau (et de l'assainissement) «afin de mettre à la disposition des populations la quantité d'eau quotidienne correspondant à la norme et un espace vital plus salubre», (iv) l'appui à la sécurité alimentaire des familles des enfants vulnérables et (v) la prise en charge des enfants malnutris.

Cependant, malgré toutes ces options, les dépenses de l'Etat se sont limitées au paiement des salaires des agents du Ministère de la santé, spécialement ceux affectés au PRONANUT ; ce qui n'a pas permis l'exécution de tous les programmes. Le Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR) adopté en 2006 entend poursuivre la lutte contre la malnutrition par :

- la réduction de la vulnérabilité nutritionnelle et
- l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base que sont les services des consultations préscolaires, les services des consultations prénatales, les centres nutritionnels de supplémentation (CNP), les maternités (ou hôpitaux) amis des bébés et les centres de nutrition thérapeutique (CNT).

3. 1.2. Résultats des programmes réalisés pour les enfants

Par rapport à l'année 1995, la situation s'est globalement dégradée. Cette tendance était plus forte durant les années de guerre, soit entre 1995 et 2001. En outre, la forme modérée de la malnutrition a plus évolué que la forme sévère ; le retard modéré de croissance a par exemple doublé entre 1995 et 2007 (tableau 3.1). Il apparaît aussi que la proportion des enfants de moins de 5 ans souffrant de la malnutrition est élevée par rapport au standard international qui est, dans une population bien nourrie, de 0,1% pour la malnutrition sévère et de 2,3% pour la malnutrition modérée ou sévère (RDC, UNICEF, MICS 2, 2001, p. 124). En effet, près d'un enfant sur deux (45%) présente un retard modéré de croissance pendant qu'un enfant sur quatre (24%) en souffre d'une manière sévère (tableau 3.1).

Les inégalités entre sexes se sont également maintenues. Les garçons ont un niveau de malnutrition légèrement plus élevé (tableau 3.1.1). Les autres enfants souffrant de la malnutrition sont ceux :

- âgés de plus de 12 mois
- dont la mère est illettrée ou n'a pas terminé l'école primaire (graphique 3.1) ;
- vivant dans les ménages dirigés par une femme (par rapport à l'insuffisance pondérale).

Tableau 3.1 : Niveaux de la malnutrition en 1995, 2001 et 2007

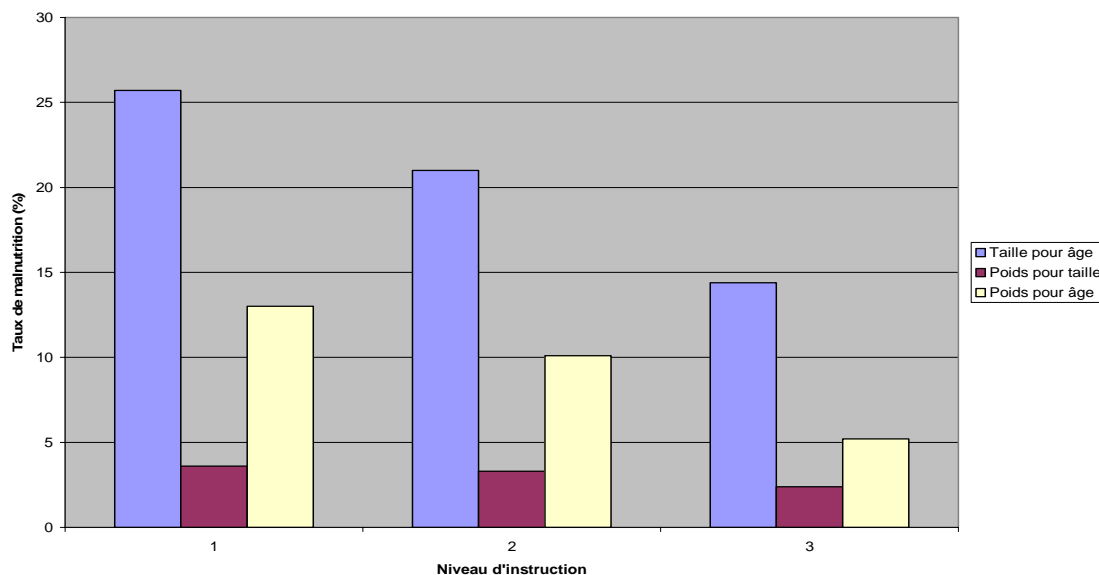
| Malnutrition | Niveau de malnutrition (en %) | | | Niveau par rapport à une population bien nourrie (en %) | | |
|----------------------|-------------------------------|------|------|---------------------------------------------------------|------|-------|
| | 1995 | 2001 | 2007 | 1995 | 2001 | 2007 |
| Retard de croissance | | | | | | |
| • Sévère | 24,6 | 20,3 | 24,2 | + 246 | + | + 242 |
| • Modérée ou sévère | 20,6 | 38,2 | 45,5 | + 9 | 203 | +20 |
| | | | | | + 17 | |
| Emaciation | | | | | | |
| • Sévère | 3,5 | 3,1 | 4,3 | + 35 | + 31 | + 43 |
| • Modérée ou sévère | 6,1 | 13,4 | 10,0 | + 3 | + 6 | + 4 |

| | | | | | | |
|------------------------|------|------|------|-------|------|------|
| Insuffisance pondérale | | | | | | |
| • Sévère | 10,2 | 9,4 | 8,4 | + 102 | + 94 | + 84 |
| • Modéré ou sévère | 24,2 | 31,1 | 25,1 | + 11 | + 14 | + 11 |

Source : MICS 1 pour 1996 ; MICS 2 pour 2001 et EDS pour 2007 (résultats provisoires).

-

Graphique 3.1 : Disparité de la malnutrition sévère selon niveau d'instruction de la mère (ou de la gardienne)



Légende : 1= Aucun 2= Niveau primaire 3= Niveau secondaire ou plus

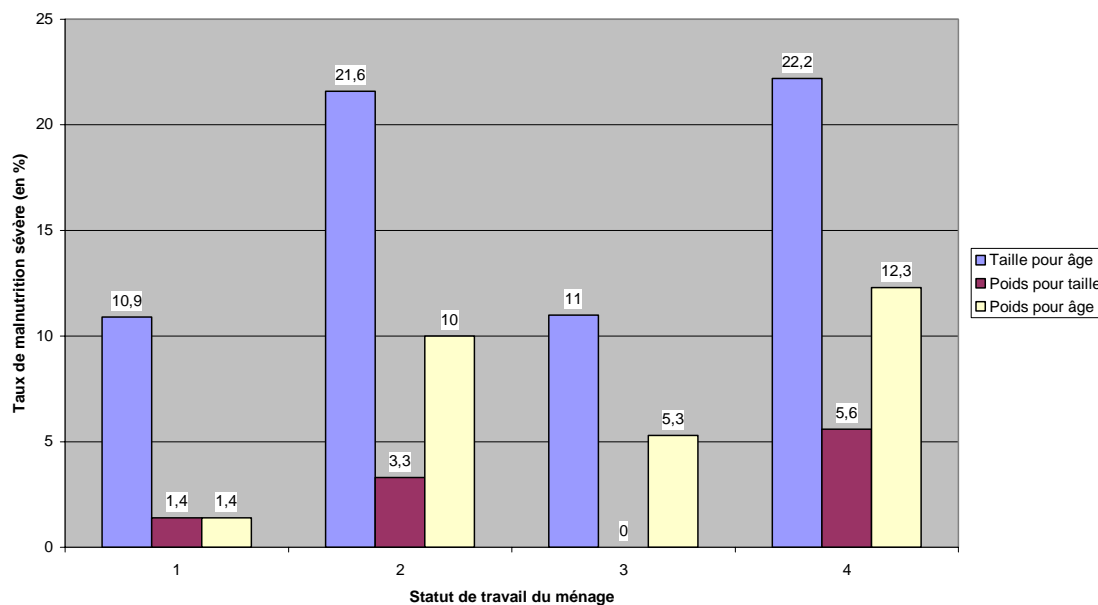
- vivant dans un ménage où les deux parents ne travaillent pas ou dans un ménage où il y a des enfants de moins de 18 ans qui travaillent ; le graphique 2 montre que pour les trois indices le niveau de malnutrition, le niveau de malnutrition se réduit de moitié lorsque les deux parents travaillent et
- vivant dans un ménage abritant des enfants orphelins ou ayant au moins une personne de 70 ans ou plus

La malnutrition semble aussi plus affecter les enfants des ménages dirigés par une femme seule (12,6 %) que ceux dirigés par un homme seul (9,1 %). Cependant, cette observation doit être nuancée compte tenu du fait qu'il faut tenir compte de l'état matrimonial. En effet, la différence de niveau de malnutrition sévère entre les enfants des ménages dirigés par une femme seule (célibataire, veuve ou divorcée) et ceux des ménages dirigés par un homme seul (célibataire, veuf ou divorcé) est faible. Ce niveau passe de 12,9 % à 12,1 %.

Sur le plan géographique, il faut noter que les milieux ruraux ont des niveaux trois fois plus importants que les milieux ruraux et que trois groupes de provinces apparaissent en se basant sur les données du retard sévère de croissance :

- le premier comprend Kinshasa et est caractérisé par un bas niveau de malnutrition des enfants (moins de 10 %) ;

Graphique : Disparité de la malnutrition selon le statut de travail dans le ménage



Légende :

1= Les deux parents travaillent

2= Aucun parent ne travaille

3= Absence d'adulte de 18-59 ans dans le ménage

4= Présence d'enfants de moins de 15 ans qui travaillent

- le second est caractérisé par un niveau de retard de croissance très proche de 20 % ; il comprend les provinces de Bandundu, Equateur, Province Orientale, Katanga, Kasai oriental et Kasai occidental ;
- le troisième est caractérisé par une prévalence de la malnutrition sévère (taille pour âge) de 25 % ou plus ; dans ce groupe se trouvent le Bas-Congo, le Maniema, le Nord et le Sud Kivu.

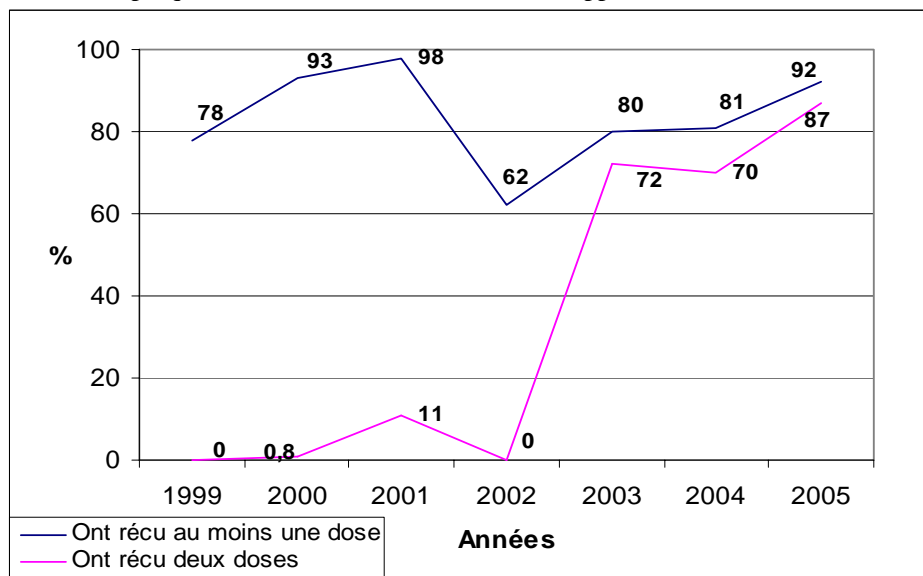
Ces résultats montrent que le gap à combler pour atteindre les niveaux fixés pour l'an 2015 pour l'OMD1 (cible 2) est important.

3.1.3 Analyse de causalité

Au cours des 10 dernières années, la lutte contre la malnutrition par des campagnes de supplémentation en vitamine A s'est renforcée (graphique 3.3). Les contraintes sont cependant restées très nombreuses ; elles portent aussi bien sur l'offre que sur la demande des services. Du côté de la demande. Il s'agit de la connaissance insuffisante de la valeur

nutritionnelle des aliments, de la faiblesse du pouvoir d'achat des ménages, de l'éloignement des centres de santé et de la persistance des pratiques défavorables, dont celles qui entraînent la diminution de la valeur nutritionnelle des aliments du fait d'une trop forte cuisson des aliments. Pour l'offre, il y a la faible disponibilité des services de nutrition, le faible encouragement des prestataires, l'affectation du personnel spécialisé en nutrition à des postes autres que ceux pour lesquels ils ont été formés et l'insuffisance d'équipements et d'intrants pour les activités de nutrition.

Graphique 3.3 : % d'enfants de 6-59 mois supplémentés de 1999 à 2005



Source: UNICEF, Countdown, 2008

1. *Connaissance insuffisante de la valeur nutritionnelle des aliments.*

L'analphabétisme est un frein qui empêche la population à faire appel aux services de santé en général et à ceux de la nutrition en particulier. Les données des diverses études montrent que les activités de nutrition sont mieux suivies et pratiquées dans le ménage quand la mère est instruite que quand elle ne l'est pas. Ainsi, lors de l'enquête MICS2, 47% d'enfants de 6-59 mois dont la mère n'a jamais été à l'école n'ont pas reçu de suppléments de vitamine A dans les 12 mois qui ont précédé l'enquête contre 21% pour ceux dont les mères ont fait l'école secondaire ou l'université

2. *Faible pouvoir d'achat et pauvreté*

La majorité des familles consacrent une partie si importante de leurs revenus à la satisfaction des besoins de base comme les soins de santé, l'habillement, le logement,... et la scolarisation des enfants qu'il ne reste pas beaucoup de ressources pour l'alimentation (RDC, BECECO, 2007). Ainsi, dès qu'il y a paiement d'acte médical relatif à la nutrition, la plupart des parents préfèrent s'abstenir. Par ailleurs, en milieu rural surtout, l'éloignement des centres de consultations préscolaires (CPS) décourage souvent les mères. Ainsi, elles préfèrent s'occuper de leurs champs que d'aller à la pesée de l'enfant. Cela étant, dans les familles pauvres, la demande pour les activités préventives de la malnutrition est faible. Dans l'enquête MICS2, par exemple, 32% de mères des ménages plus riches ont amené l'enfant pour la pesée contre 18% seulement de mères des ménages pauvres.

3. *Coutumes et habitudes alimentaires*

Certaines coutumes de la RDC constituent une barrière pour assurer une bonne nutrition surtout dans les groupes vulnérables. En effet, dans certaines tribus de l'Equateur par exemple, une femme enceinte ne peut pas manger des œufs et certains types de poissons (RDC, UNICEF, ASEF, 2003). Elle a pourtant besoin de ces aliments de forte teneur en protéines. De même, il y a la pratique du blanchiment de l'huile de palme lors de la préparation des aliments qui a pour effet de faire disparaître la vitamine A et l'attitude parfois fataliste des parents pauvres surtout qui pensent à la sorcellerie dès l'apparition des premiers signes de malnutrition

4. *Faible disponibilité des services de nutrition*

La disponibilité des services de nutrition surtout en milieu rural est faible. Actuellement deux points de contact offrent les services en nutrition : la CPS et la CPN ; mais les activités menées dans ces points de contact ne sont pas intégrés. En outre, actuellement la plupart des structures qui font la CPS ou la CPN ne se concentrent que sur la vaccination, alors que ces points de contact sont également l'occasion pour assurer les autres interventions comme la promotion de l'allaitement maternel, la promotion de l'alimentation de complément, la promotion d'une alimentation adéquate de la femme, la lutte contre les carences grâce aux micronutriments donnés aux enfants et aux femmes etc.

5. *Connaissance insuffisante des prestataires*

Lors des enquêtes d'évaluation de la supplémentation en vitamine A, il est apparu que les prestataires ne donnent pas systématiquement aux mères des enfants supplémentés l'information dont elles ont besoin pour lutter contre les carences ; cette faiblesse serait due à leur formation insuffisante (DSPD, 2007). A cela, il faut ajouter le découragement du au paiement irrégulier des salaires et le fait que la plupart de structures de santé manquent d'intrants et de matériels pour les activités de nutrition à savoir balances, toises, fiches de croissance, boîtes à image, comprimés de fer folate, capsules vitamines A, lait thérapeutique, vermifuges, comprimés de Zinc etc. (DSPD, 2007)

Le rôle de la femme dans le domaine de la nutrition est important pour résoudre ces problèmes. En effet, c'est sur elle que repose pratiquement la recherche de la nourriture, la préparation des aliments et la répartition intrafamiliale de la nourriture. Dans le monde rural en particulier, c'est elle qui y consacre le plus de temps par les travaux des champs. En plus, en cas de malnutrition, c'est encore elle qui amène l'enfant à la consultation préscolaire (CPS) et qui l'amène aux soins de santé curatifs.

3.1.4 Fondements et partenaires pour une stratégie

Jusque décembre 2007, les charges liées au fonctionnement des programmes gérés par le PRONANUT étaient principalement couvertes par les partenaires extérieurs dont la contribution annuelle a été de 1,3 million de dollars en 2005 et en 2006 (tableau 3.2). A ces montants, il faut ajouter les appuis apportés dans un cadre plus global d'assistance au développement de l'enfant. C'est le cas des financements assurés par la coopération bilatérale et par les Agences du Système des Nations Unies (FAO, UNICEF, PNUD, OCHA, PAM, HCR,...) et pour lesquels les données sont plus difficiles à préciser.

Les principaux partenaires sont : les Institutions du Système des Nations Unies (Unicef, FAO, PAM, OMS), l'USAID à travers Basic, les ONG internationales (HKI, ACF, COOPI, Save the Children, Concern,), les ONG locales (BDOM, Caritas Congo...). Mais, les partenaires ne

peuvent réussir leur mission que si la population est impliquée ; d'où la nécessité de garder et de redynamiser au besoin les Comités Locaux de Nutrition.

Tableau 3.2 : Contribution des partenaires au fonctionnement des programmes de nutrition en 2005 et 2006

| N° | Activités/Domaine | Montant en dollars | |
|-------|-----------------------------------------------------------|--------------------|--------------|
| | | 2005 | 2006 |
| 1. | Promotion de la croissance et supplémentation alimentaire | 46 837 | 20 344,31 |
| 2. | Traitement de la malnutrition | 25 571,70 | 125 228 |
| 3. | Supplémentation en micronutriment | 2 845308,01 | 1 179 533,84 |
| 4. | Aides alimentaires | - | - |
| 5. | Autres | 18 837,81 | 23 006 |
| Total | | 1 274 948,5 | 1 325 106,1 |

Source : PRONANUT

3.2 La Santé

3.2.1 Lois, politiques et programmes

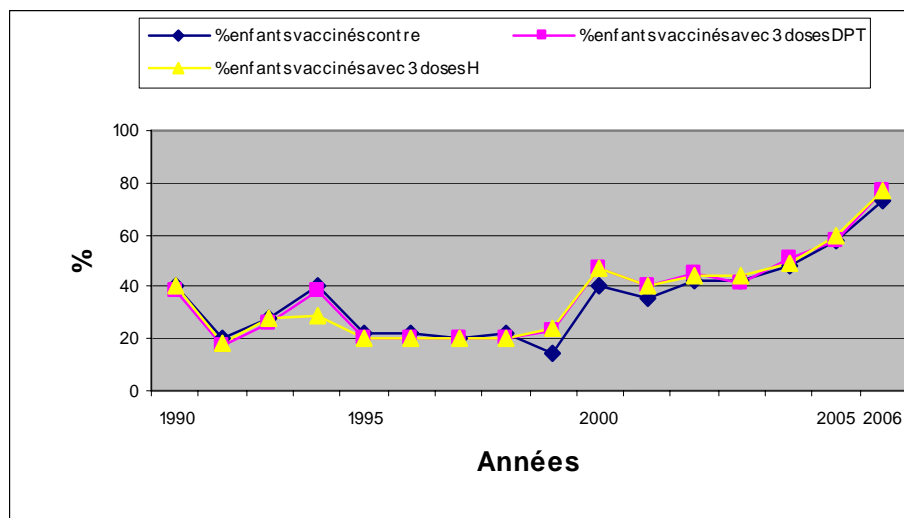
Les principales options de la CDE et de la CEDEF sont contenues dans les cinq textes juridiques de base qui traitent des questions de l'enfant, à savoir : le Code de la Famille (1987), le Code Pénal, le Code du Travail (1967), le Décret du 5/12/1950 relatif à l'enfance délinquante et organisant la justice pour mineurs, ainsi que dans le projet de Charte des droits de l'Homme et du Peuple. L'examen de ces textes révèle une concordance entre les textes internationaux et la législation de la RDC (RDC, UNICEF, ASEF, 2003).

Sur le plan stratégique, le Ministère de la Santé a mis en place depuis 2001 une stratégie avec 515 Zones de santé au lieu de 306 afin d'améliorer l'accessibilité géographique des services. En outre, il a élaboré un Plan de Développement Sanitaire à la suite de l'état de lieux du secteur Santé de 1998. Ce plan a redynamisé les activités des programmes déjà existant comme le PEV comme l'indique le graphique 3.4 et a conduit à la création de plusieurs programmes spécialisés, dont (i) en 2001, le Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP) pour la réduction de moitié de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme d'ici 2011, (ii) en 2002, le Programme National de lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PNLMD) et (iii) en 2003, le Programme National de Santé de l'Adolescent (PNSA) qui a pour but d'assurer la promotion de la santé des adolescents et de leur développement sain. Du fait de l'expansion du VIH/SIDA, les actions de prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant (PTME) se sont également accrues (graphique 3.5).

Cet engagement du Gouvernement se retrouve dans le Document de Stratégie, de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR) adopté en 2006. En effet, l'amélioration de l'état de

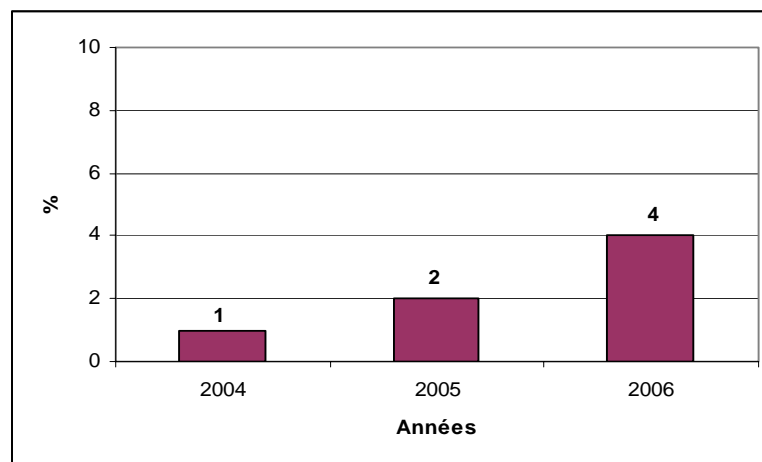
santé des populations y est considérée comme un objectif à la fois économique, social et de réduction de la pauvreté. En ce qui concerne la place de l'enfant en particulier, il faut noter qu'un des objectifs escomptés est la réduction de la mortalité infantile qui devrait passer de 126‰ à 89‰ à la fin de l'année 2008.

Graphique 3.4 : Pourcentages d'enfants vaccinés entre 1990 et 2007



Source : UNICEF, Countdown, 2008

Graphique 3.5 : Pourcentage de femmes ayant reçu un traitement pour prévenir la transmission du VIH/SIDA à l'enfant



Source : UNICEF, Countdown, 2008

3.2.2 Résultats pour les enfants

La recherche d'un meilleur état de santé s'est traduite par l'allocation des ressources importantes. Ce secteur est celui qui a le moins souffert de l'embargo de la communauté internationale. En plus, dans le cadre de son budget aménagé de 2004 et 2005, le Gouvernement a accordé la priorité aux dépenses du secteur social qui ont représenté 31% du budget total. Sur ce budget évalué à 528 milliards de francs congolais, un montant

représentant 5,6% a été affecté au secteur de la santé contre 0,63 % pour le Ministère de la Jeunesse, Sports et loisirs par exemple. Les résultats établis, pour les enfants de moins de 5 ans, par rapport au paludisme, à la diarrhée et aux infections respiratoires aiguës montrent sur base des enquêtes MICS2 et EDS que la prévalence de ces maladies a peu évolué. La situation s'est dégradée pour les IRA et pour le paludisme et la diarrhée la baisse a été simplement de 25% (tableau 3.3).

Globalement, les catégories d'enfants les plus touchées par ces maladies sont restées les mêmes (tableau 3.2.1), à savoir :

- (i) les enfants de 7-12 mois
- (ii) ceux dont les mères ont un bas niveau d'études,
- (iii) ceux vivant dans les ménages où le chef de famille est de sexe féminin
- (iv) ceux des ménages d'un faible standing de vie (la prévalence du paludisme par exemple est de 36,2% pour les ménages du cinquième quintile contre 46% pour ceux du deuxième quintile)
- (v) ceux des ménages où aucun parent ne travaille et
- (vi) ceux se trouvant en milieu rural.

Tableau 3.3 : Niveaux de prévalence du paludisme, de la diarrhée et des IRA en 2001 et 2007

| Maladie | Prévalence en % par année | | % d'enfants ayant accédé à des soins appropriés par année | |
|------------------------------------------------------|------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| | 2001 | 2007 | 2001 | 2007 |
| Paludisme | 41,4 | 31 | 52 | 30 |
| Diarrhée | 22,4 | 16 | 16,8 | 20 |
| IRA | 11 | 15 | 36 | 42 |
| Utilisation de moustiquaire | | | 12 | 19 |
| Utilisation de la moustiquaire imprégnée | | | 0,7 | 11 |
| Connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA | | | 40 | 15% des femmes et 22% d'hommes |

Il n'y a pas de différence significative entre les garçons et les filles. Mais d'une Province à une autre, il y a de fortes disparités. Le Bandundu (35,6%), le Nord Kivu et Kinshasa (31,9%) ont des niveaux très proches. Mais pour les autres provinces, les niveaux se situent autour de 47%. Sans un renforcement de ces tendances, la RDC pourrait ne pas atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement en matière de santé en 2015.

3.2.3 Analyse de causalité

Les problèmes qui rendent la santé des enfants précaire n'ont pas changé durant les années 2001 à 2007. Ils portent sur les comportements des mères, sur le cadre de vie du ménage et sur l'offre des services de santé, soit :

- au niveau individuel (des mères), les niveaux élevés de fécondité et les problèmes de nutrition (sevrage précoce, faible disponibilité de nourriture),

- au niveau des ménages, la faible utilisation des moustiquaires, l'insalubrité et le faible approvisionnement en eau
- au niveau agrégé, l'offre des services de santé et la fréquentation insuffisante des services de soins qui se traduit entre autres par le non respect du calendrier vaccinal.

- Le maintien des comportements en matière de fécondité et de nutrition

Malgré la prise de conscience accrue de l'incidence de l'insalubrité sur la santé des enfants, la population n'a pas adopté les comportements qui s'imposent. Il en est de même des comportements des mères en matière de fécondité. Celle-ci est restée élevée (7,1 enfants par femme en 1995, 7,2 en 2001 et 6,3 en 2007), précoce et marquée par des intervalles assez court (RDC, EDS, 2007). La précocité de la fécondité observée en 2001 par la proportion élevée des mères (20,1%) parmi les filles de 15-19 ans a été confirmée lors de l'enquête EDS : l'âge moyen d'entrée en union est de 18,6 ans et l'âge médian de 24,3 ans. Les besoins non satisfaits de planification familiale restent importants et ont été estimés en 2007 à 30% pour les femmes de 20-29 ans.

Le niveau de malnutrition élevé des enfants issu, entre autres, de la situation générale très précaire en matière de sécurité alimentaire (26,8% des ménages ont un repas par jour) n'a été corrigé ni par les programmes, ni par un changement important des comportements. Le pourcentage d'enfants allaités exclusivement au sein, par exemple, s'est certes accru (de 24% en 2001 à 36% en 2007), mais il est toujours inférieur à 50%. D'autre part les programmes de déparasitage et de supplémentation en vitamine A n'ont touché respectivement que 4% et 55% d'enfants en 2007. Tous ces problèmes touchent globalement de la même manière les filles et les garçons.

- La faible amélioration du cadre de vie

Le faible niveau de performances apparaît aussi pour le confort du logement. Aucun progrès n'a été enregistré pour l'eau (46% des ménages approvisionnés). Pour les toilettes, la situation est moins bonne, soit de 46% à 19% des ménages avec des toilettes salubres. Cela pourrait être du au fait que le programme d'amélioration de l'habitat initié en 1999 avec l'enquête ENHAPSE n'ait pas été poursuivi pendant que la pression démographique a continué à s'accroître en ville surtout du fait d'une dynamique de population estimée de près de 3%.

En ce qui concerne la protection contre les moustiques, les progrès les plus importants concernent l'utilisation des moustiquaires imprégnées. La proportion des enfants qui les utilisent qui était de 0,7% en 2001 est de 11% en 2007. Mais, dans la mesure où les pourcentages d'enfants bénéficiaires de ces moustiquaires sont inférieurs à 50%, les progrès peuvent être considérés comme insuffisants. Cela est dû à sa faible disponibilité sur le marché local et surtout à son coût élevé (10 à 13\$). Il y a aussi un problème de dimension et de format de la moustiquaire qui devrait être conçus de manière à être utilisée par les personnes qui dorment par terre (RDC, UNICEF, ASEF, 2003).

- L'utilisation insuffisante des services des soins

La politique sanitaire en RDC est basée sur les soins de santé primaires et la zone de santé est l'unité opérationnelle. Le système sanitaire est organisé sous forme d'une pyramide à trois niveaux : (i) le Bureau central de la Zone de Santé (ii) l'Hôpital Général de Référence (iii) le Centre de Santé. C'est dans ces structures que la population doit se présenter pour recevoir les

soins. Cependant, il ressort que l'accès aux soins de santé reste faible malgré quelques progrès. Seuls deux enfants sur 10 ont été soignés par le SRO. Pour les IRA, 42% d'enfants ont été soignés au moyen d'un antibiotique et le traitement a plus été recherché plus pour les garçons (44,6%) que pour les filles (35,8%). En outre, les catégories d'enfants les plus touchées par ces maladies sont aussi celles qui ont le moins reçu de traitement adéquat (tableau 3.2.1). C'est dire que les programmes développés n'ont pas permis de répondre à tous les besoins et n'ont pas conduit à la disparition des disparités. A la base, il y a des problèmes d'offre et de demande insuffisante des services des soins.

Offre des services des soins

Le critère de délimitation des Zones de santé est que chacune d'elles devait couvrir entre 100.000 et 150.000 habitants. Cependant, aucune Zone de santé ne remplit actuellement cette norme. Il y a certes un effort qui a été fourni par le Gouvernement en augmentant leur nombre, soit de 306 à 515, mais il faut noter que la majorité d'entre elles ne sont pas totalement fonctionnelles.

En ce qui concerne les ressources humaines, le tableau 3.2.3 montre une répartition inéquitable du personnel qualifié (médecins). En dehors de la ville de Kinshasa et de la province du Bas Congo qui, sur le plan des normes sanitaires de l'OMS, ont le nombre de médecins requis en 2006, les autres provinces sont loin d'atteindre cette norme. Il faut 1 médecin pour 10.000 habitants et Kinshasa en a 1,5 et le Bas Congo en a 1 tandis que la province du Kasai oriental ainsi que toutes les autres en ont 0,2 médecins pour 10.000 habitants ou moins.

En ce qui concerne les professionnels de santé, il ressort qu'en dehors des infirmiers dont la norme est au dessus de celle exigée par l'OMS (3,2 pour 5.000 habitants au lieu de 1 pour 5.000 habitants) le pays a un déficit en chirurgiens dentistes, techniciens de laboratoire, techniciens de radiologie etc. Ce déficit varie par province. En effet si dans la ville de Kinshasa, le taux de couverture en techniciens de laboratoire est de 0,1, il est respectivement de 0,06 pour la province du Bas Congo et de 0,003 pour la province du Kasai Oriental. Cette tendance est la même pour toutes les autres catégories professionnelles.

Il y a donc lieu de retenir que l'offre des services de santé est marquée par (i) une insuffisance des infrastructures, (ii) une insuffisance des ressources humaines et (iii) une mauvaise répartition spatiale des services. Quant à l'utilisation des services dans les centres de santé, les données disponibles indiquent une moyenne de 0,15 consultations par habitant et par an (DSRCP, p 40).

Demande des soins durant la petite enfance

La surveillance de la croissance de l'enfant à la CPS ne se déroule qu'à 10%, car la plupart des mamans suspendent la CPS à la fin de la vaccination anti-rougeole (6-9 mois). L'attente prolongée, la faible perception de l'intérêt, le coût de la fiche, l'absence de médecin sont les principales raisons citées par les femmes pour justifier la faible utilisation des services de CPS. D'autres raisons déjà évoquées sont : le manque d'un habit propre, la surcharge de la journée et aussi le fait d'avoir plus de 2 enfants de moins de 5 ans à la maison (RDC, UNICEF, ASEF, 2003).

A cause de ce faible suivi médical des enfants, les parents ne s'aperçoivent que tardivement de l'état nutritionnel déficient de l'enfant et souvent les œdèmes et le changement de couleur des cheveux sont considérés comme les signes d'un mauvais sort. Il en est de même des cas de maladie. Seuls 47% de personnes adultes connaissent au moins deux signes nécessitant des soins immédiats (Unicef, MICS2, 2002).

En cas de maladie, la réaction la plus courante consiste à essayer d'abord des soins à domicile. C'est lorsque le traitement ne s'avère pas efficace au bout de deux jours que le centre de santé est mis à contribution. Selon la maladie, la période durant laquelle la prise en charge n'est pas correcte peut être plus longue avec les conséquences que cela peut avoir. Pour certaines maladies, la population considère que ce sont les tradi-praticiens qui les soignent le mieux. C'est le cas de l'hémorroïde, de la bronchite, de la gastrite, de la rate, de l'épilepsie etc. (RDC, UNICEF, ASEF, 2003).

Pour la vaccination, la situation est qu'en 2001, un enfant sur cinq âgés de 12-23 mois n'avait reçu aucun vaccin. En 2007, 18% seulement d'enfant de cet âge étaient complètement vaccinés. Cette proportion qui ne varie pas de manière significative selon le sexe de l'enfant montre que la RDC est loin de l'objectif d'une couverture de 80 % au moins fixée lors du sommet mondial de l'enfant pour l'an 2000.

Ce non-respect du calendrier vaccinal pourrait être dû (RDC, UNICEF, ASEF, 2003) à la sensibilisation insuffisante des femmes sur le respect du calendrier vaccinal, au mauvais accueil des mères dans les Centres de Santé, aux ruptures de stock de vaccin en milieu rural surtout, à l'éloignement de ces centres, au coût de la carte de vaccination et à la surcharge des mères pour les activités de survie.

Demande des soins des adolescents et des jeunes

Cette demande a été appréciée par rapport au VIH/SIDA et tenant compte du fait que, pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les adolescents sont ceux dont l'âge est compris entre 10-19 ans tandis que les jeunes ont un âge qui va de 15-24 ans. Ainsi, dans le tableau 3.2.2, les informations sur la connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA concernent les jeunes de 15-24 ans.

De la lecture de ce tableau 3.2.2, il ressort que les jeunes qui connaissent au moins deux moyens de prévention du VIH/SIDA (utilisation du condom et partenaire fidèle) ne représentent qu'un peu plus de la moitié (52,1%) de la population totale des jeunes. Les jeunes garçons sont plus informés que les jeunes filles. Les proportions sont respectivement de 55,5% contre 48,4%.

Le niveau de connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA chez les jeunes augmente avec la taille du ménage. En effet, elle est faible dans les ménages de moins de 3 enfants et augmente jusqu'à atteindre la proportion de 53,8% dans les ménages de 7 enfants ou plus. Les jeunes dont les mères ont fait des études secondaires ou plus ont un niveau de connaissance plus élevé (61,1%) que ceux dont les mères n'ont pas étudié (36%). Par contre, aucune différence significative n'a pas été observée chez les jeunes habitant les familles dont le chef de ménage est du sexe masculin ou du sexe féminin, et ce niveau de connaissance est de 53%.

En ce qui concerne le niveau des richesses des ménages, il apparaît que globalement le niveau de connaissance est plus élevé en milieu urbain (46,1% contre 36,7% en milieu rural) et augmente au fur et à mesure que le niveau de vie du ménage est élevé. En effet au quintile 2, le niveau de connaissance est de 49,9% alors qu'il est de 54,9% au cinquième quintile. Par province, ce sont les jeunes de Kinshasa qui ont le niveau de connaissance le plus élevé (52%).

En ce qui concerne la connaissance de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant, les informations relatives aux mères de 15-49 ans qui ont mis au monde il y a deux ans contenues dans le tableau 3.2.2 montre que la majorité de ces dernières savent que le VIH peut se transmettre de la mère à l'enfant (87%). Ce niveau de connaissance est plus élevé chez les femmes qui ont fait des études secondaires ou plus (90,5%) que chez celles qui n'ont fait que l'école primaire (86,6%). Il va de 82,5% au quintile 1 à 92% au quintile 5. Les mères qui vivent en milieu urbain ont une connaissance plus élevée sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant que celles qui sont en milieu rural (90,5% contre 84,9%). Cela pourrait provenir du fait que lors des visites prénatales, les femmes reçoivent une éducation sanitaire ainsi que des messages sur le VIH.

3.2.4 Fondements et partenaires pour une stratégie

La préparation des repas est le sujet où 57% des femmes prennent elles-mêmes les décisions. Pour les autres questions, la position du mari prime. Aussi, en plus du fait que les programmes n'ont pas permis de supprimer les disparités, il faut noter qu'ils n'ont pas impliqué suffisamment les hommes. Ce sont donc deux orientations qui devraient être prises en compte pour la poursuite des OMD.

Le secteur de la santé présente un atout important. Il a bénéficié d'un accroissement important des ressources au cours des dernières années. Ainsi, en 2007, le budget total du programme était de 66.936.044\$ US. et pour les 5 ans du plan stratégique, le Ministère entend mobiliser 833.713.878 \$ US. En outre, c'est le secteur qui a continué à recevoir l'appui des agences de coopération bilatérale et multilatérale durant la période de l'embargo. Il s'agit principalement de l'OMS, Fonds Mondial, Banque Mondiale, UNICEF, USAID, BAD, CTB, GTZ pour la lutte contre le paludisme, la diarrhée, les IRA et le VIH/SIDA. Pour la santé de la reproduction (programmes du PNSA et du PNSR), l'UNFPA est le principal partenaire. Toutes les évaluations indiquent que le Ministère aura besoin longtemps encore de ses partenaires, mais que la coordination des interventions doit être renforcée pour maximiser les progrès en faveur des enfants.

Il convient d'autre part tenir compte du fait que les actions en faveur des femmes ont des effets sur la situation en matière de santé étant entendu que ce sont elles qui emmènent les enfants malades aux centres de santé (DSPD- Hellen Keller International, 2007) et que ce sont elles principalement (57% des femmes en 2007 suivant EDS) prennent les décisions sur la préparation des repas. L'amélioration de la santé des enfants exige donc une approche holistique des problèmes.

3.3 Protection de l'enfant

Les facteurs qui affectent négativement les conditions pour la croissance et l'épanouissement de l'enfant agissent à deux niveaux ; soit l'enfant est directement affecté, soit il est touché à

travers son environnement social, culturel,... économique; d'où, pour le protéger, il y a d'une part la protection de l'enfant et d'autre part la protection sociale. Dans cette section, il sera question des dispositions et des progrès dans la protection de l'enfant.

3.3.1 Lois, politiques et principaux programmes nationaux

- Les lois

La constitution de la RDC (Art. 41 alinéa 3-4) reconnaît à l'enfant le droit de jouir de la protection aussi bien de la famille que des pouvoirs publics. Elle interdit l'abandon et la maltraitance des enfants. Cela étant, elle rejoint le cadre juridique destiné tracé par les dispositions contenues dans la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE). Son article 7 exige en effet que l'enfant soit enregistré dès sa naissance. Le fait de ne pas être enregistré est un signe de pauvreté non monétaire.

Le deuxième indicateur de cette pauvreté chez l'enfant est le fait d'être orphelin. A ce sujet, l'article 19 de la CDE prévoit la protection de l'enfant contre les mauvais traitements là où il serait obligé, par diverses circonstances, à vivre. La CDE recommande (Art. 35) aux Etats de prendre toutes les mesures pour protéger les enfants vulnérables contre la consommation des stupéfiants et des substances psychotropes, contre l'exploitation sexuelle, la prostitution et la pornographie. Aussi, la CDE (Art. 9) refuse la séparation des enfants avec leurs parents, sauf pour leur intérêt supérieur.

Le troisième indicateur de la pauvreté de l'enfant est le travail de l'enfant, car un enfant qui interrompt sa scolarité ou qui ne la connaît pas y est contraint par les conditions de pauvreté. A ce sujet la CDE (Art 32) reconnaît à l'enfant le droit d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques susceptibles de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé, à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social.

Sur le plan national, le code du travail fixe la capacité pour signer un contrat à 16 ans ; sauf dérogation de l'inspecteur du travail et de l'autorité parentale ou titulaire. L'opposition de l'inspecteur du travail et de l'autorité parentale ou titulaire peut être levée par le tribunal dans certaines circonstances et pour des raisons d'équité. Une personne âgée de 15 ans, ne peut être recrutée que pour des travaux légers et salubres définis par un Arrêté du ministre du travail et de la prévoyance sociale.

Le dernier indicateur de la pauvreté concerne le mariage précoce. Une fille se marie souvent très précocement, lorsqu'elle vit sous la dépendance des parents ou des tuteurs pauvres qui sont plus préoccupés par les dividendes du mariage. Afin de prévenir cette contrainte, le code de la famille et la constitution stipulent que tout individu a le droit de se marier avec la personne de son choix, de sexe opposé et de fonder une famille.

- Les politiques

Le cadre stratégique de base pour la protection de l'enfant est le Document des Stratégies de Croissance et de Réduction de la Pauvreté. La protection de l'enfant vulnérable y figure comme l'une des actions prioritaires du gouvernement en matière de protection sociale. Ainsi le DSCRP recommande au gouvernement l'application effective des accords des Nations Unies sur la protection des enfants victimes du conflit et du VIH/ SIDA. En plus il

recommande la réinsertion des enfants vulnérables dans le circuit de l'éducation, la réinsertion socioprofessionnelle des enfants chef de ménage, la réhabilitation des enfants malnutris, l'appui spécifique aux enfants vivant avec handicap, la prise en charge psychosociale, medico-sanitaire, juridique et judiciaire des enfants victimes ou nés des violences sexuelles.

- Les principaux programmes

Deux programmes importants ont été mis en œuvre au cours des 10 dernières années : le Programme Minimum de Partenariat pour la Transition et la Relance (PMTR) et le Programme National d'Appui à la Protection Sociale (PNPS)

Financé par le gouvernement, la Banque Mondiale, le PNUD, la mission du Nations Unies au Congo (MONUC) et le DFID, le PMTR avait pour but de définir un cadre stratégique pour la coopération du gouvernement et des bailleurs afin d'assurer le succès des processus de stabilisation de relance et de transition pendant la période du 2004 – 2008. Sans viser spécifiquement les enfants, le PMTR prend en compte les enfants dans ces priorités institutionnelles où elle envisage de mettre en place les approches et les structures spécifiques pour chaque groupe des personnes vulnérables dont, les enfants de la rue.

Le coût total du programme est de 170.000.000 US, cela équivaut à 8% du budget en 2002. La prise en charge des enfants était estimée à 3000000 US soit 17,6% du budget destiné au secteur social pour la même période. La question de l'enfant n'est pas prioritaire. En effet, de tous les aspects du secteur social, elle est la moins financée, soit :

- Intervention humanitaire : 130.000.000 US\$
- Réinsertion : 36000000 US\$
- Condition de la femme : 4000000 US\$
- Prise en charge de l'enfant : 300000 US\$

Le Programme national d'appui à la protection sociale (PNPS) consiste en la mise en œuvre du DSCR. Sans spécifiquement viser l'enfant comme cible, il recherche l'amélioration du statut social des personnes vulnérables et faciliter l'accès des populations aux services sociaux, infrastructures et équipements de base. Il concerne aussi l'enfant dans la mesure où il vise la réinsertion sociale, économique et socioprofessionnelle des personnes vulnérables. Le PNPS a été financé à hauteur de 440 750 000 FC par le gouvernement Congolais.

3.3.2 Résultats pour l'enfant

- L'enregistrement des naissances

En principe, l'enregistrement des naissances devait atteindre le taux maximal de 100% et pourtant, il se situe à hauteur de 63%. Il n'existe pas une disparité entre les garçons et les filles dont les taux d'enregistrement respectifs sont de 64,6% et 63,6% (tableau 3.3.1). Pour les deux sexes, les taux d'enregistrement ne varient que très faiblement quand la taille du ménage augmente. C'est dire que la taille du ménage n'est pas un déterminant sur l'enregistrement de naissance. Ce constat vaut aussi pour le niveau d'étude de la femme, le sexe du chef de ménage et le niveau de vie. Cependant, le taux d'enregistrement est faible de 43,5% quand aucun adulte au sein d'un ménage ne travaille.

En ce qui concerne la distribution provinciale, une forte disparité ressort entre l'Est et l'Ouest où le taux est plus élevé malgré quelques exceptions : Kinshasa à l'ouest (71,4%) et la province orientale à l'est (54,2%). Par ailleurs, les provinces du centre ont les taux les plus élevés avec (71,6%) pour le Kasai occidental et 79,1% pour le Kasai oriental. Selon la résidence, c'est en milieu urbain que sont observés les taux d'enregistrement les plus élevés, soit 68,3% contre 62,3% à la campagne.

Pour ce qui est des causes avancées par la population pour expliquer le non enregistrement des enfants, 17,3% des personnes pensent que c'est dû au coût élevé du déplacement pour atteindre les bureaux de l'état civil et au refus de payer les frais d'enregistrement. Ces deux justifications ont surtout été avancées par :

- (i) les femmes de faible niveau d'instruction (18,9% pour les illettrées, 19,1% pour celles qui ont été à l'école primaire et 13,6% pour celles qui ont été au niveau secondaire)
- (ii) les chefs de ménage de sexe masculin ont à 17,8% soutenu ces justifications contre 12,9% ;
- (iii) les habitants de Bandundu et Nord Kivu avec respectivement 23,1% et 22,4% que par ceux de Kinshasa, Kasai Oriental et Katanga avec respectivement 14,3%, 14,2% et 13,5% (RDC, UNICEF, MICS2)
- (iv) les personnes vivant en milieu rural qu'en milieu urbain (20,1% contre 11,6%).

La situation en matière d'enregistrement des naissances s'est dégradée entre 2001 et 2007 : l'EDS renseigne que 31% d'enfants de moins de 5 ans ont été enregistrés alors que MICS2 indiquait plutôt un taux de 63%. Les facteurs de variation du taux d'enregistrement (sexe de l'enfant, milieu de résidence et niveau de vie) n'ont pas changé. Hormis la province du Bas Congo où il est observé une légère augmentation de 3%, la baisse est observable dans toutes les provinces mais dans des proportions différentes : le Maniema, l'Equateur et le Nord-Kivu ont connu les baisses les plus importantes (soit 91%, 89% et 88%).

- La vulnérabilité due au décès de l'un des parents

La proportion des orphelins dans la population congolaise est de 14,4 % aussi bien pour les garçons que pour les filles. Cette proportion varie toutefois dans les conditions suivantes (tableau 3.3.2.) :

- (i) elle est dans les provinces qui ont connu la guerre Nord et Sud Kivu (14,3% et 17,3%) que dans les autres (Bandundu, Bas Congo et Kasai Oriental ayant respectivement 8,2%, 8,9% et 9,1%) ;
- (ii) elle évolue en sens inverse avec la taille du ménage (31,3% pour les personnes vivant dans des ménages de moins de trois personnes contre 10,7% pour ceux se trouvant dans des ménages de plus de 7 personnes) et avec le niveau d'instruction de la femme (soit 19,7% pour les femmes illettrées contre 15,5% pour celles qui ont atteint l'école secondaire) ;
- (iii) elle ne change pas de manière significative selon le type de milieu (soit 11,4% en milieu urbain et 11,5% en milieu rural) et suivant le niveau de vie du ménage (10,6% pour les ménages pauvres et 12% pour les ménages très riches) ;
- (iv) elle est élevée dans les ménages dirigés par une femme (31,6%), où aucun adulte ne travaille (26,1%) et où il y a une femme seule (36,4%)

Par rapport à la situation des orphelins en 2001, il a été observé une très légère baisse de la proportion d'orphelins qui est passée de 11,4 % à 9% en 2005. Le taux augmente avec l'accroissement de l'âge des enfants, une différenciation du taux selon les milieux de résidence (27% milieu rural contre 23% pour le milieu urbain). Le sud Kivu demeure la province où la vulnérabilité des enfants est la plus élevée (41%).

- Le travail des enfants

La proportion des enfants qui travaillent est globalement de 9,9%. Elle atteint son niveau le plus élevé dans la tranche d'âge de 10 à 14 ans (tableau 3.3.3.). En outre, il n'y a pas de différence importante entre les garçons et les filles (20,1% pour les premiers et 21,2% pour les secondes). Ce problème du travail des enfants ne varie pas non plus suivant (i) le niveau d'instruction de la mère (10,2% pour les enfants des mères illettrées et 9,2% pour ceux dont les mères ont été à l'école secondaire), (ii) le sexe du chef de ménage, (iii) le milieu de résidence et (iv) le standing de vie du ménage (c'est seulement pour le cinquième quintile que la proportion descend à 7%). Cependant, il se pose surtout pour les enfants :

- (i) qui ont quitté l'école (14,6%) plutôt que ceux qui étudient (5,6%)
- (ii) qui vivent dans des ménages de plus de 7 personnes (14,7%) plutôt que dans ceux de moins de 3 personnes
- (iii) qui sont dans les Provinces de Maniema, Bandundu et Nord Kivu (soit respectivement 18,1%, 15,6% et 22%) et
- (iv) dont les deux parents ne travaillent pas

La proportion des enfants de 5 à 14 ans ayant travaillé est restée presque stationnaire en passant de la situation de 2001 à celle de 2007 avec 11,8 % et 11,5% même si selon les proportions ont évolué en sens inverse selon le milieu de résidence. Elle a diminué en milieu urbain (de 8,9% à 5,6%) et a augmenté en milieu rural (de 10,3% à 13,3%). Le Maniema est resté la province où les enfants travaillent le plus. Le taux d'enfants qui travaillent diminue quand le niveau de vie augmente.

- Le mariage précoce

Dans l'ensemble la proportion des femmes âgées de 15-49 ans qui se sont mariées avant l'âge de 15 ans est de 8,3% et celle des femmes mariées avant 18 ans est de 40,1%. Le mariage est donc globalement précoce. Cependant, il y a des catégories de personnes qui ont plus tendance que d'autres à se marier plus tôt (tableau 3.3.4). Il s'agit de personnes :

- (i) dont les deux parents ne travaillent pas
- (ii) se trouvant dans des ménages très riches (cinquième quintile) ;
- (iii) résidant en ville (9,4% se marient avant 15 ans contre 12,2% en campagne)

La situation n'a pas beaucoup changé en 2007. Kinshasa est le lieu où les mariages sont les tardifs et le Kasai Oriental est la province où ils sont les plus précoces. La taille de ménage et le sexe du chef de ménage ne semblent avoir aucune incidence sur la probabilité de se marier précocement.

3.3.3 Causes des problèmes

- Pour le faible taux d'enregistrement des naissances

Hormis, des déterminants comme la distance entre le lieu de naissance de l'enfant et le bureau d'état civil et les frais à payer pour l'enregistrement, il y a l'ignorance de l'obligation d'effectuer cet enregistrement et la désorganisation des services qui parfois manquent de moyens pour enregistrer les naissances. Par ailleurs, le fait que les allocations familiales ne soient plus payées aux fonctionnaires et à beaucoup de travailleurs du secteur privé peut aussi expliquer la baisse de l'enregistrement des naissances. Cela ne procure aucun bénéfice et aucun avantage immédiatement perceptible ; d'où le très faible taux d'enregistrement des orphelins et le manque de disparité entre le milieu rural et le milieu urbain où se trouvent pourtant de nombreux fonctionnaires.

- Pour la vulnérabilité due au décès des parents

La proportion élevée des orphelins dans les ménages de moins de trois personnes révèle que ce sont les couples jeunes qui laissent plus souvent des orphelins. Cela ne s'explique que par le fait que les jeunes sont plus affectés par des maladies comme Le VIH/ Sida.

Les provinces qui ont connu des conflits armés ont les plus grands taux d'orphelins par rapport à celles qui sont restées en paix pendant plusieurs années. La possibilité de migration pour les orphelins soit vers le milieu urbain soit vers le milieu rural fait qu'il n'y a pas de disparité remarquable des taux.

- Pour le mariage précoce

Le mariage précoce des filles est également lié au fait culturel qui réduit souvent la femme à un rôle de reproductrice ; d'où sa scolarisation est moins privilégiée que celle des garçons. Une autre raison c'est la pauvreté des parents qui trouvent dans les filles une source d'enrichissement par les dots qu'ils peuvent imposer à leurs futurs gendres.

3.3.4. Stratégie

Les limites en ce qui concerne les politiques publiques en faveur de l'enfant se situent d'abord au niveau du ciblage ; c'est-à-dire que ces politiques ne visent l'enfant qu'en tant que partie d'une cible générale comme la famille, la communauté ou l'ensemble des personnes vulnérables. Ce qui fait que l'évaluation des programmes peut être satisfaisante dès que d'autres personnes vulnérables ont été atteintes par le programme, alors que les enfants faisant partie de ces personnes sont toujours privés d'accès aux services sociaux de base.

Il a été observé, en fait qu'il n'y avait aucun programme spécifique à l'enfant et qui prend en compte les quatre variables de mesure de la pauvreté de l'enfant retenue par le Guide de la présente étude. L'absence de ces politiques spécifiques peut bien expliquer la profondeur de la pauvreté de l'enfant. Cela est d'autant plus vrai que la dimension enfant vient d'être ajoutée à la dénomination du ministère qui s'appelle dorénavant ministère de la famille, femme et enfant. Ceci pourra permettre une meilleure prise en charge des problèmes de l'enfant.

Pour ce il est nécessaire d'avoir un secrétariat général chargé de l'enfant au sein de ce ministère. Celui-ci aurait pour tâche de préparer, en collaboration avec les ONG spécialisées et les organismes internationaux, les politiques en faveur de l'enfant vulnérable.

Il est aussi important que de mener une étude sur la corrélation entre les différentes variables. Les enfants qui ne sont pas enregistrés sont-ils orphelins ? Les enfants qui travaillent ou qui se marient précocement ne sont-ils pas d'abord des orphelins ? De cette façon on pourra isoler le déterminant le plus important de la pauvreté pour mieux le combattre. Le mariage précoce est-il lié aux grossesses non désirées des adolescentes célibataires ?

Pour mener une action intégrée et intersectorielle, il convient d'articuler les programmes de protection de l'enfant aux programmes relatifs à la facilitation de son accès à l'éducation et aux soins de santé.

3.4 Education

3.4.1. Lois, politiques et programmes nationaux les plus importants

La RDC a adhéré aux recommandations de la Conférence Internationale de Jomtien et du Sommet Mondial pour les enfants de 1990 sur l'Education Pour Tous (E.P.T.). Elle a au niveau interne trois textes qui réglementent le secteur et qui sont conformes à ces recommandations : la Constitution, la Loi-cadre sur l'Education, les Arrêtés ministériels et le Document des Stratégies de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR).

La loi-mère du pays accorde une importance particulière à l'instruction et à l'éducation, notamment aux articles suivants :

- 1) Art.42 : Les pouvoirs publics ont l'obligation de protéger la jeunesse contre toute atteinte à sa santé, à son éducation et à son développement intégral ;
- 2) Art.43 : L'enseignement primaire est obligatoire et gratuit dans les établissements publics ;
- 3) Art.44 : L'éradication de l'analphabétisme est un devoir national pour la réalisation duquel le gouvernement doit élaborer un programme spécifique ;
- 4) Art.45 : Toute personne a accès aux établissements d'enseignement national sans discrimination de lieu d'origine, de race, de religion, de sexe, d'opinions politiques ou philosophiques, de son état physique, mental ou sensoriel...

Cela étant, les options du Gouvernement relatives à l'EPT, reprises du reste dans le DSCR, tiennent compte des enjeux des prochaines années, à savoir : (i) forte croissance démographique, (ii) grand nombre d'enfants en dehors de l'école, (iii) faible densité de la population, (iv) faibles compétences des enseignants et insuffisance des matériels didactiques, (v) utilisation d'une langue étrangère pour la formation et coût élevé de l'enseignement privé. Ces options ont pour objectif général de mettre en place, à court terme, un cadre légal et réglementaire propice à la réalisation des OMD en recherchant : (i) l'accroissement de la population scolarisée, (ii) la baisse des écarts entre les filles et les garçons et (iii) l'amélioration de la qualité de l'enseignement. Les programmes adoptés et exécutés au terme de la guerre à partir de 2001 en tiennent compte en particulier dans le PAN-EPT et dans quatre projets-clés de réhabilitation et de reconstruction :

(i) Le Plan National de L'Education Pour Tous (PAN-EPT) :

Adopté en mai 2007, le PAN-EPT prévoit plusieurs actions notamment pour la réduction des disparités par sexe. Il n'est pas encore opérationnel. Aussi, le pays continue à réaliser ses actions relatives à l'EPT sur base des projets négociés séparément avec ses partenaires (Unicef, Unesco, BAD, Banque Mondiale, ONG, etc.). L'UNICEF a par exemple, de 2001 à 2005, financé la formation des statisticiens et planificateurs, l'impression des questionnaires et leur circulation sur terrain en vue de la production des annuaires statistiques. L'UNESCO s'y est inséré en 2005 avec le projet SIGE relatif à l'organisation du Système de Gestion de l'Information Educative.

(ii) Le Programme Multisectoriel d'Urgence de Réhabilitation et de Reconstruction (PMURR):

Le PMURR et le PMURR additionnel ont prévu la réhabilitation d'une centaine d'écoles primaires dans la partie du pays sous contrôle gouvernemental (PMURR), puis dans le reste du pays (PMURIS). Ces programmes de 2002 n'ont pas été exécutés entièrement à cause des problèmes liés aux procédures de la Banque Mondiale sur la passation des marchés. De toutes les façons, 155 écoles à réhabiliter, sur environ 2.000 que compte le pays, ne contribuerait pas à l'atteinte des objectifs de l'EPT.

Une variante, le Programme multisectoriel d'Urgence de réhabilitation des Infrastructures Sociales (PMURIS), financé par la Banque Africaine de Développement (BAD) a prévu la réhabilitation et l'équipement de 7 écoles dans la ville de Kinshasa, dont une école secondaire. Une seule école a été réhabilitée. Le PMURIS est en cours d'exécution.

(iii) Le Projet d'Appui au Secteur de l'Education (PASE) :

Financé par la BAD, le projet avait pour objectif de « contribuer à la reconstruction du système éducatif congolais en vue de la mise en œuvre des objectifs de l'EPT, à travers l'appui à l'élaboration des réformes sectorielles et du renforcement des capacités institutionnelles tant de planification que de gestion... ». Son coût est de 5,23 millions d'UC au titre de don. Le PASE est pleinement dans la phase de mise en vigueur, le décaissement est de l'ordre de 17 % sur les engagements estimés à 69 % en mai 2006.

(iv) Le Projet d'Appui au Redressement du Secteur de l'Educatif Congolais (PASEC) :

Financé par la Banque Mondiale, le projet a deux objectifs essentiels : (i) arrêter la dégradation du système éducatif congolais dans la fourniture des services essentiels au niveau de l'enseignement primaire ; (ii) préparer le terrain en vue d'assurer le financement et le développement durable du secteur. Son coût est de 130 millions de dollars de don. Le PASEC est dans la phase de finalisation des dossiers en de la tenue de la réunion du Conseil d'Administration de l'IDA qui examinera les conditions de mise en vigueur du projet.

Le programme d'allocation trimestrielle des fonds pour les frais de fonctionnement des écoles primaires et secondaires publiques en vue de la réduction des frais payés par les parents. Ce projet était financé par un groupe de partenaires dont fait partie l'UNICEF (RDC –UNICEF, *Annual Report 2007*).

3.4.2 Résultats pour les enfants

Le taux net de scolarisation au primaire était de 51,7% en 2001, soit 54,8% chez les garçons et 48,6% chez les filles (tableau 3.4). Jusqu'en 2007, les progrès ont été très faibles et la proportion des analphabètes n'a pratiquement pas bougé. Les hommes sont toujours près de 2 fois plus instruits ; 19% d'hommes et 44% de femmes n'avaient jamais été à l'école en 2001, contre respectivement 14% et 28% en 2007.

Tableau 3.4 : Taux de scolarisation par âge et par sexe en 2001

| Age | Taux de scolarisation en % | |
|-------|----------------------------|--------------|
| | Sexe masculin | Sexe féminin |
| 6 ans | 24,6 | 22,9 |
| 7 | 45,1 | 45,0 |
| 8 | 55,5 | 54,1 |
| 9 | 67,2 | 52,2 |
| 10 | 70,3 | 61,1 |
| 11 | 71,0 | 60,4 |
| Total | 54,8 | 48,6 |

A l'entrée à l'école, il n'y a pas de différence par sexe. C'est plutôt à l'aube de la puberté que la situation change. L'enquête 1-2-3 a montré que la grossesse et/ou le mariage ont causé l'arrêt des études chez 7,5% d'enfants enquêtés et avec l'EDS, il est apparu que parmi les personnes ayant été à l'école, 7% de femmes et 7% d'hommes terminent le niveau primaire, mais pour ceux qui entrent au secondaire, 12% de garçons et 6% de filles seulement le terminent. En plus de ce problème d'une importante déperdition scolaire, il y a celui de la faiblesse du taux d'admission en première année primaire. Ce taux qui est en baisse (25% en 1995 et 17% en 2001) montre que sur 100 enfants nouvellement inscrits, 20 sont admis à l'âge légal de 6 ans et 32 à 9 ans. Les programmes semblent donc loin d'atteindre l'objectif d'un accès universel à l'éducation de base. Les disparités ont par ailleurs subsisté aussi bien par rapport aux données des ménages que par rapport aux provinces. Les taux vont même du simple au double. En effet, du tableau 3.4.1, il ressort ceci :

- (i) La taille du ménage et le sexe du chef de ménage n'ont pas une grande incidence sur la scolarisation ; le taux net varie de 54,1% pour les enfants des ménages de moins de 3 personnes à 53,7% pour ceux des ménages de 7 personnes et plus et de 51,8% dans les ménages dirigés par un homme à 50,7% pour ceux dirigés par une femme
- (ii) Le niveau d'instruction de la mère, le niveau de vie du ménage et le degré d'activité des parents ont un effet très important sur la scolarisation des enfants. Le niveau va même du simple au double ; le taux net est par exemple de 24,9% pour les enfants des femmes n'ayant aucune instruction et de 51,7% pour ceux dont la mère a atteint l'école secondaire au moins. Il passe aussi de 39,2% chez les enfants des ménages les plus pauvres à 81% chez ceux des ménages les plus riches.
- (iii) La structure du ménage compte beaucoup également. Le taux tombe en dessous de la moyenne nationale avec :

- la monoparentalité (de 41,7% dans les ménages monoparentaux dirigés par une mère seule à 52,3% dans ceux dirigés par un père seul),
 - la présence des enfants orphelins (40,8%) ou des enfants malades ou handicapés (37,7%),
 - un rapport de dépendance élevé (4 enfants et plus par adulte), soit 40,7%
 - la présence de personnes 3^{ème} âge (70 ans et plus), 47,5%
- (iv) La présence d'un enfant avec un handicap important dans le ménage influe négativement sur la scolarisation ; dans les ménages ayant, le taux net de scolarisation est de. Il se situe en dessous de la moyenne nationale qui est de 51,7%.

Selon la province, les taux les plus bas sont observés au Nord-Kivu, à l'Equateur, au Sud-Kivu et au Katanga. Les plus élevés sont pour Kinshasa (76,3%), Kasai oriental (64,0%) et Bas Congo (60,6%). De même, le type de milieu fait que le taux net de scolarisation passe de 71,6% en milieu urbain à 43,3% en milieu rural (RDC, UNICEF, MICS2). Il se peut que cette différence soit liée aux niveaux de vie dans les deux entités.

3.4.3 Causes de la faible scolarisation des enfants

Dans les travaux antérieurs, cinq facteurs ont été présentés comme étant à la base de la faible scolarisation (RDC, UNICEF, ASEF, 2003) : (i) le pouvoir d'achat des parents, (ii) la faible inscription des enfants en première année primaire, (iii) les abandons scolaires, (iv) l'insuffisance des infrastructures scolaires et (v) leur inégale répartition sur le territoire national qui est l'une des conséquences de la modicité du budget de l'enseignement.

- Offre des services

Les variables concernées portent d'abord le nombre d'écoles, de classes, d'élèves et d'enseignants et ensuite sur les ratios élèves/classes et élèves/enseignants (tableau 3.4.2). Selon l'annuaire de statistiques scolaires 2006/07 de l'EPSP, 29.420 écoles primaires, tous régimes de gestion confondus, sont implantées à travers le territoire national. Ce nombre est toutefois théorique du fait de la destruction de plusieurs écoles pendant la guerre.

Leur répartition provinciale (tableau 3.4.2.) indique une forte variation allant de 844 écoles au Maniema à 4.569 écoles au Bandundu. Il en est de même du nombre de classes aménagées et fonctionnelles. Selon l'annuaire de l'EPSP, leur nombre total est de 232.686, soit une moyenne nationale de 8 classes (7,9) par école. Le nombre de classes varie de 6.369 classes au Maniema qui a moins de 1.000 écoles, à 34.914 classes au Bandundu.

Les écoles primaires de la RDC accueillent un effectif total de 8.839.888 élèves. Le Maniema, encore une fois de plus, accueille le nombre le plus faible, soit 234.523 tandis que le Katanga avec 1.11.987 élèves et la Province Orientale avec 1.110.114 élèves supplantent le Bandundu qui n'en accueille que 973.933. Les autres provinces se positionnent entre ces deux extrêmes.

Le nombre d'enseignants employés par le système d'enseignement constitue l'une des variables importantes de l'accès effectif au service. Quand les enseignants grèvent, le service n'est plus accessible pour les élèves et cela a un impact sur leur scolarisation. Le système éducatif congolais emploie 230.834 enseignants au niveau primaire. Comme pour les classes, le Maniema emploie le minimum d'enseignants au primaire soit 6.037. Le Bandundu reprend

la tête de la liste avec 34.913 enseignants au primaire, les autres provinces en emploi au moins 14.000 soit au moins 6,1% de l'ensemble, chacune.

Compte tenu de cette offre d'infrastructures, le taux d'encadrement moyen est bon. Une classe comprend 38 élèves, en moyenne au niveau primaire (tableau 3.4.2). Il varie de 28 élèves au Bandundu à 44 élèves dans le Sud Kivu. Le Kasai oriental et le Nord Kivu (43), la Province Orientale et le Katanga (40) ont une densité de classes supérieure à la moyenne nationale. Les provinces non citées ont des classes à densité inférieure.

Cet indicateur mesure la densité d'une classe en termes d'encadrement des élèves par l'enseignant. En principe, il y a un enseignant pour une classe en primaire ; l'indicateur devrait donc être égal au précédent, mais parfois certaines écoles organisent des vacances (flux) en employant un peu plus, ou un peu moins d'enseignants ; d'où de légers écarts entre les deux indicateurs. Les données du tableau 3.4.2 montrent qu'au niveau national le ratio est de 38 élèves par enseignant. Le ratio le plus faible s'observe au Bandundu avec 28 élèves par enseignant et le maximum au Sud Kivu avec 45 élèves par enseignant.

Demande en matière de scolarisation des enfants

Les données du tableau 3.4.2 indiquent que le salaire moyen de l'enseignant (tous grades confondus) passe de 42 \$ US en 2004/05 à 74 \$ US en 2006/07. Cette somme est dérisoire et permet d'acheter tout au plus 1 sac de riz de 51\$ US. C'est dire que la modicité du salaire de l'enseignant et de l'agent de l'Etat en général, constitue un obstacle majeur au développement du système éducatif. Elle est à la base de la prise en charge du fonctionnement des écoles par les parents et donc à la non gratuité de l'enseignement primaire prévue à la section 3.4.1 de la Constitution.

Cela étant, le taux de scolarisation semble fortement tributaire des ressources du ménage. En effet, en dehors des différences par sexe qui résultent en partie des problèmes de puberté comme le laisse supposer l'accroissement de l'écart entre le taux des garçons et celui des filles à l'approche de l'âge de 11 ans, toutes les autres s'expliquent en grande partie par le problème de pauvreté. 41,3% des enfants enquêtés ont arrêté leurs études à cause de l'incapacité des parents de payer leurs frais scolaires. Ces problèmes financiers influent sur la prise, par les parents, de la décision de faire inscrire les enfants à l'école et sur l'exclusion du système éducatif pour des raisons liées aux parents ou aux enfants eux-mêmes.

L'impact de ce problème est bien sûr renforcé par la pauvreté généralisée des parents, mais aussi par

- (i) l'ignorance du droit à l'éducation en tant qu'obligation et non tant que commodité (RDC, UNICEF, ASEF, 2003) ;
- (ii) la faible perception en milieu rural surtout de l'intérêt des études ; elle est renforcée par le taux élevé du chômage, y compris celui des diplômés qui pousse plusieurs parents à encourager les filles au mariage précoce et leurs enfants à s'adonner à des activités lucratives dont les bénéfices sont immédiats comme l'exploitation des carrières minières
- (iii) l'insécurité, la mort d'un ou des deux parents dans les territoires ayant connu la guerre et la distance à parcourir pour atteindre l'école compte tenu de l'âge de l'enfant.

Aux causes classiques des échecs scolaires, il faut ajouter l'exercice des travaux domestiques (Lututala et al., 1996) et l'absence prolongée de l'enfant de l'école pour la recherche de l'argent. Ce problème a fait ressortir trois cas de figures que les programmes n'ont pas encore corrigés :

- (i) celui des provinces du Nord-Est où plusieurs enfants qui ont des problèmes de paiement des frais scolaires travaillent (même à des âges très jeunes) pour avoir les ressources nécessaires,
- (ii) celui des provinces de l'Ouest (Bandundu et Bas-Congo...) où ces enfants attendent jusqu'au moment où les membres de familles payeront pour eux parce que les petits métiers exercés (le plus souvent, cirage de chaussures) ne permettent pas de réunir les sommes demandées et
- (iii) celui des régions minières (Kasaï Oriental et Katanga...) où les enfants restent plus ou moins longtemps dans l'exercice d'une activité à cause du haut niveau des revenus qu'ils perçoivent ; certains d'entre eux s'habituent d'ailleurs tellement à gagner leur vie de cette façon qu'ils ne retournent plus à l'école.

3.4.4. Fondements et partenaires pour une stratégie

Compte tenu de l'incidence négative de la pauvreté sur la scolarisation, la situation ne changera vraiment que si le principe de gratuité de l'éducation au niveau primaire est appliqué. Trois principes semblent donc être des préalables incontournables :

- l'amélioration des conditions de vie de la population par la création des emplois et le paiement des salaires conséquents y compris pour les enseignants,
- l'application stricte des principes de bonne gouvernance par l'application des dispositions de la CDE,
- la promulgation d'une politique nationale en matière d'éducation et

L'abandon de toute stratégie privilégiant des écoles dites "ciblées" par la communauté internationale devra être de rigueur. Pour ce faire, la RDC devra tirer profit des opportunités de l'OMD8

3.5 Protection sociale

La protection de l'enfant peut s'effectuer directement à travers des actions menées en sa faveur ou indirectement par le truchement des actions sur sa famille ou sa communauté. C'est dans ce second cas qu'il s'agit de protection sociale. Elle est assurée principalement avec l'appui de l'Etat par des mesures concernant l'accès aux services sociaux de base.

3.5.1. Lois, politiques et programmes

Le Code de la famille constitue le cadre juridique de la protection sociale. Il reprend les principales options de la Convention relative aux droits de l'enfant. Ainsi comme dans les articles 18 et 27 de la CDE, l'Etat reconnaît le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social. Les parents sont reconnus comme les responsables pour créer le cadre permettant ce développement. De même, la Constitution (Art. 40) insiste sur l'unité de la famille à laquelle les pouvoirs publics

doivent assurer protection. Les parents ont le droit et le devoir d'éduquer et de soigner leurs enfants sous la surveillance du pouvoir public.

En RDC, il n'y a pas de politique sociale formelle qui vise directement l'enfant. Celui-ci est pris en charge à travers les politiques publiques relatives à sa famille et à sa communauté. Le Document des Stratégies pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (DSCR) a ainsi retenu comme objectifs :

- l'amélioration du statut des personnes vulnérables
- la facilitation de l'accès aux services sociaux de base
- la facilitation de l'accès des personnes démunies aux services sociaux, infrastructures et équipement de base
- la promotion du développement communautaire et
- la mise en œuvre des programmes de création de richesse adaptés à la situation des groupes cibles.

La poursuite de ces objectifs est recherchée par le Programme National d'Appui à la Protection Sociale (PNPS). Ce programme vise la réinsertion sociale, économique et socioprofessionnelle des personnes vulnérables sur base des programmes et projets spécifiques à chaque catégorie.

3.5.2. Résultats

La mesure des résultats en matière de protection sociale est à effectuer sur base de l'accès de la femme à l'assurance santé dont les données ne sont pas encore disponibles, l'offre médicale gratuite reçue par les enfants et les ménages ou population couverts par une protection sociale (assurance sociale, aides venant des autorités publiques ou des œuvres de charité). Ces données sont à produire avec l'aide des IPI qui ne les ont pas encore fournies

Une autre dimension de mesure de la protection sociale est le taux de couverture de l'offre de protection sociale par rapport à la demande, selon différentes variables choisies. Ici, le nombre d'enseignants de l'école primaire est présenté par province pour l'année 2002 qui sont les seules données disponibles.

L'offre d'enseignants a été obtenue par les données récoltées à la direction de planification du Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire alors que la demande a été obtenue par la division du nombre d'enfants scolarisables par 40, en prenant ce nombre comme taille d'une classe normale. Les données de ce tableau révèlent des disparités dans la couverture de la protection sociale par des taux très variés du nombre d'enseignants selon les provinces. Le Nord Kivu a une pléthore d'enseignants (134,8%) et le Bandundu a aussi un taux élevé (97,6%). alors que le Kasai occidental, le Kasai oriental et la province Orientale avec respectivement 43,9%, 47,9% et 49,1% du taux de couverture ont des déficits d'enseignants.

3.5.3 Facteurs explicatifs

La pléthore d'enseignants au Nord Kivu est peut-être liée à la situation de guerre qui aurait emporté beaucoup d'enfants dont des nombreux élèves. Alors que dans les deux Kasai et aussi dans une certaine mesure la province Orientale, l'exploitation artisanale des matières précieuses est à l'origine de la désertion des nombreux enseignants de leurs postes de travail moins rémunérateurs.

La situation de la protection sociale en RDC est, depuis deux décennies, fragilisée par des problèmes administratifs, financiers, économiques, etc. En effet, l'Etat Congolais a vu ses capacités d'intervention financière se réduire par la crise, la lourdeur de la dette, l'effondrement des cours des matières premières, etc. Cette situation a eu des conséquences néfastes sur le maintien des infrastructures, des services de protection sociale, etc. ainsi, par exemple, les infrastructures de base se sont dégradées, les services d'assurance vie pour les personnes vulnérables inopérants, les services communautaires pour la protection des enfants en difficultés, se recherchent et sont souvent sans moyens, etc. En matière de protection sociale, il y a lieu de souligner qu'il se pose dans ce domaine un problème de statistiques ; ce qui pourrait justifier le fait que malgré l'existence des quelques dispositions légales, la RDC n'a pas encore réussi à se définir une politique nationale dans ce domaine.

3.5.4. Stratégie

Les programmes de protection sociale sont définis par le ministère des affaires sociales mais leur exécution est butée au problème de financement largement tributaire des organismes internationaux qui, par ailleurs, ont leurs propres agendas ; d'où le ministère se trouve à la remorque de ces organismes internationaux. Il est recommandable que les différents partenaires participent en amont à la conception des programmes et en aval à leurs exécutions pour une implication concertée en définissant le rôle de chacun.

En plus nombre des programmes se chevauchent au point où l'évaluation devient difficile. Eu égard à la diversité géographique, culturelle et économique des différentes provinces congolaises, des programmes globaux peuvent être inefficaces si les causes concrètes ne sont pas identifiées. De ce fait avec l'instauration de la décentralisation, l'implication du pouvoir local devient impératif aussi bien au niveau de la conception, du financement et de l'exécution des programmes qui intégrera la participation

Conclusion

Le principe de la primauté des droits de la population est affirmé dans la constitution adoptée en 2006. Ce dernier texte prévoit par exemple en son article 16 que « la personne humaine est sacrée. L'Etat a l'obligation de la respecter et de la protéger. Ainsi, au terme de la guerre, la RDC a élaboré de nombreux programmes pour améliorer la situation sociale et qui, globalement, sont conformes aux conventions signées et aux recommandations internationales auxquelles le pays a adhéré. Il s'agit :

- (i) pour la nutrition, de la Politique Nationale de Nutrition (2000), du Plan Directeur de Nutrition pour le Développement de la Santé (2001), du Plan d'Action de Nutrition (2001) et du Plan Stratégique pour la Malnutrition Aiguë (2005)
- (ii) pour la santé, du Plan de Développement Sanitaire (2000), du Programme National de lutte contre le Paludisme (2002), le Programme National de lutte contre les Maladies Diarrhéiques (2002) et du Programme National de Santé de l'Adolescent (2003)
- (iii) pour l'éducation du programme de mise en œuvre de l'Education pour tous

Malgré toutes ces options, les dépenses de l'Etat ont principalement porté sur le paiement des salaires ; ce qui a entravé l'exécution des programmes. La situation s'est ainsi dégradée aussi bien pour la nutrition, la santé, l'éducation que pour la protection. En matière de nutrition par exemple, c'est la forme modérée de la malnutrition qui a le plus évolué. Pour la santé, la situation s'est dégradée pour les IRA et pour le paludisme. Pour la diarrhée, il y a une légère amélioration.

Les inégalités n'ont pas disparu. Les différences sont restées entre sexes dans tous les secteurs concernés. Aux très bas âges, il n'y a pas de différence entre les garçons et les filles. Elles apparaissent avec l'accroissement de l'âge. Ainsi, les garçons ont un niveau de malnutrition légèrement plus élevé lorsque le sevrage commence. De même, il n'y a pas de différence par sexe à l'entrée à l'école. C'est plutôt à l'aube de la puberté que la situation change. Les autres catégories d'enfants qui ont des problèmes sont ceux :

- âgés de plus de 12 mois ;
- dont la mère est illettrée ou n'a pas terminé l'école primaire ;
- vivant dans un ménage où les deux parents ne travaillent pas et ceux où il y a des enfants de moins de 18 ans qui travaillent et
- vivant dans un ménage abritant des enfants orphelins ou ayant au moins une personne de 70 ans ou plus

Sur le plan géographique, il faut noter que les milieux ruraux ont dans tous les secteurs plus de problèmes que les milieux urbains. Cependant, le classement des Provinces change selon l'objet du secteur. En effet, si Kinshasa présente toujours la meilleure situation, il apparaît que les provinces à privilégier dans le cadre d'une politique d'actions devraient être les suivantes :

- (i) pour la nutrition, le Bas-Congo, le Maniema, le Nord et le Sud Kivu
- (ii) pour l'éducation, les provinces à privilégier sont le Nord-Kivu, l'Equateur, le Sud-Kivu et le Katanga

Les contraintes pour la lutte contre la mortalité et la morbidité portent aussi bien sur l'offre que sur la demande des services. Du côté de la demande. Il s'agit :

- (i) de la connaissance insuffisante des moyens de prévention du VIH/SIDA pour les jeunes et adolescents, de la valeur nutritionnelle des aliments et des symptômes des maladies parfois considérés comme les conséquences d'un mauvais sort,
- (ii) de la faiblesse du pouvoir d'achat des ménages et
- (iii) de la persistance des coutumes et des comportements rétrogrades notamment en ce qui concerne l'assainissement des milieux, la fécondité qui est restée précoce et marquée par des intervalles assez court.

Pour l'offre, il y a par de l'éloignement des centres de santé, l'insuffisance des infrastructures, l'insuffisance des ressources humaines et leur mauvaise répartition sur le territoire national, la démotivation des prestataires, l'affectation du personnel spécialisé à des postes autres que ceux pour lesquels ils ont été formés. Par ailleurs, peu de progrès ont été enregistrés pour le confort du cadre de vie, l'eau, les toilettes etc.

Les secteurs de la nutrition, de la santé et de la protection présentent un atout important. Ce sont des domaines où la femme joue un rôle prépondérant. En outre, ils ont bénéficié d'un accroissement important des ressources au cours des dernières années. En outre, ce sont les secteurs qui ont continué à recevoir l'appui des agences de coopération bilatérale et multilatérale durant la période de l'embargo. La RDC aura besoin longtemps encore de ses partenaires, mais pour avancer, elle devra renforcer la coordination des interventions. Ce sera peut-être nécessaire de désigner, pour chaque programme, un chef de file parmi les partenaires. Trois principes semblent donc être incontournables :

- l'amélioration des conditions de vie de la population par la création des emplois et le paiement des salaires conséquents y compris pour les enseignants,
- l'application stricte de la CDE et des principes de bonne gouvernance,
- la coordination des interventions des partenaires.

Le grand atout de la protection est que personne ne veut revivre les affres de la guerre ; tout le monde aspire à l'égalité devant la loi, à une justice sociale, à une participation accrue de la femme dans la prise de décision et à une gestion démocratique comme l'a montré la grande participation au referendum constitutionnel et aux élections. Le Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR) adopté en 2006 qui est le cadre de la lutte contre la pauvreté mérite donc d'être complété par un document de politique sociale.

CHAPITRE 4 : COMBATTRE LA PAUVRETE ET LES DISPARITES

Introduction

Dans ce chapitre, il s'agit de préciser d'abord les connaissances acquises par l'étude sur le bien-être et l'équité des enfants. Partant de ces éléments, il est alors question de suggérer des orientations pour éliminer la pauvreté des enfants, réduire les disparités et accélérer les progrès vers la réalisation des OMD



4.1 Principaux acquis de la présente étude

Ceux-ci portent sur une meilleure connaissance des dimensions de la pauvreté des enfants, des causes des privations, des caractéristiques des groupes les plus défavorisés et des atouts et contraintes pour l'amélioration de la situation.

- Meilleure connaissance des dimensions de la pauvreté des enfants

L'ampleur du problème de pauvreté est importante et n'a pas évolué au cours des dernières années du fait de l'hyperinflation des années 90 et des guerres survenues en 1996 et 1998. La présente étude a permis de mieux appréhender les contours de la pauvreté et a montré que :

- (i) 73,6% d'enfants souffrent de la pauvreté monétaire et que le niveau de la pauvreté non monétaire est bien au delà de celui de la pauvreté monétaire (8 enfants sur 10 souffrent d'au moins une privation sévère) ; la lutte contre la pauvreté non monétaire devrait donc être privilégiée dans le cadre d'une politique d'actions.
- (ii) compte tenu de ces niveaux de pauvreté, les seuils fixés dans le cadre des OMD ne seront pas atteints en 2015 si les tendances actuelles se maintiennent
- (iii) les privations sévères les plus importantes portent sur l'accès à l'eau, le logement et l'éducation ; cela étant, la lutte contre la pauvreté doit accorder une place importante à l'accroissement du confort du logement.
- (iv) la pauvreté des ménages ayant au moins un enfant de moins de 18 ans est élevée et est supérieure à celle des autres ménages ; Il faut donc privilégier ces ménages dans le cadre d'un programme d'actions
- (v) les variables individuelles et du ménage influant plus sur l'incidence que sur l'intensité, la suppression du fossé entre les pauvres et les non-pauvres ne peut résulter que d'une politique explicite ; l'application de cette politique devra tenir compte des groupes à risque identifiés et du fait que la protection contre la pauvreté est plus une question de famille/ ménage qu'une question individuelle.

- Connaissance des causes des privations

Les causes des privations dont souffrent les enfants sont liées à l'offre et à la demande des services. L'offre est limitée non seulement par l'insuffisance des ressources mobilisées au niveau interne et au niveau international, mais aussi par leur répartition entre différents

secteurs de la vie nationale. Recherchant surtout l'accroissement de l'offre des services sociaux, les politiques mises en œuvre n'ont pas été traduites en programmes adaptés de lutte contre les inégalités d'accès à ces services. Cela provient entre autres de l'adoption, par le Gouvernement, du principe d'un partenariat avec la société civile et même avec l'initiative privée dans l'offre des services ; ce qui a rendu plus difficile le contrôle des prestations sociales et moins contraignante l'obligation d'allouer des budgets conséquents aux secteurs sociaux. Un changement d'approche s'impose donc. A cet effet, il faut un renforcement des capacités des prestataires des services publics compte tenu des faiblesses observées sur le fonctionnement de l'Administration publique (RDC, Ministère de la Fonction Publique, 2007). Du côté de la demande, le problème provient surtout de la faible connaissance de ce qui doit être fait pour satisfaire les besoins des enfants. A cet effet, il faudra un programme adapté de communication pour un changement de comportement en recourant aux canaux d'information disponibles.

4.2 Recommandations pour une politique en faveur des enfants

4.2.1 Principes d'action

Le but est de réduire le niveau de pauvreté des enfants de manière à mettre fin à la transmission intergénérationnelle de la pauvreté et accélérer l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le Développement d'ici à l'an 2015. A cet effet, le modèle B utilisé dans la présente étude considérant que la pauvreté des enfants est celle de leurs familles, les enfants défavorisés ne peuvent bénéficier de la croissance économique que par deux canaux importants : l'accroissement des chances d'emploi rémunérateur pour les parents et les personnes qui s'occupent d'eux et l'accès accru aux services sociaux de base. Cela étant, la mise en place d'une politique en faveur des enfants doit être guidée par les principes suivants :

1. il faut définir les actions prioritaires en matière de suppression des disparités en se référant à la situation des privations sévères et ce, parce qu'elle permet d'identifier plus rapidement les enfants à risque ; en effet, dès qu'un enfant est affecté par une privation sévère, il a un risque élevé de souffrir de plusieurs autres privations ;
2. ces enfants souffrant de privations sévères étant surtout ceux qui vivent dans des ménages de 7 personnes ou plus, il faut des actions spécifiques les concernant pour réduire les inégalités ;
3. les privations sévères et les associations des privations les plus fréquentes portant sur l'accès à l'eau et aux toilettes (soit au moins un enfant sur deux pour l'eau/toilettes et l'eau/logement), la lutte contre la pauvreté doit accorder une grande priorité à l'accroissement du confort du logement ;
4. parmi les quatre piliers du bien-être des enfants, l'éducation et la santé sont les plus affectés par la pauvreté des enfants ; d'où il faut leur accorder une place privilégiée dans les programmes d'actions ;
5. pour l'éducation, les facteurs prépondérants sur lesquels il faut le plus agir sont (RDC, UNICEF, ASEF, 2003) : (i) le faible pouvoir d'achat des parents, (ii) l'insuffisance des infrastructures scolaires, (iii) les abandons scolaires et (iv) la répartition inadaptée des écoles par rapport à la distribution spatiale de la population ;
6. pour la santé, ces facteurs prépondérants sont : (i) la malnutrition, (ii) le faible confort du logement, (iii) l'offre et la demande insuffisante des services des soins.

Compte tenu de ces observations, la lutte contre la pauvreté des enfants en RDC suppose un renforcement des capacités de l'état, une amélioration du cadre de vie des ménages (en

particulier le confort des logements), un renforcement des dispositions de protection sociale (y compris la sensibilisation sur les droits) et une amélioration de l'offre des services de santé et d'éducation . Les propositions de l'étude tournent autour de cinq questions essentielles.

- l'amélioration des capacités institutionnelles des services de l'Etat en vue d'un accroissement des ressources en faveur des enfants
- l'amélioration de l'offre et la demande des services sociaux de base de qualité, en particulier les services de santé et d'éducation
- le renforcement des dispositions de protection sociale
- le rôle de l'UNICEF et des autres agences du système des Nations-Unies dans la lutte contre la pauvreté des enfants

4.2.2. Propositions de politiques et de mesures en faveur des enfants

4.2.2.1 Amélioration des capacités institutionnelles en vue d'un accroissement des ressources en faveur du bien-être des enfants

Le Gouvernement considère qu'une réforme complète de l'administration publique est nécessaire pour améliorer les capacités des services publics. L'objectif est d'assurer des prestations de qualité aux utilisateurs des services de l'Etat. A cet effet, il faut résoudre les problèmes fondamentaux de l'Administration publique que sont :

- (i) l'application insuffisante des normes de qualité et d'éthique professionnelle ;
- (ii) la délimitation insuffisante des missions et des prérogatives de chaque service et de chaque poste ;
- (iii) la formation insuffisante et la démotivation du personnel de l'Administration Publique ;
- (iv) l'insuffisance des infrastructures pour l'offre des services publics
- (v) l'inadaptation de la structure organique de l'Administration Publique aux besoins de décentralisation administrative du pays et
- (vi) l'application insuffisante des principes de bonne gouvernance

Le renforcement de l'efficacité de l'administration publique par l'application des normes d'efficacité, de transparence, de recherche de qualité et d'éthique professionnelle et de l'adéquation de la structure organique de l'administration publique aux besoins de la décentralisation nécessite de la part du Gouvernement la mise en œuvre des politiques et mesures suivantes :

1. la sensibilisation des agents de l'Etat (notamment à travers l'Ecole Nationale d'Administration) sur les principes de bonne gouvernance
2. la promotion de l'approche qualité au sein de l'Administration Publique, entre autres, par la simplification des procédures administratives et la formation du personnel sur les principes de la charte de l'Administration Publique et sur le processus du bon accueil des utilisateurs des services
3. la promotion de la culture de la bonne gouvernance en privilégiant l'inspection d'Audit et le contrôle des finances publiques
4. le développement et la mise en œuvre d'une politique de formation du personnel
5. le développement et la mise en œuvre d'une stratégie efficace de recrutement et de sélection des agents de l'Etat

6. l'élaboration et l'application d'une politique salariale et sociale motivante en faveur des agents de l'Etat
7. la promulgation de la loi organique fixant l'organisation et le fonctionnement des services publics au niveau central, provincial et local
8. le transfert harmonieux des charges et des ressources des services publics en fonction de la loi organique sur la décentralisation ainsi que le renforcement des capacités techniques et humaines des entités décentralisées et des entités territoriales

Le renforcement des capacités institutionnelles comprend également les actions à mener pour résoudre les problèmes relatifs à l'insuffisance des recettes intérieures et extérieures ainsi que ceux liés à l'allocation inadaptée des ressources budgétaires aux besoins des enfants. Les mesures suivantes sont nécessaires pour accroître les recettes intérieures et améliorer l'affectation des ressources en faveur des secteurs sociaux de base.

1. Restructurer les régies financières de l'Etat pour rendre plus efficace le système de recouvrement des recettes publiques
2. Lutter contre la corruption et la fraude au sein de l'administration en charge du recouvrement des impôts et des recettes non fiscales afin d'assurer une bonne gestion de l'ensemble des recettes réalisées
3. Elargir l'assiette fiscale et affecter d'office au budget national en faveur des enfants les recettes tirées de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) sur les objets scolaires
4. Procéder aux décaissements effectifs des ressources en rapport avec la lutte contre la pauvreté des enfants et les mettre à la disposition des Entités administratives décentralisées en conformité avec le principe de la rétrocession prévue dans le cadre de la décentralisation administrative du pays
5. améliorer l'utilisation des ressources libérées par l'allègement de la dette dans le cadre de l'initiative PPT
6. Repartir les ressources mobilisées en tenant compte du volume et de la répartition spatiale de la population de moins de 18 ans

4.2.2.2 : Amélioration de l'offre et la qualité des services sociaux de base

Les chapitres précédents ont montré que l'offre est limitée non seulement par l'insuffisance des ressources mobilisées au niveau interne et au niveau international, mais aussi par leur répartition entre différents secteurs de la vie nationale. A travers les efforts accomplis par le Gouvernement pour accroître l'offre des services sociaux, les politiques mises en œuvre n'ont pas été traduites en programmes adaptés de lutte contre les inégalités d'accès à ces services. Les propositions de mesures ci-dessus visent à améliorer l'offre et la demande des services sociaux de base.

L'offre des services de santé

1. Réhabiliter et/ou construire les formations sanitaires (centres de santé, hôpitaux et autres structures) conformément au plan du développement de la zone de santé
2. Accroître les ressources humaines et améliorer les conditions de travail du personnel en (i) instaurant la prime de risque pour encourager le personnel à travailler en milieu rural et (ii) en octroyant des conditions de travail qui permettent de garder le personnel aux postes pour lesquels il a été formé
3. Doter les centres de santé de ligne de crédit budgétaire pour s'approvisionner

- auprès des Centrales de distribution des médicaments
4. Prévoir des lignes budgétaires claires pour l'achat des intrants spécifiques (vaccins, ARV, ACT, produits SR, anti tuberculeux.)
 5. Créer des centres de réhabilitation nutritionnelle dans les communautés où le taux de malnutrition sévère et aigue est supérieur à 10%
 6. Soumettre les centres de santé à des contrats de performance
 7. Renforcer les capacités du niveau intermédiaire par l'amélioration de l'équipement des services des Inspections médicales provinciales afin d'offrir un encadrement efficace des zones de santé en dotant les formations sanitaires en plateau technique adéquat à tous les niveaux
 8. Accroître le budget de la santé pour atteindre les 15% prévus par la conférence d'Abuja de 2001

La demande des services de santé

1. Revaloriser la carte d'indigents et des ayant droits
2. Mettre en place des mécanismes de partage des risques (coûts) pour la santé (assurance maladie, mutuelles de santé)
3. Mettre en place des mécanismes d'offre des soins gratuits aux enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes des ménages pauvres en prévoyant des mesures d'accompagnement budgétaire
4. Renforcer les programmes de prévention contre les maladies à potentiel épidémique au moyen des stratégies suivantes: moustiquaires MII, vitamines A
5. Abroger les lois interdisant la propagande des contraceptifs dont le condom
6. Amener les communautés à participer à l'animation des structures socio-sanitaires à travers les comités de santé.

L'offre des services d'éducation

1. Assurer la mécanisation des enseignants
2. Améliorer la carte scolaire pour rapprocher les écoles des usagers
3. Ajuster et systématiser la taille de la classe à 40 élèves
4. Réhabiliter et/ou construire des établissements scolaires publics à moindre coût et conformes aux normes pour les enfants en les équipant des mobiliers scolaires
5. Doter les écoles en matériels didactiques et pédagogiques adéquats
6. Mettre en place des infrastructures d'hygiène respectant les spécificités de genre
7. Améliorer les conditions de travail de l'enseignant
8. Assurer la remise à niveau (recyclage) des enseignants
9. Soumettre les établissements scolaires à des contrats de performance
10. Accroître le budget de l'éducation de base pour atteindre les 20% prévus par la conférence d'Abuja

La demande des services d'éducation

1. Etablir et mettre en œuvre à titre pilote, des programmes d'assistance aux familles les plus pauvres (allocation monétaire aux familles pauvres avec enfants) en priorité dans les milieux ruraux avec la conditionnalité que les enfants fréquentent effectivement un établissement scolaire
2. Encourager l'inscription des filles dans des écoles primaires
3. Accroître l'accès des filles à la formation professionnelle et à l'enseignement scientifique et technique

4. Faciliter l'accès des parents aux micros crédits pour réaliser des activités génératrices de revenus en vue de leur permettre d'envoyer leurs enfants à l'école et d'accéder aux soins de santé
5. Appliquer le principe de gratuité et d'obligation de l'enseignement de base (Réduction des couts d'éducation)
6. Organiser des programmes spéciaux pour les enfants n'ayant jamais fréquenté l'école
7. Mettre fin au paiement par les parents des frais de motivation des enseignants
8. Sensibiliser la population sur la nécessité d'envoyer les enfants à l'école et de faire le suivi de leur formation
9. Organiser des travaux d'intérêt commun en faveur des écoles (champs scolaires...)
10. Sensibiliser les populations où subsistent des comportements rétrogrades sur la scolarisation des filles.

L'amélioration du cadre de vie des ménages

- Salubrité des milieux de vie

1. Appliquer le Programme National de l'Habitat élaboré par le Ministère des Infrastructures et de Travaux Publics et les principes nationaux d'aménagement du territoire proposés par le Bureau d'Etudes pour l'Aménagement urbain
2. Veiller à l'assainissement des milieux de vie des populations par la mise en place d'un système de traitement et d'évacuation des déchets
3. Résorber la carence en toilettes en mettant en place un programme d'aménagement de toilettes
4. Résorber la carence en logements de qualité par l'aménagement des nouveaux sites d'habitation, la création d'une banque de l'habitat et d'un système de crédit-logement ainsi que la construction de logements sociaux de qualité
5. Sensibiliser les populations sur les principes d'hygiène et de salubrité publique
6. Encourager les ménages à avoir une toilette salubre
7. Amener les communautés à organiser des travaux d'intérêt commun pour la salubrité des milieux de vie.

- Amélioration de l'accès à l'eau

1. Assurer le bon fonctionnement des infrastructures existantes d'approvisionnement en eau
2. Renforcer les capacités des unités de production d'eau
3. Améliorer la gestion des points d'eau par la promotion de la participation communautaire et du secteur privé
4. Renforcer les programmes d'assainissement existants
5. Créer un fonds de développement de l'eau et de l'assainissement
6. Mettre en œuvre un plan d'implantation progressive d'unités de forage en vue d'accélérer l'accès des populations de l'arrière pays à l'eau potable
7. Amener les communautés de base à protéger les sources d'eau aménagées, mais également les informer sur les principes de protection des sources d'eau aménagées et les amener à organiser des travaux d'intérêt commun pour l'aménagement et la réhabilitation des sources d'eau.

4.2.2.3 Renforcement des dispositions de protection sociale

Tous les intervenants dans le domaine de la protection sociale sont conscients qu'il faut une politique nationale pour offrir des services de protection suffisante et appropriée aux personnes vulnérables, en particulier aux enfants et aux femmes. Mais, la mise en place de cette politique est butée à un problème majeur : la déficience du système de protection sociale. Celle-ci est due, selon plusieurs études (EDS, DSCR Final, Mics2), à divers obstacles, dont : (i) la faible part du budget de l'Etat alloué à la protection sociale ; (ii) les faibles capacités des structures d'aide sociale, (iii) la faible implication des familles, de la femme et de la communauté de base dans la prise en charge des personnes vulnérables, (iv) l'absence des filières de sécurité sociale en faveur des personnes vulnérables et (v) la non opérationnalité des systèmes de sécurité sociale en place qui se remplace par des systèmes informels (mutuelles de santé, d'entraide, tontine, etc.).

Pour résoudre les problèmes de ce secteur qui constituent en réalité les besoins ou les demandes de la population et pour le rendre efficace, les séries de mesures ci-après sont proposées.

Pour la lutte contre la déficience du système de protection

1. Réformer le système de sécurité sociale pour l'adapter aux réalités actuelles (majorer le montant de la pension et le payer régulièrement)
2. Rendre le programme national de protection sociale opérationnel en l'adaptant au contexte spécifique de chaque province et ainsi répondre aux besoins de la décentralisation
3. Mettre en place des programmes de création des richesses adaptés à la situation des groupes vulnérables, notamment les enfants
4. Définir des mesures d'application de la politique du secteur en privilégiant les accords des Nations Unies sur la protection des enfants.
5. Sensibiliser les populations sur le bien-fondé d'une protection accrue des enfants et des filles en particulier
6. Contribuer au maintien des espaces traditionnels de dialogue au sein de la communauté et de protection des enfants par les autorités coutumières
7. Encourager la société civile à promouvoir les mutuelles de solidarité pour organiser les activités de solidarité
8. Renforcer le mécanisme de suivi des actions en faveur des enfants.

Pour le renforcement des capacités des structures d'aide sociale et de protection

1. Renforcer les capacités techniques et institutionnelles des services judiciaires pour sanctionner les abus et maltraitements sur les enfants et les filles en particulier
2. Construire et réhabiliter les structures d'aide sociale, les écoles et centres d'alphabétisation et de récupération scolaire
3. Réaliser une étude de faisabilité pour déterminer les critères d'éligibilité des ménages pauvres à un programme d'assistance basé sur l'allocation monétaire conditionnelle (Conditional Cash Transfer-CCT) à mettre en place, autant que possible, en 2010,
4. Rendre opérationnels les filets de sécurité sociale existants en faveur des personnes vulnérables,

5. Amener les communautés à participer à la construction des structures d'accueil en y apportant la main-d'œuvre
6. Informer les populations sur les procédures de dénonciation des abus et maltraitements sur les enfants.

Pour une plus grande implication des familles, de la femme et des communautés de base à la protection des personnes vulnérables

1. Définir un cadre de concertation sur la protection de la famille, de la femme et de l'enfant (au niveau du quartier et de la commune)
2. Redynamiser les activités de participation des enfants au processus de prise de décision par la relance de l'expérience de parlement des enfants
3. Utiliser les fonds PPTE pour soutenir/financer le programme d'assistance aux pauvres

Pour la lutte contre le VIH/SIDA

1. Mettre en place d'un programme de sensibilisation pour le changement de comportements des jeunes
2. Promouvoir les conseils pour un dépistage volontaire
3. Renforcer la prise en charge médicale des cas d'IST
4. Développer le marketing social et la distribution ciblée des préservatifs, mais aussi assurer leur distribution communautaire
5. Promouvoir l'accès des jeunes et des adolescents à l'information sur la santé de la reproduction
6. Accroître la sécurité transfusionnelle
7. Lutter contre les violences sexuelles
8. Lutter contre les discriminations dont souffrent les Personnes Vivant avec le VIH y compris la stigmatisation envers les enfants affectés par le VIH/SIDA

4.2.2.4 L'engagement attendu de l'UNICEF et des autres agences du système des Nations-Unies dans la lutte contre la pauvreté des enfants

L'UNICEF et les autres agences du SNU ont élaboré et mettent actuellement en œuvre des programmes respectifs en fonction de leurs mandats respectifs. En collaboration avec les autres partenaires au développement de la RDC, elles ont aussi élaboré et mettent en œuvre le CAF/UNDAF qui vise à aider le Gouvernement à accélérer l'atteinte des OMD à travers le financement des politiques nationales ciblées par le DSCRP à hauteur de 85% de l'aide publique en faveur de ce pays. Afin d'atteindre les résultats escomptés en faveur des enfants et des femmes en RDC, une attention particulière est accordée au respect et à la mise en œuvre des engagements pris dans la Déclaration de Paris de Février - Mars 2005 sur l'efficacité de l'aide au développement. Les partenaires au développement, notamment l'UNDP et la Banque Mondiale appuient actuellement le gouvernement dans la mise en place d'un cadre de dépenses à moyen terme et le développement d'approches sectorielles multi bailleurs (SWAP) pour aider le pays à accélérer les progrès vers l'atteinte des OMD.

Dans cette perspective, les agences du système des Nations –Unies pourraient appuyer, entre autres, les actions suivantes :

- le renforcement des capacités institutionnelles (formation, équipement matériel...) aux Ministères et autres structures de l'Etat

- La mise en place des mécanismes de gestion efficace et transparente des finances publiques et de passation de marché
- L'appui au développement des politiques sociales et leur prise en compte dans le budget national
- La mobilisation des ressources en faveur des enfants auprès de la communauté internationale, notamment en appuyant l'organisation des réunions sur les besoins des enfants, sur les financements acquis et sur le suivi des réalisations
- Le soutien des activités visant la sensibilisation des parlementaires et des leaders politiques d'opinion sur les besoins des enfants et sur la nécessité d'adopter et d'appliquer des normes budgétaires en faveur des enfants
- L'appui à la formation minimum des fonctionnaires qui assurent la prestation des services en faveur des enfants ainsi que la mise à leur disposition des manuels et autres outils appropriés.

BIBLIOGRAPHIE

- (i) Bolie Nomkwa, 1996, Evaluation de l'application de la Convention pour l'Elimination de toutes les Formes de Discrimination à l'Egard de la Femme, Unicef, Kinshasa, 96 p.
- (ii) Bakutuvuidi, M., Kinavuidi L. N. et Way A., 1985, Planification familiale. Fécondité et santé familiale au Zaïre 1982-1984, Rapport sur les résultats d'une enquête régionale sur la prévalence contraceptive, Institut National de la Statistique et Westinghouse Public Applied Systems, Kinshasa
- (iii) Bellamy, C., 1999, Classement : L'indice des risques pour les enfants, Le progrès des Nations 1999, Unicef, 1999, pp. 4-5.
- (iv) Département de Démographie de l'Université de Kinshasa (DDK), 1998, La question démographique en République Démocratique du Congo, Kinshasa, 121 p.
- (v) Gambembo, G, 1999, Les Violences faites à la femme, Unicef, Kinshasa, 82 p.
- (vi) Kadima Kamuleta, 1983, repris par De Saint Moulin, L., 1991, La croissance urbaine au Zaïre, in Helin, E., 1991, Historiens et Populations, Contributions rassemblées par la Société Belge de Démographie, Academia, Louvain-la-Neuve, pp. 441-457.
- (vii) Lututala M., Ngondo A Pitshandenge et Mukeni, 1996, Enquête sur la dynamique et l'accès de femmes à l'éducation, Kinshasa, 132 p.
- (viii) Mertens, W., 1995, The 1994 International Conference on Population and Development (ICPD), Context and characteristics, Policy and Research Papers, n° 7, IUSSP, 35 p.
- (ix) Nations Unies, DESIPA, 2001, VIH/Sida : Impact sur la population et politiques suivies, New York.
- (x) Nations Unies, PNUD, 2002, Rapport Mondial sur le développement humain, Paris,
- (xi) Unicef, 1990, Les enfants d'abord, New York, 80 p.
- (xii) Unicef, 1999, Droits fondamentaux des enfants et des femmes : comment l'Unicef les fait vivre ?, New York, 26 p.
- (xiii) Nzita Kikhela, D., 1990, "Mortalité adulte et inégalités régionales de la durée de vie moyenne au Zaïre", in Cahiers Economiques et sociaux, Vol. XXIII, n° 1-4, IRES, Kinshasa, pp. 72-109.
- (xiv) RDC, Ministère des Affaires Sociales, 1997, Enquête sur les violences au foyer, Kinshasa.
- (xv) RDC, Ministère du Plan et du Développement, 1997, Programme Triennal Minimum 1997-1999, Kinshasa, 172 p.
- (xvi) RDC, Ministère du Plan et du Commerce, 1999, Programme Triennal Minimum Actualisé 1999-2001, Volume 1, Kinshasa, 147 p.
- (xvii) RDC/PNUD, 1999, Bilan Commun Pays, Kinshasa, 111 p.
- (xviii) RDC, EPSP, 1999, Education pour tous. Bilan à l'an 2000, Rapport national, Kinshasa, 53 p.
- (xix) RDC, PNLIS, 2001, Prévalence du VIH/Sida, Communication la Journée Mondiale de la Population, Kinshasa, 11 p.
- (xx) RDC/FNUAP, 2001, Opération nationale d'évaluation des programmes de population, Kinshasa, 76 p.
- (xxi) RDC/Unicef, 2002, Enquête Nationale sur la situation des enfants et des femmes MICS2, Rapport d'analyse, Kinshasa, 234 p.
- (xxii) RDC, DSRP, 2002, Document intérimaire de stratégies pour la Réduction de la Pauvreté, 93 p.
- (xxiii) RDC, Ministère des Affaires Sociales, 2002, Programme National de Promotion de la Femme Congolaise, Kinshasa, 230 p.

- (xxiv) RDC/Banque Mondiale, 2005, Le renouveau du système éducatif de la République Démocratique du Congo. Priorités et alternatives, Document de travail 68, 164 p.
- (xxv) République du Zaïre, Ministère du Plan, 1986, 1^{er} Plan quinquennal de développement économique et social 1986-1990, Kinshasa, 315 p.
- (xxvi) République du Zaïre, 1995, Rapport National sur le développement social présenté au sommet mondial pour le développement social de Copenhague, Copenhague, 1995, 87 pages
- (xxvii) République du Zaïre, CONAPO, 1990, Politique Nationale de Population, 1990, 45 p
- (xxviii) République du Zaïre, Ministère des Affaires sociales et de la Condition féminine, 1987, Code de la Famille, Kinshasa, 241 p
- (xxix) République du Zaïre, INS, 1993, Zaïre, Aperçu démographique, Kinshasa, 45 p.
- (xxx) République du Zaïre, INS, 1993, Perspectives démographiques 1984-2000, Kinshasa, 34 p.
- (xxxi) République du Zaïre/Unicef, PNUD, OMS, 1995, Enquête sur la situation des enfants et des femmes (Ensef), Kinshasa.

ANNEXE

Tableau 1.1.1 : Répartition par âge et par sexe de la population congolaise en 2005

| AGE | Sexe | | TOTAL |
|--------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | masculin | féminin | |
| 0 - 4 | 5807084 | 5750855 | 11557939 |
| 5 - 9 | 4708682 | 4672812 | 9381495 |
| 10 - 14 | 3908875 | 3876883 | 7785758 |
| 15 - 19 | 3094526 | 3078045 | 6172572 |
| 20 - 24 | 2481826 | 2492490 | 4974315 |
| 25 - 29 | 2134758 | 2127002 | 4261760 |
| 30 - 34 | 1768301 | 1768301 | 3536601 |
| 35 - 39 | 1509454 | 1588950 | 3098404 |
| 40 - 44 | 1154631 | 1208921 | 2363551 |
| 45 - 49 | 770723 | 889967 | 1660690 |
| 50 - 54 | 634029 | 743578 | 1377607 |
| 55 - 59 | 423655 | 553563 | 977219 |
| 60 - 64 | 409113 | 530296 | 939410 |
| 65 - 69 | 321862 | 430442 | 752303 |
| 70 - 74 | 185167 | 239457 | 424625 |
| 75 + | 187106 | 246244 | 433350 |
| TOTAL | 29499793 | 30197807 | 59697600 |

Sources : INS, 2008

Tableau 1.1.2 : Repérage des déterminants de la pauvreté et des résultats pour les enfants

| | MICS II |
|---------------------------------------------------|--------------|
| Effectif total d'enfant de moins de 18 ans | 33038 |
| Provinces | |
| Kinshasa | 9,2 |
| Bas-Congo | 6,3 |
| Bandundu | 11,5 |
| Equateur | 10,1 |
| Orientale | 12,6 |
| Nord-Kivu | 7,5 |
| Sud-Kivu | 7,2 |
| Maniema | 2,7 |
| Katanga | 14,3 |
| Kasaï Oriental | 9,2 |
| Kasaï Occidental | 9,4 |
| Milieu de résidence | |
| Urbain | 30,0 |
| Rural | 70,0 |
| Pauvreté dans les ménages | |
| Sous la ligne nationale de pauvreté (0,72\$) | 60,1 |
| Sous la ligne internationale de pauvreté (1\$) | 76,7 |

| | | |
|-------------------------------------------------------|--------------|------|
| Sous la médiane | | |
| Privation en logement | Sévère | 37,5 |
| | Moins sévère | 54,9 |
| Privation en toilette | Sévère | 12,0 |
| | Moins sévère | 80,1 |
| Privation en information | Sévère | 82,3 |
| | Moins sévère | 82,3 |
| Privation en eau | Sévère | 73,0 |
| | Moins sévère | 62,5 |
| Privation alimentaire | Sévère | 24,9 |
| | Moins sévère | 51,4 |
| Privation en éducation | Sévère | 32,6 |
| | Moins sévère | 53,6 |
| Privation en santé (absence de traitement IRA) | Sévère | 62,7 |
| | Moins sévère | |
| Taille du ménage | | |
| moins de 3 | | 0,5 |
| 3_4 membres | | 9,6 |
| 5_6 membres | | 23,0 |
| 7 et + membres | | 66,9 |
| Niveau d'instruction du chef | | |
| Aucun | | 13,7 |
| Primaire | | 36,0 |
| Secondaire et plus | | 49,7 |
| Sexe du chef de ménage | | |
| Masculin | | 88,6 |
| Féminin | | 11,4 |
| Niveau de vie | | |
| les plus pauvres | | 19,6 |
| Pauvres | | 20,6 |
| Niveau moyen | | 20,7 |
| riches | | 20,1 |
| les plus riches | | 19,1 |
| Statut de travail dans les ménages | | |
| les deux parents travaillent (saliés) | | 1,8 |
| Aucun parent ne travaille | | 68,2 |
| Pas d'adulte en âge de travail (18-59 ans) | | 0,7 |
| Au moins un enfant de moins de 15 ans travail | | 7,4 |
| maladie et handicap dans les ménages | | |
| Enfant de moins de 15 ans handicapé | | 2,0 |
| Vulnérabilité dans les ménages | | |
| Chef : Homme seul | | 1,9 |
| Chef : femme seule | | 9,4 |
| Ménage avec orphelin | | 2,3 |
| Ménagé de 4 enfants et plus par adulte | | 5,2 |
| Ménage avec personne de 70 ans et plus | | 6,1 |
| Enfants de 0-5 non enregistrés à l'état civil | | 66,0 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------|-------|
| Dimensions individuelles | |
| Démographique, nutrition, santé et protection | |
| Total des garçons âgés de 0-4 ans | 4820 |
| Undernourished children (Privation moins sévère) | 54 |
| ont souffert de la diarrhée pendant l'enquête | 24,0 |
| ont souffert de la fièvre pendant l'enquête | 41 |
| Naissance non enregistrée | 66,5 |
| Garçons de 5-14 ans | 7952 |
| Va à l'école | 54,8 |
| Orphelin de père et de mère | 1,7 |
| Enfants travailleur payé (personne extérieure) | 2,3 |
| Total des garçons âgés de 15-17 ans | 2007 |
| Atteint le niveau secondaire | 41,9 |
| N'ont pas atteints le secondaire mais Complètent le niveau primaire | 40,4 |
| Connaît les modes de prévention du VIH/SIDA | ** |
| Dimensions individuelles | |
| Démographique, nutrition, santé et protection | |
| Total des filles âgées de 0-4 ans | 4773 |
| Undernourished children | 49 |
| ont souffert de la diarrhée pendant l'enquête | 21,00 |
| ont souffert de la fièvre pendant l'enquête | 41,3 |
| Naissance non enregistrée | 65,5 |
| Filles de 5-14 ans | 8055 |
| Va à l'école | 48,6 |
| Orphelin de père et de mère | 1,5 |
| Enfants travailleur payé | 1,7 |
| Total des filles de 15-17 ans | 1935 |
| Atteint le niveau secondaire | 47,3 |
| N'ont pas atteints le secondaire mais ont terminé le niveau primaire | 25,4 |
| Connaît les modes de prévention du VIH/SIDA | 6,7 |

Source : RDC, INS, 2005, Enquête 1-2-3

Tableau 1.1.3 : Caractéristiques des ménages où vivent les enfants victimes des privations ciblées par les OMD

| Ménages vivant... | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------------------------------|----------|-------------|
| En dessous du seuil national de pauvreté | | |
| Avec moins de 1\$ | 23202944 | 73,0 |
| 1\$ et + | 7060218 | 22,2 |
| Enfants souffrant d'une privation pour... | | |
| Nutrition | | 18,2 |
| Education | | 53,8 |
| Santé | | 24,1 |
| Niveau d'instruction du chef de ménage | | |
| Sans instruction | | 11,7 |
| Ecole primaire | | 25,4 |
| Ecole secondaire | | 62,9 |
| Sexe` du Chef de ménage | | |
| Masculin | | 86,1 |
| Féminin | | 13,9 |
| Niveau de vie | | |
| Premier quintile | | 14,0 |
| Deuxième quintile | | 19,0 |
| Troisième quintile | | 22,3 |
| Quatrième quintile | | 22,1 |
| Cinquième quintile | | 22,6 |
| Religion | | |
| Catholique | 11236233 | 35,3 |
| Protestant | 9735953 | 30,6 |
| Kimbanguiste | 891606 | 2,8 |
| Musulman | 458646 | 1,4 |
| Autre chrétien | 6504781 | 20,5 |
| Animiste | 168199 | ,5 |
| Sans religion | 2504556 | 7,9 |
| Autres religions | 303349 | 1,0 |
| Total | 31803323 | 100,0 |
| Degré d'activité | | |
| Les deux parents travaillent | 375241 | 1,2 |
| Aucun parent ne travaille | 15544618 | 48,9 |
| Aucun adulte (18-54 ans) ne travaille | 399837 | 1,3 |
| Au moins 1 enfant de moins de 15 ans travaille | - | - |

Source : RDC, INS, 2005, Enquête 1-2-3

Tableau 1.1.4. : Inégalités de revenu selon le milieu

| Caractéristiques | Population (%) | Indices de pauvreté (*) | | |
|----------------------------|----------------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| | | P ₀ en % | P ₁ en % | P ₂ en % |
| National | 100.00 | 71.34 | 32.23 | 18.02 |
| Milieu de Résidence | | | | |
| Urbain | 30.76 | 61.49 | 26.21 | 14.10 |
| Rural | 69.24 | 75.72 | 34.90 | 19.76 |
| Provinces | | | | |
| Kinshasa | 10.67 | 41.60 | 13.43 | 5.89 |
| Bas-Congo | 5.90 | 69.81 | 23.82 | 10.56 |
| Bandundu | 11.50 | 89.08 | 44.80 | 26.62 |
| Equateur | 10.43 | 93.56 | 50.75 | 31.38 |
| Orientale | 12.07 | 75.53 | 33.96 | 18.99 |
| Nord-Kivu | 7.98 | 72.88 | 32.23 | 18.37 |
| Maniema | 2.85 | 58.52 | 20.98 | 9.83 |
| Sud-Kivu | 7.00 | 84.65 | 38.59 | 20.92 |
| Katanga | 15.54 | 69.12 | 32.54 | 18.42 |
| Kasai-Oriental | 8.49 | 62.31 | 26.94 | 14.84 |
| Kasai-Occidental | 7.58 | 55.83 | 21.51 | 10.73 |

Source : Enquête 1-2-3 (Analyse conjointe Banque Mondiale –Afristat -UPPE)

(*) : Les instruments de mesure de la pauvreté (indices de Foster-Greer-Thorbecke) permettent d'établir trois indices : (1) l'incidence de la pauvreté (P₀) qui traduit dans une population donnée la proportion des pauvres (en %), (2) la profondeur de la pauvreté (P₁) qui constitue un indicateur du fossé qui sépare les pauvres des non pauvres et (3) la sévérité de la pauvreté (P₂) qui mesure l'inégalité entre les pauvres.

Tableau 1.2.1 : population et croissance économique

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Population en millions d'hab. | 44111.0 | 45578.0 | 47109.0 | 48707.0 | 50384.0 | 52100.0 | 53506.7 | 54951.4 | 56435.1 | 57958.8 | 59697.6 | 61488.5 |
| Taux de croissance de la population en % | 3.27 | 3.33 | 3.36 | 3.44 | 3.41 | 2.70 | 2.70 | 2.70 | 2.70 | 2.70 | 3.00 | 3.00 |
| PIB/Hab en USD constant de 2000 | 119.1 | 114.0 | 104.3 | 99.1 | 91.7 | 82.6 | 78.7 | 78.3 | 81.7 | 84.8 | 87.7 | 89.5 |
| PIB au prix constant de 2000 en milliards de USD | 5.25 | 5.19 | 4.91 | 4.83 | 4.62 | 4.30 | 4.21 | 4.36 | 4.61 | 4.92 | 5.23 | 5.50 |
| Taux de croissance du PIB en % | -3.9 | -1.1 | -5.4 | -1.7 | -4.3 | -6.9 | -2.1 | 3.5 | 5.8 | 6.6 | 6.5 | 5.1 |
| Taux annuel de croissance du PIB/Hab en % | -2.5 | -4.3 | -8.5 | -5.0 | -7.5 | -10.0 | -4.7 | 0.7 | 3.0 | 3.8 | 3.4 | 2.0 |
| Taux de chômage en % | 68.6 | 70.0 | 70.2 | 65.8 | 66.5 | 66.9 | 49.0 | 49.1 | 48.5 | 35.4 | 39.6 | 41.2 |
| Taux d'inflation en % | - | - | - | - | - | - | 135.1 | 15.8 | 4.4 | 2.2 | 21.3 | 18.0 |

Source : RDC, Banque Centrale, Condensé d'informations statistiques n°26/2007.

Tableau 1.2.2 : Nombre moyen d'enfants par femme en 1990, 2001 et 2007

| Année | 1990 | 1995 | 2001 | 2007 |
|---------------------------------|------|------|------|------|
| Indice synthétique de fécondité | - | 7,3 | 7,1 | 6,3 |

Sources : Projections/RSP 1984, Mics1, Mics2, EDS 2007

Tableau 1.2.3 : Structure de l'économie

| Contribution en millions de \$ | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|-----------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Agriculture | 2492.49 | 2562.36 | 2642.35 | 2692.00 | 2669.93 | 2506.81 | 2451.66 | 2384.97 | 2350.29 | 2404.35 | 2124.80 | 2040.80 | 2050.94 | 2075.56 |
| Industrie | 2365.38 | 1895.18 | 1328.07 | 1135.54 | 1111.96 | 911.31 | 970.78 | 772.48 | 802.25 | 854.56 | 863.25 | 837.18 | 892.21 | 974.77 |
| Indus. Manuf | 622.59 | 488.83 | 354.11 | 310.81 | 287.72 | 279.73 | 271.90 | 212.90 | 197.51 | 230.30 | 205.67 | 172.36 | 183.95 | 201.33 |
| Services | 2484.89 | 2305.37 | 2133.46 | 1370.90 | 1210.35 | 1751.24 | 1695.22 | 1673.35 | 1583.59 | 1320.94 | 1263.01 | 1260.11 | 1328.18 | 1465.78 |
| Ensemble | | | | | | | | | | | | | | |
| % | | | | | | | | | | | | | | |

Source : BAD/2006

Tableau 1.2.4 : Poids relatifs (%) des dépenses primaires sociales en 2006-2008

| Ministère | Actions | Année | | |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| | | 2006 | 2007 | 2008 |
| Santé | Amélioration de l'accès aux soins de santé primaire et lutte contre le VIH/SIDA | 7,5 | 12,3 | 12,9 |
| Enseignement primaire, secondaire et professionnel | Amélioration de l'accès à l'éducation de base | 12,2 | 15,5 | 16,7 |
| Tavaux publics et infrastructures | Amélioration des infrastructures routières | 11,2 | 15,8 | 16,3 |
| Energie | Amélioration de la desserte en eau potable | 10,0 | 10,2 | 10,3 |
| Environnement | Amélioration de l'assainissement | 0,9 | 2,1 | 2,3 |
| Autres | | 58,1 | 44,1 | 41,5 |
| Total | | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Sources : RDC, DSCR, 64

Tableau 1.2.5 : Dimensions infranationales du développement (1996-97 et en 2001-2002)

| Provinces | IDH en 1996-97 | Provinces | IDH en 2001-02 |
|--------------------|----------------|--------------------|----------------|
| Kinshasa | 0.6171 | Kinshasa | 0.620 |
| Bas-Congo | 0.4906 | Bas-Congo | 0.465 |
| Bandundu | 0.3847 | Bandundu | 0.423 |
| Equateur | 0.3778 | Equateur | 0.309 |
| Province Orientale | 0.3880 | Province Orientale | 0.352 |
| Nord-Kivu | 0.4818 | Nord-Kivu | 0.380 |
| Maniema | 0.4229 | Maniema | 0.419 |
| Sud-Kivu | 0.3389 | Sud-Kivu | 0.373 |
| Katanga | 0.4645 | Katanga | 0.435 |
| Kasai-Oriental | 0.4653 | Kasai-Oriental | 0.456 |
| Kasai-Occidental | 0.5085 | Kasai-Occidental | 0.429 |

Source : Rapport National sur le Développement Humain 1, 2001

Source : MICS 2, 2001

Tableau 1.3.1 : Budget national allouée à la protection sociale **de 2004 à 2008** (en Francs congolais)

| Rubriques / Libellés | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | |
|------------------------------------------------------------|---------|---|-----------------|------|-------------------|------|-------------------|------|-------------------|------|
| | Montant | % | Montant | % | Montant | % | Montant | % | Montant | % |
| Recettes | - | | 806 169 426 000 | 100 | 1 039 561 000 000 | 100 | 1 370 309 606 010 | 100 | 1 781 415 163 097 | 100 |
| Budget/Protection sociale | - | | 375 951 420 | 0,05 | 5 120 570 320 | 1,38 | 26 067 196 206 | 1,9 | 29 406 011 430 | 1,6 |
| Maladie et Invalidité | | | - | | 249 871 328 | 0,07 | 470 808 767 | 0,03 | 11 892 636 662 | 0,66 |
| Vieillesse | | | - | | 8 712 000 | 0,00 | 9 257 953 457 | 0,6 | 6 763 510 725 | 0,38 |
| Famille et Enfant | | | - | | 2 130 832 909 | 0,57 | 716 149 150 | 0,05 | 1 329 250 367 | 0,07 |
| Lutte contre le chômage | | | - | | 565 679 976 | 0,15 | 423 162 017 | 0,03 | 1 470 060 642 | 0,08 |
| Lutte contre l'exclusion sociale | | | - | | 1 884 412 700 | 0,51 | 869 678 106 | 0,06 | 5 358 949 193 | 0,30 |
| Autres affaire sur la protection sociale. | | | - | | - | - | 14 329 444 709 | 1,04 | 2 591 603 841 | 0,15 |
| Intervention sociale pour la protection de l'enfant (DIPE) | | | 2 355 369 | 0,0 | - | - | - | - | - | |

Source : RDC, Ministère du Budget, 2008, Budgets annuels de 2005 à 2008

N.B. : 1\$=520 Francs congolais (FC)

Le terme Protection sociale englobe les différents libellés du tableau et la part allouée à la famille et à l'enfant représente 0,07% du budget global du pays. La protection sociale dans sa globalité représente 1,6% de l'ensemble du Budget de l'Etat.

Tableau 1.3.2.1 : Budget national allouée à la santé de 2004 à 2007 (en Francs congolais)

| Rubriques /Libellés | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 |
|---------------------|---------|---|-----------------|-----|-------------------|------|-------------------|------|-------------------|
| | Montant | % | Montant | % | Montant | % | Montant | % | Montant |
| Budget général | | | 806 169 426 000 | 100 | 1 039 561 000 000 | 100 | 1 370 309 606 010 | 100 | 1 781 415 163 097 |
| Budget /Santé | | | | | 56 387 709 646 | 5,42 | 51 224 047 285 | 4,11 | 58 067 120 434 |
| Vaccination | | | - | | 3 678 714 320 | 0,99 | - | - | |

N.B. : Tableau non disponible par Province

Tableau 1.3.2.2. Part du budget allouée à l'éducation (en francs congolais)

| Rubriques /Libellés | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | |
|--------------------------------|---------|---|-----------------|-----|-------------------|------|-------------------|-------|-------------------|------|
| | Montant | % | Montant | % | Montant | % | Montant | % | Montant | % |
| Budget général | | | 806 169 426 000 | 100 | 1 039 561 000 000 | 100 | 1 370 309 606 010 | 100 | 1 781 415 163 097 | 100 |
| Budget /Education | | | | | 89 900 843 471 | 8,64 | 148 695 194 218 | 10,85 | 199 047 447 608 | 11,2 |
| Enseignement primaire | | | | | 12 859 069 | 0,00 | 21 502 841 | 0,00 | 328 703 875 | 0,02 |
| Enseign. secondaire Général | | | | | 2 919 278 631 | 0,28 | 19 089 609 710 | 1,39 | 18 188 507 139 | 0,10 |
| Enseign. Second. Techn & Prof. | | | | | 81 405 326 | 0,00 | | | - | |

N.B. : Tableau non disponible par Province

Tableau 1.3.3 : Volume du financement du PMURR

| Composantes | Montants accordés en millions USD | % du total des coûts de base |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1. Réhabilitation et reconstruction des infrastructures essentielles | 1 148 | 73 |
| - Transport | 237 | 15 |
| - Routes principales | 536 | 34 |
| - Electricité | 148 | 9 |
| - Alimentation en eau | 157 | 10 |
| - Infrastructure et services urbains | 70 | 4 |
| 2. Agriculture, fourniture de services sociaux et développement de proximité | 372 | 24 |
| - Agriculture | 49 | 3 |
| - Services de santé | 154 | 10 |
| - Education | 100 | 6 |
| - Protection sociale | 10 | 1 |
| - Développement de proximité | 59 | 4 |
| 3. Stratégies de développement sectoriel, renforcement des capacités et réforme institutionnelle | 24 | 2 |
| 4. Gestion, suivi et évaluation de la mise en place du PMURR et du projet financé par l'IDA | 22 | 1 |

Source : Rapport T7551, Banque Mondiale, PMURR, RDC, juin 2002, P. 10

Table 2.1.1: Tendence de la pauvreté monétaire et de la sous-consommation

| Incidence de la pauvreté | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|-------------------|
| Incidence de la pauvreté dans les ménages ayant des enfants de moins de 18 ans | | | | |
| 1) Selon la ligne de pauvreté nationale (0,72 USD par personne/jour) | | | | 56,7 |
| 2) Selon la ligne de pauvreté internationale (1 USD par personne/jour) | | | | 73,6 |
| | | | | |
| Incidence de la pauvreté dans tous les ménages : | | | | |
| 1) Selon la ligne de pauvreté nationale (0,72 USD par personne/jour) | | | | 54,6 |
| 2) Selon la ligne de pauvreté internationale (1 USD par personne/jour) | | | | 71,3 |
| | | | | |
| Nombre d'enfants de moins de 18 ans qui sont dans la pauvret | | | | |
| 1) Selon la ligne de pauvreté nationale (0,72 USD par personne/jour) | | | | 18 179 721 |
| 2) Selon la ligne de pauvreté internationale (1 USD par personne/jour) | | | | 23 201 907 |
| | | | | |
| Ligne de pauvreté en RDC (en FC) | | | | 314 |
| Nombre des ménages avec enfants de moins de 18 ans | | | | 938 813 |
| Nombre total des ménages | | | | 10 641 401 |
| Nombre total d'enfants de moins de 18 ans | | | | 30 261 904 |
| Taille moyenne de ménages en RDC | | | | 5,3 |
| Taille moyenne de ménages ayant des enfants de moins de 18 ans | | | | 6 |

N.B.: On compte 31803323 enfants. L'information n'est valide que pour 30261904

Tableau 2.1.2: Corrélats de la pauvreté de revenu/ dépense dans les ménages ayant des enfants de moins de 18 ans

| Caractéristiques individuelles | Incidence de la pauvreté P0 (en %) | Intensité de la pauvreté P1 (en %) |
|---------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Groupe d'âge et Sexe | | |
| <u>Sexe masculin</u> | | |
| 0- 14 ans | 75,9 | 48,48 |
| 15- 24 ans | 85,4 | 52,95 |
| 25-44 ans | 71,8 | 46,27 |
| 45-64 ans | 82,4 | 52,82 |
| 65 ans ou plus | 82,2 | 50,77 |
| Tous les hommes | 77,5 | 49,44 |
| <u>Sexe féminin</u> | | |
| 0- 14 ans | 75,6 | 47,79 |
| 15- 24 ans | 77 | 50,34 |
| 25-44 ans | 74,5 | 48,69 |
| 45-64 ans | 84,4 | 52,38 |
| 65 ans ou plus | 84,1 | 50,22 |
| Toutes les femmes | 76,5 | 48,91 |
| Caractéristiques du ménage | | |
| Taille du ménage | | |
| < 3 personnes | 52,5 | 38,25 |
| 3-4 personnes | 67,3 | 44,21 |
| 5-6 personnes | 73,2 | 45,71 |
| 7 +personnes | 83,4 | 52,61 |
| Niveau d'instruction du chef de ménage | | |
| Aucun | 85,4 | 51,32 |
| Primaire | 82,7 | 51,47 |
| Second ou + | 72,9 | 47,57 |
| Sexe du chef de ménage | | |
| Masculin | 77,3 | 49,5 |
| Féminin | 74,9 | 46,99 |
| Quintile du bien être économique du ménage | | |
| Le plus pauvre | 98,2 | 67,1 |
| Second | 97,4 | 51,45 |
| Moyen | 84 | 46,62 |
| Riche | 71,5 | 35,85 |
| Le plus riche | 35 | 27,78 |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|
| Statut de travail au ménage | | |
| Deux parents travaillent | 81,2 | 50,31 |
| Aucun parent ne travaille | 77,1 | 50,11 |
| Absence d'adulte de 18-59 | 76 | 44,56 |
| Enfant < 18 ans travaille | 90,8 | 53,84 |
| Maladie et handicap dans le ménage | | |
| Adulte avec maladie chronique | N.D. | N.D. |
| Enfant (15 ans) avec handicap | N.D. | N.D. |
| Vulnérabilité du ménage ayant un enfant de moins de 18 ans | | |
| Ménage dirigé par une femme seule | 76,4 | 46,14 |
| Ménage dirigé par un homme seul | 75,4 | 49,44 |
| Ménage ayant un enfant orphelin | N.D | N.D. |
| Ménage ayant un ratio enfants/adultes 4+ | 77,2 | 47,73 |
| Ménage ayant une personne 70 ans ou + | 85,5 | 53,5 |
| Ménage ayant un enfant handicapé | | |
| Ménage ayant un parent malade chronique | N.D | N.D. |
| Ménage avec violence domestique | N.D | N.D. |
| Ménage ayant des PVV/PA | N.D | N.D. |
| Accès à la terre en milieu rural | N.D | N.D. |
| Province | | |
| Kinshasa | 47,1 | 35,32 |
| Bas-Congo | 78,6 | 41,91 |
| Bandundu | 90,1 | 55,53 |
| Equateur | 93,6 | 59,68 |
| Province Orientale | 79,4 | 48,11 |
| Nord Kivu | 77,1 | 48,2 |
| Maniema | 74,7 | 38,9 |
| Sud Kivu | 88,3 | 50,09 |
| Katanga | 71,8 | 48,82 |
| Kasaï Or | 64 | 43,52 |
| Kasaï Oc | 64,8 | 41,83 |
| Milieu de résidence | | |
| Urbain | 57,4 | 40,05 |
| Rural | 84 | 51,41 |
| | 77 | 49,17 |
| ND: Données non disponible dans 1.2.3 | | |

Tableau 2.1.3. : Probabilités qu'un ménage avec enfant de moins de 18 ans se situe en dessous de la ligne de pauvreté monétaire selon les Caractéristiques de l'enfant et du ménage

| Caractéristiques | Odds ratio de se situer en dessous de la ligne de pauvreté monétaire | | Rapport (1)/(2) |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------|
| | Ménages ayant des enfants de moins de 18 ans (1) | Ensemble des ménages de l'échantillon (2) | |
| Sexe masculin | | | |
| . 0- 14 ans | 3,154 | 3,154 | 1,000 |
| . 15- 24 ans | 5,831 | 5,231 | 1,115 |
| . 25-44 ans | 2,541 | 2,299 | 1,105 |
| . 45-64 ans | 4,666 | 4,008 | 1,164 |
| . 65 ans ou plus | 4,621 | 3,798 | 1,217 |
| . Tous les hommes | 3,436 | 3,271 | 1,050 |
| Sexe féminin | | | |
| . 0- 14 ans | | | |
| . 15- 24 ans | 3,104 | 3,104 | 1,000 |
| . 25-44 ans | 3,352 | 3,296 | 1,017 |
| . 45-64 ans | 2,915 | 2,820 | 1,034 |
| . 65 ans ou plus | 5,405 | 4,609 | 1,173 |
| . Toutes les femmes | 5,297 | 3,822 | 1,386 |
| | 3,254 | 3,194 | 1,019 |
| Taille du ménage : | | | |
| . < 3 personnes | 1,106 | 1,373 | 0,806 |
| . 3-4 personnes | 2,061 | 2,157 | 0,955 |
| . 5-6 personnes | 2,731 | 2,761 | 0,989 |
| . 7+ personnes | 5,011 | 5,003 | 1,002 |
| Niveau d'instruction du chef de ménage: | | | |
| . Aucun | 5,870 | 5,021 | 1,169 |
| . Primaire | 4,764 | 4,587 | 1,039 |
| . Secondaire ou + | 2,692 | 2,619 | 1,028 |
| Sexe du chef de ménage : | | | |
| . Masculin | 3,409 | 3,303 | 1,032 |
| . Féminin | 2,976 | 2,831 | 1,051 |
| Religion : | | | |
| . Catholique | 4,282 | 4,055 | 1,056 |
| . Protestant | 3,286 | 3,212 | 1,023 |
| . Kimbanguiste | 5,525 | 4,986 | 1,108 |
| . Musulman | 1,583 | 1,482 | 1,068 |
| . Autres chrétiens | 2,789 | 2,707 | 1,030 |
| . Animistes | 1,300 | 1,301 | 0,999 |
| . Sans religion | 2,156 | 2,129 | 1,012 |
| . Autres religion | 4,143 | 3,436 | 1,206 |
| Quintile du bien-être économique du ménage : | | | |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-------|
| . Le plus pauvre | 53,340 | | |
| . Second | 37,340 | 42,747 | 1,247 |
| . Moyen | 5,267 | 27,217 | 1,372 |
| . Quatrième | 2,503 | 4,794 | 1,098 |
| . Le plus riche | 0,538 | 2,272 | 1,101 |
| | | 0,521 | 1,033 |
| Statut de travail dans les ménages ayant des enfants de moins de 18 ans : | | | |
| . a) Les deux parents travaillent | 4,321 | 4,303 | 1,004 |
| . b) Aucun parent travaille | 2,288 | 2,079 | 1,101 |
| . c) Pas d'adulte âgé de 18-59 ans dans le ménage | 3,163 | 2,377 | 1,331 |
| . d) Au moins un enfant de moins de 18 ans travaille | 9,917 | 9,917 | 1,00 |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| Vulnérabilité du ménage ayant un ou des enfants de moins de 18 ans : | | | |
| a) Ménages dirigés par un homme seul | 3,095 | 1,850 | 1,673 |
| b) Ménages dirigés par une femme seule | 3,234 | 2,996 | 1,079 |
| d) Ménages ayant un ratio enfants/adultes est > 4 | 3,392 | 3,392 | 1,00 |
| e) Ménages ayant une personne de 70 ans ou + | 5,896 | 5,414 | 1,089 |

| | | | |
|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| a) <u>Province</u> | | | |
| = Kinshasa | 0,888 | 0,837 | 1,062 |
| = Bas-Congo | 3,682 | 3,309 | 1,112 |
| = Bandundu | 9,052 | 9,237 | 0,979 |
| = Equateur | 14,585 | 14,261 | 1,022 |
| = Orientale | 3,861 | 3,682 | 1,048 |
| = Nord Kivu | 3,360 | 3,270 | 1,027 |
| = Maniema | 2,945 | 2,714 | 1,085 |
| = Sud Kivu | 7,532 | 7,482 | 1,006 |
| = Katanga | 2,542 | 2,408 | 1,055 |
| = Kasai Oriental | 1,781 | 1,731 | 1,028 |
| = Kasai Occidental | 1,839 | 1,813 | 1,014 |
| b) <u>Milieu de résidence</u> | | | |
| = Urbain | 1,349 | 1,302 | 1,036 |
| = Rural | 5,254 | 5,042 | 1,042 |
| Ensemble du pays | 3,347 | 3,233 | 1,035 |

Tableau 2.1.4 : Incidence de privations sévère et moins sévère

| Incidence/ privation | Nombre d'enfants | Privation sévère (%) | Privation moins sévère (%) |
|---------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| a) Incidence individuelle : | | | |
| Logement | 30338 | 37,5 | 54,9 |
| Toilettes | 30338 | 12 | 80,1 |
| Eau | 30338 | 73 | 62,5 |
| Information | 23812 | 82,3 | 82,3 |
| Nutrition | 8638 | 24,9 | 51,4 |
| Education | 19949 | 32,6 | 53,6 |
| Santé | - | - | - |
| b) Incidence des privations les plus fréquentes : | | | |
| Information | 23812 | 82,3 | - |
| Eau | 30338 | 73 | - |
| Information | 23812 | - | 82,3 |
| Toilettes | 30338 | - | 80,1 |
| c) Incidence privations combinées : | | | |
| Eau et logement | 30338 | 26,6 | - |
| Eau et toilettes | 30338 | 10,5 | 54,1 |
| Toilettes et logement | 30338 | - | 43,4 |
| d) Incidence privations multiples : | | | |
| Eau, toilettes et logement | 30338 | 4,3 | 28,4 |

Table 2.1.5 : Evolution de l'incidence ou la prévalence de privations sévères au cours de la dernière décennie

| Country | Année 2005 (MICS II) | | Année 1995 (MICS I) | |
|---------------------------|----------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| | Effectif d'enfants | Privation sévère (%) | Effectif d'enfants | Privation sévère (%) |
| Logement | 30338 | 37,5 | - | - |
| Toilettes | 30338 | 12 | - | - |
| Eau | 30338 | 73 | - | - |
| information | 23812 | 82,3 | - | - |
| nutrition | 8638 | 24,9 | - | - |
| éducation | 19949 | 32,6 | - | - |
| Accès au traitement (IRA) | 1008 | 62,7 | - | - |
| Deux privations sévères | 30338 | 33,5 | - | - |

Tableau 2.1.6. Corrélation sur les privations sévères

| Caractéristiques individuelles | Pourcentage d'enfant souffrant | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| | d'au moins une privation sévère | d'au moins deux privations sévères |
| TOTAL (30338) | 84,5% (25645) | 33,5 (10174) |
| Groupe d'âge et Sexe | | |
| <u>Sexe masculin</u> | | |
| 0- 2 ans | 85,23 | 33,85 |
| 3-4 ans | 85,02 | 32,66 |
| 5-9 ans | 85,59 | 34,74 |
| 10 -14 ans | 83,99 | 34,04 |
| 15 - 17 ans | 82,36 | 31,94 |
| Tous les garçons | 84,62 | 33,74 |
| <u>Sexe féminin</u> | | |
| 0- 2 ans | 85,35 | 33,46 |
| 3-4 ans | 85,47 | 34,79 |
| 5-9 ans | 85,63 | 34,63 |
| 10 -14 ans | 83,24 | 32,22 |
| 15 - 17 ans | 81,65 | 31,11 |
| Toutes les filles | 84,43 | 33,34 |
| Caractéristiques du ménage | | |
| Taille du ménage | | |
| < 3 personnes | 75,16 | 22,93 |
| 3-4 personnes | 76,46 | 15,28 |
| 5-6 personnes | 87,48 | 37,84 |
| 7 +personnes | 84,74 | 34,75 |
| Niveau d'instruction du chef de ménage | | |
| Aucun | 90,57 | 40,48 |
| Primaire | 89,65 | 38,46 |
| Second ou + | 79,72 | 28,21 |
| Sexe du chef de ménage | | |
| Masculin | 85,13 | 33,67 |
| Féminin | 79,84 | 32,49 |
| Quintile du bien être économique du ménage | | |
| Le plus pauvre | 100,00 | 42,46 |
| Second | 97,34 | 53,63 |
| Moyen | 87,82 | 39,55 |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| Riche | 81,11 | 22,74 |
| Le plus riche | 54,83 | 7,51 |
| Statut de travail au ménage | | |
| Deux parents travaillent | 67,46 | 33,83 |
| Aucun parent ne travaille | 88,69 | 37,54 |
| Absence d'adulte de 18-59 | 86,27 | 37,75 |
| Enfant < 15 ans travaille | 88,30 | 43,91 |
| Maladie et handicap dans le ménage | | |
| Adulte avec maladie chronique | N.D. | N.D |
| Enfant (15 ans) avec handicap | 88,68 | 43,00 |
| Vulnérabilité du ménage ayant un enfant de moins de 18 ans | | |
| Ménage dirigé par une femme seule | 80,50 | 34,15 |
| Ménage dirigé par un homme seul | 71,08 | 21,38 |
| Ménage ayant un enfant orphelin | 82,03 | 32,35 |
| Ménage ayant un ratio enfants/adultes 4+ | 89,87 | 47,63 |
| Ménage ayant une personne 70 ans ou + | 81,80 | 28,61 |
| Ménage ayant un parent malade chronique | N.D | N.D |
| Ménage avec violence domestique | N.D | N.D |
| Ménage ayant des PVV/PA | N.D | N.D |
| Accès à la terre en milieu rural | N.D | N.D |
| Province | | |
| Kinshasa | 55,41 | 7,41 |
| Bas-Congo | 76,77 | 26,08 |
| Bandundu | 92,21 | 33,34 |
| Equateur | 92,06 | 45,43 |
| Province Orientale | 86,34 | 36,87 |
| Nord Kivu | 84,00 | 27,44 |
| Sud Kivu | 80,17 | 27,49 |
| Maniema | 94,05 | 20,17 |
| Katanga | 82,82 | 39,48 |
| Kasaï Or | 88,05 | 43,08 |
| Kasaï Occ | 98,49 | 42,11 |
| Milieu de résidence | | |
| Urbain | 65,17 | 15,61 |
| Rural | 92,83 | 41,22 |
| Ensemble | 84,5 | 33,5 |

Tableau 2.1.6 bis : Pourcentage d'enfants de 5-17 ans souffrant de plusieurs privations sévères suivant leurs caractéristiques socio-démographiques

| Provinces | Aucune privation sévère | 1 Privation sévère | 2 Privations sévères | 3 Privations sévères | 4 Privations sévères | 5 Privations sévères | Effectif Total |
|----------------------------|--------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Kinshasa | 52,55 | 32,52 | 11,35 | 2,94 | 0,51 | 0,14 | 2183 |
| Bas-Congo | 10,82 | 12,16 | 31,80 | 29,19 | 12,67 | 3,36 | 1197 |
| Bandundu | 1,73 | 10,53 | 26,39 | 36,91 | 21,70 | 2,74 | 1387 |
| Equateur | 2,71 | 5,17 | 17,33 | 42,54 | 28,34 | 3,91 | 1673 |
| Orientale | 5,21 | 14,64 | 26,82 | 36,63 | 15,48 | 1,23 | 1318 |
| Nord-Kivu | 6,51 | 16,45 | 27,01 | 32,12 | 15,33 | 2,59 | 1434 |
| Maniema | 0,76 | 9,55 | 31,97 | 37,65 | 17,16 | 2,91 | 1445 |
| Sud-Kivu | 9,79 | 15,03 | 24,55 | 32,07 | 17,66 | 0,90 | 1463 |
| Katanga | 17,47 | 18,04 | 12,59 | 25,06 | 21,77 | 5,06 | 1590 |
| Kasaï Oriental | 4,99 | 10,39 | 29,04 | 35,27 | 16,45 | 3,86 | 1691 |
| Kasaï Occident | 0,84 | 6,16 | 26,48 | 32,57 | 24,96 | 8,98 | 2183 |
| Milieu de résidence | | | | | | | |
| Urban | 26,94 | 28,90 | 23,74 | 15,28 | 4,81 | 0,33 | 7528 |
| Rural | 0,11 | 2,67 | 22,90 | 42,15 | 26,79 | 5,38 | 9170 |
| Sexe de Chef | | | | | | | |
| Male | 12,14 | 14,28 | 24,24 | 30,24 | 16,51 | 2,60 | 13498 |
| Female | 12,43 | 15,35 | 19,24 | 29,22 | 18,49 | 5,27 | 3200 |
| Niveau de vie | | | | | | | |
| Poorest | -- | 0,22 | 5,96 | 39,75 | 41,58 | 12,48 | 3227 |
| Poorer | -- | 1,01 | 19,72 | 51,24 | 25,83 | 2,19 | 3064 |
| Middle | -- | 3,35 | 38,05 | 41,35 | 16,07 | 1,18 | 3326 |
| Richer | 3,9 | 28,2 | 42,4 | 21,1 | 4,1 | 0,3 | 3565 |
| Richest | 54,16 | 36,09 | 8,89 | 0,86 | -- | -- | 3516 |

| | | | | | | | |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| Taille du ménage | | | | | | | |
| 1- 5 membres | 8,13 | 11,18 | 20,05 | 33,73 | 21,81 | 5,10 | 3915 |
| 6-7 membres | 11,54 | 12,18 | 24,33 | 31,16 | 17,57 | 3,22 | 4987 |
| + de 8 membres | 14,66 | 17,63 | 24,23 | 27,47 | 13,97 | 2,04 | 7796 |
| Groupe d'âge de l'enfant | | | | | | | |
| 5-9 ans | 9,01 | 12,62 | 19,99 | 28,90 | 24,26 | 5,22 | 7421 |
| 10-14 ans | 13,33 | 15,13 | 25,90 | 32,35 | 11,71 | 1,58 | 6548 |
| 15-17 ans | 18,10 | 18,03 | 25,92 | 27,62 | 9,29 | 1,03 | 2729 |
| Sexe de l'enfant | | | | | | | |
| Male | 11,91 | 14,55 | 23,66 | 30,83 | 16,11 | 2,94 | 8515 |
| Female | 12,49 | 14,42 | 22,87 | 29,22 | 17,71 | 3,29 | 8181 |
| Ensemble | 12,19 | 14,48 | 23,28 | 30,05 | 16,89 | 3,11 | 16698 |

Tableau 2.1.7 : Probabilités que les enfants soient victimes ou non des privations

| Nombre total | odds ratio (no event less deprivation) 1535 | Odds ratio (two severe deprivation) 10174 | Odds ratio (*) | 1/odds ratio |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------|--------------|
| Groupe d'âge et sexe | | | | |
| 0-2 | 0,0505 | 0,5118 | 0,0987 | 10,1286 |
| 3-4 | 0,0531 | 0,4855 | 0,1094 | 9,1398 |
| 5-9 | 0,0497 | 0,5324 | 0,0933 | 10,7207 |
| 10-14 | 0,0508 | 0,5161 | 0,0984 | 10,1633 |
| 15-17 | 0,0569 | 0,4693 | 0,1212 | 8,2510 |
| Total sexe masculin | 0,0515 | 0,5093 | 0,1012 | 9,8849 |
| Groupe d'âge et sexe | | | | |
| 0-2 | 0,0445 | 0,5028 | 0,0886 | 11,2923 |
| 3-4 | 0,0486 | 0,5335 | 0,0911 | 10,9767 |
| 5-9 | 0,0549 | 0,5298 | 0,1037 | 9,6453 |
| 10-14 | 0,0603 | 0,4754 | 0,1269 | 7,8807 |
| 15-17 | 0,0697 | 0,4516 | 0,1542 | 6,4839 |
| Total sexe féminin | 0,0551 | 0,5000 | 0,1102 | 9,0779 |
| Caractéristiques des ménages | | | | |
| Taille du ménage | | | | |
| Less than 3 | 0,1135 | 0,2975 | 0,3814 | 2,6219 |
| 3-4 membres | 0,0739 | 0,1803 | 0,4098 | 2,4400 |
| 5-6 membres | 0,0458 | 0,6086 | 0,0752 | 13,2958 |
| 7 membres et plus | 0,0527 | 0,5325 | 0,0990 | 10,1001 |
| Niveau d'instruction du chef de ménage | | | | |
| None | 0,0297 | 0,6801 | 0,0437 | 22,8699 |
| Primary | 0,0305 | 0,6250 | 0,0488 | 20,4902 |
| Secondary+ | 0,0764 | 0,3929 | 0,1945 | 5,1423 |
| Sexe du chef de ménage | | | | |
| Masculin | 0,0508 | 0,5076 | 0,1001 | 9,9912 |
| Féminin | 0,0733 | 0,4814 | 0,1522 | 6,5694 |
| Quintile du bien être économique du ménage | | | | |
| Le plus pauvre | 0,0369 | 0,7377 | 0,0500 | 20,0159 |
| Second | 0,0229 | 1,1561 | 0,0198 | 50,3908 |
| Moyen | 0,0130 | 0,6542 | 0,0199 | 50,1569 |
| Quatrième | 0,0199 | 0,2944 | 0,0677 | 14,7703 |
| Le plus riche | 0,2057 | 0,0812 | 2,5335 | 0,3947 |
| Statut de travail | | | | |

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|---------|
| Les deux parents travaillent | 0,2746 | 0,2148 | 1,2788 | 0,7820 |
| Aucun parent ne travaille | 0,0362 | 0,6010 | 0,0602 | 16,6151 |
| Pas d'adulte de 18 à 59 ans | 0,0909 | 0,6063 | 0,1499 | 6,6693 |
| Enfant (-15 ans) travaille | 0,0190 | 0,7834 | 0,0242 | 41,2963 |
| Avec un enfant handicapé | 0,0375 | 0,7543 | 0,0497 | 20,1196 |
| Ménage avec orphelin | 0,0547 | 0,4789 | 0,1142 | 8,7565 |
| Vulnérabilité des ménages | | | | |
| Dirigé par un homme seul | 0,1154 | 0,2719 | 0,4243 | 2,3567 |
| Dirigé par une femme seule | 0,0670 | 0,5186 | 0,1291 | 7,7448 |
| Avec ratio enfants/adultes + de 4 | 0,0416 | 0,9093 | 0,0457 | 21,8812 |
| Avec personnes de 70 ans et plus | 0,0634 | 0,4008 | 0,1581 | 6,3254 |
| Provinces | | | | |
| Kinshasa | 0,3059 | 0,0801 | 3,8200 | 0,2618 |
| Bas-Congo | 0,0361 | 0,3528 | 0,1024 | 9,7630 |
| Bandundu | 0,0113 | 0,5002 | 0,0226 | 44,3139 |
| Equateur | 0,0809 | 0,8319 | 0,0972 | 10,2872 |
| Orientale | 0,0372 | 0,5841 | 0,0638 | 15,6843 |
| Nord-Kivu | 0,0112 | 0,3782 | 0,0295 | 33,8562 |
| Sud-Kivu | 0,0287 | 0,3790 | 0,0758 | 13,1852 |
| Maniema | 0,0160 | 0,2527 | 0,0635 | 15,7429 |
| Katanga | 0,0507 | 0,6524 | 0,0777 | 12,8674 |
| Kasaï Oriental | 0,0182 | 0,7572 | 0,0241 | 41,5569 |
| Kasaï Occidental | 0,0182 | 0,7271 | 0,0251 | 39,8768 |
| Milieu de résidence | | | | |
| Urbain | 0,1267 | 0,1850 | 0,6852 | 1,4594 |
| Rural | 0,0247 | 0,7013 | 0,0352 | 28,3837 |
| (*) Probabilité de ne souffrir d'aucune privation moins sévère que de privations sévères | | | | |

Tableau 2.1.8 : Prévalence (en %) des privations sévères par province et milieu

| Province | Objet de la privation sévère | | | | | | |
|----------------------------|------------------------------|-----------|-------|-------------|-----------|-----------|-------|
| | Logement | Toilettes | Eau | Information | Education | Nutrition | Santé |
| Kinshasa | 45,59 | 1,18 | 16,33 | 77,02 | 11,34 | 11,97 | 47,06 |
| Bas-congo | 21,72 | 19,47 | 65,64 | 76,45 | 24,58 | 26,38 | 72,22 |
| Bandundu | 28,14 | 12,11 | 88,29 | 86,61 | 28,53 | 25,57 | 57,50 |
| Equateur | 34,82 | 20,43 | 89,30 | 90,77 | 43,14 | 26,07 | 63,16 |
| Orientale | 39,66 | 8,60 | 78,40 | 80,06 | 34,59 | 23,62 | 54,04 |
| Nord-Kivu | 30,53 | 5,57 | 76,86 | 90,93 | 48,47 | 28,18 | 53,27 |
| Sud-Kivu | 31,38 | 8,02 | 70,73 | 74,78 | 43,36 | 31,95 | 72,02 |
| Maniema | 16,89 | 6,32 | 91,98 | 76,18 | 26,53 | 28,33 | 38,46 |
| Katanga | 48,16 | 15,82 | 66,21 | 87,12 | 33,15 | 24,94 | 69,04 |
| Kasai Oriental | 54,78 | 12,85 | 69,33 | 75,24 | 28,78 | 25,20 | 73,81 |
| Kasai Occidental | 34,56 | 15,63 | 96,66 | 80,05 | 33,28 | 27,71 | 58,33 |
| Milieu de résidence | | | | | | | |
| Urbain | 39,38 | 3,71 | 38,30 | 49,83 | 16,08 | 16,76 | 53,57 |
| Rural | 36,68 | 15,49 | 87,82 | 87,60 | 39,74 | 28,87 | 65,79 |
| RDC | 37,5 | 12 | 73 | 68,7 | 32,6 | 24,9 | |

Tableau 2.1.10 : Taux d'incidence combiné de la pauvreté chez les enfants

| Caractéristiques individuelles | % des enfants | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| | Vivant dans un ménage avec moins de 1\$/pers/jour | Avec une privation sévère dans un ménage avec plus de 1\$/pers/jour | Avec une privation moins sévère dans un ménage avec plus de 1\$/pers/jour |
| Tous les enfants de 0-17ans | 76,7 | 60,5 | 91,63 |
| Groupe d'âge et Sexe | | | |
| <u>Sexe masculin</u> | | | |
| 0-2 ans | 70,06 | 64,80 | 92,39 |
| 3-4 ans | 71,72 | 63,06 | 92,78 |
| 5-9 ans | 75,23 | 62,51 | 93,20 |
| 10-14 ans | 85,44 | 52,54 | 89,12 |
| 15-17ans | 87,46 | 46,27 | 83,99 |
| Tous les garçons | 77,21 | 60,89 | 91,80 |
| <u>Sexe féminin</u> | | | |
| 0-2 ans | 71,57 | 65,09 | 93,44 |
| 3-4 ans | 71,91 | 61,57 | 93,21 |
| 5-9 ans | 74,05 | 61,03 | 92,43 |
| 10-14 ans | 84,68 | 53,67 | 87,34 |
| 15-17ans | 79,91 | 49,80 | 85,59 |
| Toutes les filles | 76,12 | 60,06 | 91,47 |
| Caractéristiques du ménage | | | |
| Taille du ménage | | | |
| < 3 personnes | 53,40 | 55,23 | 78,15 |
| 3-4 personnes | 65,96 | 53,32 | 91,10 |
| 5-6 personnes | 71,49 | 70,42 | 93,67 |
| 7 +personnes | 82,90 | 55,72 | 90,81 |
| Niveau d'instruction du chef de ménage | | | |
| Aucun | 84,94 | 65,97 | 89,98 |
| Primaire | 81,97 | 71,41 | 92,63 |
| Second ou + | 72,86 | 56,86 | 91,54 |
| Sexe du chef de ménage | | | |
| Masculin | 77,18 | 60,93 | 91,73 |
| Féminin | 73,49 | 58,01 | 84,41 |
| Quintile du bien être économique du ménage | | | |
| Le plus pauvre | 97,78 | 78,99 | 78,47 |
| Second | 96,91 | 58,10 | 89,65 |
| Moyen | 84,34 | 73,28 | 97,58 |
| Riche | 71,20 | 63,40 | 94,67 |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| Le plus riche | 33,91 | 55,70 | 89,44 |
| Statut de travail au ménage | | | |
| Deux parents travaillent | 80,98 | 66,97 | 93,60 |
| Aucun parent ne travaille | 70,05 | 51,42 | 87,79 |
| Absence d'adulte de 18-59 | 76,20 | 53,84 | 84,41 |
| Enfant < 18 ans travaille | 90,43 | 61,97 | 90,36 |
| Maladie et handicap dans le ménage | | | |
| Adult avec maladie chronique | | | |
| Enfant (15 ans) avec handicap | | | |
| Vulnérabilité du ménage ayant un enfant de moins de 18 ans | | | |
| Ménage dirigé par un homme seul | 73,52 | 43,33 | 86,98 |
| Ménage dirigé par une femme seule | 75,05 | 58,52 | 88,00 |
| Ménage ayant un enfant orphelin | N.D | N.D | N.D |
| Ménage ayant un ratio enfants/adultes 4+ | 77,03 | 67,21 | 93,22 |
| Ménage ayant une personne 70 ans ou + | 84,60 | 52,64 | 86,15 |
| Ménage ayant un enfant handicapé | N.D | N.D | N.D |
| Ménage ayant un parent malade chronique | N.D | N.D | N.D |
| Ménage avec violence domestique | N.D | N.D | N.D |
| Ménage ayant des PVV/PA | N.D | N.D | N.D |
| Accès à la terre en milieu rural | N.D | N.D | N.D |
| Province | | | |
| Kinshasa | 45,58 | 38,37 | 79,32 |
| Bas-Congo | 78,48 | 58,26 | 90,94 |
| Bandundu | 89,36 | 77,40 | 95,55 |
| Equateur | 93,46 | 71,14 | 91,16 |
| Province Orientale | 78,70 | 66,57 | 95,40 |
| Nord Kivu | 76,98 | 28,67 | 91,49 |
| Maniema | 75,50 | 85,45 | 98,03 |
| Sud kivu | 88,39 | 40,47 | 92,55 |
| Katanga | 71,70 | 58,93 | 89,56 |

| | | | |
|----------------------------|-------------|--------------|--------------|
| Kasaï Oriental | 63,50 | 64,25 | 97,80 |
| Kasaï Occidental | 64,51 | 85,35 | 92,01 |
| Milieu de résidence | | | |
| Urbain | 56,55 | 43,59 | 89,23 |
| Rural | 83,71 | 76,22 | 93,88 |
| RDC | 76,7 | 60,50 | 91,63 |

N.B.: Données non disponibles dans la base de données 1.2.3

Tableau 2.2.1a : Tendances de la mortalité infanto-juvénile

| | 1990 | 1995 | 2001 | 2007 |
|--------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Niveau | 213 | 220 | 213 | 148 |
| Source | INS, 1991 | MICS1, 1995 | MICS2, 2001 | EDS, 2007 |

Tableau 2.2.1b : Tendances de la mortalité infanto-juvénile selon le niveau de pauvreté (plus pauvres et plus riches) et par sexe

| Mortalité des moins de 5 ans | 1990 | | | 1995 | | | 2001 | | | 2007 | | |
|------------------------------|-------------|-----|-----|-------------|-----|-----|-------------|-----|-----|-------------|-----|-----|
| | Q1 | Q5 | Tot | Q1 | Q5 | Tot | Q1 | Q5 | Tot | Q1 | Q5 | Tot |
| Ensemble | 256 | 124 | 213 | 281 | 135 | 233 | 248 | 119 | 206 | 184 | 97 | 153 |
| Filles | 240 | 116 | 200 | 263 | 135 | 233 | 232 | 112 | 193 | 172 | 91 | 143 |
| Garçons | 270 | 131 | 225 | 263 | 127 | 218 | 262 | 126 | 217 | 193 | 102 | 161 |

Tableau 2.2.2 : Mortalité infantile, infanto juvénile et ses corrélats

| Corrélats | Mortalité infantile (1q0) | Mortalité infanto juvénile (5q0) |
|-----------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|
| Milieu de résidence | | |
| Urbain | 74 | 122 |
| Rural | 108 | 177 |
| Provinces | | |
| Kinshasa | 73 | 102 |
| Bas Congo | 127 | 185 |
| Bandundu | 103 | 154 |
| Equateur | 102 | 168 |
| Orientale | 89 | 179 |
| Nord Kivu | 57 | 102 |
| Sud Kivu | 126 | 186 |
| Maniema | 129 | 219 |
| Katanga | 94 | 154 |
| Kasaï Oriental | 82 | 145 |
| Kasaï Occidental | 95 | 158 |
| Niveau d'instruction de la mère | | |
| Aucune instruction | 135 | 209 |
| Primaire | 92 | 158 |
| Secondaire | 68 | 113 |
| Supérieur | 67 | 84 |
| Quintile de bien être économique | | |
| Le plus pauvre | 113 | 184 |
| Second | 105 | 177 |
| Moyen | 95 | 155 |
| Quatrième | 93 | 151 |
| Le plus riche | 58 | 97 |
| Ensemble | 92 | 148 |

Tableau annexe n° 1 : Documents de base regroupant les buts/objectifs et les stratégies dans le domaine de la nutrition en RDC

| Noms | Date d'adoption | Base juridique | Inspiré par | Matérialisation | Organes d'exécution |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| POLITIQUE NATIONALE DE NUTRITION | 25 août 2000 | Arrêté ministériel n°1250/CAB/MIN/S/AJ/08/2000 du Ministère de la Santé | <ol style="list-style-type: none"> 1) La Conférence internationale sur la nutrition tenue à Rome en 1992 2) Le Sommet mondial sur l'alimentation tenu à Rome en 1996 3) Déclaration Universelle des Droits de l'Homme consacrant le droit à une alimentation suffisante | <ol style="list-style-type: none"> 1) Plan Directeur de développement de la Nutrition (PDDN) 2) Plans d'action 3) Guide de développement de la nutrition 4) Normes et Directives techniques | PROGRAMME NATIONAL DE NUTRITION, créé de l'Arrêté ministériel n°1250/CAB/MIN/S/AJ/08/2000 |
| PLAN DIRECTEUR DE DEVELOPPEMENT DE LA NUTRITION, période 2001-2005 | Mars 2001 | Décision du PRONANUT | <ol style="list-style-type: none"> 1) la Politique Nationale de Nutrition de 2000 2) Plan National d'Action pour la Nutrition de 1994 | <ol style="list-style-type: none"> 1) Guide pour le Développement de la nutrition 2) Normes et Directives techniques | <ol style="list-style-type: none"> 1) Au niveau central, le Comité National de Nutrition 2) Au niveau intermédiaire, le Comité Provincial de Nutrition Au niveau périphérique, le Comité Local de Nutrition |
| PLAN STRATEGIQUE DE NUTRITION, période 2002-2005 | Déc. 2001 | Décision de PRONANUT | <ol style="list-style-type: none"> 1) La Politique Nationale de Nutrition de 2000 | <ol style="list-style-type: none"> 1) Guide pour le Développement de la nutrition 2) Normes et Directives techniques | <ol style="list-style-type: none"> 1) Comité National de Nutrition 2) Comité Provincial de Nutrition 3) Comité Local de Nutrition |
| PLAN D'ACTION DE NUTRITION, pour la période 2006-2008 | Déc. 2005 | Décision du PRONANUT | <ol style="list-style-type: none"> 1) La Politique Nationale de Nutrition de 2000, 3) le Plan Stratégique de Nutrition, période 2002-2005 4) Plan Directeur de Développement de la Nutrition, période 2001-2005 | <ol style="list-style-type: none"> 1) Guide pour le Développement de la nutrition 2) Normes et Directives techniques | <ol style="list-style-type: none"> 1) Comité National de Nutrition 2) Comité Provincial de Nutrition 3) Comité Local de Nutrition |

| Noms | Date d'adoption | Base juridique | Inspiré par | Matérialisation | Organes d'exécution |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PLAN STRATEGIQUE COMMUN POUR LA MALNUTRITION AIGUE EN 2006 | Nov. 2005 | Décision du PRONANUT | La Politique Nationale de Nutrition de 2000 | 1) Protocole national pour la prise en charge de la malnutrition aiguë, mis sur pied en 2002 2) Normes nationales en matière de nutrition | 1) Structures locales de santé 2) Comité local de nutrition (incluant le BCZS, Comité de santé, ONG, Agences des Nations Unies) |
| DOCUMENT DE LA STRATEGIE DE CROISSANCE ET DE REDUCTION DE LA PAUVRETE (DSCRCP) | Juillet 2006 | Base juridique non identifiée mais le DSCRCP est le couronnement des efforts de réconciliation ayant abouti à la conclusion de l'Accord de Paix et de Réconciliation nationale signé le 16 décembre 2002 | 1) Document de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté de 2003 appelé DSRP-I 2) Objectifs du court et moyen terme (2007-2009) 3) Objectifs du Millénaire pour le Développement d'ici à 2015 (OMD) 4) Vision du Développement à long terme (appelée Vision 26/25). | A) Programme National d'Amélioration de la Gouvernance, incluant : - Promotion de la Bonne Gouvernance administrative (Réformes de l'Administration Publique, du Système judiciaire ; Lutte contre la corruption et le blanchissement des capitaux et Renforcement des capacités humaines et institutionnelles) ; - Promotion de la Bonne Gouvernance Politique ; - Promotion de la Bonne Gouvernance Economique (Réformes des Finances Publique, Réformes des Marchés Publiques, etc.) ; B) Consolidation de la paix, la sécurité ; et promotion de la politique de bon voisinage ; C) Amélioration du système statistique ; | A) Les structures de l'Etat : 1) Premier Ministre, 2) Ministère du Plan, 3) Ministère du Budget, 4) Ministère des Finances, 5) Ministère de l'Intérieur, 6) CI-SNLCP ¹ B) La participation des partenaires au développement (tels : les ONGs, le secteur privé, la société civile, la confession religieuse, les organes des Nations Unies). |

¹ Commission Interministérielle Chargée de la Mise en Œuvre de la Stratégie Nationale de Lutte contre la Pauvreté

Table 3.2.1: Young child health outcomes, related care and correlates (by individual, households and geographic dimensions in 2005 or most recent year)

| Country | Child diarrhoea* | | Received ORT or increased fluids, and continued feeding | Child fever** | | Antibiotic treatment of suspected pneumonia |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|
| | Absolute number of cases | Per 1,000 children aged 0-4 | | Absolute number of cases | Per 1,000 children aged 0-4 | |
| | MICSII | MICSII | EDS | MICSII | MICSII | EDS |
| Total incidence | 2122 | 22,40% | 30,8 | 3890 | 41,40% | 41,9 |
| Individual dimension | | | | | | |
| Sex and age | | | | | | |
| Male | 1135 | 23,9 | 33,2 | 1950 | 41,1 | 44,6 |
| Age group 1 0-6 mois | 145 | 15,8 | 33,3 | 252 | 34,7 | 46,3 |
| Age group 2 7-12 mois | 124 | 36 | 42,7 | 215 | 47,5 | 54,3 |
| Age group 3 13-23 mois | 271 | 34,5 | 35,1 | 381 | 43,8 | 46,4 |
| Age group 4 24-35 mois | 215 | 21 | 27,2 | 370 | 43,3 | 42,8 |
| Age group 5 36 mois et + | 380 | 12,4 | 28,2 | 732 | 37,5 | 35,8 |
| Female | 987 | 21 | 28,5 | 1940 | 41,3 | 39,1 |
| Age group 1 0-6 mois | 133 | 13,8 | 28,7 | 250 | 34,8 | 39,3 |
| Age group 2 7-12 mois | 115 | 31,6 | 32 | 212 | 47,5 | 46,1 |
| Age group 3 13-23 mois | 198 | 30,4 | 34,6 | 378 | 44 | 39,4 |
| Age group 4 24-35 mois | 195 | 18,3 | 27,2 | 370 | 43,4 | 36,3 |
| Age group 5 36 mois et + | 346 | 10,8 | 25,6 | 730 | 37,6 | 30,4 |
| Household dimension | | | | | | |
| Household size | | | | | | |
| Less than 3 | 145 | 23,9 | 35,2 | 3115 | 40 | 34,1 |
| 3-4 members | 485 | 22,2 | 30,9 | 332 | 42,9 | 44,7 |
| 5-6 members | 574 | 21,7 | 32 | 143 | 39,6 | 39,1 |
| 7+ | 918 | 20 | 28,4 | 300 | 42,7 | 32 |
| Women's education | | | | | | |
| None | 630 | 23,7 | 23,5 | 1113 | 41,9 | 36,1 |
| Primary | 911 | 22,9 | 29,5 | 1697 | 42,7 | 42,4 |
| Secondary+ | 560 | 20,5 | 37,9 | 1051 | 38,5 | 44 |
| Gender of the head of the Household | | | | | | |
| Male | 1058 | 19,8 | 30,5 | 2149 | 40,2 | 35,4 |
| Female | 128 | 19,8 | 30,2 | 280 | 43,4 | 36,2 |
| Wealth index quintiles | | | | | | |
| Q1 (poorest) | 372 | 19,3 | 32,2 | 675 | 38,4 | 32 |
| Q2 | 490 | 22,6 | 30,7 | 885 | 46 | 34,5 |
| Q3 | 501 | 20,8 | 32,5 | 883 | 43,3 | 33,1 |

| | | | | | | |
|----------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Q4 | 441 | 20,4 | 31,5 | 794 | 41,2 | 37,2 |
| Q5 | 317 | 21,3 | 32,2 | 654 | 36,2 | 47,7 |
| Ethnicity/language/religion | | | | | | |
| Group 1 | | | | | | |
| Group 2 | | | | | | |
| Group 3 | | | | | | |
| Work (among holds with children) | | | | | | |
| Both parents working | 210 | 15,8 | 44,6 | 508 | 38,4 | 60,8 |
| None of the parents are working | 903 | 19,6 | 34,2 | 1867 | 40,5 | 36,9 |
| No adult in primary working age (18-54) | | | | | | |
| At least one child under 15 working | | | | | | |
| Illness and disability in the household | | | | | | |
| Adult(s) with chronic illness | | | | | | |
| Child/children with disability | 87 | 21,4 | 25,5 | 196 | 48,2 | 23,1 |
| Family vulnerability (not mutually exclusive categories) | | | | | | |
| Single parent | 133 | 21,6 | 28,9 | 278 | 45,1 | 41,3 |
| Orphan child in household | 39 | 20,5 | 23,4 | 69 | 36,3 | 37,6 |
| High dependency ratio (4+children per adult) | | | | | | |
| Elder (70+) person in household | | | | | | |
| Geographic dimension | | | | | | |
| Région | | | | | | |
| Kinshasa | 193 | 20,9 | 36,4 | 294 | 31,9 | 61,3 |
| Bas Congo | 127 | 19,3 | 44 | 269 | 41 | 52,9 |
| Bandundu | 183 | 14,6 | 44 | 448 | 35,6 | 42,4 |
| Equateur | 62 | 27,3 | 22,5 | 93 | 41 | 34,3 |
| Orientale | 270 | 21,6 | 12,4 | 564 | 44,9 | 47 |
| Nord Kivu | 135 | 18,8 | 46,2 | 225 | 31,3 | 58,1 |
| Sud Kivu | 169 | 24,1 | 31,8 | 321 | 45,8 | 42,3 |
| Maniema | 61 | 22,9 | 47 | 124 | 46,6 | 50,9 |
| Katanga | 356 | 24,3 | 29 | 684 | 46,7 | 43,9 |
| Kasaï Oriental | 262 | 27,2 | 28,9 | 414 | 42,9 | 30,3 |
| Kasaï occidental | 303 | 29,7 | 30 | 455 | 44,5 | 42,3 |
| Résidence | | | | | | |
| Urban | 634 | 20,7 | 35,3 | 1153 | 37,7 | 44,9 |
| Rural | 1488 | 23,3 | 28,1 | 2737 | 42,8 | 40,3 |

*CA1 Question in MICS "Has the child had diarrhoea in the last two weeks" Incidence= Yes/(Yes+No) i.e.all children under 5 in the survey. Depending on survey size, country context and the breakdown requested in the above table it may happen that the absolute number of cases in the survey will be too low for meaningful conclusions.

**CA6 Question in MICS "When the child had an illness with a cough, did he /she breathe faster than usual with short, quick breaths or have difficulty breathing?" Incidence=Yes to this question/all children under 5 in the survey. Depending on survey size, country context and the breakdown requested in the above table it may happen that the absolute number of cases in the survey will be too low for meaningful conclusions. In countries with high Malaria prevalence question ML1 and ML6 from the MICS Malaria module could be added or used alternatively with this question

Table 3.2.2.: Adolescent health outcomes, care and correlates (by individual, households and geographic dimensions in 2005 or most recent year)

| Country | Comprehensive knowledge about HIV prevention among young people Absolute number of cases in the survey EDS | Per 1,000 children aged 15-24 EDS + MICSII | Counselling coverage for the prevention of mother-to-child transmission of HIV (Indicator No 90) | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| | | | Absolute number of cases MICSII | Per 1,000 Women aged 15-49 who gave birth in the two years |
| Total incidence (15-24) | 6162 | 52,1 | 2058 | 87,0 |
| Individual dimension | | | | |
| Sex and age | | | | |
| Male | 1858 | 55,8 | | |
| Age group 1 15-19 | 988 | 48,6 | | |
| Age group 2 20-24 | 869 | 64 | | |
| Age group 3 25-29 | | | | |
| Age group 4 30-34 | | | | |
| Age group 5 35-39 | | | | |
| Female | 4304 | 48,4 | | |
| Age group 1 15-19 | 2.030 | 44,7 | 139 | 83,2 |
| Age group 2 20-24 | 2.274 | 51,7 | 357 | 86,4 |
| Age group 3 25-29 | | | 529 | 87,9 |
| Age group 4 30-34 | | | 421 | 87,3 |
| Age group 5 35-39 | | | 323 | 87,8 |
| Household dimension | | | | |

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------|-------|--------|------|------|
| Household size | | | | |
| Less than 3 | 142 | 49,6 | 271 | 86,9 |
| 3-4 members | 427 | 51,9 | 741 | 86,7 |
| 5-6 members | 510 | 52,9 | 865 | 87,6 |
| 7+ | 893 | 53,8 | 1390 | 87,1 |
| Women's education | | | | |
| None | 2.081 | 36 | | |
| Primary | 3851 | 42,3 | 960 | 86,6 |
| Secondary+ | 3802 | 61,1 | 716 | 90,5 |
| Gender of the head of the household | | | | |
| Male | 2512 | 53,2 | 1864 | 86,5 |
| Female | 443 | 52,7 | 194 | 91,9 |
| Wealth index quintiles | | | | |
| Q1 (poorest) | 377 | 54,5 | 315 | 82,5 |
| Q2 | 310 | 49,9 | 311 | 86,6 |
| Q3 | 328 | 52,8 | 321 | 87 |
| Q4 | 330 | 50,3 | 310 | 86,1 |
| Q5 | 627 | 54,9 | 437 | 92 |
| Ethnicity/language/religion | | | | |
| Group 1 | | | | |
| Group 2 | | | | |
| Group 3 | | | | |
| Work (among holds with children) | | | | |
| Both parents working | 783 | 52,6 | 470 | 89,9 |
| Name of the parents are working | 1481 | 53,6 | 77 | 95,1 |
| No adult in primary working age (18-54) | | | | |
| At least one child under 15 working | | | | |
| Illness and disability in the household | | | | |
| Adult(s) with chronic illness | | | | |
| Child/children with disability | 138 | 53,7 | 135 | 87,1 |
| Family vulnerability (not mutually exclusive categories) | | | | |
| Single parent | 308 | 53 | 165 | 91,7 |
| Orphan child in household | 97 | 56,4 | 63 | 87,5 |
| High dependency ratio (4+children per adult) | | | | |
| Elder (70+) person in household | | | | |
| Geographic dimension | | MICSII | | |
| Région | | | | |

| | | | | |
|------------------|------|------|------|------|
| Kinshasa | 483 | 71,8 | 309 | 92,5 |
| Bas Congo | 121 | 66,5 | 113 | 95,8 |
| Bandundu | 219 | 71,6 | 193 | 86,2 |
| Equateur | 193 | 69,9 | 168 | 85,7 |
| Orientale | 271 | 78,8 | 171 | 81,8 |
| Nord Kivu | 156 | 72,9 | 111 | 81 |
| Sud Kivu | 53 | 55,8 | 96 | 90,6 |
| Maniema | 22 | 42,3 | 30 | 83,3 |
| Katanga | 173 | 50,3 | 194 | 82,9 |
| Kasaï oriental | 171 | 76 | 203 | 89 |
| Kasaï occidental | 119 | 79,3 | 110 | 85,9 |
| Résidence | | | | |
| Urban | 944 | 71,9 | 695 | 90,5 |
| Rural | 1037 | 67 | 1003 | 84,9 |

N.B. Countries could also request/produce further child and or young health outcome or process indicators along the same dimensions using MICS or other survey results

Tableau 3.4.1 : Catégories d'enfants ayant les taux nets de scolarisation les plus élevés et les plus faibles

| Libellé | Taux de scolarisation en % | Libellé | Taux de scolarisation en % |
|--------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|----------------------------|
| taille du ménage | | statut du travail dans le ménage | |
| Moins de 3 personnes | 54,1 | Tous les 2 parents travaillent | 79,9 |
| 3-4 personnes | 43,2 | Aucun parent ne travaille | 37,7 |
| 5-6 personnes | 48,1 | Pas d'adulte (18-59 ans) travaille | 25,9 |
| 7 personnes et plus | 53,7 | Au moins 1 enfant de – de 15 ans travaille | 35,6 |
| Instruction de la femme | | maladie/ handicap dans le ménage | |
| Aucun | 24,9 | Maladie/handicap des adultes | - |
| Primaire | 42,5 | Maladie/handicap des enfants | 37,7 |
| Secondaire et plus | 68,1 | | |
| Sexe du chef de ménage | | Vulnérabilité du ménage | |
| Masculin | 51,8 | Mère seule avec enfants | 41,7 |
| Féminin | 50,7 | Père seul avec enfants | |

| | | | |
|--------------------------------|------|-----------------------------------------------------|-------------|
| | | Enfants orphelins dans le ménage | 52,3 |
| | | Taux de dépendance élevé (4 enfants et plus/adulte) | 40,8 |
| | | Personnes de 3 ^{ème} âge dans le ménage | 40,7 |
| | | | 47,5 |
| Niveau de vie du ménage | | | |
| Plus pauvre | 39,2 | | |
| Pauvre | 38,7 | | |
| Moyen | 44,5 | | |
| Riche | 56,9 | | |
| Plus riche | 81,0 | | |
| Provinces | | | |
| Kinshasa | 76,3 | Nord Kivu | 34,1 |
| Bas Congo | 60,6 | Sud Kivu | 41,1 |
| Bandundu | 57,3 | Maniema | 49,5 |
| Equateur | 37,2 | Katanga | 47,2 |
| Province Orientale | 49,5 | Kasai Oriental | 64,0 |
| | | Kasai Occidental | 52,2 |
| | | Total | 51,7 |

Tableau 3.4.2: Child education: supply side and uptake variables by region, RD Congo

| Niveaux/Province | Ecoles(1) | Classes (2) | Elèves(3) | Enseignants (4) | Ratio1 {(3)/(2)} | Ratio2 (3)/(4)} |
|-----------------------------|--------------|----------------|----------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| 1. Niveau primaire | | | | | | |
| Kinshasa | 2390 | 21054 | 778216 | 20693 | 37 | 37,6 |
| Bas Congo | 1663 | 14500 | 482603 | 14144 | 33,3 | 34,1 |
| Bandundu | 4569 | 34914 | 973933 | 34913 | 27,9 | 27,9 |
| Equateur | 3220 | 24776 | 898964 | 24480 | 36,3 | 36,7 |
| Prov. Orientale | 3446 | 27448 | 1110114 | 26984 | 40,4 | 41,1 |
| Nord Kivu | 2277 | 19290 | 826020 | 19232 | 42,8 | 43 |
| Sud Kivu | 2116 | 16460 | 726982 | 16324 | 44,1 | 44,5 |
| Maniema | 844 | 6369 | 234523 | 6037 | 36,8 | 38,9 |
| Katanga | 3296 | 27110 | 1111987 | 26920 | 40 | 41,3 |
| Kasai Oriental | 3008 | 21929 | 949708 | 22064 | 43,3 | 43 |
| Kasai Occidental | 2591 | 18826 | 746838 | 19043 | 39,7 | 39,2 |
| Total | 29420 | 232686 | 8839888 | 230834 | 38 | 38,3 |
| 2. Niveau secondaire | | | | | | |
| Kinshasa | 1413 | 13921 | 431022 | 24816 | 31 | 17,4 |
| Bas Congo | 908 | 7025 | 166635 | 12057 | 23,7 | 13,8 |
| Bandundu | 2916 | 21867 | 423938 | 40629 | 19,4 | 10,4 |
| Equateur | 1570 | 8419 | 221201 | 15683 | 26,3 | 14,1 |
| Prov. Orientale | 1143 | 5800 | 222604 | 12186 | 38,4 | 18,3 |
| Nord Kivu | 929 | 6015 | 212589 | 11344 | 35,3 | 18,7 |
| Sud Kivu | 793 | 5682 | 188947 | 9277 | 32,3 | 20,4 |
| Maniema | 343 | 2196 | 62958 | 3595 | 26,7 | 17,5 |
| Katanga | 1525 | 10136 | 347341 | 18802 | 34,3 | 18,5 |
| Kasai Oriental | 1277 | 9257 | 294041 | 16593 | 31,8 | 17,7 |
| Kasai Occidental | 1346 | 8548 | 243833 | 14653 | 28,5 | 16,6 |
| Total | 14163 | 98866 | 2815126 | 179635 | 28,5 | 15,7 |

Tableau 3.5.2: Nombre d'enseignants de l'école primaire par province

| Nombre d'enseignants de l'école primaire par province | 2002 | Nombre d'enseignants de l'école primaire par province | 2002 |
|--------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------|--------------|
| 1. Kinshasa | | 7. Sud Kivu | |
| Demande d'enseignants | 32762 | Demande d'enseignants | 14001 |
| Offre d'enseignants | 18539 | Offre d'enseignants | 10775 |
| Taux de couverture | 56,6% | Taux de couverture | 76,9% |
| 2. Bas Congo | | 8. Maniema | |
| Demande d'enseignants | 16614 | Demande d'enseignants | 6114 |
| Offre d'enseignants | 12985 | Offre d'enseignants | 4378 |
| Taux de couverture | 78,2% | Taux de couverture | 71,6% |
| 3. Bandundu | | 9. Katanga | |
| Demande d'enseignants | 29075 | Demande d'enseignants | 29542 |
| Offre d'enseignants | 28380 | Offre d'enseignants | 16021 |
| Taux de couverture | 97,6% | Taux de couverture | 54,2% |
| 4. Equateur | | 10. Kasai oriental | |
| Demande d'enseignants | 16848 | Demande d'enseignants | 26368 |
| Offre d'enseignants | 14561 | Offre d'enseignants | 12621 |
| Taux de couverture | 86,4% | Taux de couverture | 47,9% |
| 5. Orientale | | 11. Kasai occidental | |
| Demande d'enseignants | 29028 | Demande d'enseignants | 211188 |
| Offre d'enseignants | 14253 | Offre d'enseignants | 9205 |
| Taux de couverture | 49,1% | Taux de couverture | 43,4% |
| 6. Nord Kivu | | Total RDC | |
| Demande d'enseignants | 12461 | Demande d'enseignants | 234001 |
| Offre d'enseignants | 16808 | Offre d'enseignants | 158526 |
| Taux de couverture | 134,8% | Taux de couverture | 67% |

Tableau 3.7 : Nombre d'enseignants de l'école primaire par province

| Nombre d'enseignants de l'école primaire par province | 2002 | Nombre d'enseignants de l'école primaire par province | 2002 |
|--------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------|--------------|
| 1. Kinshasa | | 7. Sud Kivu | |
| Demande d'enseignants | 32762 | Demande d'enseignants | 14001 |
| Offre d'enseignants | 18539 | Offre d'enseignants | 10775 |
| Taux de couverture | 56,6% | Taux de couverture | 76,9% |
| 2. Bas Congo | | 8. Maniema | |
| Demande d'enseignants | 16614 | Demande d'enseignants | 6114 |
| Offre d'enseignants | 12985 | Offre d'enseignants | 4378 |
| Taux de couverture | 78,2% | Taux de couverture | 71,6% |
| 3. Bandundu | | 9. Katanga | |
| Demande d'enseignants | 29075 | Demande d'enseignants | 29542 |
| Offre d'enseignants | 28380 | Offre d'enseignants | 16021 |
| Taux de couverture | 97,6% | Taux de couverture | 54,2% |
| 4. Equateur | | 10. Kasai oriental | |
| Demande d'enseignants | 16848 | Demande d'enseignants | 26368 |
| Offre d'enseignants | 14561 | Offre d'enseignants | 12621 |
| Taux de couverture | 86,4% | Taux de couverture | 47,9% |
| 5. Orientale | | 11. Kasai occidental | |
| Demande d'enseignants | 29028 | Demande d'enseignants | 211188 |
| Offre d'enseignants | 14253 | Offre d'enseignants | 9205 |
| Taux de couverture | 49,1% | Taux de couverture | 43,4% |
| 6. Nord Kivu | | Total RDC | |
| Demande d'enseignants | 12461 | Demande d'enseignants | 234001 |
| Offre d'enseignants | 16808 | Offre d'enseignants | 158526 |
| Taux de couverture | 134,8% | Taux de couverture | 67% |
| | | | |