**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**

**Ministère de la Santé Publique**

**DIRECTION D’ETUDES ET DE PLANIFICATION**

****

****

**Financement Additionnel – 3**

**P169753**

**---------------------------------------**

|  |
| --- |
| **PLAN D’ACTION EN FAVEUR DES POPULATIONS AUTOCHTONES**  **Equateur - Zone de santé d’Ingende**  PLAN D’ACTION EN FAVEUR DES POPULATIONS AUTOCHTONES  Equateur - Zone de santé d’ |

**Version finale**

**Janvier 2020**

Table des matières

[LISTE D’ACRONYMES 6](#_Toc33340431)

[Liste des tableaux 8](#_Toc33340432)

[Liste des figures 8](#_Toc33340433)

[Résumé exécutif 10](#_Toc33340434)

[Executive summary 14](#_Toc33340435)

[INTRODUCTION GENERALE 17](#_Toc33340436)

[1. **Description du projet** 17](#_Toc33340437)

[1.1. Présentation du Projet de Développement du Système de la Santé (PDSS) 17](#_Toc33340438)

[1.2. Objectif et composantes du projet 18](#_Toc33340439)

[1.2.1. Composantes du projet de PDSS 18](#_Toc33340440)

[1.2.2. Zone d’intervention du projet PDSS 18](#_Toc33340441)

[2. Justification du Plan d’Action en faveur des Populations Autochtones 20](#_Toc33340442)

[**2.1.** **Objectifs du PPA** 20](#_Toc33340443)

[2.1.1. Objectif général 20](#_Toc33340444)

[**2.1.2.** **Objectifs spécifiques** 20](#_Toc33340445)

[3. Objectifs et méthodologie de l’étude 21](#_Toc33340446)

[3.1. Objectif général 21](#_Toc33340447)

[3.2. Méthodologie de l’étude 21](#_Toc33340448)

[CHAPITRE 1. PRESENTATION DE LA ZONE D’ETUDE 23](#_Toc33340449)

[1.1. Zone de santé d’Ingende 24](#_Toc33340450)

[1.2. Situation et caractérisation des PA dans la zone santé d’Ingende 27](#_Toc33340451)

[1.3. Etat des lieux des modes de vie des PA 28](#_Toc33340452)

[**1.4.** **Les PA et les Organisations associatives dans la province de l’Equateur** 30](#_Toc33340453)

[CHAPITRE 2 : EXAMEN DU CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE DES POPULATIONS AUTOCHTONES EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO 31](#_Toc33340454)

[2.1. Cadre législatif et réglementaire national 31](#_Toc33340455)

[a) Constitution 31](#_Toc33340456)

[b) Loi n° 73-021 du 20 juillet 1973 portant régime général des biens, régime foncier et immobilier et régimes de sûretés, telle que modifiée et complétée par la loi n° 80-008 du 18 juillet 1980 31](#_Toc33340457)

[c) Loi n°11/009 du 09 juillet portant principes fondamentaux relatifs à la protection de l’environnement 31](#_Toc33340458)

[d) Code forestier 32](#_Toc33340459)

[e) Loi N0 14/003 du 11 février relative à la conservation de la nature 33](#_Toc33340460)

[2.2.Traités et Accords multinationaux applicables aux PA 34](#_Toc33340461)

[1.b) Autodétermination 35](#_Toc33340462)

[1.b.1) Droits des peuples autochtones aux terres, territoires et ressources 35](#_Toc33340463)

[1.c) Droits économiques sociaux et culturels 36](#_Toc33340464)

[1.d) Droits collectifs 36](#_Toc33340465)

[1.e) Égalité et non-discrimination 36](#_Toc33340466)

[1.f) Droits prévus par les traités, accords et autres arrangements constructifs entre les États et les peuples autochtones 36](#_Toc33340467)

[2. Décision 1/CP.16 de Cancun 36](#_Toc33340468)

[3.Politique de sauvegarde de la Banque Mondiale 38](#_Toc33340469)

[CHAPITRE 3 : EVALUATION SOCIALE DES PA DANS LA ZONE D’INGENDE 38](#_Toc33340470)

[a) Accès à la terre 38](#_Toc33340471)

[b) Accès à la santé 39](#_Toc33340472)

[c)Accès à l’éducation 39](#_Toc33340473)

[d) Accès à l’eau potable 39](#_Toc33340474)

[e) Accès à l’énergie électrique 41](#_Toc33340475)

[f) Gestion des poubelles et les installations hygiéniques 41](#_Toc33340476)

[g) Conflit et relation avec les populations Bantous 42](#_Toc33340477)

[h) Habitat des PA 44](#_Toc33340478)

[i) Principales activités de subsistance et génératrices de revenus exercées par les PA 44](#_Toc33340479)

[k) Violences sexuelles et domestiques 44](#_Toc33340480)

[l) Principaux besoins des PA 45](#_Toc33340481)

[CHAPITRE 4. RESUME DES CONSULTATIONS 47](#_Toc33340482)

[1. Méthodologie 47](#_Toc33340483)

[2. Cadre de Consultation Des PA 47](#_Toc33340484)

[3. Synthèse des résultats des focus group et des entretiens approfondis 48](#_Toc33340485)

[a. Institutions consultées 49](#_Toc33340486)

[b. Participants aux 6 focus – group organisés 49](#_Toc33340487)

[c. Opinions des participants ou des personnes consultées 49](#_Toc33340488)

[4. Synthèse de principaux problèmes et principales solutions des PA 50](#_Toc33340489)

[5. Responsabilités des participants aux consultations 51](#_Toc33340490)

[6. PRINCIPES DES CONSULTATIONS 53](#_Toc33340491)

[7. Opinions des participants ou des personnes consultées 55](#_Toc33340492)

[8. Synthèse de principaux problèmes et principales solutions des PA 55](#_Toc33340493)

[9. Préoccupations des autres acteurs étatiques et non - étatiques 58](#_Toc33340494)

[A. Autorités administratives et autres responsables intervenants dans les projets PDSS 58](#_Toc33340495)

[B. Les autorités Politico-administratives 58](#_Toc33340496)

[C. Représentant des ONG locales 58](#_Toc33340497)

[10. Recommandations 58](#_Toc33340498)

[11. Evaluation des impacts du projet sur les populations autochtones et mesure d’atténuation 59](#_Toc33340499)

[11.1. Impacts positifs potentiels 59](#_Toc33340500)

[11.2. Impacts négatifs potentiels 59](#_Toc33340501)

[11.3. Mesures d’atténuation des impacts négatifs 60](#_Toc33340502)

[Non intégration des PA dans les activités du projet 61](#_Toc33340503)

[12. Plan d’actions 62](#_Toc33340504)

[13. Chronogramme de mise en œuvre 66](#_Toc33340505)

[14. Budget 68](#_Toc33340506)

[CHAPITRE 5 : DISPOSITIF ORGANISATIONNEL DE MISE EN ŒUVRE 70](#_Toc33340507)

[1. Responsabilité de mise en œuvre du PPA 70](#_Toc33340508)

[2. Suivi et évaluation de la réalisation du plan 71](#_Toc33340509)

[3. Indicateurs de suivi : 72](#_Toc33340510)

[4.Diffusion de l’information 73](#_Toc33340511)

[**5.** **Mécanisme de gestion des plaintes et résolution des conflits** 73](#_Toc33340512)

[6.Dispositif de gestion du MGPR 75](#_Toc33340513)

[7.Cadre organisationnel 76](#_Toc33340514)

[8. **Evaluation de la nature de la plainte et son éligibilité** 78](#_Toc33340515)

[9. Consultations, tracts et affichage. 79](#_Toc33340516)

[Procédure n°1 79](#_Toc33340517)

[Procédure n°2 : 80](#_Toc33340518)

[Procédure n°3 80](#_Toc33340519)

[10. Processus de diffusion. 81](#_Toc33340520)

[11.Tableau 23 : BUDGET INDICATIF DU MGPR 81](#_Toc33340521)

[Bibliographie 82](#_Toc33340522)

[Annexes 84](#_Toc33340523)

[ Synthèse des réunions 84](#_Toc33340524)

# LISTE D’ACRONYMES

**ACDPV  :** Action Communautaire de Défense et Protection de la vie au Congo

**ACPS**  : Action Communautaire pour la Promotion de la Santé.

**ADMR :** Action pour le Développement des Milieux Ruraux

**AGR  :** Activité génératrice de revenu

**ANE  :** Agence Nationale de l’Environnement

**APDMAC**  : Action pour la Promotion des Droits des Minorités en Afrique Centrale.

**APRODEPED** : Action de promotion et de développement des populations, d’enfants et de défavorisés

**ASFPA  :** Association des femmes des Populations Autochtones au Kivu.

**BAD  :** Banque Africaine de Développement

**BM  :** Banque mondiale

**C A D H P**  : Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples.

**CADRE** : Centre d’accompagnement et de développement des réfugiés

**CADERCO** : Centre d’appui au développement et à la recherche au Congo

**CAMV**   : Centre d'Accompagnent des Autochtones pygmées et Minoritaires

**CEDEN** : Cercle pour la défense de l’environnement

**CENADEP**  : Centre National d’Appui au Développement et à la participation

**CICR**  : Centre d’initiatives et de concertation et de rassemblement

**CIFOR**  : Centre de recherche forestière internationale

**CPLT**  : Centre de promotion locale et des traditions

**CPPA  :** Cadre de Planification en faveur des populations autochtones

**CPR** : Cadre de Politique de Réinstallation

**DECOR**  : Développement Communautaire et Rural.

**DRC**  : Democratic Republic of Congo

**DGPA  :** Dynamique de Groupe des Peuples Autochtones

**DO  :** Directives Opérationnelles

**DPS**  : Direction Provinciale de Santé

**DSCRP**  : Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté

**ERND**  : Environnement Ressources Naturelles et Développement

**FBP  :** Financement Basé sur la Performance

**Fft  :** Forfait

**FM** : Fonds Mondial

**ICCN**  : Institut Congolais pour la Conservation de la Nature

**IDA  :** Association Internationale pour le Développement

**IEC  :** Information, Education, Communication

**IPs :** Indigenous Peoples

**IPP** : Indigenous People Plan

**IPAAC**  : Comité de Coordination des Peuples Autochtones d'Afrique

**IPROFAVE**  : Initiative pour la Promotion des Femmes Autochtones et Vulnérables

**IST  :** Infection sexuellement transmissible

**JC**  : Jésus- Christ

**JIPA**  : Journée Internationale des Peuples Autochtones

**LINAPYCO**  : Ligue Nationale des Associations Pygmées du Congo

**MARP**  : Méthode Accélérée de Recherche Participative.

**MSF- -Espagne** : Médecins sans Frontières - Espagne

**N°**  : Numéro

**Nbre** : Nombre

**OIT**  : Organisation Internationale du Travail

**OMS  :** Organisation Mondiale de la San

**ONG  :** Organisation Non Gouvernementale

**ONU**  : Organisation des Nations Unies

**OP  :** Politique Opérationnelle

**P A**  : Peuples Autochtones

**PDSS  :** Projet de Développement du Système de la Santé

**PEV  :** Programme Elargi de Vaccination

**PO/PB  :** Politique Opérationnelle/ Procédures de la Banque

**PPA  :** Plan en faveur des Peuples autochtones

**PU  :** Prix unitaire

**RAPY**  : Réseau des Associations Autochtones Pygmées

**RCD**  : Rassemblement Congolais pour la Démocratie.

**RDC/ RD Congo** : République Démocratique du Congo

**REPALEF**  : Réseau des associations des Peuples Autochtones et Locales

**SPFA** : Solidarité pour la promotion de femmes autochtones

**SAD** : Soutien et Action pour le Développement de l’Afrique

**SMI**  : Santé Maternelle et Infantile.

**UEFA**  : Union pour l'Emancipation de la Femme Autochtone

**UNESCO  :** Organisation des Nations Unies pour l’Education, la Science et la Culture

**UNFP**  : Fonds de Nations Unies pour la Population

**UNICEF  :** Fonds des Nations Unies pour l’Enfance

**VIH Sida  :** Virus de l'immunodéficience humaine ou sida

**ZS**  : Zone de Santé

# Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition de la population par tranches d’âge

Tableau 2 : Pathologies dominantes selon la morbidité (cinq)

Tableau 3 : Pathologies dominantes selon la mortalité (cinq)

Tableau 4 : Autres pathologies endémo- épidémiques

Tableau 5 : Répartition de PA par groupements

Tableau 6 : Modes de vie des PA

Tableau 7 : Enjeux des garanties relatives à la consultation

Tableau 8 : Données concernant la source d’alimentation en eau

Tableau 9 : Typologie des conflits

Tableau 10 : besoins identifiés

Tableau 11 : liste des institutions et personnes consultées

Tableau  12: L’atelier de l’élaboration de PPA

Tableau 13 : Types d’intervenants

Tableau 14 : Principes des consultations

Tableau 15 : Résumé des préoccupations des PA exprimées lors des consultations publiques

Tableau 16 : Mesures d’atténuation des impacts négatifs potentiels

Tableau 17 : Plan d’action de la mise en œuvre du Plan des Peuples Autochtones PDSS

Tableau 18 : Chronogramme de Mise en œuvre

Tableau 19 : Budget

Tableau 20 : acteurs de la mise en œuvre de PPA

Tableau 21 : Mise en œuvre du suivi et de l’évaluation

Tableau 22 : Types d’intervenants

Tableau 23 : Budget Indicatif du MGPR

# Liste des figures

**Figure 1.** Zones de santé appuyées par le PDSS

**Figure 2 :** Carte de la zone de santé

# Résumé exécutif

Le Gouvernement de la République Démocratique du Congo (RDC) avait sollicité et obtenu de l'Association Internationale de Développement (IDA)**,** un crédit d’un montant équivalant à 220 millions USD (130 $ US de crédit et de don et 90 $ US provenant du don du fonds fiduciaire multi bailleur soutenant l’innovation) et de l’USAID, 6.5 millions de dollars Américains.

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

Les principales composantes du projet sont présentées ci-dessous.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Afin de consolider les acquis du projet et mettre en œuvre de sa politique sectorielle pour le développement des soins de santé essentiels de sa population, le Gouvernement de la RDC a reçu auprès de la Banque mondiale, un premier fond additionnel au Projet de Développement du Système de Santé (PDSS) **à** hauteur de 120 millions USD, dont l’objectif principal était d’améliorer l’utilisation et la qualité de services de santé maternelle et infantile dans les zones de santé ciblées. Avec ce financement additionnel, le projet a étendu ses actions par la mise à l’échelle des paquets additionnels qui comportent la santé de la mère et de l’enfant, la santé des adolescents et des jeunes, le renforcement du système de santé avec la gestion des médicaments et le rajeunissement des effectifs du personnel médical, le renforcement de la gestion financière.

**Un deuxième financement additionnel au PDSS à hauteur de 10 millions USD, Don Fonds mondial a été obtenu, dans l’optique d’augmenter la prestation des services de santé de base du paquet intégré existant.**

**Aussi, le Gouvernement de la RDC a sollicité et obtenu de l’IDA,** l’octroi d’un don IDA d’un montant équivalent à 120 millions USD pour le troisième financement du PDSS. L'objectif de ce financement est entre autres, de reconstituer les 80 millions USD réaffectés du projet. Cette reconstitution permettrait au projet d’atteindre l’Objectif du Développement du Projet (ODP) et les résultats escomptés, conformément aux cibles fixées dans le cadre des résultats. En outre, ce financement renforcera le projet avec un montant de 40 millions USD pour financer les activités d’intervention d’urgence visant à endiguer l’épidémie à virus Ebola. Étant donné que cette épidémie en cours est un cas d’urgence officiellement déclaré par le Gouvernement, sa mise en œuvre s’effectuera conformément aux procédures condensées en vertu du paragraphe 12 de la section III de la politique de la Banque régissant le financement des projets d’investissement.

Dans le cadre du troisième financement du Projet PDSS, couvrant treize provinces de la RDC, un Plan d’action en faveur des PA, a été préparé par Zone d’intervention et ce, dans le respect de l’arsenal juridique national et international relatif aux Populations Autochtones, PA. En effet, la constitution de la RDC, le code forestier, la loi relative à la conservation de la nature, les dispositions légales relatives à l’Etat civil et à la citoyenneté ainsi que les textes internationaux et régionaux ratifiés/ signés par la RDC, ne créent aucune discrimination à l’endroit des PA.

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

Le présent document constitue le PPA pour la Province de l’Equateur, Zone de Santé d’Ingende. Il est le résultat d’une approche participative basée sur la revue documentaire et les consultations à travers des focus–groups avec les différentes catégories de populations autochtones, communautés locales, et des entretiens approfondis avec les autorités administratives locales et des responsables des ONG, des confessions religieuses, etc. Ensuite, les ateliers ont été organisés dans les campements des PA qui ont respecté l’application du Consentement libre, Informé et préalable (CLIP) pour obtenir qu’elles adhèrent massivement au projet et qu’elles expriment leurs points de vue et participent à la décision sur la mise en œuvre du projet en tenant compte de l’inclusion des représentants de deux sexes , d’atténuer les impacts négatifs qui peuvent surgir lors de la mise en œuvre du projet  et de s’assurer que les bénéfices qui ont été prévus sont culturellement appropriés. Parmi les résultats les plus importants de ces consultations qui ont respecté le principe de CLIP, il y a lieu de citer le fait que tous les PA ont reconnu que le projet PDSS induit de nombreux impacts potentiels positifs sur eux. Toutefois, certains impacts négatifs propres sont subordonnés aux facteurs suivants :

* Non accès aux soins de santé ;
* Non intégration des PA dans les activités du projet ; et
* Non - réalisation des actions proposées

Pour atténuer ces impacts négatifs sur les Populations Autochtones, les actions suivantes sont recommandées :

* Organiser les campagnes de vulgarisation des droits et devoirs de la culture PA ;
* Organiser les campagnes de sensibilisation contre la malnutrition, le manque d’hygiène, la mise en place de moyen d’évacuation des malades et des relais communautaires ;
* Assurer le renforcement de capacité des relais communautaires ;
* Mettre en œuvre les activités de suivi - évaluation des mécanismes de gestion des plaintes.

Les consultations avec les PA se sont déroulées en trois missions au total lors de la phase préparatoire d’une mission, la phase de mise en œuvre des consultations dans les 13 provinces et la province du Nord Kivu pour l’Ebola et la phase rétroactive lors des ateliers de restitution en appliquant la CLIP (la consultation libre, informé et préalable).

Par ailleurs, un mécanisme de collecte et de traitement des plaintes a été mis en place et fonctionnera au niveau du comité de campement, de celui du pilotage de la zone de santé et de celui du comité du pilotage provincial avec la participation de la société civile et des PA. Dans le cadre de l’inclusivité et de la transparence, un mécanisme du suivi et évaluation fonctionnera également avec la participation de toutes les parties prenantes.

Le coût global du PPA proposé pour la province de l’Equateur dans la zone de santé d’Ingende est évalué à **161090 $.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Activités | Unité | Quantité | Coût unitaire en USD | Coût total  en USD |
| 1 | Atelier de lancement MGPR | 3 jours | 45 participants | $ 30/ jour et participant | 4050 |
| 2 | Campagne de sensibilisation contre la malnutrition | 2 jours | 14 aires | $ 150/ jour et participant | 4200 |
| 3 | Valorisation des savoirs endogènes et de la pharmacopée | 18 jours | 70 personnes | $ 10/ jour et participant | 12600 |
| 5 | Moyens d’évacuation des malades | 1 mois | 140 vélos | $150/ mois et vélo | 21000 |
| 6 | Renforcement des capacités des leaders communautaires : validation du kit de formation | 2 jours | 45 participants | $ 20/ jour et participant | 1800 |
| Renforcement des capacités des leaders communautaires : 2 ateliers de formation | 2 jours | 84 relais | $ 25/ jour et relais | 4200 |
| 7 | Mécanisme de gestion des plaintes | 20 mois | 14 aires | $ 204/ mois et aires | 57120 |
| 8 | Mission de suivi | 2 ans | 6 missions | $ 5000/ ans et missions | 60000 |
|  |  |  |  |  | **164970 $ US** |

# Executive summary

The Democratic Republic of Congo (DRC) Government had solicited and obtained from the International Development Association (IDA) a US$ 220 million project (US$ 130 million credit; US$ 90 million grant) and US$ 6.5 million from the multi-donor Health Results Innovations Trust Fund. The “PDSS” project operates in twelve DRC provinces which are: Equateur, Mongala, Mai-Ndombe, South Ubangi, Tshuapa, Maniema, Kwilu, Kwango, Lualaba, high Katanga, high Lomami and North Kivu for the Ebola virus disease.

The overall goal of the project is to improve utilization and quality of maternal and child health services in targeted areas. The main components of the project are:

* Component 1. Improve Utilization and Quality of Health Services at Health Facilities through Performance Based Financing (PBF)

This component aims to increase the volume and quality of health services, with a

specific focus on maternal and child health interventions, through PBF in selected health

zones. The activities supported by this component include, among others, interventions to deliver high impact health services at health centers and district hospitals, increase the availability of drugs, and build capacity of human workers.

* Component 2. Improve Governance, Purchasing and Coaching and Strengthen Health Administration Directorates and Services through PBF.

This component builds local capacity in PBF contract management and verification functions through the *Etablissement d’Utilité Publique* (EUPs), and to strengthen management capacity of the health sector more generally.

* Component 3. Strengthen Health Sector Performance – Financing and Health Policy Capacities.

This component reinforces the reform process with a specific focus on policy dialogue on health policies and health financing which will support the sustainability of the investments and approaches covered in components 1 and 2. It will also provide opportunities to improve data collection and reinforce the ability of policy development to be based on reliable data.

* Component 4: Disease Surveillance System Strengthening and Response.

This component address disease surveillance strengthening and response.

The DRC Government received a first additional financing in March 2017 (US$ 120 million credit; US$ 40 million GFF; US$ 3.5 million USAID) to expand the geographic coverage of the project and to focus more strongly on family planning, nutrition and retiring health workers. A second additional financing of US $ 10 million from the Global Fund Grant was secured in March 2018. The financing aimed to increase the delivery of basic health services but did not alter the project’s scope. The project’s third additional financing of US$ 120 million was approved in February 2019. The goal of the funds was to replenish the US$ 80 million that had been reallocated to response activities for the country’s 9th and 10th Ebola Virus Disease (EVD) outbreaks. This replenishment would allow the project to achieve its objective and expected results, in line with the targets set in the results framework. In addition, US$ 40 million was allocated to finance emergency response activities to contain the EVD10. EVD10 is ongoing and was officially declared an emergency by the Government. Its implementation will be carried out in accordance with the procedures summarized under section III, paragraph 12, of the Bank is project financing investment policy.

The Third Additional Financing became effective in August 2019. The project covers twelve of DRC’s twenty-six provinces. An Action Plan for Indigenous Populations (IPP) has been prepared for each targeted area, in accordance with the national and international legal arsenal for Indigenous Peoples. The DRC constitution, forest code, law of nature conservation, legal relation provisions to civil status and citizenship as well as international and regional texts ratified / signed by the government, aim to not discriminate against IPs.

The social assessment conducted for the project found that challenges IPs face in these areas are related to access to basic socio-economic services (education, health, drinking water, citizenship), low capacity to implement subsistence activities and to generate income.

This IPP is focused on Kungu Health Zone in South Ubangi Province. It was developed using a participatory approach based on i) document review, ii) focus-group consultations with different categories of IPs and local communities, and iii) in-depth interviews with local administrative authorities and NGOs leaders, religious leaders, and so on. Thereafter, workshops were organized in the zones where IPs live. Prior, informed consent was taken to determine that, they understand the project and purpose of the workshop, express their points of view and actively participate in decisions regarding implementation of the project. Their insight was used to ensure that the project benefits both sexes, mitigates negative impacts that may arise during the implementation, and is culturally appropriate. Among the most important the results of these consultations, which respected the principle of informed consultation, is that IPs acknowledged the PDSS project had many positive potential impacts on them. However, some negative impacts may arise, including:

* No access to health care;
* No integration of IPs into project activities;
* Failure to carry out the proposed mitigation activities

To mitigate these negative impacts on IPs, the following actions are recommended:

* Organize campaigns related to the IP rights, duties and culture;
* Organize awareness campaigns for malnutrition, hygiene, evaluation of patients, community health workers;
* Ensure the capacity building of community health workers;
* Monitor and evaluate the project’s Grievance Redress Mechanisms (GRM).

Consultations with IPs took place over 3 missions: a preparatory mission, consultations in the 13 provinces and the North Kivu province for Ebola, and then a feedback workshops to use an informed consultation process.

In addition, a mechanism for collecting and handling complaints has been set up and will operate at the level of the community committee, the health zone steering committee and the provincial steering committee with the participation of civil society and IPs. In the context of inclusivity and transparency, a monitoring and evaluation mechanism will also work with the participation of all stakeholders.

In addition, a mechanism for collecting and handling complaints has been set up and will operate at the level of the camp committee, the health zone steering committee and the provincial steering committee with the participation of civil society and IPs. In the context of inclusivity and transparency, a monitoring and evaluation mechanism will also work with the participation of all stakeholders.

The overall cost of the proposed IPP for the Equator province in Ingende health zone is estimated at $ **164970**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Activities | Unity | Quantity | Unit Cost ($ US) | Overall Cost ($ US) |
| 1 | Launch workshop on Complaint Management Mechanism | 3 days | 45 IPs | $ 30/ day and IP | 4050 |
| 2 | Awareness campaign against malnutrition | 2 days | 14 zones | $ 150/ day and worker | 4200 |
| 3 | Development of indigenous knowledge and pharmacopoeia | 18 days | 70 IP | $ 10/ day and IP | 12600 |
| 4 | Patients evacuation | 1 month | 140 evacuations | $150/ month et evacuation | 21000 |
| 5 | Capacity building of community health workers: kit of formation | 2 days | 45 workers | $ 20/ day and worker | 1800 |
| Capacity building of community health workers: awareness | 2 days | 84 workers | $ 25/ day and worker | 4200 |
| 6 | Complaint Management Mechanism | 20 months | 14 zones | $ 204/ month et zone | 57120 |
| 7 | Follow up mission | 2 years | 6 missions | $ 5000/ year and mission | 60000 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **$ 164960** |

**INTRODUCTION GENERALE**

1. **Description du projet**

## Présentation du Projet de Développement du Système de la Santé (PDSS)

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

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

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

## 1.2. Objectif et composantes du projet

### 1.2.1. Composantes du projet de PDSS

Les principales composantes du projet sont présentées ci-dessous.

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

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

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

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

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

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

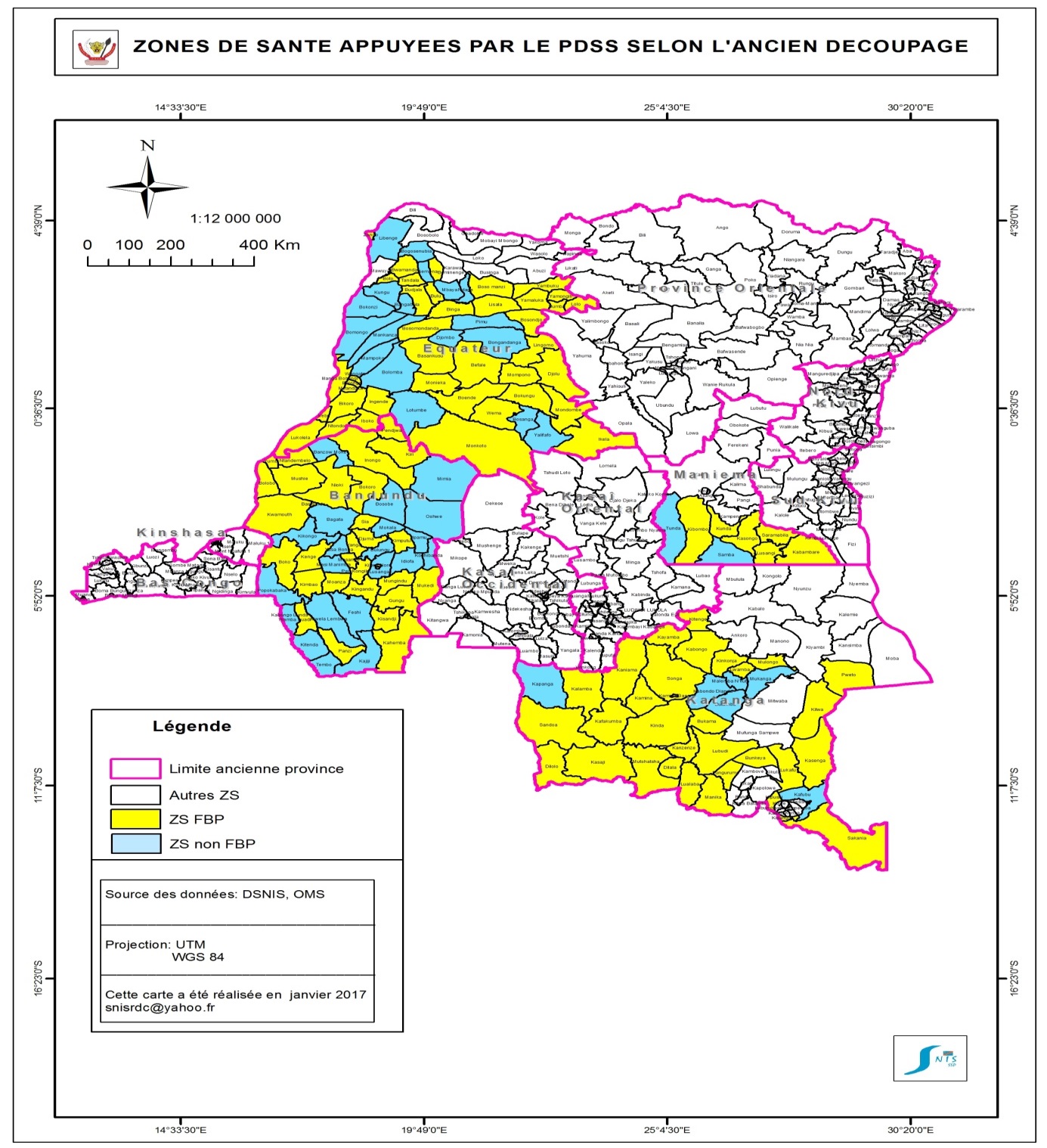
* **Composante 4. Renforcer le système de surveillance et réponse**

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

## 1.2.2. Zone d’intervention du projet PDSS

Le projet concerne les provinces suivantes :  ***Equateur, Mai-Ndombe, Sud – Ubangi, Mongala, Tshuapa, Maniema, Kwilu, Kwango, Lualaba, Haut – Katanga, Haut Lomami, Nord Kivu spécifiquement pour Ebola.*** Il est localisé dans 12 Départements Provinciaux de la Santé du pays avec 169 zones de santé réparties de la façon suivante : DPS Sud Ubangi (16 ZS), DPS Mongala (12 ZS), DPS Equateur (18 ZS), DPS Tshuapa (12 ZS), DPS Kwilu (24 ZS), DPS Mai-Ndombe (14 ZS), DPS Kwango (14 ZS), DPS Lualaba (14 ZS), DPS Haut Lomami (16 ZS), DPS Haut Katanga (8 ZS) , DPS Maniema (8 ZS) ,DPS Nord Kivu (11). Ce projet couvre une population de +/- 30 800 000 habitants y compris les provinces sans PA. (voir carte ci-après).

**Figure 1. Zones de santé appuyées par le PDSS**



(Source : INS, Projections démographie)

1. **Justification du Plan d’Action en faveur des Populations Autochtones**

Pendant la préparation du projet PDSS, des Cadres de Planification en faveur des Populations Autochtones (CPPA) ont été élaborés par chaque projet pour prendre en compte les PA vivants dans les zones d’implantation du projet. Ce présent plan d’action en faveur des Populations Autochtones (PPA) a ensuite été élaboré pour les zones de santé ciblées par le projet PDSS pour se mettre en conformité avec la Politique opérationnelle OP/BP 4.10.

* 1. **Objectifs du PPA**

### Objectif général

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

* + 1. **Objectifs spécifiques**

De façon spécifique, ce PPA poursuit les objectifs suivants :

* Mettre en place les compétences nécessaires à la mise en œuvre d’un PPA PDSS suivant la PO 4.10 ;
* Appuyer les peuples autochtones dans des actions concrètes qui instaurent des opportunités égales et n’impactent pas négativement sur leur environnement et leur culture. Il s’agit notamment de s’assurer que ce PPA apporte une réponse à la situation sanitaire précaire des PA qui a été confirmée dans l’étude santé Pauvreté réalisée dans le cadre de l’élaboration du Document de Stratégie de croissance et de réduction de la Pauvreté ;
* Définir un cadre de suivi et d’évaluation participative ainsi que les dispositions institutionnelles à prendre pour assurer l’implication effective dans la mise en œuvre de ces actions de ce PPA et la réalisation des activités pour optimiser les impacts et retombées positifs en faveur des PA tout en veillant à atténuer les impacts environnementaux et sociaux défavorables, les supprimer ou les réduire à des niveaux acceptables pour les populations autochtones.

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

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

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

# 3. Objectifs et méthodologie de l’étude

## 3.1. Objectif général

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

En d’autres termes, l’objectif de l’étude est de réaliser un Plan d’action en faveur des PA qui seront touchés par la mise en œuvre du PDSS.

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

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

## 3.2. Méthodologie de l’étude

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

* Revue documentaire sur la situation des PA dans les zones du projet (les données générales sur les peuples pygmées, leur répartition géographique, démographique, leur mode d’éducation, de santé, etc.) ;
* Analyse des documents techniques du projet et d’autres documents stratégiques concernant les exigences de la Banque mondiale dans la réalisation des projets sociaux et d’études environnementales et sociales ;
* Une consultation participative liée à aux composantes ou activités du projet ayant permis aux peuples autochtones de la zone de réalisation du projet de :
* exprimer leurs vues et de participer à la décision sur la mise en œuvre du projet en tenant compte de l’inclusion des représentants des deux sexes ;
* atténuer les impacts négatifs qui peuvent surgir lors de la mise en œuvre du projet ; et
* s’assurer que les bénéfices qui ont été prévus sont culturellement appropriés.

Cette enquête de terrain a été réalisée à travers des focus groups avec les PA hommes et femmes, des entretiens approfondis avec les médecins chefs de zone, les autorités locales et les leaders d’opinion, des rencontres avec les acteurs institutionnels et des partenaires principalement concernés par le projet ;

* Observation directe des particularités culturelles, des modes de vie des populations autochtones, de leur état de marginalisation et des expériences d’appui au développement et d’autopromotion en leur faveur.

Au total, neuf (9) ateliers de conciliation ont été organisés à BONGANDANGA (Mongala), BIKORO(Equateur), KASONGO(Maniema), INONGO (Mai-Ndombe), DONGO (Sud –Ubangi), MONKOTO (Tshuapa), GOMA (Nord Kivu), Bukavu (Sud Kivu) pour le compte de PDSS.

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

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

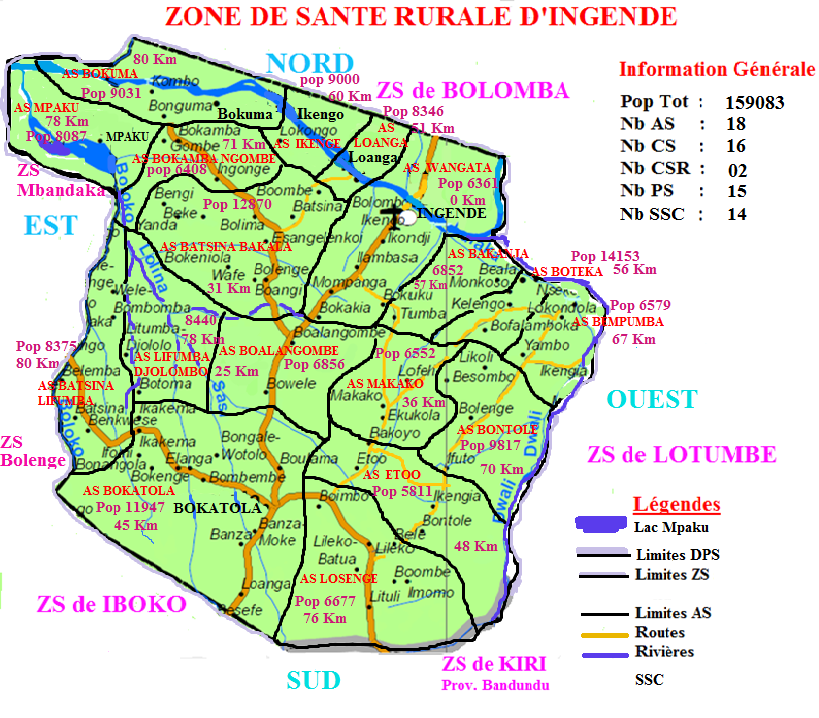
# CHAPITRE 1. PRESENTATION DE LA ZONE D’ETUDE

Le territoire d’Ingende est parmi les territoires qui composent la province de l’Equateur, avec une population totale d’environ 2848447 habitants (source : Assistant administrateur du Territoire). Il est situé dans la partie sud de la province de l’Equateur en République Démocratique du Congo, dans une province de la cuvette centrale caractérisée par des plaines et des vastes régions marécageuses.

La population, estimée à 172.448 habitants, est concentrée sur les principaux axes fluviaux et routiers d'un vaste territoire de 172.898 Km2. Elle est composée de 2 groupes ethniques, les Batswa (pygmées 60 %) et les Nkundo (bantous 40 %).

Les communications sont assurées essentiellement par eau. Les routes, datant de l'époque coloniale et non entretenues, sont dans l'ensemble impraticable.

**Figure 2 : Carte de la zone de santé**

.

Ce territoire comporte 2 Zones de Santé Rurales (ZSR d’Ingende, ZSR Lotumbe).

Notre PPA porte sur la zone de santé d’Ingende.

* 1. **Zone de santé d’Ingende**

Dotée d’une superficie d’environ 17328 km2, la zone de santé d’Ingende est située en RDC, en Province de l’Equateur, en territoire d’Ingende avec ses 18 aires de santé. Elle est limitée :

* Au nord par la zone de santé de Bolomba
* Au sud la zone de santé de Kiri (Province de Mai Ndombe) et la ZS d’Iboko
* A l’Est par la ZS de Mbandaka et la ZS de Bolenge
* A l’Ouest la zone de santé de Lotumbe

Cette zone est subdivisée en deux principaux axes dont : l’axe lacustre et l’axe montagneux.

En effet, cette zone est dominée par des montagnes et de quelques petites vallées. Le sol de cette dernière est argilo-sablonneux. Dictées par le relief, les vallées sont caractérisées par la présence des sols alluvionnaires. Ceux- ci influencent beaucoup la production agricole du milieu.

**Tableau 1 : Répartition de la population par tranches d’âge**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aires de santé | Population totale | 0-18 ans | 19 ans - |
| Wangata | 14060 | 8504 | 5556 |
| Boteka | 15015 | 8653 | 6362 |
| Bakanja | 7270 | 3723 | 3547 |
| Bempumba | 6979 | 3351 | 3628 |
| Makako | 6972 | 3465 | 3507 |
| Boend’etoo | 6165 | 3317 | 2848 |
| Bontole | 10415 | 5816 | 4599 |
| Losenge | 7083 | 3553 | 3530 |
| Boalangombe | 7274 | 3492 | 3782 |
| Bokatola | 13685 | 7341 | 6344 |
| Batsina lifumba | 8885 | 4812 | 4073 |
| Lifumba djolongo | 8954 | 4800 | 4154 |
| Batsina bakaala | 13654 | 7069 | 6585 |
| Loonga | 8854 | 4267 | 4587 |
| Ikenge | 9548 | 4758 | 4790 |
| Bokuma | 9581 | 5422 | 4159 |
| Bokambangombe | 6798 | 3800 | 2998 |
| Mpaku | 8580 | 4119 | 4461 |

Source : DPS Equateur, Rapport trimestriel 2017

Les enfants représentent en moyenne 64,4% des membres du ménage. Ce qui signifie que cette zone de santé a une population relativement jeune.

Plusieurs intervenants sont présents dans la ZS d’Ingende et interviennent auprès de déplacés dans la distribution de vivres (PAM/Caritas Goma), la distribution de non vivres (CICR), l’eau et assainissement (IRC/RRM), les abris (IRC/RRM), la santé (MSF-E) et les violences sexuelles (CICR et MSF-E).

La zone de santé d’Ingende, est une région à vocation agro-pastorale dont les principaux types de cultures pratiquées dans   cette zone sont de trois catégories, à savoir : les cultures vivrières et les cultures maraichères. Mais la pêche des fretins et des tilapias faits de manière traditionnelle .et l’élevage des caprins y sont pratiquées également. Même si l’élevage familial des races locales et laissées en divagation, la chèvre est appelée « la vache du pauvre » et sert de compte en banque convertissable en argent liquide en cas de nécessité. »

Mais la ZS d’Ingende est connue d’être la terre d’accueil de déplacés ainsi que des réfugiés en fuyant les exactions des hommes armés dans les hauts plateaux d’Ingende. La persistance d’un état généralisé d’insécurité, avec des pics de violence dans certaines aires, reste la cause principale de la crise humanitaire exacerbée par la présence et les actions des groupes armés et des milices, les tensions intercommunautaires et les problèmes d’accès à la terre, issus du conflit foncier.

D’après l’ONG CADRE qui travaille dans un site où sont installés des déplacés, au mois de mai et juillet 2007 ces derniers auraient reçu une assistance en vivres de la part de Caritas-Goma et une assistance en non vivres de la part de IRC/RRM. L’assistance en médicament s’est faite par MSF-Espagne via les centres de santé. IRC/RRM a assisté les déplacés en vivres et en eau et assainissement (aménagement de quelques sources, multiplication des bornes fontaine, construction de quelques latrines) en septembre 2007. Une troisième distribution de vivres à eu lieu en décembre par Caritas-MBANDAKA.

**Pathologies dominantes :**

**Tableau 2 : Pathologies dominantes selon la morbidité (cinq)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° | Pathologies | Nbre de cas | Proportion |
| 1 | **Paludisme** | **19.432** | 28% |
| 2 | **IRA** | **6.984** | 10% |
| 3 | **IST** | **2.971** | 4% |
| 4 | **Diarrhée** | **2.612** | 3,7% |
| 5 | **Anémie** | **948** | 1,5% |
|  | **Autres** | **30.335** | 43% |
|  | **Total** | **69.742** | **100%** |

Source : Rapport de la zone de santé, 2018

**Tableau 3 : Pathologies dominantes selon la mortalité (cinq)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° | Pathologies | Nbre de cas | Proportion |
| 1 | **Paludisme** | **23** | 42% |
| 2 | **Anémie** | **11** | 20% |
| 3 | **Diarrhée** | **10** | 19% |
| 4 | **Tétanos néonatal** | **2** | 0,37% |
| 5 | **Méningite** | **1** | 0,18% |
| 6 | **Autres décès** | **7** | 12% |
|  | **Total général** | **54** | 100% |

Source : Rapport de la zone de santé, 2018

**Tableau 4 : Autres pathologies endémo- épidémiques** ou autres problèmes spécifiques de santé ayant un intérêt de santé publique particulier :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° | Pathologies/Problèmes de santé | Nbre de cas | Proportion |
| 1 | **TBC** | **237** | **38%** |
| 2 | **Onchocercose/Autres filarioses** | **171** | **28%** |
| 3 | **Malnutrition** | **107** | **17%** |
| 4 | **Lèpre** | **65** | **11%** |
| 5 | **HTA** | **39** | **6%** |
|  | **Total** | **619** | **100%** |

Source : Rapport de la zone de santé 2018

*Commentaires en rapport avec la situation épidémiologique*

|  |
| --- |
| * Par rapport à la morbidité, le paludisme reste la première cause d’avec 19.432 cas sur un total de 69.742 nouveaux cas soit 28%, suivi des IRA avec 6984 nouveau cas soit 10% et des IST à 2971 nouveau cas soit 4%. * Signalons que la majorité des cas des anémies sont dus au paludisme (948 soit 1.5% du total des cas. * Les cinq premières pathologies représentent à elles celles 57% et les autres 43% sur le total des cas. * Quant à la mortalité, le Paludisme domine avec 23/54 décès, soit 42% suivi de l’anémie avec 11/54 décès soit 20% et de la diarrhée 10/54 soit 19%. * Les trois pathologies font pour la mortalité un total de 84% * Quant aux autres pathologies : la Tuberculose, Onchocercose/autres filarioses et lèpre restent encore endémique dans la ZS avec respectivement 237,171 et 65 cas chacune. * NB : Il faudra signaler que dans les 65 cas de lèpre, 62 ont été dépistés pendant la mini campagne de l’élimination de la lèpre (MINICEL) organisée au T2 2018 avec l’appui de la CPLT et dont 55 cas ont été dépistés chez le peuple autochtone. |

## 1.2. Situation et caractérisation des PA dans la zone santé d’Ingende

Les PA de la zone de santé d’Ingende vivent en osmose avec la forêt qui représente pour eux, le supermarché, le lieu de chasse et de vie, l’espace de médiation avec les ancêtres. Mais les sédentaires commencent à abandonner leurs modes de vie traditionnelles en fonction de leur résilience à la modernité.

Mais en fonction de cette osmose à la forêt, certains reproduisent l’ordre social traditionnel à travers les activités de l’attachement de chasse et de cueillette qui ont été héritées des temps anciens.

La compréhension des interrelations entre les PA et les politiques de sédentarisation, et la situation contemporaine caractérisée par la venue de multiples acteurs tels qu’organisations non- gouvernementales, exploitants forestiers et miniers et agents de développement (Bahuchet 1991) sont importantes pour l’analyse de l’évolution du mode de vie des groupes pygmées : « On constatera, en effet, que les modifications s’effectuent toujours par rapport à ces relations, soit que l’évolution de l’économie des villageois influence le mode de vie des Pygmées, soit que les Pygmées évoluent en réaction à leurs liaisons avec les villageois » (Bahuchet 1991 :10)

Dans la zone de santé d’Ingende, les PA se trouvent en grand nombre dans les villages et les campements et vivent dans de petites familles issues d’un mariage organisé suivant leurs propres coutumes et traditions.

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

**Tableau 5 : Répartition de PA par groupements**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Territoire | Villages | Activités |
| Ingende | Bempumba, Bongale, Bongale Wonlenge, Iyambo 2, Bondenge, Ekombo, Empongo, Mbetania, Beteleme, Elinga, Mpombi, Mpeka, Bokenga 1, Boyela 2, Mpaku, Bonsanga, Bokuku, Ebila, Mbata, Ekakabu, Losofi, Lolimola, Losenge, Lituli, Lileko, Mbele, Mbombe, Boimbo, Bosembo, Mbengela, Abest, Lobilo, Lokelo, Boala, Bokuma, Bombomba, Nkombo, Ikuwa, Campement Isoku, Kalina, Bakoka, Bekungu, Bruxelles Et Junior, Bausa Momboyo, Camp Police, Ntomba, Elanga, Etoontale, Makako, Lofeli, Bakoyo, Bongili 2, Ekukola, Lonkake, Likoli, Besombo-Boba | Agriculture, chasse et pêche  traditionnelles |

Source : DGPA, 2017

Les PA de la zone de santé d’Ingende disposent des familles endogamiques tout en privilégiant le mariage virilocal. Ils sont assujettis aux Bantous qui parlent le Mongo et le Lingala comme langue d’intercommunication.

## 1.3. Etat des lieux des modes de vie des PA

Cet état des lieux sera fait par rapport aux accès aux soins et à la maternité, à l’accès à l’eau, à l’hygiène et l’assainissement, aux sources d’alimentation et de revenus, à l’énergie, à l’habitat, à l’accès à la terre, à l’accès à l’école, etc.

**Tableau 6 : Modes de vie des PA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N° | Modes de vie | Modes de vie actuelle |
| 1 | Accès aux soins de santé et à la maternité | A part des semi – nomades qui se soignent grâce aux plantes médicinales, les autres se rendent dans les postes de santé mais ces derniers manquant souvent de médicaments, ils sont obligés de rendre à la médecine traditionnelle à cause des ordonnances et de la discrimination. Le recours aux plantes médicinales est fréquent d’autant plus que les centres sont situés loin des campements. La faible accessibilité géographique s’explique par le mauvais état des routes de desserte agricoles. Ce qui pousse les PA à amener les malades et les femmes parturientes à dos d’hommes.  Il faut préciser aussi que la polygamie dans un contexte de pauvreté conduit à un rationnement des soins dans la mesure où certains membres de la famille n’ont pas accès aux soins Les filles sont souvent aussi victimes des grossesses précoces et d’une discrimination négative à l’accessibilité aux centres pour l’accouchement |
| 2 | Qualité de l’eau consommée | Beaucoup des PA consomment l’eau du lac et des marigots. Beaucoup de points d’eau non aménagés ont de multiples usages (boisson humaine, boisson animale et toilette), et les risques de contamination sont élevés. |
| 3 | Hygiène et assainissement | Les latrines rencontrées sont de simples fosses dans le sol, entourées de clôtures de feuilles de bananier ou de murets en adobe, sans toiture.  La gestion des déchets se fait sans technique appropriée. Ils sont souvent jetés dans les champs ou jetés dans les rivières ou encore derrière les cases. Dans la plupart des villages PA, il existe quelques latrines sont construites en matériaux locaux qui se trouvent en mauvais état. Ceux qui n’ont pas de latrines utilisent celles des voisins ou se débrouillent en forêt.  Le système de lave-mains après toilette n’existe pas. Les femmes ne disposent pas des serviettes hygiéniques.  Beaucoup des PA se lavent dans la rivière Tshuapa. |
| 4 | Sources d’alimentation et des revenus | Les opportunités de travail, et donc de génération de revenus, sont aujourd’hui faibles car :   * + les PA sédentaires ont perdu leurs outils pendant la guerre et n’ont pas forcément encore le capital pour redémarrer leur activité ;   + leur petit bétail a été pillé ou tué durant la guerre ;   + la production agricole a diminué, du fait des problèmes phytosanitaires et de l’infertilité des sols, et la partie destinée à la vente est faible.   De façon générale, Les activités pratiquées sont l’agriculture, l’élevage, le petit commerce, la vente de main-d’œuvre, et la pêche. La plupart des activités étant saisonnières (agriculture, vente de main d’œuvre, pêche), les PA sont donc obligés de diversifier leurs activités, de les combiner pour générer des revenus.  Les PA dont la main d’œuvre est utilisée sont payés en nature par nourriture, vêtements, alcool, chanvre, nourriture, tabac et en espèce ; la rémunération n’est pas uniforme et ils travaillent pour le compte des plusieurs familles bantoues.  Les principales contraintes liées à l’agriculture itinérante sur brûlis, pour les PA, sont l’accès à la terre et les pillages des champs par les groupes armés, suivis des maladies phytosanitaires et de l’accès aux intrants. |
| 5 | Energie | Aucun des villages et des campements PA n’a d’électricité. La plupart des maisons sont éclairées au moyen des résines ou des bois de feu. Par contre, quelques PA utilisent des lampes à pétrole |
| 6 | Habitat | Les cases sont en chaume ou en paille. Quelques sédentaires utilisent quelques maisons en dur. Sous l’égide des organisations non gouvernementales, les Pygmées commencent à construire des maisons commodes mais les campements sont en grande partie submergés par leurs cases en forme de nid de colibri. |
| 7 | Appropriation et accès à la terre | La forêt, lieu de vie, de résidence et support des activités est un espace commun que les PA partagent et exploitent, sans être des ayant –droits. Certains disposent des petites surfaces de terre qui leur ont été accordées par les chefs bantous. Certains sites en forêt font l’objet d’un certain respect comme sites sacrés. Quand les gens s’y rendent, par exemple, ils doivent respecter certains interdits pour ne pas faire se fâcher les esprits. Ils ont un accès difficile ou limité à la terre. |
| 8 | Traditions et croyances | Les PA vivent en osmose avec la nature. Ce qui les amenait à travailler collectivement. De nos jours,  L’individualisation et le rendement économique expliqueraient l’abandon de ces pratiques traditionnelles.  Les intermariages entre Bantu et PA sont quasi inexistants. Quelques hommes Bantou ont pour femmes PA et pas l’inverse  Sur le plan des croyances, malgré le prosélytisme déployé par les églises du réveil, les PA Batswa continuent à s’adonner aux rituels des jumeaux, de guérison et aux mânes des ancêtres. |
| 9 | Accès à l’éducation | Les enfants des PA semi – nomades font l’école buissonnière pour emboiter les pas à leurs parents.  Avec la sédentarisation, les PA sont obligés de savoir lire, écrire et compter. Les filles sont moins scolarisées que les garçons. A cause du manque de la gratuité de l’enseignement primaire et de celui des moyens financiers, beaucoup d’enfants ne terminent pas leur cycle primaire |
| 10 | Accès aux droits humains | Comme ailleurs, les PA de la zone de santé d’Ingende sont discriminés sur le plan social, économique, politique et religieux et sont considérés comme les gens situées au bas de l’échelle sociale. Ceux – ci constituent la couche la plus pauvre et sont au service de leurs voisins moyennant un paiement dérisoire  Le viol des femmes PA en forêt et dans les champs par les voisins historiques n’est pas dénoncé et sanctionné. . |

* 1. **Les PA et les Organisations associatives dans la province de l’Equateur**

Plusieurs associations accompagnent les PA dans la province de l’Equateur. Parmi ces dernières, il y a lieu de citer : CADRE, DGPA, APPROS, APRODEPED, CADERCO, GALE, PAIDEK, PRODES, 5ème CELPA., etc.

Ces associations travaillent en synergie avec les réseaux suivants : D .G.P. A, LINAPYCO, UEFA et REPALEF

# CHAPITRE 2 : EXAMEN DU CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE DES POPULATIONS AUTOCHTONES EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Le cadre légal et réglementaire de référence est composé des traités et accords internationaux signés et ratifiées par la RDC et des textes législatifs réglementaires de la RDC.

## 2.1. Cadre législatif et réglementaire national

Le cadre légal et réglementaire de référence est composé des textes législatifs réglementaires de la RDC parmi lesquels nous retenons la Constitution, le Code Forestier, la loi sur la conservation de la Nature.

### a) Constitution

Du point de vue légal, les populations autochtones « pygmées » sont des citoyens égaux à leurs compatriotes en RDC.

Trois articles consacrent cette égalité.

* L’Article 12 de la Constitution du 18 février 2006 telle que révisée par la Loi n°11/002 du 20 janvier 2011 affirme que « tous les Congolais sont égaux devant la loi et ont droit à une égale protection par les lois ».
* L’Article 13 précise que « aucun Congolais ne peut, en matière d’éducation et d’accès aux fonctions publiques ni en aucune autre matière, faire l’objet d’une mesure discriminatoire, qu’elle résulte de la loi ou d’un acte de l’exécutif, en raison de sa religion, de son origine familiale, de sa condition sociale, de sa résidence, de ses opinions ou de ses convictions politiques, de son appartenance à une race, à une ethnie, à une tribu, à une minorité culturelle ou linguistique »
* L’Article 51 affirme que « L’État a le devoir d’assurer et de promouvoir la coexistence pacifique et harmonieuse de tous les groupes ethniques du pays et assurer également la protection et la promotion des groupes vulnérables et de toutes les minorités ».

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

La loi foncière congolaise, loi dite Bakajika de 1973 corrigée et complétée en 1980, précise que les terres du territoire national, appartiennent à l'État. Dans les faits, persiste un dualisme juridique qui se justifie par le fait qu’en dehors des concessions (rurales, urbaines, forestières et minières), le droit coutumier s'applique. En effet, aucune transaction concessionnaire ne se conclue en RDC au mépris des ayant-droits coutumiers. On achète le terrain au propriétaire coutumier et ensuite on procède à son enregistrement à l’État. Comme on le remarque, la loi foncière ne règle pas jusqu’ici l’expropriation foncière des PA.

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

Cette loi n’évoque pas avec précision la question des populations autochtones mais y fait allusion dans l’exposé des motifs qui stipule « qu’elle s’inspire des principes fondamentaux et universels qui concernent notamment le développement durable et le principe d’information et de participation du public au processus de prise de décisions en matière d’environnement qui concerne toute la population congolaise sans distinction comme le souligne la constitution ».

### d) Code forestier

Les Peuples autochtones sont concernés dans le code en matière des droits d’usage. Dans son Titre III aux articles 36 à 40 aux chapitres I et II, le Code forestier stipule ce qui suit : Article 36 : Les droits d'usage forestiers des populations vivant à I ’intérieur ou à proximité du domaine forestier sont ceux résultant de coutumes et traditions locales pour autant que ceux-ci ne soient pas contraires aux lois et à I ’ordre public. Ils permettent le prélèvement des ressources forestières par ces populations, en vue de satisfaire leurs besoins domestiques, individuels ou communautaires.

L’exercice des droits d'usage est toujours subordonné à l'état et à la possibilité des forêts. En outre, le plan d'aménagement de chaque forêt classée détermine les droits d'usage autorisé pour la forêt concernée.

* **Article 37 :** La commercialisation des produits forestiers prélevés au titre des droits d'usage n'est pas autorisée, excepté certains fruits et produits dont la liste est fixée par le Gouverneur de province.
* **Article 38** : Dans les forêts classées, à I’ exception des réserves naturelles intégrales, des parcs nationaux et des jardins botaniques ; les droits d'usage sont exercés exclusivement par les populations riveraines et leur jouissance est subordonnée au respect des dispositions de la présente loi et de ses mesures d'exécution.
* **Article 39** : Dans les forêts classées, les droits d'usage sont limités :

1. Au ramassage du bois mort et de la paille ;
2. À la cueillette des fruits, des plantes alimentaires ou médicinales ;
3. À la récolte des gommes, des résines ou du miel ;
4. Au ramassage des chenilles, escargots ou grenouilles ;
5. Au prélèvement du bois destiné à la construction des habitations et pour usage artisanal.

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

* **Article 40** : Les périmètres reboisés appartenant à l'État ou aux entités décentralisées sont affranchis de tout droit d'usage forestier.

A part les droits d'usage, les PA constituent une composante importante de la société civile environnementale. Ils font partie des parties prenantes impliquées dans la consultation pour les projets et les programmes REDD+.

Les mesures d'application du Code Forestier bien que non appliquées tiennent compte des impératifs suivants :

* Nécessité d’inclure les PA dans les consultations participatives préalables à I ’attribution de tous droits forestiers dont l’attribution de concessions forestières et la création d'aires protégées ; et
* Obligation de reconnaitre les droits d'usage des ressources naturelles.

A titre illustratif, nous pouvons citer l’arrêté ministériel n° 004/CAB/MIN/ECN-T/012 du 15 février 2012 fixant la procédure d’homologation des projets REDD, les parties prenantes se définissent comme « les personnes physiques ou morales, les communautés locales, les peuples autochtones, les autorités, les associations villageoises et les organisations non gouvernementales légalement reconnues qui peuvent être affectés directement ou indirectement par le projet ». De même, selon le décret n°14.019 du 2 août 2014 fixant les règles de fonctionnement des mécanismes procéduraux de la protection de l’environnement, les PA ne sont pas en reste.

### e) Loi N0 14/003 du 11 février relative à la conservation de la nature

Cette nouvelle loi sans une vulgarisation risque de mettre constamment les PA en conflit avec les gestionnaires des Aires protégées et de préjudicier les PA en rapport avec leurs savoirs traditionnels. Voici quelques articles qui méritent qu’on y accorde une grande attention.

* **Article 14 :** Il est interdit de :

1. Prélever, chasser, pêcher, capturer, harceler ou tuer délibérément des spécimens des espèces protégées ;
2. Perturber intentionnellement ces espèces, notamment durant la période de reproduction, de dépendance, d’hibernation ou de migration ;
3. Détruire, endommager, enlever, ramasser les œufs de ces espèces ou en modifier la position ;
4. Détériorer ou détruire les sites de reproduction, les aires de repos ou tout habitat naturel où vivent ces espèces à un des stades de leur cycle biologique ;
5. Détenir, transporter, échanger, vendre ou acheter, offrir ou céder à titre gratuit les spécimens ou toute partie de ces espèces prélevées dans la nature ;
6. Détenir, céder, vendre, acheter ou transporter tout produit dont l’emballage ou la publicité annonce contenir des spécimens appartenant à l’une des espèces protégées ;
7. Exposer dans les lieux publics ces spécimens.

* **Article 53** L’Etat, la province et l’entité territoriale décentralisée assurent la préservation, le maintien et la promotion des savoirs traditionnels des communautés locales en matière de conservation et d’utilisation durable de la diversité biologique.

Ils assurent, dans les limites de leurs compétences respectives, la protection des savoirs des communautés locales concernées contre la biopiraterie.

* **Article 54** : L’accès aux ressources génétiques et savoirs traditionnels associés qui découlent de leur exploitation à des fins commerciales, scientifiques ou autres sont soumis à l’accord des détenteurs en connaissance de cause.
* **Article 55 :** L’utilisation des ressources génétiques et des savoirs traditionnels associés dans des situations transfrontalières est assujettie à la condition que les avantages qui en découlent favorisent la conservation de la diversité biologique et l’utilisation durable de ses éléments constitutifs à l’échelle régionale.
* **Article 60** : L’accès aux ressources biologiques et génétiques et aux savoirs traditionnels associés est assujetti au partage juste et équitable des avantages monétaires et non monétaires découlant de leur utilisation.

Les avantages monétaires comprennent notamment :

1. Les paiements initiaux ;
2. Les paiements par étapes ;
3. La redevance de la conservation et de l’utilisation durable de la diversité biologique ;
4. Les droits d’accès par échantillon collecté ou autrement acquis ;
5. Les droits de licence en cas de commercialisation ;
6. Les prestations de service ;
7. Le financement de la recherche.

Les avantages non monétaires sont basés sur l’appui institutionnel et social durable ainsi que le transfert de technologie

## 2.2. Traités et Accords multinationaux applicables aux PA

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

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

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

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

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

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

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

C’est pourquoi elle sert régulièrement de guide aux États et aux peuples autochtones pour les aider à élaborer des normes et des politiques qui ont une incidence sur ces peuples, notamment pour trouver des moyens de répondre au mieux à leurs revendications.

Six principaux droits substantiels consacrés par la Déclaration constituent les piliers de l’arsenal juridique international.

### 1.b) Autodétermination

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

### 1.b.1) Droits des peuples autochtones aux terres, territoires et ressources

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

### 1.c) Droits économiques sociaux et culturels

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

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

### 1.d) Droits collectifs

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

### 1.e) Égalité et non-discrimination

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

### 1.f) Droits prévus par les traités, accords et autres arrangements constructifs entre les États et les peuples autochtones

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

## 2. Décision 1/CP.16 de Cancun

Cette décision de la Conférence des Parties à la CCNUCC tenue à Cancun énumère diverses garanties relatives à la consultation et la participation des communautés locales et des Peuples Autochtones, en tenant compte des obligations internationales pertinentes et des situations et législations nationales.

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

**Tableau n° 7 : Enjeux des garanties relatives à la consultation**

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

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

### 3.Politique de sauvegarde de la Banque Mondiale

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

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

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

# CHAPITRE 3 : EVALUATION SOCIALE DES PA DANS LA ZONE D’INGENDE

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

### Accès à la terre

Les PA de la zone de santé d’Ingende entreprennent les activités de cueillette et de chasse qui constituent une source importante de revenus. Mais ils ne disposent pas de terre.

On note aussi que les PA voient leurs terres accaparées par les exploitants miniers ou forestiers au point que ces derniers les prohibent d’entreprendre les activités de ramassage et de la cueillette ainsi que de la chasse.

## Accès à la santé

Quatre contraintes sont citées pour un accès aux soins de qualité dans les centres :

* Pesanteurs socio – culturelles. Le premier itinéraire thérapeutique des PA reste la médicine traditionnelle ;
* La distance entre les campements et les villages PA et les centres. Comme les routes sont en mauvais état, ils se rebutent d’aller aux centres où ils ne sont pas traités gratuitement et reviennent avec des ordonnances ;
* Le manque des ressources financières pour faire face aux dépenses de santé surtout quand on tient compte du nombre élevé d’enfants et quand la femme doit accoucher ;
* La stigmatisation et la discrimination
* Les PA ne peuvent pas utiliser le même verre et la même cuillère avec les Bantu

## c)Accès à l’éducation

Quatre raisons justifient l’irrégularité de la fréquentation scolaire par les enfants PA pygmées, à savoir

* La pauvreté, le peu d’importance que les pygmées accorderaient à l’école,
* La discrimination dont ils sont victimes dans le milieu ainsi que l’attachement de ce peuple à sa culture.
* En dépit de l’irrégularité de la fréquentation scolaire, les parents des enfants pygmées pensent que l’école garantit la possibilité d’avoir un emploi, au-delà du fait qu’elle permet de savoir lire, écrire et d’améliorer les conditions de vie du peuple pygmée.
* De l’avis de ces parents, la scolarisation accroit l’estime du pygmée dans la société congolaise et mettra fin, dans l’avenir, a sa discrimination par les autres peuples. Pour les parents PA pygmées, la pauvreté, la discrimination et les pesanteurs culturelles sont pour l’instant les principaux facteurs qui entravent la scolarisation de leurs enfants

### d) Accès à l’eau potable

Le tableau 3 présente les principales sources d’alimentation en eau des PA.

**Tableau 8 : données concernant la source d’alimentation en eau**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VILLAGES | Types | Propriétaire | Moyen exhaure | Satisfaction | Gestion | Maintenance |
| WANGATA | Traditionnel | Non déterminé | Type traditionnel | Pas du tout satisfait | Non assurée | Non assurée |
| BOTEKA | Traditionnel | Non déterminé | Type traditionnel | Pas du tout satisfait | Non assurée | Non assurée |
| BAKANJA | Traditionnel | Non déterminé | Type traditionnel | Pas du tout satisfait | Non assurée | Non assurée |
| BEMPUMBA | Traditionnel | Non déterminé | Type traditionnel | Pas du tout satisfait | Non assurée | Non assurée |
| MAKAKO | Traditionnel | Non déterminé | Type traditionnel | Pas du tout satisfait | Non assurée | Non assurée |
| BOEND’ETOO | Traditionnel | Non déterminé | Type traditionnel | Pas du tout satisfait | Non assurée | Non assurée |
| BONTOLE | Traditionnel | Non déterminé | Type traditionnel | Pas du tout satisfait | Non assurée | Non assurée |
| LOSENGE | Traditionnel | Non déterminé | Type traditionnel | Pas du tout satisfait | Non assurée | Non assurée |
| BOALANGOMBE | Traditionnel | Non déterminé | Type traditionnel | Pas du tout satisfait | Non assurée | Non assurée |
| BOKATOLA | Traditionnel | Non déterminé | Type traditionnel | Pas du tout satisfait | Non assurée | Non assurée |
| BATSINA LIFUMBA | Traditionnel | Non déterminé | Type traditionnel | Pas du tout satisfait | Non assurée | Non assurée |
| LIFUMBA DJOLONGO | Traditionnel | Non déterminé | Type traditionnel | Pas du tout satisfait | Non assurée | Non assurée |
| BATSINA BAKAALA | Traditionnel | Non déterminé | Type traditionnel | Pas du tout satisfait | Non assurée | Non assurée |
| LOONGA | Traditionnel | Non déterminé | Type traditionnel | Pas du tout satisfait | Non assurée | Non assurée |
| IKENGE | Traditionnel | Non déterminé | Type traditionnel | Pas du tout satisfait | Non assurée | Non assurée |
| BOKUMA | Traditionnel | Non déterminé | Type traditionnel | Pas du tout satisfait | Non assurée | Non assurée |
| BOKAMBANGOMBE | Traditionnel | Non déterminé | Type traditionnel | Pas du tout satisfait | Non assurée | Non assurée |
| MPAKU | Traditionnel | Non déterminé | Type traditionnel | Pas du tout satisfait | Non assurée | Non assurée |

La couverture en eau potable et des services adéquats d’assainissement et d’hygiène est quasi nulle. Ils boivent l’eau de la mare, de pluie et celle des rivières.

Même dans les villages mixtes, les PA disposent de leurs sources d’eau que les Bantu ne fréquentent pas. Par conséquent, il y a un taux élevé de contamination bactériologique. Le travail de puisage de l’eau est exclusivement réservé aux femmes et enfants.

Compte tenu de la corvée, les ménages PA vivent avec le minimum pour satisfaire les besoins basiques (boisson, cuisine, hygiène).

Trois problèmes majeurs sont liés à l’accès à l’eau propre :

* Absence d’adduction d’eau potable dans les campements PA ;
* Présence des sources d’eau non captées ou non aménagées
* Distance entre les points d’eau et les campements PA

## e) Accès à l’énergie électrique

Le peu de forêts dont dispose la province de l’Equateur fait l’objet d’une déforestation accrue suite aux prélèvements intensifs de combustibles ligneux pour les besoins énergétiques de base (cuisson des aliments, chauffage, etc.).

## f) Gestion des poubelles et les installations hygiéniques

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

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

## g) Conflit et relation avec les populations Bantous

Le tableau qui suit résume les types de conflits entre les PA et les autres populations Bantous dans les aires de santé.

**Tableau 9 : Typologie des conflits**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sites | Nature | Intensité | Type de règlement |
| WANGATA | * Conflit foncier * Conflit familial * Conflit culturel | Importante | * Arrangement familial * Arbitrage villageois |
| BOTEKA | * Conflit foncier * Conflit familial * Conflit culturel * Conflit avec les Bantu | Très importante | * Arrangement familial * Arbitrage villageois * Arbitrage coutumier |
| BAKANJA  BEMPUMBA | * Conflit foncier * Conflit familial * Conflit culturel * Conflit avec les Bantu | Très importante | * Arrangement familial * Arbitrage villageois * Arbitrage coutumier |
| * Arrangement familial * Arbitrage villageois * Arbitrage coutumier |
| MAKAKO | * Conflit foncier * Conflit familial * Conflit social | Importante | * Arrangement familial * Arbitrage villageois |
| BOEND’ETOO | * Conflit foncier * Conflit familial * Conflit social | Importante | * Arrangement familial * Arbitrage villageois |
| BONTOLE | * Conflit foncier * Conflit familial * Conflit social | Importante | * Arrangement familial * Arbitrage villageois |
| LOSENGE | * Conflit foncier * Conflit familial * Conflit social | Importante | * Arrangement familial * Arbitrage villageois |
| BOALANGOMBE | * Conflit foncier * Conflit familial * Conflit social | Importante | * Arrangement familial * Arbitrage villageois |
| BOKATOLA | * Conflit foncier * Conflit familial * Conflit social | Importante | * Arrangement familial * Arbitrage villageois |
| BATSINA LIFUMBA | * Conflit foncier * Conflit familial * Conflit social | Importante | * Arrangement familial * Arbitrage villageois |
| LIFUMBA DJOLONGO | * Conflit foncier * Conflit familial * Conflit social | Importante | * Arrangement familial * Arbitrage villageois |
| BATSINA BAKAALA | * Conflit foncier * Conflit familial * Conflit social | Importante | * Arrangement familial * Arbitrage villageois |
| LOONGA | * Conflit foncier * Conflit familial * Conflit social | Importante | * Arrangement familial * Arbitrage villageois |
| IKENGE | * Conflit foncier * Conflit familial * Conflit social | Importante | * Arrangement familial * Arbitrage villageois |
| BOKUMA | * Conflit foncier * Conflit familial * Conflit social | Importante | * Arrangement familial * Arbitrage villageois |
| BOKAMBANGOMBE | * Conflit foncier * Conflit familial * Conflit social | Importante | * Arrangement familial * Arbitrage villageois |
| MPAKU | * Conflit foncier * Conflit familial * Conflit social | Importante | * Arrangement familial * Arbitrage villageois |

**Source : enquêtes de terrain 2017**

Les conflits fonciers avec les bantous et ceux entre PA se résolvent par l’arrangement familial et l’arbitrage villageois.

## h) Habitat des PA

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

Mais le confort intérieur reste sommaire. On n’y trouve ni chaises, ni lits en bois. Par contre, les PA semi –sédentaires disposent des huttes.

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

Les activités génératrices de revenu sont liées à l’agriculture itinérante sur brûlis et à la vente des produits forestiers non ligneux collectés par saisonnalité. Aucun village PA ne dispose des équipements modernes de valorisation et de transformation de ces PFNL. Signalons que les quantités vendues par les PA sont difficilement quantifiables et que la plupart des informateurs répondent en disant : « La moitié je mange, la moitié je vends ». Ils n’ont pas pour ainsi dire de logique productive. Aussi, les Bantous achètent rarement ce qui est produit par les PA, sous prétexte que ces derniers sont sales.

De façon générale, la bricole est la forme généralisée des sources de revenu. La bricole est un travail, le plus souvent rémunéré, que l’on fait au village ou à l’extérieur.

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

## k) Violences sexuelles et domestiques

L’ampleur des violences s’accentue dans la zone de santé d’Ingende suite aux groupes armés, au déplacement et à l’insécurité et les violences basées sur le genre restent une réalité dans les foyers et surtout chez les PA. Pour les PA, il n’y a pas d’activités relatives à la prise en charge psycho-sociale et médicale et même au niveau de l’accompagnement du suivi socio-judiciaire. Mais les victimes de ces violences sont souvent réticentes à porter plainte, à la fois par peur et par honte. Dans la majorité des cas, ce sont les survivants qui sont stigmatisées et les auteurs des crimes ne sont pas poursuivis.

## l) Principaux besoins des PA

Le tableau 10 résume les principaux besoins.

**Tableau 10 : besoins identifiés**

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

**Source : enquête PPA PDSS**

**Légende :**

* **X : moins important**
* **XX : important**
* **XXX : plus important**
* **XXXX : très important**

# CHAPITRE 4. RESUME DES CONSULTATIONS

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

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

## Méthodologie

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

La première phase a consisté en la mise en œuvre de la stratégie consistant à l’organisation des journées de lancement par annonce publique. Les objectifs visés sont : la mise en réseau des différents acteurs par rapport à un ensemble de connaissances sur le projet et les enjeux et impacts, sur la province et sur les communautés. Dans le domaine de la consultation sociale, il a été mis en place un comité de mobilisation des PA au niveau de chaque zone de santé en vue de l’appropriation sociale des projets PDSS.

Cette collecte s’était déroulée sous forme des focus –groups avec les PA et des entretiens approfondis avec des prestataires de la zone de santé, les autorités locales et les leaders d’opinion et communautaires des aires de santé de la zone d’Ingende. La troisième phase a consisté en l’analyse des données recueillies grâce au logiciel ATLASTI II.

## Cadre de Consultation Des PA

Dans le cadre de consultation des PA qui a fait recours à l’approche participative dans le respect des aspects genre et inter- générations, nous avons rappelé les étapes des consultations avec les quatre phases y afférentes et défini les responsabilités des participants aux consultations ainsi que les principes de consultation. En outre, il y a été fait mention du déroulement des consultations proprement dites et du résumé des opinions des personnes consultées ainsi que de la synthèse des problèmes et solutions proposées auxquelles nous avons ajouté des recommandations à l’endroit de toutes les parties prenantes

**Etapes de consultation**

La réalisation du Plan d’action en faveur des Populations Autochtones a suivi quatre étapes, à savoir, la préparation de l’enquête de terrain, la collecte des données sur le terrain, l’organisation de l’atelier de validation des activités du PPA.

1. La préparation de l’étude a consisté en la revue documentaire sur la situation des PA dans les zones du projet (les données générales sur les peuples pygmées, leur répartition géographique, démographique, leur mode d’éducation, de santé, etc.) et en l’analyse des documents techniques du projet et d’autres documents stratégiques concernant les exigences de la Banque mondiale dans la réalisation des projets sociaux et d’études environnementales et sociales ;

1. Enquête de terrain organisée du 16 au 30 septembre 2018 dans la zone de santé d’Ingende. Cette visite a permis d’organiser des focus – group à Minova avec les PA.

Cette étape a abouti à :

1. La localisation des PA à Ingende .
2. La localisation des PA regroupés dans quelques villages de la zone de santé d’Ingende.
3. Entretiens approfondis ont été aussi organisés avec des prestataires de la zone de santé, les autorités locales et les leaders d’opinion et communautaires des centres de santé d’Ingende.
4. Un atelier de conciliation a été organisé à Ingende pour valider les activités du PPA qui sont regroupées en deux (02) composantes, à savoir,
5. Renforcer les capacités de toutes les parties prenantes pour valider les activités du PDSS en faveur des PA liées aux campagnes de l’IEC sur la propreté et l’hygiène, l’évacuation des malades PA et au renforcement des capacités des relais communautaires ;
6. Concevoir et mettre en œuvre un système de suivi et évaluation à long terme de toutes ces activités.

## Synthèse des résultats des focus group et des entretiens approfondis

## 

L’étude a été menée auprès de 3 groupes - cibles, à savoir les PA hommes, les PA femmes et les autorités médicales, les leaders d’opinion, et les autorités politico- administratives à Ingende.

Dans l’ensemble, nous avons organisé :

* 3 focus groups avec les PA femmes ;
* 3 focus groups avec les PA hommes ;
* 1 entretien approfondi avec un leader d’opinion
* 2 entretiens approfondis avec l’IT des centres de santé
* 1 entretiens approfondis avec les autorités politico- administratives (chef de secteur et cheffe du village)

Au total, 6 focus groups avec les PA hommes (10 personnes) et les PA femmes ainsi qu’avec les malades soignés ont été réalisés dans cette zone de santé et à Inongo. La sélection de participants aux focus groups a été guidée par les superviseurs de la zone de santé d’Ingende. On a tenu compte également des critères d’homogénéité de résidence et de sexe.

Par contre, nous avons conduit 4 entretiens approfondis avec les leaders d’opinion, les prestataires de santé et un représentant de l’autorité locale.

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

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

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

1. Institutions consultées

**Tableau 11 : liste des institutions et personnes consultées**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Institutions | Responsables | Lieux |
| Zone de santé | MCZ | Ingende |
| ITS | Ingende |
| Superviseur | Ingende |
| Autorité locale | Administrateur adjoint | Ingende |
| Leader d’opinion | DGPA | Ingende |

### Participants aux 6 focus – group organisés

* Nombre total : 60 personnes
* Nombre des PA : 60

### Opinions des participants ou des personnes consultées

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

En effet, le PPA leur donnera la possibilité de :

* Renforcer les capacités de toutes les parties prenantes pour valider les activités du PDSS en faveur des PA liées aux campagnes de l’IEC sur la propreté et l’hygiène, l’évacuation des malades PA et au renforcement des capacités des relais communautaires ;
* Concevoir et mettre en œuvre un système de suivi et évaluation à long terme de toutes ces activités ;
* Offrir une meilleure cohabitation avec les voisins Bantous

## Synthèse de principaux problèmes et principales solutions des PA

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

* L’ampleur de la malnutrition THA chez les PA dans la zone de santé d’Ingende
* Le manque de moustiquaires imprégnées ;
* La distance entre campements et centres de santé
* La vente de la main d’œuvre et le manque d’intrants agricoles limitent le temps et l’énergie des agriculteurs PA, et réduit leur capacité à préparer dans leurs propres champs les travaux nécessaires, et à subvenir aux besoins quotidiens du ménage.;
* L’accès limité des peuples autochtones aux terres et aux écoles car ils ne disposent pas de ressources financières suffisantes ;
* Le manque de renforcement des capacités pour les leaders communautaires.

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

**Tableau 12 :** L’atelier de l’élaboration de PPA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° | Lieu | PA participants | |
|  | **Hommes** | **Femmes** |
| 01 | Zone de santé d’Ingende | 26 | 34 |
| Total | | **26** | **34** |

1. Phase de rétroaction et de suivi des activités

Durant cette phase, les consultants ont organisé un atelier de restitution avec les PA et les autres parties prenantes pour d’abord informer les participants sur l’utilisation et la pertinence des résultats des consultations dans le cadre du processus décisionnel, ensuite compléter les informations manquantes et enfin valider les activités du PPA de PDSS et de PVSBG.

1. **Phase d’évaluation**

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

## 5. Responsabilités des participants aux consultations

Pour le projet PDSS, les responsabilités des participants prévus aux consultations ont été éclatées en 6 points comme l’indique le tableau ci – dessous :

**Tableau 13 : Types d’intervenants**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Intervenants | Moments d’intervention | Responsabilités |
| 1. Consultants | Du début à la fin de l’étude | * + Identifier et contacter les parties prenantes,   + Assurer leur implication effective,   + Informer sur les objectifs et les limites du projet,   + Recruter les preneurs de notes et des interprètes   + Mener les consultations participatives sur le terrain   + Obtenir les PV de consultation,   + Consolider les résultats des consultations dans le PPA |
| 1. Autorités locales   Territoire d’Ingende  Administrateur de Territoire adjoint | Consultations, mise en œuvre du PPA harmonisé et suivi | * + Apporter l'appui administratif, juridique et sécuritaire   + Fournir l'information sur la situation sanitaire et socio – économique des PA.   + Discuter sur la problématique PA dans la gestion des entités locales et décentralisées |
| 1. Autorités médicales   14 aires de santé impliquées dans le projet PDSS | Consultation | * Fournir l'appui et l'information sur la situation spécifique du secteur de la santé * Eclaircir toute question relative à la participation des PA dans les activités de la santé |
| 1. Consultant | Consultations, mise en œuvre et suivi | * + Accompagner tout le processus,   + Fournir les informations nécessaires à l'évaluation sociale,   + Participer au suivi et évaluation, * Participer à la gestion des doléances |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Organisations internationales   MEMISA, ACF |  | * Assurer l’appui technique et logistique * Recadrer les besoins et les attentes dans les champs opérationnels du projet, |
| 1. PA dans les aires de santé de la zone d’Ingende | * Consultations, mise en œuvre du PPA et suivi | * Mise en œuvre de tout le processus, * Fournir les informations nécessaires à l'évaluation sociale, * Participer au suivi et évaluation, * Participer à la gestion des doléances |

## 6. PRINCIPES DES CONSULTATIONS

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

**Tableau 14 : Principes des consultations**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Principes | Tâches appliquées | Résultats attendus |
| Engagement | S'engager à prendre en compte les résultats des consultations dans le cadre du processus décisionnel | * Objectifs des PPA fixés de façon participative * Plan de mise en œuvre établi avec tous les participants * Mise en place d’un comité de suivi –évaluation des résultats * Mise en place du comité d’arbitrage des conflits et des plaintes * Calendrier de mise en œuvre et de suivi fixé avec toutes les parties prenantes |
| Évaluation | Évaluer périodiquement les consultations, tout au Calendrier de suivi fixé le long du processus et au moment de la rédaction du PPA, en se fondant sur les objectifs établis à l'origine |
| Inclusivité | Prendre en compte le plus grand éventail possible des parties prenantes qui s'intéressent ou qui peuvent être touchées par les décisions qui découleront de la consultation : Organisations étatiques et celles de la société civile Hommes, femmes, jeunes | * Liste des personnes retenues pour être rencontrées dressée par site en respectant les aspects genre et inter – génération * Liste des participants actualisée à cause des personnes absentes ou indisponibles * Signature des PV des consultations |
| Accessibilité | Favoriser l'égalité d'accès au processus, en tenant compte des barrières linguistiques, physiques et sécuritaires. | * Consultations tenues dans les campements et villages sauf dans les sites en guerre ou d’accès difficile à cause du mauvais état des routes * Utilisation des langues locales et des leaders locaux |
| Clarté | Veiller à ce que les objectifs et les processus de participation et de rétroaction soient bien compris par tous les participants |
| Transparence | Les participants sont clairement informés sur les objectifs, les limites du projet, la marche à suivre pour toute information | * Toute l'information pertinente livrée publiquement et à toutes les parties prenantes * La prise de parole était librement garantie même pour des questions taboues |
| Responsabilité | Définir les rôles et les responsabilités de ceux qui participent à la consultation, le processus de communication et de prise des décisions | * Plan de mise en œuvre établi avec tous les participants * Mise en place d’un comité de suivi –évaluation des résultats * Mise en place du comité d’arbitrage des conflits et des plaintes |

1. **Plan des consultations publiques avec les parties prenantes**

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

Cette approche a permis de collecter les données relatives

1. à la localisation des PA sur les sites de ces deux projets ;
2. *à* l'évaluation sociale des PA par rapport aux projets susmentionnés ;
3. aux impacts positifs ou négatifs du Projet sur les PA.

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

1. **Déroulement des consultations**

Les Consultations pour l’élaboration des PPA ont été menées en trois phases :

* Du 11 mars au 30 novembre 2014 pour la phase de la formulation du CPPA dans les 11 DPS du pays
* Du 16 au 30 septembre 2018 pour la phase de l’élaboration du PPA de la zone de santé d’Ingende.

Durant ces phases, les consultants ont organisé :

Des réunions de sensibilisation avec les parties prenantes identifiées (les autorités politico-administratives locales, la population riveraine, les ONG militant en faveur des PA, les PA etc.) pour :

* Présenter le projet PDSS aux parties prenantes
* Localiser les PA directement ou indirectement affectés par les activités des zones de santé appuyées par le PDSS ;
* Identifier les parties prenantes ciblées pour les consultations du PPA et les informer du processus d’élaboration du PPA ainsi que des termes de référence du mandat ;
* Collecter des informations dans les campements et les villages des PA ainsi qu’auprès des autres parties prenantes sur les impacts sociaux dudit projet.

## 7. Opinions des participants ou des personnes consultées

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

En effet, le PPA leur donnera la possibilité de :

* Améliorer le niveau de vie des PA en leur facilitant des opportunités d’avoir accès aux services sociaux de base comme les centres de santé, les écoles, l’eau potable, à l’hygiène publique, etc.
* Offrir un meilleur accès des PA aux activités génératrices de revenu ;
* -offrir une meilleure cohabitation avec les voisins Bantu.

## 8. Synthèse de principaux problèmes et principales solutions des PA

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

* Le taux d’accès des PA aux centres est faible à cause de la distance entre les campements et les centres et du manque des ressources financières.
* Le manque des terres et d’intrants agricoles paupérisent davantage les PA
* Le manque des latrines modernes dans les campements et les villages PA.
* Les sessions d’EIC ne sont tenues régulièrement dans les campements et les villages PA à cause du caractère bénévole du travail des relais communautaires

L’ensemble des résultats des consultations communautaires avec les intéressés est résumé dans le tableau 15 suivant.

**TABLEAU N°15 : Résumé des préoccupations des PA exprimées lors des consultations publiques**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Objectifs* | *Méthodologie* | *Actions identifiées en termes de souhaits et attentes* | *Résultats* |
| Appuyer la construction des latrines dans les campements  Assurer les sessions de sensibilisation à l’hygiène publique  Augmenter le nombre des latrines par ménage | Mobilisation sociale et engagement communautaire | Construction des latrines semi – durables dans les campements  Sessions de sensibilisation à l’assainissement et l’hygiène publique par des relais communautaires | Les latrines semi – durables sont construites dans les campements en faveur des ménages  Les campagnes de sensibilisation sont organisées |
| Favoriser la sédentarisation des PA nomades  Appuyer la construction des maisons en durable | Mobilisation sociale et engagement communautaire | Appui à la fabrication des briques cuites en vue de moderniser les constructions modernes dans les campements des PA | Les PA sont appuyés en techniques de fabrication des briques cuites  Option 0 case en chaumes est appliquée dans la zone de santé d’Ingende |
| Assurer la construction des centres de santé de proximité | Mobilisation sociale et engagement communautaire | Appui à la construction des postes de soins à proximité des campements éloignés | Le taux d’accès des PA semi – nomades aux postes de relais a augmenté |
| Doter les centres des postes de relais pour les PA semi – nomades  Prévoir des moyens de locomotion pour l’évacuation rapide des PA | Mobilisation sociale et engagement communautaire | Appui en vélos pour des visites de proximité | Les leaders communautaires sont appuyés en moyens de déplacement |
| Recruter les relais communautaires PA dans les zones de santé  Renforcer les capacités en EIC | EIC | Sessions de formation des relais communautaires PA | Tous les relais PA sont formés et sont compétents |
| Assurer l’accès gratuit aux soins de santé pour les PA  Mener des études sur les savoirs endogènes des PA | Enquêtes de terrain | Valorisation des savoirs et savoir –faire endogènes des PA auprès du gouvernement provincial | Le Plaidoyer pour la valorisation des savoirs et savoir –faire endogènes des PA est effectué auprès du gouvernement provincial |

## 9. Préoccupations des autres acteurs étatiques et non - étatiques

## Autorités administratives et autres responsables intervenants dans les projets PDSS

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

## Les autorités Politico-administratives

Les autorités Politico-administratives de la province de l’Equateur ont émis les vœux d’être informés sur le projet et ont montré la disponibilité des toutes leurs administrations provinciales à s’impliquer dans la mise en œuvre, le suivi et l’évaluation du Plan des Peuples Autochtones.

## Représentant des ONG locales

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

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

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

* Réduire la pauvreté qui sévit dans leur milieu ;
* Améliorer la participation des peuples autochtones dans la prise de décision ;
* Apporter le savoir-faire à la diversité et à l’intégration sociale culturelle ;
* Promouvoir de l’identité culturelle des PA ;
* Valoriser et protéger le patrimoine culturel des PA ;
* etc.

## 10. Recommandations

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

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

## 11. Evaluation des impacts du projet sur les populations autochtones et mesure d’atténuation

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

### 11.1. Impacts positifs potentiels

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

* Amélioration de l’état de santé de la Population autochtone ;
* Réduction de taux de mortalité et de morbidité des PA bénéficiaires ;
* Diminution des coûts de soins de santé et accès pour tous aux soins de bonne qualité ;
* Eradication des certaines maladies ;
* Simplification des démarches administratives pour les populations et le renforcement de gestion des services de santé ;
* Acquisition des appuis matériels médicaux importants par les zones de santé ;
* Développement de l’autorité de l’Etat (présence renforcée de l’administration et des institutions sanitaires ; réduction de l’influence des médecines traditionnelles ; meilleure communication entre les villes, les populations etc.) ;
* Création d’emplois lors de la phase des travaux pour les PA, mais aussi des activités génératrices de revenu pour les femmes PA ;
* Développement économique et maîtrise stratégique du pays ; de plus, le surplus de revenu permet le développement et l’appropriation des nouveaux services par les PA, ce qui constitue un moteur du développement économique.

### 11.2. Impacts négatifs potentiels

Les impacts positifs potentiels du projet énumérés ci-dessus ne pourront être effectifs que si des actions prioritaires sont mises en œuvre en vue de s’assurer que les peuples autochtones desdits villages en retireront des avantages socio-économiques, culturellement adaptés. Dans le cas contraire, des impacts négatifs possibles peuvent être relevés. En effet, quelques inquiétudes subsistent, à l’heure actuelle, dans la mesure où une majorité des P.A. demeure :

* Non accès aux soins de santé ;
* Non intégration des PA dans les activités du projet ; et
* Non - réalisation des actions proposées

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

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

### 11.3. Mesures d’atténuation des impacts négatifs

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

**Tableau 16 :** Mesures d’atténuation des impacts négatifs potentiels

|  |  |
| --- | --- |
| Impacts négatifs | Mesures d’atténuation proposées |
| Discrimination et stigmatisation des PA dans les zones du projet | * Faire des campagnes des sensibilisations sur les droits et devoirs des PA et la citoyenneté auprès de leurs voisins * Sensibiliser et informer les parents PA de la zone de santé d’Ingende sur l’accès à la santé ; * Encourager les activités de cohabitation pacifique avec leur voisin (cohésion sociale). |
| Non accès aux soins de santé | * Appuyer des activités de proximité avec les centres de santé. |
| Non intégration des PA dans les activités du projet | * Développer les activités génératrices des revenus pour les ménages des PA ; * Autonomiser les femmes PA. |
| Non réalisation des actions proposées | * Informer, Eduquer et Sensibiliser les parents et leaders communautaires et mettre en place des structures d’alphabétisation ou d’éducation de masse dans les villages des P A. |
| Risques d’exclusion des P A par rapport aux opportunités d’embauche lors des travaux de construction et autres du projet susceptibles de générer des emplois temporaires | * Respecter l’équité du genre et les normes nationales et internationales d’embauche, de rémunération. |

## 12. Plan d’actions

Le tableau 17 ci-dessous présente le plan d’action sur la base des consultations participatives.

**Tableau 17 :** Plan d’action de la mise en œuvre du Plan des Peuples Autochtones PDSS

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Activités | Indicateurs Objectivement Observables | Moyens de vérification | Responsables de mise en œuvre | Responsables de suivi | Période | Observations |
| Atelier de lancement de MGPR | 1 atelier est organisé d’ici 2021 | Photos, PVs, listes des présences et rapports | Le médecin chef de zone, chargé de la sensibilisation et de l’information des ONG | Zone de santé | 11 avril 2020 |  |
| Campagne d’information, éducation et communication (IEC) sur la propreté et hygiène des campements se trouvant dans les zones de santé et ce, afin de lutter contre les maladies de la main sale et hydrique | 5 sessions d’IEC organisées d’ici 2021  Une étude sur les savoirs pharmacologiques endogènes est validée d’ici 2021 | Photos, PVs, listes des présences et rapports  Photos, PVs, listes des présences et rapports | Le médecin chef de zone,  Le responsable local des affaires sociales,  Chargé de la sensibilisation et de l’information des ONG locales ; | PDSS | 16 Mars, 15 juin, 14 septembre, 22 septembre ,2020  Mars et juin 2021(dates à convenir avec MCZ)  Mars 2020- juillet 2020  Atelier de validation : 1 - 2 septembre 2020 | A prendre en compte dans les budgets du Projet  L’activité se passera dans toutes les aires de la zone de santé d’Ingende.  . |
| L’auto prise en charge à travers la valorisation des savoirs endogènes et pharmacopée des autochtones pygmées vivant dans les zones de santé |
| Mise en place de moyens d’évacuation des malades (vélos) et des relais communautaires se trouvant dans les campements autochtones pygmées (vélos et brancardes, moyens de mobilité) vers les centres de santé | 10 vélos sont distribués à chaque zone d’ici 2021  95 % des ménages PA bénéficient des services des vélos  90 % des campements sont desservis en moyens de mobilité d’ici 2021  95 % des malades PA sont évacués avec des moyens de mobilité alloués | Rapport des actions menées et photos | Comités de Gestion du village | PDSS | avril 2020 | idem |
| Renforcement de capacités des relais communautaires pour le code de conduite pour accompagner les PA malades vers un centre de santé | 3 modules de session sont validés et vulgarisés d’ici trois ans  2 sessions de formation par an et par aire de santé seront organisées d’ici 2021  95 % des relais communautaires existants sont formés d’ici | Rapports périodiques | Relais communautaires PA | Zone de santé | Avril 2020 : validation de 3 modules de session  Mai 2020 et janvier 2021: formation des relais de 3 aires de santé  Juillet 2020 et mars 2021 : formation de relais de 3 aires de santé  Septembre 2020 et avril 2021 :  Formation des relais de 3 aires de santé  Novembre 2020 et mai 2021 : formation des relais de 5 aires de santé | A préciser avec le  MCZ |
| Mécanismes de gestion des plaintes | 90 % des plaintes  sont gérées équitablement | Rapports  périodiques | COVI, COPIL | Comités villageois | 2020 - 2021 |  |

## 13. Chronogramme de mise en œuvre

Le chronogramme des activités de mise en œuvre est présenté dans le tableau 18 ci-dessous

**Tableau N°18 :** Chronogramme de Mise en œuvre

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | ACTIVITES | PERIODE | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | RESPONSABLE | SUIVI |
| **ANNEE 1** | | | | **ANNEE 2** | | | | **ANNEE 3** | | | | **ANNEE 4** | | | | **ANNEE 5** | | | |
|  |  | **T1** | **T2** | **T3** | **T4** | **T1** | **T2** | **T3** | **T4** | **T1** | **T2** | **T3** | **T4** | **T1** | **T2** | **T3** | **T4** | **T1** | **T2** | **T3** | **T4** |  |  |
| 01 | Atelier de lancement de MGPR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Zone de santé | RSE |
| 02 | Campagnes de sensibilisation de la communauté dans la lutte contre la malnutrition et, à l’assainissement du milieu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Zone de santé | RSE |
| 03. | Valorisation des savoirs endogènes et pharmacopée des autochtones pygmées vivant dans la zone de santé de Bikoro en avril 2021 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | PDSS | RSE |
| 04. | Mise en place de moyen d’évacuation des malades et des relais communautaires se trouvant dans les campements autochtones pygmées (vélos et brancardes, moyens de mobilité) vers les centres de santé |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Zone de santé | RSE |
| 0.5 | Renforcement de capacité des relais communautaires pour le code de conduite pour accompagner les malades vers un centre de santé, etc. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Zone de santé | RSE |
| 06 | Mécanisme de gestion des plaintes |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Zone de santé | RSE |
| 07 | Missions de Suivi et évaluation des activités des PPA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | PDSS | RSE |

**T= Trimestre**

## 14. Budget

**Tableau 19 : Budget du PPA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Activités | Indicateurs | Suivi | Mise en œuvre | Unité | Quantité | PU ($US) | PT ($ US) |
| I | Renforcement des capacités | | | | | | | |
| 1 | Atelier de lancement de MGPR | 1 session organisée d’ici 2021 | PDSS | ZA | 3 jours | 45 participants | $ 30/ jour et participant | 4050 |
| 2 | Campagnes de sensibilisation de la communauté dans la lutte contre la malnutrition, à l’assainissement du milieu. | 5 sessions d’IEC organisées d’ici 2021 | PDSS | ZS et Organisation locale | 2 jours | 14 aires | $ 150/ jour et participant | 4200 |
| 3 | Valorisation des savoirs endogènes et pharmacopée des autochtones pygmées vivant dans les zones de santé | Une étude sur les savoirs pharmacologiques endogènes est validée d’ici 2021 | PDSS | centres de  Recherche | 18 jours | 70 personnes | $ 10/ jour et participant | 12600 |
| 4 | Mise en place de moyen d’évacuation  des malades et des relais communautaires se trouvant dans les campements autochtones pygmées (vélos et brancardes, moyens de mobilité) vers les hôpitaux  de référence | 10 vélos sont distribués à chaque aire de santé d’ici 2021 :  90 % des campements sont desservis en moyens de mobilité d’ici 2021  95 % des malades PA sont évacués avec des moyens de mobilité alloués | PDSS | Zone de santé | 1 mois | 140 vélos | $150/ mois et vélo | 21000 |
| 5 | Renforcement de capacité des relais communautaires pour la conduite à tenir pour accompagner les malades vers un centre de santé | 3 modules de session sont validés d’ici  2 sessions de formation par an et par aire de santé sont organisées d’ici 2021  95 % des relais communautaires sont formés d’ici 2021 trois ans | PDSS | Zone de santé | 2 jours 2 jours | 45 participants 84 relais | $ 20/ jour et participant $ 25/ jour et relais | 18004200 |
| 6 | Mécanismes de gestion des plaintes | 90 % des plaintes sont gérées équitablement | PDSS | Aires de santé et campements | 20 mois | 14 aires | $ 204/ mois et aires | 57120 |
| 7 | Missions de Suivi et évaluation des activités des PPA | Nombre des missions | PDSS | AT, Consultant, MSP | 2 ans | 6 missions | $ 5000/ ans et missions | 60000 |
|  | COUT TOTAL |  |  |  |  |  |  | 164970 $ US |

# CHAPITRE 5 : DISPOSITIF ORGANISATIONNEL DE MISE EN ŒUVRE

## 1. Responsabilité de mise en œuvre du PPA

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

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

1. Il s’agit d’abord du renforcement des capacités.

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

1. Ensuite, il sera question d’y intégrer le respect des valeurs et des droits des PA.

La réalisation du PPA suppose que les valeurs et les droits des PA soient protégés et défendus.

Des séances de sensibilisation devront être organisées à l’intention des comités locaux de développement en vue de créer une synergie d’actions avec les ONGS qui appuient les PA particulièrement dans le domaine de la santé

1. Enfin, la troisième exigence portera sur l’implication de ces ONGs. En effet, ces dernières bénéficieront des contrats de prestation pour la construction des latrines et l’aménagement des sources d’eau en matière de sauvegardes environnementale et sociale telles que stipulées dans la Politique Opérationnelle 4.10 de la Banque Mondiale.

Le tableau 20 ci – dessous reprend les organes et les acteurs de la planification, de la mise en œuvre et du suivi- évaluation des activités du PPA.

**Tableau 20 : acteurs de la mise en œuvre de PPA**

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

## 2. Suivi et évaluation de la réalisation du plan

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

**Tableau 21 : Mise en œuvre du suivi et de l’évaluation**

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

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

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

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

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

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

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

## 3. Indicateurs de suivi :

|  |
| --- |
| * Au moins, 60 % des PA informés et sensibilisés sur les objectifs du projet et ses composantes respectives d’ici 2021. * Au moins 95 % sont sensibilisés dans la lutte contre la malnutrition, à l’assainissement du milieu et l’auto prise en charge à travers la valorisation des savoirs endogènes et pharmacopée des autochtones pygmées vivant dans les zones de santé d’ici 2021 * Au moins, 90 % des campements sont desservis en moyens de mobilité d’ici 2021 * Au moins, 95 % des malades PA sont évacués avec des moyens de mobilité alloués dans les campements d’ici 2021 * Au moins, 95 % d’autorités locales sont sensibilisées aux besoins des PA. * Niveau d’intégration des représentants PA augmenté de 30 % dans les équipes opérationnelles du projet. * Au moins, 80 % de séances de plaintes formulées sont résolues d’ici 2021. * La quantité de médicament augmenté de 50 % en faveur des PA. * Au moins, 10 vélos attribués aux relais communautaires de PA par aire de santé |

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

## 4.Diffusion de l’information

Toutes les leçons apprises seront transmises à la DEP provinciale par le biais du responsable de PDSS. Mais suivant les dispositions de la PO. 4.10, l’emprunteur met le rapport d’évaluation sociale et la version provisoire du PPA à la disposition des communautés autochtones sous une forme et dans une langue qu’elles peuvent comprendre (15). Avant l’évaluation du projet, l’emprunteur soumet la version définitive du PPA à la Banque pour examen. Une fois que la Banque a confirmé que ces documents constituent une base suffisante pour évaluer le projet, elle les rend publics conformément à sa Politique de diffusion de l’information, et l’emprunteur les met à la disposition des communautés autochtones concernées comme il l’a fait pour la version provisoire desdits documents.

1. **Mécanisme de gestion des plaintes et résolution des conflits**

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

**Responsable du mécanisme de gestion des plaintes : BONKONO EMPIKA Pierre, président Tél. : +243810165639**

**5.1. Objectif**

**5.1.1. Objectif principal**

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

**5.1.2. Objectifs spécifiques**

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

1. Assurer l’application des principes fondamentaux pour un traitement efficace des plaintes, en l’occurrence la légitimité, la sécurité des plaignants, l’accessibilité, la prévisibilité, l’équité, la transparence et la compatibilité avec les droits et les lois en vue de maintenir le climat de confiance entre autorités et autres parties prenantes ;
2. Mettre en place les ressources et le cadre organisationnel nécessaires pour enregistrer et traiter toutes les doléances relatives aux activités du projet, ses résultats ou ses impacts ;
3. Maintenir le dialogue et la médiation entre les parties prenantes afin de prévenir, de régler et de réduire le risque de voir les mêmes plaintes se renouveler ;
4. Favoriser la résolution des griefs de manière équitable et efficace pour éviter des représailles et les voies de recours judiciaires ou extra – judiciaires ;
5. Eviter les procédures longues et onéreuses pour déposer et traiter les plaintes.
6. **Nature des plaintes**

Les plaintes déposées et traitées sont réparties en trois catégories :

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

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

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

## 6.Dispositif de gestion du MGPR

Le mécanisme prévoit trois niveaux d’intervention selon la gravité de la plainte :

1. **Niveau 1 : Comité du campement**

Cette instance de médiation traditionnelle est chargée de

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

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

1. **Niveau 2 : Comité de pilotage de la zone de santé**

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

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

Le dossier comportera les éléments suivants :

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

Le président du COPIZ peut sur avis motivé du COVI inviter le plaignant et l’auteur du problème.

1. **Niveau 3 : Comité de pilotage provincial (COPIP)**

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

Le recours en justice est de moins en moins préconisé dans le cadre de PPA

## 7.Cadre organisationnel

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

**Tableau 22 : Types d’intervenants du MGPR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Intervenants | Nombre/compositions | Responsabilités |
| Comité de campement | * Chef du campement * Deux notables : femme et un jeune | * Transmission des plaintes de la base vers la zone de santé * Réception des plaintes, * Traitement des plaintes en première instance * (Particulièrement plaintes mineures et non sensibles) et utilisation des consultations locales, traditionnelles pour la résolution des conflits |
| Comité de pilotage de la zone de santé | * Chef de secteur * MCZ * Représentant de la société civile * 2 notables * 2 PA * 2 membres des associations locales dont 1 femme * Plaignant * Chef du campement comme président de COVI | * Réception et enregistrement des plaintes * Convocation de l’équipe de gestion des plaintes, * Mise à disposition de la logistique nécessaire pour la réunion * Enregistrement et suivi des plaintes * Traitement des plaintes et recours * Réponses aux plaintes * Suivi des réponses |
| Comité de pilotage provincial | * DEP * Représentant PDSS * Chef de secteur comme président de COPIZ * Un représentant de la société civile comme co - président * MCZ * 2 PA * 2 membres des ONGs PA dont 1 femme * Plaignant * Chef de la campagne comme président de COVI | * Réception et enregistrement des plaintes * Convocation de l’équipe de gestion des plaintes, * Mise à disposition de la logistique nécessaire pour la réunion * Enregistrement et suivi des plaintes * Traitement des plaintes et recours * Réponses aux plaintes * Suivi des réponses |
| Commission d’enquête | Selon le besoin au moins 3 personnes | Examen des questions sensibles ou requérant un approfondissement |

8. **Evaluation de la nature de la plainte et son éligibilité**

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

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

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

1. Au niveau de la préparation du projet

Ces plaintes et litiges peuvent porter sur les points suivants :

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

1. au niveau de la mise en œuvre du projet

Ces plaintes et litiges peuvent porter sur les points suivants :

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

1. au niveau de la fin du projet,

Ces plaintes et litiges peuvent porter sur les points suivants :

* le non-respect des clauses contractuelles dans le financement,
* la promesse non tenue par l’agence d’exécution,
* la gestion des acquis des projets,
* la perception contradictoire des résultats,
* la viabilité des résultats...

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

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

## 9. Consultations, tracts et affichage.

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

### Procédure n°1

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

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

* Descente sur le site de la plainte pour observer la situation sur le terrain et rencontrer le(s) plaignant(s).
* Lors de cette descente ou après selon les possibilités, discuter avec le(s) plaignant(s) pour recueillir ses(leurs) propositions de solutions, discuter avec lui (eux) sur les différentes modalités de résolution de la plainte, lui(leur) faire des propositions concrètes et recueillir (leurs) préférences ;
* Retenir une solution équilibrée afin de résoudre la plainte avec le(les) plaignant(s) ;
* Transmettre un rapport d’enquête 3 jours après la date du début de l’enquête pour le niveau 1 et 7 jours après celle de l’enquête pour le niveau 2 et 14 jours pour le niveau

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

1. La solution est mise en œuvre par l’acteur responsabilisé au cours de la réunion du comité ;
2. Au cours d’une séance du comité, le plaignant est notifié que la doléance est close au cas où il s’estimerait satisfait de la solution proposée ;
3. A chaque séance du comité, les doléances irrésolues sont réactualisées dans le Procès- verbal de réunion ;
4. Si la doléance est réactualisée successivement deux fois, la procédure 2 doit être enclenché ;
5. Cette première procédure ne peut pas excéder 3 mois.

### Procédure n°2 :

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

### Procédure n°3

1. En cas d’échec de toutes les solutions proposées, le plaignant pourra utiliser les recours légaux qui lui sont proposés par le système judiciaire de la République Démocratique du Congo ;

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

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

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

Aussi, il sied de signaler qu’un accent particulier sera mis sur les violences sexuelles basées sur le genre (VBG). Le PDSS garantira aux usagers que les plaintes liées à ces aspects seront traitées de façon confidentielle, de manière à éviter éventuellement toutes représailles ou toute atteinte à la dignité des personnes.

Le traitement des plaintes favorisera le règlement à l’amiable (uniquement les plaintes générales et sensibles). Les cas de VBG ne feront jamais sujet d’une résolution à l’amiable et suivront la procédure telle que l’exigent les principes ad hoc.

## 10. Processus de diffusion.

Elle consiste à mettre à la disposition des ménages affectés et des tiers les informations pertinentes et dans des délais appropriés.

Après approbation par la Banque Mondiale et accord de non-objection du Gouvernement les dispositions qui seront prises seront les suivantes :

* Un résumé du PPA sera publié dans un journal officiel du pays ou un journal en langues congolaises à couverture nationale, afin de permettre à tout un chacun d’être informé ;
* Des exemplaires du présent plan en faveur de la population autochtones seront rendus disponibles pour consultation publique à Mbandaka chef-lieu de la province de l’Equateur et, au bureau du Projet PDSS dans la même province ;
* Le PPA sera mis en ligne sur le site Web du Projet ;
* Le PPA sera aussi publié sur le site externe de la Banque Mondiale après autorisation par le Gouvernement.

## 11.Tableau 23 : BUDGET INDICATIF DU MGPR

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Budget indicatif | Unité | Quantité | Coût Unitaire  (USD) | Coût total (USD) |
| Atelier de lancement du MGPR | 3 jours | 45 participants | $ 30 / jour et participant | 4050 |
| Communication de masse | 10 mois | 7 aires | $ 160/ mois et aires | 11200 |
| Création outil de sensibilisation (boîtes à images, affiches, autocollants, teeshirts et calicots pour la caravane motorisée) | 10 mois | 200 participants | $ 7.5/ mois et participant | 15000 |
| Enquêtes | 10 mois | 8 agents | $16.5/ mois et agents | 1320 |
| Réunions des instances de médiation (COVI (6), COPIZ (2) et COPIP (2) | 10 mois | 10 réunions | $ 200/ mois et réunion | 20000 |
| Recrutement d’un agent de mise en œuvre du MGPR (20 % du temps de travail) | 24 mois | 1 agent | $ 400/ agent et mois | 9.600 |
| TOTAL MGPR |  |  |  | 61170 |

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

* Au moins 1 atelier de lancement du MGPR est organisé avec les parties prenantes ;
* 5 campagnes de sensibilisation de masse sur le MGPR sont réalisées dans la zone de santé d’Ingende ;
* Au moins 80% des plaintes émises

**Bibliographie**

* ABEGA, Séverin Cécile et Patrice BIGOMBE LOGO (dir.). 2006 : La Marginalisation des Pygmées d’Afrique centrale. Paris, Maisonneuve et Larose et Afrédit.
* BAHUCHET Serge, L’invention des pygmées, in Cahiers d’Etudes Africaines, 129, XXXIII-1, Paris, 1993, pp. 153-181.
* BAHUCHET Serge, Les pygmées d’aujourd’hui en Afrique Centrale, Journal des Africanistes, tome 61, Fascicule 1, Paris, CNRS et Centre National des Lettres, 1991, pp.5-35.
* BAHUCHET Serge, Les pygmées changent leur mode de vie, Vivant Univers, n°396, bimestriel, novembre-décembre 1991, pp.2-13.
* BAHUCHET Serge, Etudes récentes sur les pygmées d’Afrique Centrale, in Pygmées de Centrafrique : ethnologie, histoire et linguistique, pp. 171-175.
* BARUME KWOKWO Albert; En voie de disparition ? Les droits des autochtones en Afrique : le cas des Twa du parc national de Kahuzi-Biega, en République Démocratique du Congo, Moreton-in-Marsh, Forest Peoples Programme, 2003, 140 pages.
* BIT, Vie traditionnelle et nouvelles opportunités d’emplois décents chez les pygmées : cas d’une organisation coopérative des pygmées au Cameroun « GICACYMA », BIT/INDISCO – JFA – OIT/EMAC, Genève, janvier 2002, 37 pages.
* CADHP et IWGIA ; Rapport du Groupe de travail d’experts de la Commission Africaine des Droits de l’Homme et des Peuples sur les Populations/Communautés Autochtones, adopté par la Commission Africaine des Droits de l’Homme et des Peuples lors de sa 28ème session ordinaire, Banjul, 2005.
* CAFI ,2016 Terms of reference CAFI Multi Partner Trust Fund 2015 Ŕ 2022, mai 2016.54p
* FAO, Communautés forestières dépendant de la forêt, Revue Unasylva, n°189, volume 47, 1996/3, Rome, 64 pages.
* Fonds Social de la RDC (FSRDC), *Cadre de planification en faveur des populations autochtones du PVSBG*, Kinshasa, 2017
* Forest People Programme et Centre d’Accompagnement des Autochtones Pygmées et Minoritaires Vulnérables ; Les droits humains des peuples autochtones « Pygmées » en République Démocratique du Congo, Bukavu et Londres, Avril 2008, 32 pages.
* HITCHCOCK Robert K., Indigenous peoples, the State, and resource rights in Southern Africa, pp. 119-131.
* JOIRIS Daou Véronique, Ce que « bien manger » veut dire chez les pygmées Kola (Gyeli) et Baka du Sud-Cameroun, in Bien manger et bien vivre, L’Harmattan-ORSTOM, Paris, 1996, pp.365-370.
* KAPUPU DIWA MUTIMANWA, Les peuples autochtones pygmées de la République Démocratique du Congo absents au dialogue inter-Congolais, Bulletin BAMBUTI, n°04, janvier-mars 2002, Bukavu, Pages 1 et 7.
* KAPUPU DIWA MUTIMANWA, Les pygmées refusent l’oppression et s’organisent, Bulletin IKEWAN, n°48, avril, mai, juin 2003, page 7.
* Minority Rights Group International, Minorities, democracy and peaceful development, Annual report on activities and outcomes (1 January – 31 December 2003), London, 49 pages.
* Nations Unies/CES, Note du secrétariat sur l’atelier de consultation et de formation à l’intention des communautés pygmées sur les droits de l’homme, le développement et la diversité culturelle, en coopération avec l’OIT et l’UNESCO, 11-15 novembre 2002, Yaoundé, 10 pages.
* NGOUN Jacques, KAPUPU DIWA MUTIMANWA, Tournée d’investigation et de concertation des leaders et des associations des pygmées à l’Ouest du Bassin du Congo : Cameroun, RCA, Gabon, Rapport final, FAAP, Bukavu, 1999, 12 pages.
* NKOY ELELA (Désiré); Situation des « autochtones » Pygmées (Batwa) en RDC : enjeux des droits humains, Kinshasa, Chaire UNESCO de l’Université de Kinshasa, novembre 2005.
* NTOLE KAZADI, Méprisés et admirés : l’ambivalence des relations entre les Bacwa (pygmées) et les Bahemba (bantu),Africa 51(4), 1981, pp. 837-847.
* RAINFOREST FONDATIONS, Rapport sur la situation des Peuples autochtones des forêts de la RCA, Janvier 2009, 41 P.
* Rapport trimestriel de la zone de santé rurale de Bikoro, DPS Mbandaka, 2017
* REPALEF, Cadre de planification en faveur des peuples autochtones pour le projet de gestion améliorée des paysages forestiers, Programme d’investissement pour la forêt (PIF), Kinshasa, avril 2014

## Annexes

## Synthèse des réunions

* Liste des personnes rencontrées

