



COMMISSION EUROPÉENNE  
OFFICE D'AIDE HUMANITAIRE (ECHO)

**AIDE HUMANITAIRE**  
**aux**  
**groupes de population vulnérables**  
**en**  
**République Démocratique du Congo (RDC)**

**PLAN GLOBAL 2004**

**Comité d'aide humanitaire**  
**19 novembre 2003**

**ECHO/COD/BUD/2004/01000**

## Sommaire

	<u>Page</u>
<i>Exposé des motifs</i>	
<b>1. Résumé analytique</b>	<b>3</b>
<b>2. Contexte et situation</b>	<b>4</b>
<b>2.1. Contexte général</b>	
<b>2.2. Situation actuelle</b>	
<b>3. Recensement et évaluation des besoins humanitaires</b>	<b>7</b>
<b>4. Stratégie d'intervention proposée par ECHO</b>	<b>8</b>
<b>4.1. Priorités stratégiques générales d'ECHO</b>	
<b>4.2. Incidence des actions de réponse humanitaire antérieures</b>	
<b>4.3. Coordination avec les activités d'autres donateurs et institutions</b>	
<b>4.4. Risques et hypothèses</b>	
<b>4.5. Stratégie d'ECHO</b>	
<b>4.6. Durée</b>	
<b>4.7. Montant de la décision et matrice de programmation stratégique</b>	
<b>Annexes</b>	<b>15</b>
<b>Annexe 1 : Statistiques concernant la situation humanitaire</b>	
<b>Annexe 2 : Carte de la RDC et localisation des opérations d'ECHO</b>	
<b>Annexe 3 : Matrice de programmation stratégique</b>	
<b>Annexe 4 : Dotations sectorielles et régionales indicatives</b>	
<b>Annexe 5 : Opérations précédentes d'ECHO</b>	
<b>Annexe 6 : Liste des abréviations</b>	
 <b>DÉCISION DE LA COMMISSION</b>	 <b>24</b>
<b>Annexe : Ventilation des dotations par objectif spécifique</b>	<b>26</b>

## *Exposé des motifs*

### **1. Résumé analytique**

La mise en place d'un gouvernement de transition nationale en juillet 2003 conformément à l'*Acte global et inclusif* signé à Pretoria en décembre 2002 a mis officiellement fin à sept ans de guerre civile en RDC. La plupart des anciens belligérants sont aujourd'hui associés au processus national à Kinshasa, ce qui ouvre des opportunités sans précédent pour la pacification de la région des Grands Lacs. Ces avancées positives ont été reconnues - et dans une très large mesure préparées - par l'engagement politique, financier et militaire exceptionnel de la communauté internationale, son expression la plus visible étant le succès du déploiement de l'opération Artemis dirigée par l'UE à Bunia durant le mois de juin et la remise sans heurts, en septembre dernier, du commandement à un contingent des Nations unies composé des effectifs d'une brigade et doté d'un nouveau mandat en vertu du chapitre VII de la charte des Nations Unies.

Bien qu'il ne soit pas exclu que le gouvernement de transition se désintègre et que le pays se retrouve de nouveau sur pied de guerre, il est néanmoins possible, si l'élan politique actuel se maintient, que le gouvernement parvienne à se consolider lentement. Cependant, ce sera probablement un processus long et confus, et le gouvernement ne pourra sans doute pas développer suffisamment de capacités institutionnelles pour exercer dans les prochains mois une réelle influence pratique sur des régions auparavant contrôlées par les rebelles.

Les problèmes posés par la présence de groupes armés rwandais et burundais continueront d'exister, de même le comportement plus ou moins incontrôlé de ce qui reste des diverses factions armées congolaises. Cependant, il y a déjà des signes annonçant une amélioration progressive de l'accès à l'Est du Congo, en partie attribuable à la «fatigue des combattants» mais aussi à l'énergie déployée des forces de la MONUC.

Les besoins d'assistance humanitaire et la capacité opérationnelle des agences - qui est déjà significative - vont donc probablement augmenter. Il est estimé que la RDC est le pays accusant le plus fort taux de mortalité de la planète et qu'elle figure actuellement en première place dans le classement de vulnérabilité d'ECHO (méthodologie GINA). La dégradation des services sociaux (en particulier dans le secteur de la santé) a entraîné une montée en flèche des taux de mortalité imputable à des maladies courantes, tandis que la pratique systématique des viols et de l'esclavage sexuel dans les zones de conflit s'est accompagnée d'une forte progression du VIH/SIDA, bien que cette information ne soit pas encore confirmée par des données scientifiques. Il est estimé qu'environ 4 millions de personnes sont déplacées à l'intérieur du pays, et l'accès réduit à la nourriture dans les zones affectées par le conflit a entraîné une insécurité alimentaire très répandue et des poches de malnutrition aiguë.

Avec l'amélioration de l'accès aux régions cibles et avec la collaboration d'un solide réseau d'ONG professionnelles, appuyé par les personnels expérimentés de son secrétariat et de ses équipes sur le terrain, l'Office d'aide humanitaire de la Commission dispose d'opportunités et de capacités uniques non seulement pour accroître l'accès à de nouvelles zones et consolider les acquis récents, mais aussi pour contribuer activement au processus de réinstallation et de stabilisation en 2004 et préparer le terrain pour une reprise durable des activités économiques et la mise en œuvre d'instruments de coopération à long terme.

En ce qui concerne les priorités géographiques, ECHO continuera à concentrer ses efforts sur les grandes régions du Kivu et de l'Ituri («zones rouges», encore plongées dans le conflit ou en train d'en sortir) et les zones de l'ancienne ligne de front rendues accessibles récemment («zones bleues»). Les principaux objectifs sectoriels proposés sont les suivants :

- **Santé** : dépistage et endiguement des principales épidémies (dans l'ensemble du pays) accès équitable aux soins de santé essentiels dans les zones cibles (rouges et bleues) en accordant une attention particulière aux femmes et aux enfants

- **Vivres alimentaires et nutrition** : programmes intégrés de nutrition et de sécurité alimentaire afin de contenir et d'abaisser les taux de malnutrition aiguë dans les zones rouges et bleues
- **Personnes déplacées et rapatriées** : aide d'urgence pour les familles nouvellement déplacées et assistance intégrée pour leur réinstallation.
- **Mandats spéciaux** : soutien aux agences internationales dans l'exécution de leurs mandats de protection et de coordination.

L'enveloppe proposée pour le Plan global 2004 d'ECHO pour la RDC est de 40 millions d'euros.

## 2. Contexte et situation

### 2.1. Contexte général

A la suite du génocide rwandais de 1994, près d'un million de personnes se sont réfugiées dans la région voisine du lac Kivu, au Zaïre. Parmi les réfugiés se trouvaient bon nombre des auteurs du génocide - extrémistes hutus issus des rangs de l'armée rwandaise (ex-FAR) et des milices *interahamwe* - qui ont profité de l'anonymat des camps pour harceler et déstabiliser le nouveau gouvernement établi à Kigali par le Front Patriotique Rwandais et l'armée patriotique rwandaise (RPF/A), dirigés par des Tutsis. A la fin de l'année 1996, l'armée patriotique rwandaise a mis fin à cette menace en démantelant les camps dans le but de forcer les véritables réfugiés à rentrer dans leur pays pour s'y réinstaller, tout en séparant les extrémistes «endurcis». En même temps, une «rébellion», dirigée par Laurent Kabila, a été fomentée contre le régime de Mobutu. Cette opération a été en partie couronnée de succès dans la mesure où les camps ont effectivement été démantelés, la majorité des réfugiés est rentrée au Rwanda et l'armée de Mobutu s'est vite repliée, ce qui a permis à Kabila et à ses alliés rwandais de prendre Kinshasa en très peu de temps (mai 1997). Cependant, de nombreux éléments du noyau dur de l'ex-FAR/*interahamwe* ont pu échapper à l'armée patriotique rwandaise et disparaître dans les forêts.

Les Rwandais étaient impopulaires à Kinshasa et le nouveau président s'est rapidement distancié de ses conseillers d'antan, avant d'expulser les Rwandais de Kinshasa en juillet 1998. La riposte ne s'est pas fait attendre : une seconde «rébellion» a été déclenchée en août, par l'intermédiaire d'une nouvelle organisation basée à Goma, le *Rassemblement Congolais pour la Démocratie* (RCD) qui compte au sein de son élite une forte proportion de *banyamulenge* (Tutsis congolais). Avec l'appui de l'Ouganda, un second front «anti-Kabila» a été ouvert au nord par le *Mouvement pour la Libération du Congo* (MLC), sous la direction de Jean Pierre Bemba. Toutefois, aucun des deux mouvements ne pouvait prétendre à un véritable mandat populaire, le RCD et l'armée patriotique rwandaise étant notamment ressentis comme des forces d'occupation hostiles.

Confronté aux forces alliées de l'armée patriotique rwandaise et de l'Ugandan People's Defence Force (UPDF), Kabila a consolidé ses *Forces Armées Congolaises* (FAC) en y intégrant les unités ex-FAR/*interahamwe* et en sollicitant l'assistance du Zimbabwe, de l'Angola et de la Namibie. La situation s'est encore compliquée avec la scission du RCD en deux factions (la faction de Goma appuyée par le Rwanda et la faction du *Mouvement de Libération* (ML) de Kisangani-Bunia, soutenue par l'Ouganda) et l'apparition d'une pléthore de milices *mai-mai* se consacrant à l'expulsion des membres du RCD et des Rwandais. L'accord de paix de Lusaka, conclu à l'issue de négociations internationales en juillet 1999, qui prévoyait la mise sur pied d'un dialogue intercongolais et le déploiement d'observateurs militaires des Nations unies (la MONUC), n'a pas pu contenir le conflit, attisé non seulement par les intérêts stratégiques des parties impliquées, mais encore par les convoitises éveillées par les immenses richesses minières du Congo.

Laurent Kabila a été assassiné en janvier 2001, mais la protection de Kinshasa a été assurée par la succession rapide de son fils Joseph Kabila et un déploiement énergique de troupes angolaises. Le nouveau régime a pris un certain nombre de mesures politiques et économiques qui ont été accueillies favorablement par la communauté internationale, ce qui a conduit à la reprise progressive de la coopération, au retour des institutions de Bretton Woods et au lancement de la phase II du déploiement de la MONUC.

Cependant, au cours du même mois, un *pogrom* hema contre les habitants lendu de Bunia a de nouveau cruellement souligné le manque de contrôle administratif efficace dans la riche province minière d'Ituri, au nord-est du pays, qui depuis juin 1999 est en proie à une guerre ethnique chaque jour plus violente. La tentative de fusion des deux groupes rebelles soutenus par l'Ouganda (le MLC en Équateur et le RCD-ML dans les régions Orientale et Ituri) sous la direction de Bemba a rapidement échoué.

Deux documents publiés coup sur coup, le rapport sur les droits de l'homme de Roberto Garretton et les conclusions du panel des Nations Unies concernant l'exploitation des ressources naturelles du Congo, ont signalé la persistance d'abus à grande échelle de part et d'autre, triste rappel de la véritable nature du conflit. Le 26 avril 2001, ce message a été de nouveau mis en évidence par l'assassinat brutal de six membres du personnel du CICR dans la région d'Ituri. De plus, l'infiltration massive de forces armées de l'ex-FAR/*interahamwe* provenant du Nord-Kivu a été à l'origine des premiers affrontements ayant lieu sur le sol rwandais depuis plusieurs années. Ces événements ont poussé le RCD et les Rwandais à accuser Kinshasa de déstabiliser délibérément la région.

Le lancement tant attendu du dialogue intercongolais à Addis-Abeba en octobre 2001 n'a permis de réaliser aucune avancée véritable en raison de l'absence d'un grand nombre de protagonistes de premier plan. Lorsque les parties se sont réunies à nouveau à Sun City en mai 2002, il a fallu 50 jours et une intervention du Président Mbeki en personne pour parvenir à un accord partiel entre Kinshasa, le MLC et les partis politiques de l'opposition. Toutefois, le RCD-Goma a refusé de signer cet accord et les négociations concernant sa mise en œuvre pratique ont rapidement dégénéré en récriminations réciproques. Pendant ce temps, les tensions ont continué à monter dans la province de l'Ituri, où le contrôle de la ville de Bunia a été effectivement divisée entre le RCD-K/ML et une nouvelle faction hema pure et dure, l'*Union des Patriotes Congolais* (UPC).

La première avancée vraiment significative a pu être atteinte à Pretoria le 30 juillet 2002 avec la conclusion d'un accord bilatéral entre le Rwanda et la RDC prévoyant le retrait des troupes rwandaises en échange de l'engagement de la part de Kinshasa de lutter contre la présence des rebelles de l'ex-FAR/*interahamwe* en territoire congolais. Après que l'UPC ait expulsé le RCD-K/ML de Bunia à la mi-août, l'Ouganda est également parvenu à un accord avec Kinshasa (Luanda, 6 septembre), prévoyant le retrait progressif des troupes de l'UPDF. Cependant l'escalade de la violence s'est poursuivie en Ituri, tandis que dans le Kivu, des irréguliers *mai-mai* ont immédiatement profité du retrait rwandais au début d'octobre 2002 pour attaquer les positions du RCD-G dans toute la région, gagnant rapidement le contrôle de près de 80% du territoire.

Le 17 décembre 2002, un *Acte global et inclusif* a été finalement signé à Pretoria entre toutes les parties. Cet accord prévoit une période de transition de 24 mois pendant laquelle J. Kabila restera président, avec l'assistance de quatre vice-présidents issus du MLC, du RCD-G, du gouvernement de Kinshasa et de l'opposition politique. Cependant, durant le même mois une offensive du MLC et du RCD-N (la faction basée à Bafwasende et dirigée par Roger Lumbala) contre les positions du RCD-K/ML dans la région de Mambasa/Beni a causé le déplacement de quelque 100 000 personnes au milieu d'atrocités indescriptibles, ce qui a souligné encore une fois la fragilité du processus national auquel plusieurs parties belligérantes, notamment dans le nord-est du pays, ne sont pas associées.

## **2.2. Situation actuelle : événements marquants en 2003**

La succession de signes contradictoires s'est poursuivie au début de 2003. En janvier, l'UPC de Lubanga s'est engagée dans un pacte qui ne présageait rien de bon avec le RCD-Goma, tandis que le mois de février ouvrait des perspectives d'une toute autre nature avec la mise en route, par les institutions de Bretton Woods, d'une vaste mission d'évaluation en collaboration avec le PNUD. Tandis que bon nombre des leaders des factions armées du Kivu suivaient de très près l'évolution de la dynamique politique à Kinshasa, le RCD-Goma profitait en mars de l'affaiblissement de certains groupes *mai-mai* pour lancer une offensive à grande échelle dans le Sud-Kivu et récupérer rapidement la totalité du territoire perdu à la suite du retrait rwandais six mois auparavant.

Au mois de mars, l'expulsion de l'UPC de Bunia par l'UPDF a enfin ouvert la voie pour la convocation de la Commission de pacification de l'Ituri (4-14 avril) et la création d'une administration et d'une assemblée intérimaires. Peu après, cependant, lorsque les Ougandais se sont finalement retirés de l'Ituri, conformément à l'accord de Luanda, l'UPC n'a pas tardé, comme l'avaient craint et prédit les organisations humanitaires, à reprendre Bunia au milieu d'un terrible bain de sang (10 mai). Tandis que le contingent uruguayen de la MONUC assistait impuissante à ces événements, la grande majorité de la population civile de Bunia assez chanceuse pour s'en sortir la vie sauve, s'est enfuie de la ville.

Ces événements devaient marquer en quelque sorte un tournant de la crise. La communauté internationale a réagi énergiquement, avec la résolution 1484 adoptée le 30 mai par le Conseil de Sécurité des Nations unies, autorisant une intervention à Bunia en vertu du chapitre sept. L'UE y a répondu par le déploiement de l'opération Artemis. La ville a été rapidement sécurisée par les forces militaires Artemis, en majorité françaises, et la menace immédiate exercée par l'UPC a été neutralisée. Cependant le mandat de la résolution 1484 ne s'appliquait qu'à la seule ville de Bunia et les atrocités se poursuivaient à l'intérieur de l'Ituri, perpétrées pour la plupart par les milices lendu contre les Gegere (Hema du Nord, section de l'UPC). Plus au sud, une autre grande campagne a été lancée par le RCD-Goma dans la région de Lubero du Nord-Kivu, qui s'est étendue rapidement sur environ 200 km à l'intérieur du territoire détenu par le RCD-K/ML basé à Béni. À la suite d'un nouveau déplacement massif de population, un cessez-le-feu et un plan de retrait ont été encore une fois négociés rapidement par la communauté internationale lors d'une réunion à Bujumbura.

Entre-temps à Kinshasa, le président Kabila a marqué l'anniversaire de l'indépendance du pays (30 juin) en nommant le nouveau gouvernement de transition nationale. Les quatre vice-présidents ont prêté serment le 17 juillet et les 36 nouveaux ministres et 24 vice-ministres ont fait de même le jour suivant.

L'impulsion donnée au processus politique a été maintenue par la résolution 1493 du Conseil de sécurité, adoptée le 28 juillet, autorisant la MONUC dans son ensemble à agir conformément au chapitre 7 de la Charte des Nations Unies et à augmenter ses troupes de 8 700 à 10 800 hommes. Un tiers jusqu'à la moitié de ces effectifs sont basés en Ituri où, ayant pris avec succès la relève de l'opération Artemis, ils ont pour mandat de se déployer à l'intérieur de la région et de sécuriser le district en employant «tous les moyens nécessaires».

Accomplissant une autre avancée positive, et non sans portée symbolique, le président Kabila et la Commission européenne ont signé le 2 septembre 2003 à Kinshasa le document stratégique pour le programme indicatif du 9<sup>e</sup> FED d'un montant de 205 millions d'euros. Cet événement a été suivi le 25 septembre par l'approbation par la Banque mondiale d'une enveloppe de 214 millions de USD en faveur de la RDC.

### Pronostic

La mise en place d'un gouvernement de transition nationale en juillet 2003 conformément à l'*Acte global et inclusif* signé à Pretoria en décembre 2002 a mis officiellement fin à sept ans de guerre civile en RDC. La plupart des anciens belligérants - y compris les leaders *mai-mai* et d'autres seigneurs de guerre - sont aujourd'hui associés au processus national à Kinshasa, ce qui ouvre des opportunités sans précédent pour la pacification de la région des Grands Lacs. Il est donc crucial que la dynamique amorcée soit maintenue par un engagement politique, financier et militaire soutenu de la communauté internationale.

Les donateurs bilatéraux et les institutions d'aide au développement sont en train de s'engager à nouveau en RDC, notamment la Banque mondiale et l'UE. Cependant, mis à part les instruments d'intervention particulièrement flexibles, tels que le programme «LRRD» de 20 millions d'euros, de l'enveloppe du 9<sup>ème</sup> FED, il est peu probable qu'il soit possible de décaisser bien avant 2005 une forte proportion de ces fonds qui sont destinés à des actions de long terme.

Les ateliers CAP réalisés à Goma (6/7 juillet 2003) et à Kinshasa (3/4 septembre) sont parvenus à la conclusion que, même s'il n'est pas exclu que le gouvernement de transition se désintègre et que le pays se retrouve de nouveau sur pied de guerre (en particulier dans la région du Kivu où la menace d'une troisième rébellion et même d'une sécession demeure réelle), il est peu probable que la communauté internationale, qui a investi des moyens politiques, financiers et militaires considérables dans le processus de paix en RDC, permette un tel échec. L'hypothèse de travail retenue par les organisations humanitaires en RDC est que le gouvernement de transition parviendra à se maintenir et à se consolider lentement, mais que ce processus sera long et confus, et qu'il sera peu probable que le gouvernement puisse développer suffisamment de capacités institutionnelles dans les prochains mois pour exercer une réelle influence pratique sur des régions auparavant contrôlés par des rebelles et des groupes armés sans participation directe dans le gouvernement de transition.

Les problèmes posés par la présence de groupes rwandais (*interahamwe*) et Burundais (FDD) continueront d'exister, de même que la tendance affichée par des éléments plus ou moins incontrôlés des diverses factions armées congolaises (notamment des forces du RCD-G) à mettre la population à rançon. Cependant il y a déjà des signes annonçant une amélioration progressive de l'accès à certaines parties de l'Est du Congo, attribuable en partie à la «fatigue des combattants» (en particulier parmi le groupes *mai-mai* dans le Sud-Kivu), mais aussi à l'énergique déploiement de la MONUC (spécialement en Ituri).

Avec l'amélioration de l'accès aux régions cibles et avec la collaboration d'un solide réseau d'ONG professionnelles, appuyé par les personnels expérimentés de son secrétariat et de ses équipes sur le terrain, l'Office d'aide humanitaire de la Commission dispose d'opportunités et de capacités uniques pour accroître non seulement l'accès à de nouvelles zones et consolider les acquis récents, mais aussi pour contribuer activement au processus de réinstallation et de stabilisation en 2004 et préparer le terrain pour une reprise durable des activités économiques et la mise en œuvre d'instruments de coopération à long terme.

### 3. Recensement et évaluation des besoins humanitaires

La crise en RDC est un état d'urgence chronique et complexe découlant de la mauvaise gestion et des abus et aggravé par sept ans de conflits violents. Environ 4 millions de personnes sont aujourd'hui déplacées à l'intérieur du pays. La dégradation des services sociaux (en particulier dans le secteur de la santé) a conduit à une recrudescence des maladies endémiques et épidémiques et à des taux de mortalité jusqu'ici jamais atteints imputables aux maladies courantes, tandis que la pratique systématique des viols et de l'esclavage sexuel dans les zones de conflit s'est accompagnée d'une progression rapide du VIH/SIDA (bien que cette information ne soit pas encore confirmée par des données scientifiques). L'accès réduit à la nourriture dans les zones affectées par le conflit a entraîné une insécurité alimentaire largement répandue et des poches de malnutrition aiguë. Il est estimé que la RDC est le pays accusant le plus fort taux de mortalité au monde (OCHA : atelier CAP à Goma, juillet 2003), avec des taux moyens de mortalité infantile de 3/10 000 par jour pour l'ensemble de l'Est du Congo, c'est-à-dire 50% supérieurs au seuil d'urgence (IRC, avril 2003). Une sélection des données statistiques et indicateurs récents est donnée à l'annexe 1.

Vu la taille du pays et vu l'ampleur et la complexité de la crise, il apparaît opportun de distinguer les «zones» d'intervention suivantes (voir également la carte codifiée par couleurs à l'annexe 2) :

**Zones rouges** : zones encore affectées par le conflit (ou en train d'en sortir) et où la situation demeure instable.

1. **Ituri** : On estime qu'au moins 50 000 civils ont été tués depuis l'éclatement de la «guerre Djugu» en 1999. Les infrastructures sociales et les logements ont été entièrement détruits dans beaucoup de zones rurales, les routes sont minées et dangereuses ou tout simplement impraticables. L'accès à l'extérieur de Bunia était quasiment impossible pendant plus d'un an après le *putsch* de l'UPC en août 2002 et demeure très limité jusqu'à présent, malgré une amélioration progressive grâce au déploiement de la Brigade d'Ituri.

2. **Nord-Kivu** : Des affrontements violents entre l'ANC, l'APC et les forces *mai-mai* dans la région de Lubero (au sud de Beni) au milieu de l'année 2003 ont causé un exode massif de la population et interrompu le cycle agricole à un stade crucial. Un grand nombre d'habitants déplacés de l'Ituri sont regroupés le long des routes reliant le nord et l'ouest de Beni à Irumu et Mambasa.
3. **Sud-Kivu et Maniema** : Cette zone a souffert d'un conflit continu, opposant principalement le RCD-Goma et les groupes *mai-mai*, mais la situation a encore été exacerbée par la présence de rebelles rwandais (*interahamwe*) et burundais (FDD). Les souffrances de la population à la merci de tous ces groupes ont été particulièrement intenses ici, beaucoup de zones étant victimes de pillages et de destructions répétés. Les viols et l'esclavage sexuel sont très répandus. La majorité des 150 000 Congolais réfugiés en Tanzanie sont originaires de cette région.

**Zones bleues** : ancienne ligne de front de Lusaka, qui a été le théâtre de combats intenses entre 1998 et 2001. Ces régions ont commencé à se stabiliser en 2002 avec la première phase du déploiement de la MONUC. Du nord-ouest au sud-est, il s'agit des régions suivantes :

1. **Équateur** : Bon nombre des habitants dispersés dans la forêt retrouvent progressivement leur liberté de mouvement. Cependant la population est affaiblie par des années de «nourriture de guerre», les infrastructures sociales sont dévastées et les indicateurs de santé sont alarmants (notamment un taux de mortalité infantile de 5,3/10 000/jour dans la région de Zongo - *EpiCentre*, août 2003). Le problème des mines antipersonnel est préoccupant étant donné que les gens recommencent à circuler. Quelque 85 000 réfugiés sont prêts à rentrer chez eux en traversant la rivière Oubangui en République du Congo.
2. **Kasaï** : Ce n'est que maintenant, pour la première fois après cinq ans, que cette région située au nord de l'ancienne ligne de démarcation devient accessible aux organisations humanitaires. La situation ici est analogue à celle rencontrée en Équateur : les services de santé et autres services sociaux ont pratiquement disparu, tandis que les mines antipersonnel ont coupé des routes d'une importance vitale pour l'économie. La dégradation de l'état de santé de la population est encore accentuée par l'apparition du choléra, jusqu'ici inconnu dans cette région.
3. **Katanga** : Des affrontements sporadiques continuent dans la partie centrale de la province, mais le Katanga se stabilise lentement, ce qui laisse augurer le retour progressif de 40 000 réfugiés à partir de la Zambie et d'autres groupes de Tanzanie. L'accès amélioré au nord de la voie ferrée Kalemie-Kabalo a révélé l'existence d'un autre grand groupe de personnes qui s'étaient cachées dans la forêt pendant plus de cinq ans, tandis que l'effondrement de l'industrie minière et des circuits commerciaux traditionnels a conduit à des taux de malnutrition élevés dans les zones urbaines.

#### 4. Stratégie d'intervention proposée par ECHO

##### 4.1. Priorités stratégiques générales d'ECHO

**Approche basée sur les besoins** : La RDC occupe actuellement la première place dans le classement de la vulnérabilité établi par ECHO pour le monde entier (méthodologie GINA). La réponse à la crise au Congo est le plus grand programme entrepris par l'Office d'aide humanitaire en Afrique durant les quatre dernières années et se range parmi les trois plus grands programmes dans le monde. La question des besoins est examinée plus en détail dans la section 3 précédente et à l'annexe 1.

Tandis qu'ECHO, par définition, concentre ses efforts en RDC sur les groupes de population les plus vulnérables, notamment les **enfants** de moins de cinq ans qui sont la cible spécifique des programmes de nutrition et de PMI/EPI, les mesures spéciales introduites en 2003 pour aider les **femmes** en grande difficulté à cause du conflit seront consolidées en 2004. Les partenaires continueront d'être encouragés à intégrer de telles mesures dans les programmes de santé financés par ECHO (voir également la section 4.4 et l'annexe 3).

La RDC se trouvant à la croisée des chemins, une approche constructive de **LRRD** (prônant l'établissement de liens entre l'aide d'urgence, la réhabilitation et le développement) sera d'autant plus importante en 2004. Le retrait progressif de l'aide humanitaire des «zones jaunes» de moindre priorité s'achèvera avec la remise des programmes à des donateurs bilatéraux, et ECHO continuera à coordonner ses activités avec d'autres services de la Commission et à rechercher d'autres donateurs multilatéraux et bilatéraux dans le domaine du développement afin de favoriser des synergies. Voir également la section 4.3 ci-après.

#### 4.2. Incidence des actions de réponse humanitaire antérieures

Les principales recommandations tirées de la dernière grande évaluation externe du programme ECHO en RDC (septembre 2001 - une autre évaluation de ce type est prévue pour 2004) étaient d'améliorer la qualité et l'efficacité du secteur de la santé, notamment par un accroissement de l'investissement par bénéficiaire et par une réduction de la couverture géographique (à atteindre principalement par des passations "LRRD" toujours en cours). La stratégie 2003 d'ECHO a été conçue en tenant compte de ces conclusions et des recommandations supplémentaires reçues de nos partenaires durant l'évaluation interne de nos performances en 2002.

En 2003 la Commission a adopté trois décisions de financement d'aide humanitaire en faveur de la RDC pour un montant total de 44 millions d'euros : le plan global proprement dit (janvier, 35 millions d'euros, engagés à 96% au moment de la rédaction du présent document), une décision ad hoc utilisant l'enveloppe B du 9<sup>ème</sup> FED (août, 4 millions d'euros, engagés à 100%) et une autre décision approuvée en octobre pour le lancement d'activités de réinstallation en Ituri (5 millions d'euros, la mise en œuvre devant avoir lieu principalement en 2004). Conformément à la stratégie développée depuis 2000 par ECHO et ses partenaires, les trois décisions étaient principalement centrées sur la santé (40%), les vivres alimentaires et la nutrition (33%), la surveillance et la réponse rapide aux situations d'urgence (9%) et la réinstallation des populations déplacées (11%). La répartition de ces opérations par ordre de priorités géographiques était la suivante : (1) zones rouges (zones de conflit/d'intervention d'urgence - environ 64% des fonds), (2) zones bleues (anciennes zones des lignes de front nouvellement accessibles - 23%), (3) hormis une exception, les quelques opérations restantes dans les zones jaunes (zones isolées mais non directement affectées par le conflit) ont été arrêtées progressivement comme prévu.

Les résultats complets et finaux du programme 2003 ne seront connus que lorsque que les partenaires auront présenté leurs rapports formels (vers le milieu de 2004), mais une analyse préliminaire des opérations financées au titre du plan global 2003 (cf. ventilation des dotations financières à l'annexe 5) permet de constater les résultats indicatifs suivants :

*Réponse d'urgence* : L'introduction d'une capacité de surveillance et de réponse d'urgence multisecteur comme objectif dans le plan global 2003 pour répondre aux demandes d'un certain nombre de partenaires, en particulier OCHA, n'a pas été entièrement réussie. Sur l'enveloppe initiale de 5 millions d'euros, environ 3 millions seulement auont été décaissés pour les activités envisagées (moins de demande que prévu de la part des partenaires). Le solde a été attribué à d'autres objectifs.

*Santé* : L'objectif prévu en 2003 était de couvrir 55 *zones de santé* (sur 306), soit un total de 4,5 millions de bénéficiaires directs (personnes effectivement traitées dans les centres de santé financés par ECHO), à un coût unitaire moyen de 3 à 6 euros par «nouveau contact» (épisode de maladie).

	<u>Objectif</u>	<u>Réalisation</u>
Zones de santé couvertes	55	52
Bénéficiaires directs	4,5 millions	4,49 millions
Coût unitaire moyen	4,5 euros	4 euros

*Nutrition et vivres alimentaires* : L'objectif était de financer des activités de nutrition thérapeutique pour 22 600 bénéficiaires par mois, de nutrition supplémentaire pour 110 800 bénéficiaires par mois et la distribution de vivres, de semences et d'outils à 115 000 familles :

	<u>Objectif</u>	<u>Réalisation</u>
Nutrition thérapeutique	22 600	22 380
Nutrition supplémentaire	110 800	204 034
Vivres, semences et outils	115 000	223 643

La conclusion générale tirée de nos consultations avec nos partenaires lors de la préparation de ce plan global (voir section 4.3 ci-après) a été qu'aucune modification de la structure d'ensemble de la stratégie d'aide financière d'ECHO en RDC ne s'imposait. Les plans globaux 2002 et 2003 ont été globalement approuvés comme étant des instruments sensés, pratiques dans leur conception et appropriés aux besoins de la population. En particulier, il a été recommandé de maintenir les mêmes priorités sectorielles et géographiques.

Cependant, un élément supplémentaire mis en évidence en particulier par les ateliers CAP organisés par OCHA à Kinshasa les 3 et 4 septembre est la nécessité pour les acteurs humanitaires de tenir dûment compte de la nouvelle dynamique politique en RDC. Cette question est abordée dans la section 4.4 ci-après.

### **4.3. Coordination avec les activités d'autres donateurs et institutions**

#### ***Commission : DG Développement/EuropeAid***

ECHO a travaillé en étroite collaboration avec la DG Développement (DEV) et EuropeAid (AIDCO) à la finalisation du document stratégique pour le 9<sup>ème</sup> FED (205 millions d'euros). Ce programme a été signé à Kinshasa en septembre 2003, durant une mission conjointe ECHO-DEV-AIDCO-Délégation qui a aussi visité Bunia, Goma et Bukavu. L'objet de ces consultations, qui ont lieu régulièrement sur le terrain et au siège central, est d'assurer une répartition claire des tâches et leur complémentarité en ce qui concerne les zones et secteurs d'intervention, et de préparer la remise des programmes les plus "mûrs" d'ECHO à ses partenaires.

A cet égard, la RDC a été en quelque sorte un projet «pilote» de LRRD. Cette tâche a été facilitée par le fait qu'un certain nombre d'instruments FED innovants et décentralisés, parfaitement adaptés à des activités en «zone grise» ou de continuum, avaient déjà été mis en place au début des années 1990, à la suite de l'interruption de la coopération officielle avec le régime de Mobutu. En termes de liens avec ECHO, les plus importants sont le *Programme d'Appui Transitoire à la Santé* (PATS) et le *Programme d'Appui à la Réhabilitation* (PAR). On peut également y ajouter les fonds de «l'enveloppe B» du 9<sup>ème</sup> FED (non-programmable) qui peuvent être mobilisés au titre de l'article 72 de l'accord de Cotonou (autrefois, article 255 de l'accord de Lomé) à des fins d'aide à la réinstallation et à la réintégration.

Les premières remises de programmes ont eu lieu en 2002, lorsqu'un montant total d'environ 20 millions d'euros pour le financement de programmes «LRRD» ou «d'aide humanitaire élargie» ont été mis à disposition par DEV/AIDCO par le biais de divers instruments (FED/PATS, FED/PAR et article 72) pour étendre les opérations pilotées par ECHO dans les domaines de la santé et de la réinstallation des populations déplacées (incluant la réponse à l'éruption volcanique à Goma). Une autre montant de 20 millions d'euros a été mis à disposition au titre de l'enveloppe B du 9<sup>ème</sup> FED, et le programme correspondant est en voie de finalisation après une mission conjointe d'ECHO-AIDCO effectuée en septembre 2003.

En 2004, ECHO collaborera étroitement avec ses homologues du domaine du développement lors du processus d'identification des projets et programmes pour l'enveloppe A du 9<sup>ème</sup> FED, notamment dans le secteur de la santé qui est le secteur d'intervention prioritaire.

### ***Groupe de contact RDC***

La Commission est un membre actif du groupe de contact<sup>1</sup> des bailleurs de fonds de la RDC, basé à Genève, qui a organisé en mai/juin 2002 une mission sur le terrain regroupant plusieurs donateurs avec l'aide d'OCHA afin d'évaluer la réponse des Nations Unies aux recommandations concrètes d'amélioration de la coordination stratégique et opérationnelle en RDC. Le secrétariat d'ECHO et son équipe sur le terrain ont suivi attentivement la mise en œuvre par OCHA des conclusions de la mission (encourageantes mais aussi critiques), notamment en ce qui concerne la décentralisation de la capacité de coordination depuis les capitales vers les «plaques tournantes humanitaires» telles que Bunia et Bukavu. Des progrès considérables ont été réalisés sur ce front cette année. Une réunion du groupe de contact est prévue en novembre à Genève afin de faire le point et d'harmoniser la stratégie pour 2004.

### ***Processus de programmation***

Le plan global 2004 est le fruit de larges consultations qui ont commencé dès juillet, alors qu'ECHO était le seul donateur à participer aux ateliers de préparation du CAP 2004 à Goma. Ceux-ci ont été suivis par des consultations sur le terrain avec les partenaires en août/septembre à Bunia et Bukavu (l'Ituri et le Sud-Kivu représentant ensemble plus de 55% de la totalité du financement ECHO en 2003) et l'intégration de ces résultats dans l'atelier CAP final tenu à Kinshasa les 3 et 4 septembre. Cet atelier a été suivi par des séances de travail spécifiques avec la Délégation, les États membres (responsables de la coopération) et d'autres donateurs importants, en particulier les USA et la Banque mondiale. Les résultats de ce processus ont été communiqués à plus de 50 partenaires potentiels d'ECHO ainsi qu'à d'autres parties intéressées à l'occasion d'un atelier tenu à Bruxelles le 26 septembre avant la finalisation de la stratégie.

#### **4.4. Risques et hypothèses**

Les principaux risques liés au programme proposé sont - comme toujours au Congo - liés à la question de l'accès et de la sécurité d'une part, et à la capacité de mise en oeuvre de nos partenaires de l'autre. Les hypothèses associées sont décrites dans la section 2.2 "pronostic" ci-dessus.

#### **4.5. Stratégie d'ECHO**

***Objectif principal*** : Les taux de mortalité et de morbidité parmi les groupes de populations visés sont contenus dans les seuils d'urgence et le processus de réinstallation et de stabilisation est soutenu où cela est possible par des activités intégrées appropriées.

#### **Priorités géographiques** :

Sauf dans le cas de réponses d'urgence (notamment à des épidémies, conformément au premier objectif sectoriel), ECHO concentrera son attention presque exclusivement sur les **zones rouges et bleus** en 2004 (voir la carte à l'annexe 2).

#### **Priorités sectorielles** :

Par suite de l'évaluation que nous avons faite de la capacité de «réponse d'urgence» multisecteur incluse à titre d'objectif à part entière dans le plan global 2003 (voir la section 4.2 précédente), cet objectif sera discontinué en 2004. La capacité de réponse d'urgence sera plutôt incorporée, selon les besoins, aux autres objectifs sectoriels principaux. Par conséquent, les secteurs retenus sont les suivants :

---

<sup>1</sup>

La Belgique (présidence), la Commission, les États-Unis, le Canada, la Suède, la France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni.

- 1) **Santé (18 millions d'euros).** Il est important de souligner que la «mortalité excessive» rampante mise en évidence par les enquêtes nationales menées par l'ONG américaine International Rescue Committee (IRC) en 2001 et encore une fois en 2003 n'est pas imputable en premier lieu aux actes de violence, mais au manque d'accès à des soins de santé essentiels comme conséquence indirecte du conflit. ECHO et ses partenaires ont accumulé une expérience considérable dans ce secteur au cours des dernières années et ont préconisé dès le départ une approche viable de fourniture de services de santé reposant sur des professionnels congolais et évitant la création de structures parallèles. C'est un processus qui a débuté en 1999 avec la relance des services de soins curatifs essentiels dans des *zones de santé* ciblées et l'addition progressive d'activités de soins préventifs. Le processus est parvenu à maturité en 2003 avec l'intégration d'une prévention systématique de la malaria et d'activités limitées au niveau des centres de référence (notamment services obstétricaux d'urgence et transfusions sanguines sans risque) dans un *Paquet Minimum d'Activités* (PMA) approuvé par toutes les parties.

Notre évaluation du programme 2002 a permis de constater que les taux d'utilisation avaient tendance à stagner autour de 0,3 – 0,4 nouveau contact par personne par an, ce qui n'est nullement discréditant par rapport à d'autres pays subsahariens, mais insuffisant pour un donateur humanitaire dans un pays en conflit souffrant de taux de mortalité excessifs. Les enquêtes menées suggèrent fortement que les gens ne recourent pas aux soins principalement parce qu'ils n'ont même pas les moyens de payer la petite contribution qui leur est encore demandée dans beaucoup d'endroits. Ce problème a été résolu avec succès en 2003 avec l'introduction de tarifs fortement réduits ou la fourniture à titre temporaire de services gratuits dans les zones de ligne de front. Ceci a eu pour conséquence que les taux d'utilisation ont plus que doublé (estimation préliminaire en attendant l'achèvement du cycle de rapport et évaluation au début/milieu de 2004). Les faits et arguments avancés par les partenaires et programmes d'ECHO en 2003 ont beaucoup contribué à résoudre le débat sur la question des subventions. Il est maintenant largement reconnu qu'un système de santé publique ne pourra exister en RDC durant les prochaines années sans une part substantielle de subventions. Actuellement, le débat se concentre sur le niveau le plus approprié pour une application efficace des subventions. L'idée préliminaire est qu'il conviendrait de retenir la *zone de santé* comme point de départ - une position tout à fait partagée par la stratégie d'ECHO.

L'innovation principale dans la stratégie d'ECHO pour les soins de santé en 2004 sera de contribuer au processus de transition et de réunification en soutenant activement la nouvelle politique nationale d'achat et de distribution de médicaments. Cette politique devra aboutir (avec l'aide des principaux donateurs internationaux) à la création de la FEDECAME, un réseau de centres de distribution régionaux (CDR) rattachés à un système d'approvisionnement centralisé. Ce réseau, qui est encore à l'état embryonnaire pour le moment, compte déjà 5 CDR, dont deux ont été mis en place avec l'aide de la CE/PATS au Kasai. ECHO aidera ses partenaires opérant dans le secteur de la santé «de l'autre côté» de la ligne bleue à s'approvisionner par le biais de ces CDR au lieu d'avoir à le faire à Goma ou en Europe, en assurant des services de transport aérien décentralisés ou des opérations ciblées de déminage humanitaire. Selon les résultats de l'étude de faisabilité qui doit être effectuée par *Pharmaciens sans Frontières* durant le dernier trimestre de 2003, ECHO pourra également appuyer la création d'une structure de base de CDR dans la province de l'Équateur en 2004, à condition qu'un donateur s'engage à soutenir le développement à long terme de l'initiative à partir de 2005.

- 2) ***Vivres alimentaires et nutrition (12 millions d'euros)*** : Le Congo est un pays fertile, et avec un minimum de stabilité et d'accès à des intrants agricoles essentiels, même les communautés gravement affectées peuvent regagner rapidement l'autosuffisance alimentaire. C'est pourquoi ECHO plaide en faveur d'une approche intégrée face au phénomène de la malnutrition, basée sur l'observation rigoureuse de données anthropométriques objectives pour déclencher les interventions ou les arrêter. Typiquement, la «pyramide d'intervention contre la malnutrition» combine la nutrition thérapeutique (soins médicalisés 24 heures sur 24) pour les enfants sévèrement malnourris, des activités de nutrition supplémentaire pour les enfants atteints de malnutrition modérée et des distributions ciblées d'aide alimentaire, de semences et d'outils, là où cela s'avère approprié, aux familles ayant des enfants sous-alimentés. Il est possible d'entreprendre sur une base pilote des activités de réhabilitation de routes de desserte agricoles de petite envergure afin de relancer ou d'améliorer l'accès aux marchés immédiatement après la fin des conflits. Là où toute cette gamme de mesures peut être mise en œuvre sans interruption, cette politique s'est généralement montrée efficace en contribuant à abaisser rapidement les taux de malnutrition.
- 3) ***Personnes déplacées et rapatriées (3,5 millions d'euros)*** : La capacité de «réponse d'urgence» prévue par le plan global 2003 est remplacée par un nouvel objectif, consistant en une action coordonnée devant accompagner le «continuum du déplacement», depuis l'allègement des souffrances immédiates des personnes récemment déplacées jusqu'à l'encouragement initial à leur réinstallation et à la reprise des activités économiques. Il y a lieu de distinguer ici deux principaux domaines d'intervention/profils de bénéficiaires :
- (a) fourniture de biens de première nécessité (populations déplacées) : paquets familiaux de produits non alimentaires qui continueront d'être nécessaires à la survie des bénéficiaires dans certaines zones.
- (b) réhabilitation et réinstallation (populations retournant dans leur région) : cette approche sera basée sur le modèle piloté par ECHO dans la région de Masisi dans le nord du Kivu en 2001, comprenant :
- *la réhabilitation des routes*, en utilisant des méthodes à haute intensité de main-d'œuvre; cela permet la réouverture de routes longtemps fermées au trafic commercial, facilite la circulation de la production agricole et donne un coup de fouet à l'économie locale (la viabilité peut être soutenue par l'application de systèmes de péage);
  - *la réhabilitation de l'infrastructure sociale* : en utilisant les mêmes méthodes, des projets de petite envergure visant à réouvrir des écoles, des centres de santé et des systèmes de distribution d'eau pillés ou détruits sont «connectés» à la route, à mesure que progressent les travaux de réhabilitation, afin d'encourager la réinstallation des populations;
  - *les kits de réinstallation* : les familles qui rentrent chez elles reçoivent des paquets contenant des semences et des biens de première nécessité (couvertures, ustensiles de cuisine, etc.) (NB : *la composante semences et outils est couverte par le second objectif*).

Il convient de noter qu'un autre montant de 5 millions d'euros sera alloué pour cet objectif en 2004 sur la base d'une décision ad hoc lancée en octobre 2003 et concernant spécifiquement les activités de réinstallation dans le district d'Ituri.

- 4) ***Mandats spéciaux (3,5 millions d'euros)*** : ECHO continuera d'apporter son soutien aux activités de protection et de coordination des agences spécialisées. En plus de la poursuite du soutien au CICR et à OCHA, une contribution au HCR est également envisagée en vue de faciliter les mouvements de retour des réfugiés à partir de la République du Congo et de la Zambie.

- 5) **Assistance technique (0,6 million d'euros)** : Comme dans les années précédentes, ECHO maintiendra une présence sur le terrain correspondant à l'ampleur du programme et à la taille du pays. En plus des bureaux existant à Goma, Bukavu et Kinshasa (également responsables des opérations en République du Congo et en République Centrafricaine), un nouveau bureau a été ouvert à Bunia durant le second semestre de 2003. Les bureaux de Kinshasa, Goma et Bunia sont partagés par la Délégation.

**Réserve (2,4 millions d'euros)** : elle consiste en une marge de 6% destinée à couvrir les dépenses imprévues et à assurer la flexibilité nécessaire pour répondre rapidement à une augmentation de l'accès ou de la capacité de mise en œuvre dans l'un ou l'autre secteur ou région.

#### 4.6 **Durée**

Un grand nombre d'opérations financées conformément à cette décision concernent des projets de soins de santé sophistiqués qu'il est opportun de prévoir sur un calendrier de douze mois. Afin d'éviter des goulets d'étranglement administratifs, nous avons adopté une approche échelonnée, les contrats étant émis graduellement tout au long du premier semestre de l'année et au-delà si nécessaire. De ce fait les opérations humanitaires financées seront réalisées dans un délai de 18 mois à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004. En cas d'interruption provisoire de la mise en œuvre en raison d'un cas de force majeure ou de circonstances comparables, la période d'interruption provisoire ne sera pas prise en compte dans le calcul de la durée des opérations. Toutefois, si la mise en œuvre est interrompue pendant plus d'un tiers de la durée prévue d'une opération donnée, la Commission se réserve le droit d'annuler et de mettre fin au contrat en question. Dans de telles circonstances, la procédure prévue à cet effet dans l'accord-cadre de partenariat sera appliquée.

#### 4.7 **Montant de la décision et matrice de programmation stratégique**

4.7.1 Montant total de la décision : 40 MEUR

4.7.2 Matrice de programmation stratégique : voir annexe 3

**Annex 1: statistics on the humanitarian situation**

Results from the Multi Indicator Cluster Survey (MICS2) finalised in August 2002 showed rising maternal and infant mortality and acute malnutrition rates; with some 16% of children suffering from some form of acute malnutrition, over 1,900,000 children are affected. Limited or no access to quality health care is cited as the main cause of this situation. A study by Asrames in the relatively stable eastern province of North Kivu in May 2003 indicated that 70% of the population do not have sufficient financial resources to go to health centres to receive basic health care. Studies in the education sector indicate that more than 50 % of children of primary school age do not receive education because their parents cannot afford to pay the basic costs.

Indicator	2002	2003	Sources
<i>Mortality</i>			
CMR (deaths per 1000 per month) – E.DRC		3.5	IRC
CMR (deaths per 1000 per month) – W. DRC		2.0	IRC
Population growth/year E. DRC		0%	IRC & ASRAMES
Population growth/year W. DRC		1.6%	IRC
Infant mortality (< 5 per 1,000) – E. DRC	213		Unicef
Maternal mortality per 100,000 births	1,289		Unicef
<i>Health</i>			
Children U5 sleeping under impregnated bed net	1%		Unicef/MICS2
BCG vaccination coverage children 12-23 months	53%		
Measles	46%		
Polio	42%		
DTC	30%		
All antigens	23%		
New born infants covered for neonatal tetanus	50%		
Women correctly informed about AIDS prevention	10%		
<i>Food and nutrition</i>			
Population suffering from food insecurity E. DRC	64%		Unicef/MICS2
Global acute malnutrition < 5 yrs	16%		Unicef/MICS2
Severe malnutrition	6%		Unicef/MICS2
Average food intake E. DRC (Kcal/person/day)	1829 <sup>2</sup>		Unicef/MICS2
Average quantity of seeds E. DRC (kg/family)		10 <sup>3</sup>	FAO
<i>Water and sanitation</i>			
Rural households with access to clean water	29%		Unicef/MICS2
Households with hygienic waste water disposal	9%		
Households with hygienic human waste disposal	46%		
<i>Education</i>			
School enrolment N.Kivu poorest 50%		14%	ASRAMES
National illiteracy rate	17%		Unicef/MICS2
Illiteracy rate N. Kivu	48%		Unicef/MICS2
<i>Displacement</i>			
Internally displaced persons	2,275,000	4,000,000	OCHA
<i>Other</i>			
Average family revenue N. Kivu (\$/day)		0.16 <sup>4</sup>	ASRAMES
Average family revenue poorest 50% N. Kivu (\$/day)		0.05	ASRAMES

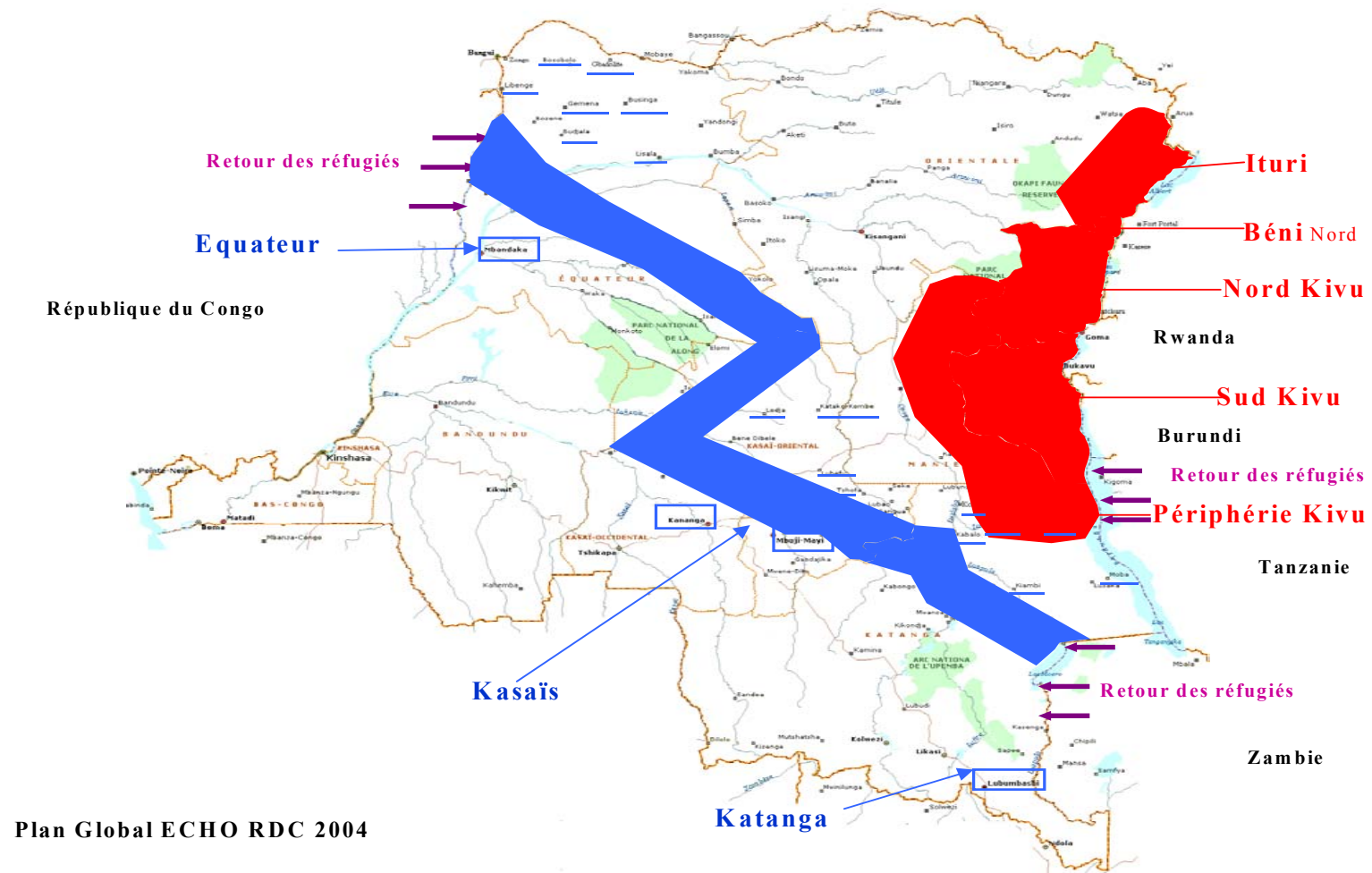
<sup>2</sup> Recommended minimum = 2300 Kcal/person/day

<sup>3</sup> 40 kg/family in 1998

<sup>4</sup> USD 0.27 in 2000 – i.e. a 41% decrease over three years



**Annex 2: Map of country and geographical focus of ECHO operations**



### Annex 3: strategic programming matrix

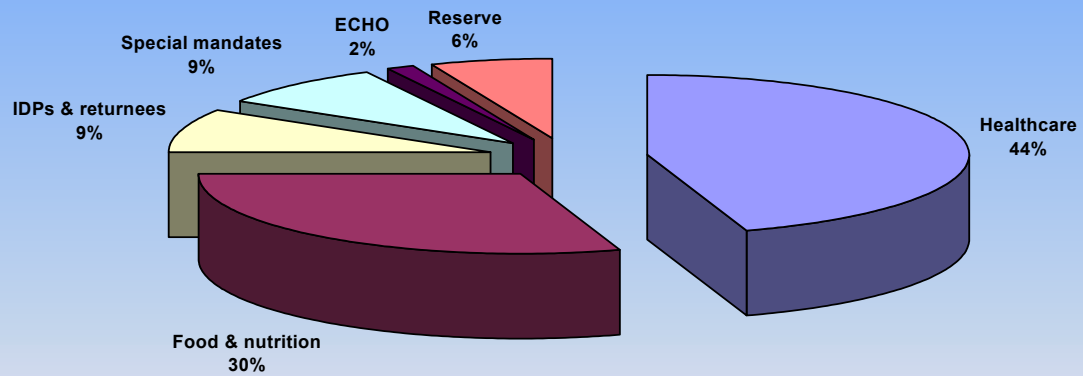
Principal Objective	Mortality and morbidity rates among the targeted population groups are contained within emergency thresholds and the resettlement and stabilization process is supported where possible through appropriate integrated activities		
<i>Specific objective 1</i>	<i>Activities</i>	<i>Inputs: 18 M€</i>	<i>Target outputs/indicators</i>
<p><b>Health:</b></p> <p>Epidemics are detected and contained, and the population of the targeted areas has equitable access to basic healthcare, with special emphasis on women and children.</p>	<p><u>General</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>support and training for BCZs and COSAs (MoUs)</li> <li>joint supervision and performance-related remuneration of Congolese healthcare staff on the basis of MoUs with BCZ</li> <li>training of healthcare staff in diagnosis and rational prescription</li> <li>implementation of national health information system (SNIS)</li> <li>support for provincial drug distribution centres (pilot basis)</li> </ol> <p><u>Epidemics</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>early detection of and response to major epidemics</li> </ol> <p><u>Curative primary healthcare</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>provision of a <i>paquet minimum d'activités</i> (PMA) fully integrated into the health district (<i>zone de santé – ZS</i>) system</li> <li>supply of drugs and consumables for basic curative healthcare</li> </ol> <p><u>Preventive primary healthcare</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>full range of MCH activities at peripheral level: CPN &amp; CPS</li> <li>systematic promotion of malaria prevention (awareness and impregnated bed net distributions) integrated into MCH services</li> <li>small-scale rehabilitation and re-equipment</li> <li>water and sanitation activities to ensure basic hygiene conditions are met</li> </ol> <p><u>Referral</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>provision of emergency obstetrical services and assistance to sexually abused women and girls at intermediate level</li> <li>blood safety: rigorous adherence to indications for blood transfusions, training in correct application and interpretation of grouping and HIV/hepatitis screening tests, respect for standard protocols in the administration of blood products</li> </ol>	<p><b>Nationwide</b> (epidemics) <b>Red &amp; blue zones (ZS)</b> (<i>see annex 2 for map</i>)</p> <p><u>Potential partners:</u></p> <p>Acted, Alisei, AMI, AVSI, Care, Caritas, CESVI, Concern, Coopi, Cord, Cordaid, Fometro, Goal, IRC, Malteser, Medair, Memisa, MSF, Merlin, MDM, Movimondo, Novib, Oxfam, PMU, PSF, Red Cross, Solidarités, Tear Fund, Unicef, World Vision International</p>	<p><u>General</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>zones de santé</i> supported: 54</li> <li>average coverage coefficient: 0.58</li> <li>estimated <u>direct</u> beneficiaries: 4.7 million</li> <li>target utilisation rate = 1 new contact/person/ year (times coefficient)</li> <li>curative services provided at a cost commensurate with the beneficiary community's revenues (reduced to a minimum or if necessary suspended); all preventive services free of charge. Indicator: % of structures supported agreeing, displaying and respecting tariffs = 85%</li> </ul> <p><u>Epidemics</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>time elapsing between alert and response (assessment) = case-by-case</li> <li>Coverage measles and meningitis vaccination campaigns = &gt; 85%</li> <li>Case fatality cholera after week 1 of intervention = &lt; 4</li> </ul> <p><u>Curative primary healthcare</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>stockouts for antimalarials (days/structure/month) = 0</li> <li>average cost of drugs and consumables per new contact = 1 €</li> <li>% of correct diagnosis &amp; prescriptions = 80%</li> <li>average no. of drugs per prescription = &lt; 3</li> <li>minuted monthly COSA meetings/meetings planned = 90%</li> <li>% of BCZ monthly supervisions/no. of supervisions planned = 90%</li> <li>% epidemiological reports completed correctly and in time = 90%</li> <li>% of health facilities with adequate latrines and clean water = 90%</li> </ul> <p><u>Preventive primary healthcare</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>CPN utilisation = 50%</li> <li>CPS utilisation = 50%</li> <li>TT2 coverage in CPN = 100%</li> <li>% immunisation coverage EPI = case-by-case</li> <li>% retention and correct use of impregnated bed nets = 80%</li> <li>% attended deliveries/ expected no. of attended deliveries = 60%</li> </ul> <p><u>Referral</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>no. of caesarians performed/no. expected = case-by-case</li> <li>% of unnecessary blood transfusions = 0%</li> <li>% transfused blood tested for HIV and respecting indications = 100%</li> </ul>

<i>Specific objective 2</i>	<i>Activities</i>	<i>Inputs: 12 M€</i>	<i>Target outputs/indicators</i>
<b>Food and nutrition:</b> Acute malnutrition rates among targeted population groups are contained within emergency thresholds through integrated nutrition & food security programmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• implementation of therapeutic (TFC) and supplementary (SFC) feeding programmes in line with anthropometric evidence of global acute malnutrition rates (normally &gt; 10% among children &lt; 5 yrs)</li> <li>• promotion of systematic nutrition awareness and screening (including outreach if possible) in PMI activities (see objective 1 above)</li> <li>• targeted distribution of food, seeds and tools to families with malnourished children, IDPs and other vulnerable groups</li> <li>• small scale rehabilitation of local and agricultural feeder roads</li> </ul>	<b>Red and blue zones</b> <b>Potential partners:</b> AAA, ACF, Acted, Atlas, AMI, AVSI, Cafod, Care, Caritas, Concern, Coopi, FAO, Goal, IRC, Malteser, MDM, Merlin, MSF, Red Cross, Solidarités, Tear Fund, Unicef, WFP, WVI	Therapeutic feeding: 25,000 patients Supplementary feeding: 200,000 beneficiary/months Food, seeds and tools: 200,000 families  GAM rate among children under 5 yrs reduced to < 10% in target areas Food basket monitoring: targeted families receive > 1100 KCal/p/d SFC and TFC indicators: as per Sphere
<i>Specific objective 3</i>	<i>Activities</i>	<i>Inputs: 3.5 M€<sup>5</sup></i>	
<b>IDPs &amp; returnees:</b> Newly displaced families are provided with essential relief items and resettlement is promoted wherever possible by appropriate integrated activities	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribution of family NFI kits</li> <li>• Rehabilitation of social infrastructure (including water systems, health centres and schools), where possible using labour-intensive methods</li> <li>• Road rehabilitation, where possible using labour-intensive methods</li> <li>• Humanitarian demining</li> <li>• Decentralised air transport support</li> </ul>	<b>Red and blue zones</b> <b>Potential partners:</b> AAA, Acted, ASF, Atlas, AVSI, Care, CESVI, Coopi, Concern, DCA, Halo Trust, Handicap, Intersos, IRC, Oxfam, PU, Solidarités, TearFund, Unicef, WVI	IDP/returnee family NFI kits: 20,000 Road rehabilitation: 120 km Air support, demining and social infrastructure: case-by-case
<i>Specific objective 4</i>	<i>Activities</i>	<i>Inputs: 3.5 M€</i>	
<b>Special mandates:</b> International agencies are supported in the execution of protection and coordination mandates		<b>Nationwide</b> <b>Potential partners:</b> ICRC, UNOCHA, HCR	
<i>Specific objective 5</i>	<i>Activities</i>	<i>Inputs: 0.6 M€</i>	
<b>Technical assistance</b> ECHO maintains an appropriate field capacity to assess evolving needs, devise coordinated responses, and monitor and evaluate the operations financed by the Commission		<b>Nationwide</b>	
<i>Reserve</i>		<b>2.4 M€</b>	
<b>TOTAL</b>		<b>40.0 M€</b>	

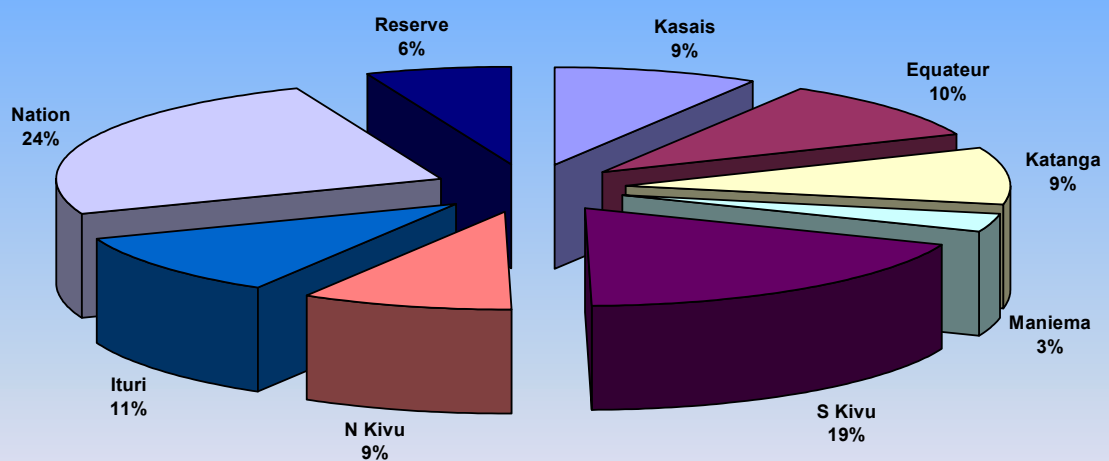
<sup>5</sup> Does not include proposed additional package of 5 M€ for Ituri (draft decision ECHO/COD/210/2003/02000 launched in October). 2003 funds, implementation mainly in 2004: a further 120 km of road rehabilitation and 30,000 NFI kits

## Annex 4: indicative allocations per region and per sector

ECHO DRC Global Plan 2004: indicative breakdown of sector allocations

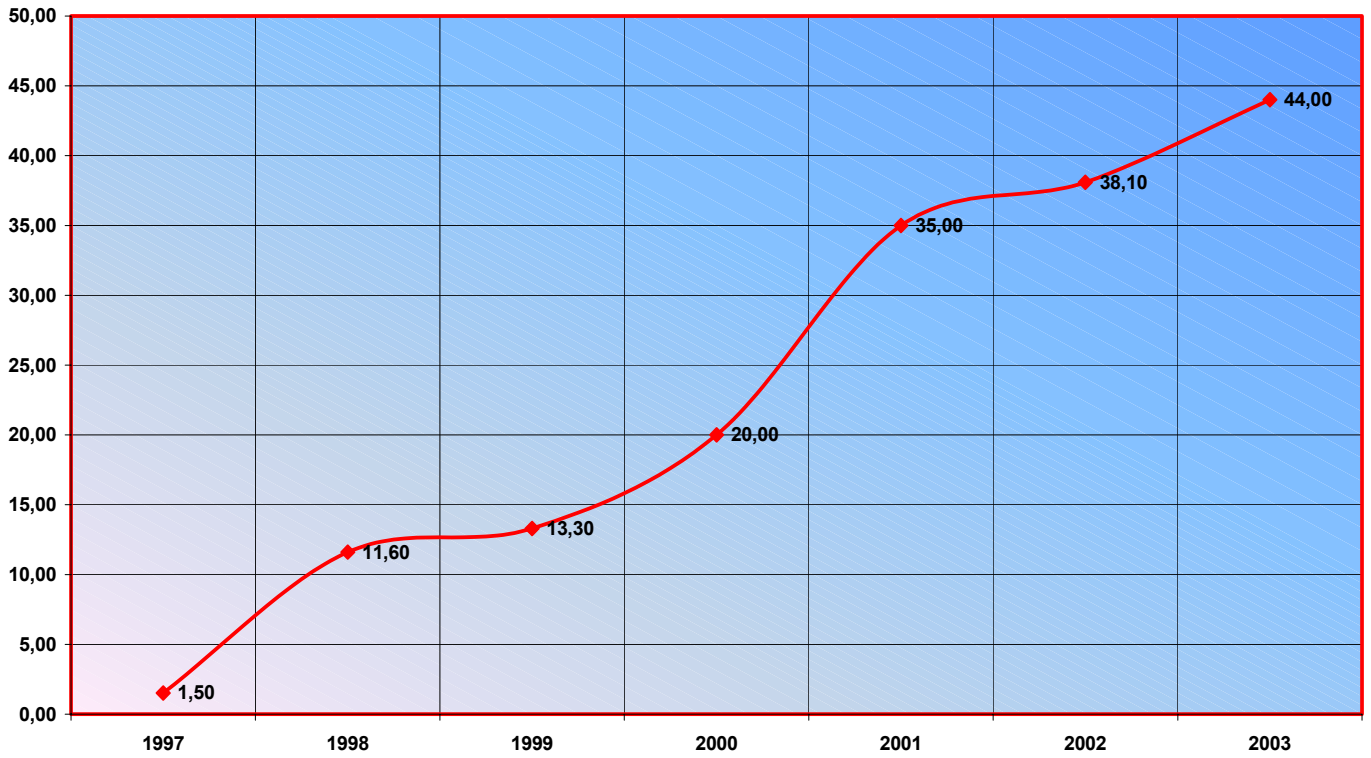


ECHO DRC Global Plan 2004: indicative regional allocations

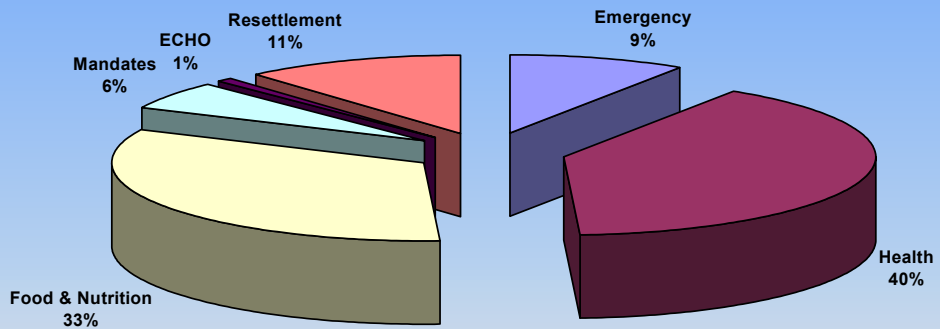


### Annex 5: Previous ECHO operations

ECHO funding in DRC 1997 - 2003 (MEUR)



ECHO DRC 2003 (44 M€): allocations by sector



**Annex 6: list of abbreviations**

<b>AAA</b>	Agro Action Allemande - a.k.a. Deutsche Welthungerhilfe and German Agro Action
<b>ACF</b>	Action Contre La Faim
<b>AIDCO</b>	EuropeAid – Co-ordination Office
<b>AMI</b>	Aide Médicale Internationale
<b>ANC</b>	Armée Nationale Congolaise - armed wing of RCD-G
<b>APC</b>	Armée Patriotique Congolaise - armed wing of RCD-K/ML
<b>ASF</b>	Aviation Sans Frontières
<b>AVSI</b>	Associazione Volutari per il Servizio Internazionale
<b>BCZ</b>	Bureau Central de Zone (de Santé)
<b>CAP</b>	Consolidated Appeal Process - UN fundraising instrument
<b>CDR</b>	Centre de Distribution Régional - provincial drug distribution centre
<b>CESVI</b>	Cooperazione e Sviluppo
<b>CHAP</b>	Common Humanitarian Action Plan - strategy/precursor of the CAP
<b>CMR</b>	Crude Mortality Rate
<b>COSA</b>	Comité de Santé
<b>CPN</b>	Consultation Pré-Natale
<b>CPS</b>	Consultation Pré-Scolaire
<b>CS (-R-)</b>	Centre de Santé (- de Référence - )
<b>DCA</b>	DanChurchAid
<b>DG DEV</b>	Directorate General for Development
<b>DRC</b>	Democratic Republic of Congo
<b>DWHH</b>	See AAA
<b>ECHO</b>	European Commission Humanitarian Aid Office
<b>EDF</b>	European Development Fund
<b>EPI</b>	Extended Programme of Immunisation
<b>EU</b>	European Union
<b>FAO</b>	Food and Agriculture Organisation
<b>FAR</b>	Forces Armées Rwandaises
<b>FCA</b>	FinnChurchAid
<b>FDD</b>	Forces pour la Défense de la Démocratie - Burundian rebel group
<b>FHI</b>	Food for the Hungry International
<b>GAA</b>	See AAA
<b>GINA</b>	Global Index for humanitarian Needs Assessment
<b>GP</b>	Global Plan
<b>HGR</b>	Hôpital Général de Référence
<b>ICD</b>	Inter-Congolese Dialogue
<b>ICRC</b>	International Committee of the Red Cross
<b>IDP</b>	Internally Displaced Person
<b>IRC</b>	International Rescue Committee
<b>LRRD</b>	Linking Relief, Rehabilitation and Development
<b>MCH</b>	Mother and Child Healthcare
<b>MDM</b>	Médecins du Monde
<b>MICS</b>	Multi-Indicator Cluster Survey
<b>MoU</b>	Memorandum of Understanding
<b>MLC</b>	Mouvement pour la Libération du Congo
<b>MONUC</b>	Mission d'Observateurs des Nations Unies au Congo
<b>MSF</b>	Médecins Sans Frontières
<b>MUAC</b>	Middle Upper Arm Circumference

<b>NFI</b>	Non Food Items
<b>NGO</b>	Non-Governmental Organisation
<b>NIP</b>	National Indicative Programme
<b>OCHA</b>	Office for Co-ordination of Humanitarian Assistance
<b>OFDA</b>	United States Office of Foreign Disaster Assistance
<b>PAR</b>	Programme d'Appui à la Réhabilitation
<b>PATS</b>	Programme d'Appui Transitoire à la Santé
<b>PHC</b>	Primary Health Care
<b>PMA</b>	Paquet Minimum d'Activités
<b>PMI</b>	Protection Materno-Infantile
<b>PMU</b>	Pingstmissionens Utvecklingssamarbete-Interlife
<b>PU</b>	Première Urgence
<b>PUC</b>	Pool d'Urgence Congo
<b>PSF</b>	Pharmaciens Sans Frontières
<b>RCD</b>	Rassemblement Congolais pour la Démocratie
<b>RCD-ML</b>	Rassemblement Congolais pour la Démocratie-Mouvement de Libération
<b>RCD-N</b>	Rassemblement Congolais pour la Démocratie-National
<b>RDF</b>	Rwanda Defence Force
<b>RPA</b>	Rwandan Patriotic Army
<b>RPF</b>	Rwandan Patriotic Front
<b>SCF</b>	Save the Children Fund
<b>SFC/P</b>	Supplementary Feeding Centre/Programme
<b>SMI</b>	Santé Materno-Infantile
<b>SNIS</b>	Système National d'Information Sanitaire
<b>STD</b>	Sexually Transmitted Diseases
<b>TFC/P</b>	Therapeutic Feeding Centre/Programme
<b>UN</b>	United Nations
<b>UNDP</b>	United Nations Development Programme
<b>UNHCR</b>	United Nations High Commission for Refugees
<b>UNICEF</b>	United Nations Children's Fund
<b>UPC</b>	Union des Patriotes Congolais
<b>UPDF</b>	Uganda People's Defence Force
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>WFP</b>	World Food Programme
<b>WHO</b>	World Health Organisation
<b>WVI</b>	World Vision International
<b>ZS</b>	Zone de Santé

**DÉCISION DE LA COMMISSION**  
**du [date]**  
**concernant le financement d'opérations humanitaires en République démocratique du**  
**Congo (RDC) sur le budget des Communautés européennes**

LA COMMISSION DES COMMUNAUTES EUROPEENNES,

vu le traité instituant les Communautés européennes,

vu le règlement (CE) n° 1257/96 du Conseil du 20 juin 1996 concernant l'aide humanitaire<sup>2</sup> et notamment son article 15(2), paragraphe 2,

considérant ce qui suit :

- (1) La République démocratique du Congo (RDC) connaît un conflit civil depuis 1996.
- (2) Cette situation de crise continue d'être à l'origine d'importants déplacements de population et de taux de mortalité élevés parmi la population dans son ensemble suite aux graves perturbations de la production alimentaire et des services médicaux de base.
- (3) L'évaluation de la situation permet de conclure que la Communauté devrait financer des opérations d'aide humanitaire pour une période de 18 mois.
- (4) Afin d'optimiser l'impact des opérations d'aide humanitaire financées par la Commission, il est nécessaire de maintenir une capacité d'assistance technique sur le terrain.
- (5) Il est estimé qu'un montant de 40 millions d'euros doit être alloué au titre de la ligne B7-210 du budget général de la Communauté européenne afin de fournir une assistance humanitaire aux groupes de population vulnérables de la RDC, compte tenu des ressources disponibles, des interventions d'autres donateurs et d'autres facteurs.
- (6) Afin d'assurer la mise en application efficace de la présente décision au début de l'exercice budgétaire 2004, celle-ci pourra être adoptée exceptionnellement au cours de l'année 2003, à condition que les fonds nécessaires soient disponibles au titre du budget 2004,
- (7) Conformément à l'article 17, paragraphe 3, du règlement (CE) n° 1257/96 du Conseil du 20 juin 1996, le Comité d'aide humanitaire a émis un avis favorable en date du 19.11.2003.

DÉCIDE :

*Article premier*

1. Conformément aux objectifs et principes généraux de l'aide humanitaire, la Commission approuve le financement, sur la ligne B7-210 du budget général de la Communauté européenne, d'opérations d'aide humanitaire en faveur des groupes de population vulnérable de la République démocratique du Congo (RDC) pour un montant total de quarante millions d'euros.
2. Conformément à l'article 2 du règlement du Conseil n° 1257/96 du Conseil, ces opérations humanitaires seront mises en œuvre dans le cadre des objectifs spécifiques suivants :

**Santé :** les épidémies sont dépistées et endiguées et les populations des zones cibles ont un accès équitable aux soins de santé essentiels, une attention spéciale étant accordée aux femmes et aux enfants

**Vivres alimentaires et nutrition :** les taux de malnutrition aiguë parmi la population cible sont ramenés au-dessous des seuils d'intervention d'urgence grâce à des programmes intégrés de nutrition et de sécurité alimentaire

**Personnes déplacées et rapatriées :** des biens de première nécessité sont fournies aux familles nouvellement déplacées et la réinstallation est encouragée, partout où elle est possible par des activités appropriées et intégrées

---

<sup>2</sup> JO L 163 du 2.7.1996, p. 1-6

**Mandats spéciaux :** les agences internationales bénéficient d'un soutien pour l'exécution de leurs mandats de protection et de coordination

**Assistance technique :** ECHO maintient une capacité d'assistance technique adéquate sur le terrain pour analyser l'évolution des besoins humanitaires, élaborer des réponses en coordination avec les agences travaillant sur le terrain et suivre et évaluer les opérations financées par la Commission.

3. Les montants affectés à chacun de ces objectifs ainsi qu'à la réserve figurent dans l'annexe à la présente décision.

#### *Article 2*

Sans préjudice de l'utilisation de la réserve, la Commission peut, là où la situation humanitaire le justifiera, réaffecter les montants établis pour un des objectifs identifiés à l'article 1(2) à un autre de ces objectifs, dans la mesure où le montant ainsi réaffecté représente moins de 20% du montant total prévu par la présente décision et ne dépasse pas 2 millions d'euros.

#### *Article 3*

1. La durée de mise en oeuvre de la présente décision s'étend sur 18 mois à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004.
2. Les dépenses effectuées au titre de la présente décision sont autorisées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004.
3. En cas d'interruption provisoire des actions financées au titre de la présente décision en raison d'un cas de force majeure ou de circonstances comparables, la période d'interruption provisoire ne sera pas prise en compte dans le calcul de la durée de sa mise en oeuvre.

#### *Article 4*

1. L'engagement et le paiement des 40 millions d'euros est fonction de la disponibilité des fonds nécessaires dans le cadre du budget général des Communautés européennes pour 2004.
2. La présente décision prend effet le 1<sup>er</sup> janvier 2004.

Fait à Bruxelles le [date]

*Par la Commission*

[nom]

*Membre de la Commission*

**Annexe : Ventilation des dotations par objectif spécifique**

<b>Objectif spécifique</b>		<b>Dotation par objectif spécifique</b>
		<b>euros</b>
<b>1</b>	<b>Santé</b> : les épidémies sont dépistées et endiguées et les populations des zones cibles ont un accès équitable aux soins de santé essentiels, une attention spéciale étant accordée aux femmes et aux enfants	<b>18 000 000</b>
<b>2</b>	<b>Vivres alimentaires et nutrition</b> : les taux de malnutrition aiguë parmi la population cible sont ramenés au-dessous des seuils d'intervention d'urgence grâce à des programmes intégrés de nutrition et de sécurité alimentaire	<b>12 000 000</b>
<b>3</b>	<b>Personnes déplacées et rapatriées</b> : des biens de première nécessité sont fournies aux familles nouvellement déplacées et la réinstallation est encouragée, partout où elle est possible, par des activités appropriées et intégrées	<b>3 500 000</b>
<b>4</b>	<b>Mandats spéciaux</b> : les agences internationales bénéficient d'un soutien pour l'exécution de leurs mandats de protection et de coordination	<b>3 500 000</b>
<b>5</b>	<b>Assistance technique</b> : ECHO maintient une capacité adéquate sur le terrain pour analyser l'évolution des besoins, élaborer des réponses coordonnées et suivre et évaluer les opérations financées par la Commission	<b>600 000</b>
<b>Réserve</b>		<b>2 400 000</b>
<b>TOTAL</b>		<b>40 000 000</b>