



COMMISSION EUROPEENNE
DIRECTION GENERALE POUR L'AIDE HUMANITAIRE - ECHO

AIDE HUMANITAIRE
Aux
Groupes de populations vulnérables
En
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO (RDC)
PLAN GLOBAL 2006

Comité d'aide humanitaire
Décembre 2006

ECHO/COD/BUD/2006/01000

TABLE DES MATIERES

Exposé des motifs

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1 | RESUME ANALYTIQUE | 3 |
| 2 | CONTEXTE ET SITUATION | 4 |
| 2.1 | Contexte général | 4 |
| 2.2 | Situation actuelle | 5 |
| 3 | RECENSEMENT ET EVALUATION DES BESOINS HUMANITAIRES | 6 |
| 4 | STRATÉGIE D'INTERVENTION PROPOSÉE PAR LA DG ECHO | 10 |
| 4.1 | Cohérence avec les priorités stratégiques générales de la DG ECHO | 10 |
| 4.2 | Incidence des actions de réponse humanitaires antérieures | 11 |
| 4.3 | Coordination avec les activités d'autres donateurs et institutions | 12 |
| 4.4 | Évaluation des risques et hypothèses | 14 |
| 4.5 | La stratégie de la DG ECHO | 15 |
| 4.6 | Durée | 19 |
| 4.7 | Montant de la décision et matrice de programmation stratégique | 19 |
| 5 | ÉVALUATION | 23 |
| 6. | IMPACT DU BUDGET DE LA LIGNE BUDGETAIRE 23 02 01 | 23 |
| 7 | ANNEXES | 24 |
| | Annexe 1: Statistiques de la situation humanitaire | 24 |
| | Annexe 2: Carte de la RDC et localisation des opérations de la DG ECHO | 25 |
| | Annexe 3: Liste des opérations précédentes de la DG ECHO | 27 |
| | Annexe 4: Assistance provenant d'autres donateurs | 27 |
| | Annexe 5: Liste des abréviations | 28 |
| | DECISION OF THE COMMISSION | 30 |
| | Annexe: ventilation des dotations par objectif spécifique | 32 |

1 RESUME ANALYTIQUE

Le gouvernement de transition de la République Démocratique du Congo (RDC) tout en ayant surmonté différentes épreuves cruciales en 2005, demeure très fragile. Tout au long de l'année, l'insécurité dans l'est du pays, notamment en Ituri, a continué à représenter la pierre d'achoppement principale dégénérant parfois en conflit ouvert entre, d'une part, les rebelles et d'autre part la MONUC et les forces armées gouvernementales (FARDC). Deux travailleurs humanitaires ont été brièvement enlevés en juillet. Dans les Kivus, les anciens rebelles Hutus du FDLR refusent toujours de désarmer et continuent à perpétrer des massacres de civils dans les villages reculés.

La communauté internationale a continué à soutenir le processus de transition en effectuant des pressions politiques et en fournissant des fonds permettant de maintenir les différentes initiatives transitoires à jour. Une conséquence positive de ceci s'est traduite par un progrès considérable dans l'enregistrement des électeurs pour le referendum sur la Constitution ainsi que pour les élections qui devraient se tenir avant la fin juin 2006. De l'autre côté le processus de Désarmement de Démobilisation et de Réintégration (DDR) ainsi que les réformes du secteur sécurité ont tendance à prendre un sérieux retard par rapport aux estimations initiales ; ceci a pour conséquence la présence de milliers d'hommes en armes opérant toujours hors contrôle gouvernemental. De même, malgré les élections tenues au Burundi qui se sont traduites par un succès représentant un signe très positif de développement pour toute la région, la présence continue de groupes rebelles hostiles aux voisins de la RDC signifie toujours une source significative de déstabilisation potentielle.

Selon le FMI, l'économie a connu un léger accroissement permettant à la RDC de grimper d'une demi douzaine de places sur l'échelle GINA ; malgré cela, le pays demeure toujours dans une situation catastrophique. L'on estime entre 1 et 2 millions le nombre de personnes déplacées internes ou réfugiées à l'étranger. Cependant un nombre significatif d'entre elles ont déjà pris le chemin du retour par leurs propres moyens et quelque 180 000 personnes sont sur le point d'être rapatriés en 2006 sous les auspices du HCR.

Globalement, la sécurité alimentaire semble s'améliorer avec une baisse des taux de malnutrition (seule une enquête récente a montré des taux de malnutrition aiguë au-delà des niveaux d'alarme de l'OMS) cependant il existe toujours des enclaves où la famine persiste; celles-ci sont dues pour la plupart à l'insécurité et à l'inaccessibilité. Ces maigres gains demeurent malheureusement sous la menace du virus mosaïque qui est en train de détruire les cultures de base de manioc.

Les taux de mortalité demeurent trop élevés tout spécialement auprès des moins de 5 ans ; tous les autres indicateurs de santé publique sont toujours parmi les pires au monde. La RDC a une couverture de vaccination contre la polio inférieure à 80% et a même souffert de l'apparition de cas peste. De même, malgré les efforts considérables faits dans le secteur de la santé ; l'accès aux soins demeure inadéquat.

Les violences contre les femmes demeurent un trait cinglant de l'insécurité ; telle est l'importance de leur rôle que leur ciblage accentue encore la désintégration du tissu socio-économique de la RDC et amoindrit les capacités de survie des ménages.

L'année 2005 se caractérise par le retour des donateurs institutionnels majeurs. La Banque mondiale, la Commission européenne ainsi que d'autres donateurs traditionnels de développement sont à présent disposés à réinvestir massivement dans les secteurs des services sociaux et infrastructure de base, apportant ainsi un complément à leur projets de soutien à la transition. Il est évident que la poursuite de toute cette dynamique dépendra du succès des élections.

Dès lors en 2006 la DG ECHO aura pour but de rationaliser ses programmes en fonction de l'évolution de la situation. La DG ECHO s'efforcera de consolider sa position dans la partie orientale du pays, en l'occurrence en Ituri, dans les Kivus ainsi que dans certaines parties du Maniema et du Nord Katanga où la persistance de l'insécurité crée des besoins humanitaires significatifs requerrant une approche flexible pour lesquels ECHO est le mieux placé à répondre.

Les activités qui seront financées en 2006 continueront à se concentrer sur les objectifs similaires développés les années précédentes à savoir :

Santé (40%): avec des dispositions permettant un accès minimal et équitable aux soins de santé essentiels pour 8 millions de bénéficiaires avec une attention toute particulière aux femmes et aux enfants.

Réinstallation (55%): les familles déplacées, rapatriées et hôtes recevront une aide intégrée fondée sur les besoins de la communauté et conçue pour répondre aux besoins immédiats des familles tout en préparant leur retour à l'autosuffisance.

L'enveloppe proposée pour le plan global 2006 de la DG ECHO en faveur de la RDC s'élève à 38 millions d'euros.

2 CONTEXTE ET SITUATION

2.1 Contexte général

Depuis 1998, le conflit régional armé en République Démocratique du Congo (RDC) a causé la mort d'environ 3,3 millions de personnes soit comme victimes directes des combats soit à cause de maladie et de malnutrition. Le conflit a également causé le déplacement de 3 à 4 millions d'individus. En août 1999, le gouvernement de la RDC (GoRDC), l'Angola, la Namibie, le Rwanda, l'Ouganda, le Zimbabwe et les principaux groupes de l'opposition ont signé les accords de paix de Lusaka. Ces accords constituèrent la base de l'accord ultérieur signé à Pretoria en 2002 sous le titre *Acte Global et Inclusif*.

Celui-ci prévoyait une période de transition de 24 mois à travers laquelle J.Kabila resterait en place comme président avec l'assistance de 4 vice-présidents issus des deux mouvements rebelles principaux, le MLC et le RCD-G, du gouvernement de Kinshasa et de la société civile. Les élections présidentielles, parlementaires et locales prévues pour 2006 seront les premières élections pluralistes et ouvertes en RDC en 40 ans.

La mission de l'organisation des nations unies en République démocratique du Congo (MONUC), avec un contingent d'approximativement 16 193 hommes est la plus importante opération de maintien de paix dans le monde. Malgré la force de la MONUC, les groupes armés d'opposition incluant les Forces Démocratiques de Libération du Rwanda (FDLR)/Interahamwe (Rwandais impliqués dans le génocide de 1994 et qui se sont ensuite réfugiés dans l'est de la RDC), les factions Mai-Mai (bandes locales de citoyens de la RDC initialement formées pour résister à l'occupation de l'armée rwandaise), et des organisations ethniques continuent à menacer la sécurité dans certaines régions. En Ituri un conflit ethnique s'est transformé en violents combats en 2003. La communauté internationale a réagi fortement par l'application de la résolution 1484 des Nations Unies du 30 mai autorisant une intervention, de type chapitre VII à Bunia et à laquelle l'UE a répondu par le déploiement de l'opération Artémis.

Selon l'office pour la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (OCHA), 24 millions de personnes de la RDC demeurent vulnérables à cause des effets des conflits et de

l'insécurité permanente. La pauvreté est très répandue et le système de soins de santé s'est détérioré suite au manque de ressources et à l'existence d'un pillage récurrent. L'insécurité sporadique a réduit l'accès aux terres agricoles et aux marchés traditionnels et empêche dès lors les populations déplacées de retourner en RDC.

L'aide internationale a représenté une source substantielle pour la survie de très nombreux Congolais durant ces 6 dernières années. Plus de 100 millions de dollars sont consacrés chaque année à l'aide humanitaire (sans prendre en compte l'aide alimentaire), ceci a permis de garder en place les services de santé et les autres services sociaux et ce, malgré de nombreuses difficultés. Un montant similaire pour l'assistance alimentaire et agricole a également été engagé. Il ne reste que l'accès à des millions de personnes est extrêmement réduit suite aux combats et aux infrastructures routières désastreuses, causant la mort, pourtant évitable, de milliers de personnes. La communauté humanitaire a eu également sa part de souffrance : menaces constantes, vols, kidnappings et même morts (personnel CICR tué en Ituri en 2001).

Dès lors peu d'organisations humanitaires sont présentes en RDC et pour celles qui sont sur place, il existe une réelle difficulté d'attirer et de maintenir leur personnel expatrié, obligeant celles-ci à utiliser du personnel local lui-même également limité vu la défaillance du système éducatif.

2.2 Situation actuelle

Les douze derniers mois ont été parsemés d'incidents et de revers tant au niveau humanitaire que politique, malgré cela des progrès significatifs ont quand même été enregistrés.

Des incidents au Nord Kivu au tournant de l'année faisaient figure de mauvais augure. Des troupes de dissidents rwandophones du RCD-Goma ont attaqué des positions gouvernementales. Ces incidents ont remis à l'ordre du jour les problèmes ethniques et ont menacé de faire tâche d'huile sur les pays voisins. Des pressions internationales considérables ont dû être apportées afin de ramener la situation sous contrôle. Cela n'a pour autant pas permis d'éviter l'exode de milliers de civils rendus ni la nécessité de les assister.

En février des problèmes ont resurgi en Ituri. Les conflits entre Hema et Lendu ne se sont pas limités cette fois-ci à des pertes civiles et à des déplacements mais se sont traduits par des combats ouverts avec la MONUC. Neuf soldats de la paix bengalais ont été brutalement assassinés par des rebelles provoquant un conflit, toujours d'actualité aujourd'hui, entre la MONUC et ces mêmes rebelles. Ceci a son tour a causé de nouveau des déplacements de civils et a empêché les ONG d'avoir accès à certaines zones humanitaires. Par exemple il fut très difficile de répondre à leurs besoins des nouveaux camps de déplacés spontanément établis à Gina, Tche, Tchomia et Kafé à cause de l'insécurité régnante. En juin, deux membres du personnel MSF ont été enlevés causant le retrait de MSF d'Ituri (rapidement suivi par Solidarités).

Au Sud Kivu, les troubles ont été causés principalement par les milices hutus du FDLR. Les négociations initiales de San Egidio, organisation de réconciliation catholique, semblaient avoir mis sur pied l'étape du désarmement et de la démobilisation mais l'espoir fut de courte durée. Les factions les plus extrémistes ont rejeté l'accord et ont depuis commis toute une série de massacres dans les villages environnant Bukavu. La MONUC a mené des actions à leur encontre mais s'est avéré incapable de les contenir entièrement. Une date limite pour leur désarmement avait pourtant été fixée au 30 septembre 2005.

Mis sous pression dans les Kivus par une MONUC plus agressive à leur égard, les factions armées diverses se sont dès lors repliées sur le Nord Katanga où des incidents se sont récemment multipliés détériorant la situation des habitants. La MONUC a requis un déploiement renforcé dans cette région.

Dans une tentative d'éradiquer les différentes menaces causées par des rebelles; des unités composées d'anciennes factions rebelles et de l'ancienne armée du FAC ont été constituées dans une optique de brassage afin de former une nouvelle armée nationale - les FARDC. Malheureusement les FARDC ne sont pas suffisamment entraînées, ne sont pas encadrées d'une manière optimale et sont que rarement payés. Il en résulte que la nouvelle armée nationale est le plus souvent occupée à piller et à violer les populations civiles qu'à poursuivre les rebelles. C'est sans l'ombre d'un doute l'une des causes fondamentales de l'insécurité et des problèmes humanitaires.

Ayant déjoué une tentative de coup d'état en février dernier, le gouvernement de transition dû ensuite entamer la procédure de prolongation de ses fonctions pour une période de 6 mois supplémentaires et ce, à partir du 30 juin.

Cette procédure de prolongation qui aurait pu causer un soulèvement majeur, a finalement eu lieu avec un minimum de violence. Cependant la montée des tensions forçant un ralentissement des activités a eu pour conséquence le report dans la mise en œuvre d'un nombre conséquent de programmes. Le calme relatif a été mis sur le compte du lancement réussi du processus d'enregistrement électoral vers la mi-juin. Jusqu'à présent quelque 21 millions de personnes se sont enregistrées dans ce qui peut être considéré comme une avancée majeure. Il reste à espérer que ce succès permettra la tenue d'un référendum sur la Constitution avant la fin de l'année et la tenue d'élections avant juin 2006.

Encouragée par le succès du processus d'enregistrement électoral, la seconde partie de l'année a vu la communauté internationale accroître ses contributions financières afin d'arriver à un succès en RDC. Cette spirale positive a permis l'adoption de lois électorales vitales, l'augmentation du soutien financier pour la mise sur pied de la procédure électorale; un progrès dans la mise en œuvre des programmes de DDR et une assistance accrue dans la réforme de la police et des forces armées

La MONUC a désormais pris une attitude bien plus agressive à l'égard des rebelles dans l'Est du pays et les Etats-Unis soutiennent désormais une commission tripartite (plus une) (Ouganda, Rwanda, RDC ainsi que le Burundi) qui a pour but de maintenir les anciens belligérants concentrés sur des solutions coordonnées et légales (telles que les extraditions) afin de résoudre le problème épineux et complexe des factions rebelles qui les menacent dans leurs pays respectifs. Le résultat positif des élections qui se sont tenues au Burundi constitue, en tant que tel, un pas de plus vers la stabilité régionale.

Selon le FMI l'économie de la RDC a commencé à croître bien que la plupart des Congolais ne jouissent de cette évidence que de façon toute relative. L'aide internationale au développement est en train de re-décoller avec l'apparition de différents donateurs engageant et programmant de nouveaux financements. La Banque Mondiale et la CE lancent des programmes de développement sociaux qui dépasseront au total 1,400 millions de dollars. Les Nations Unies, quant à elles, lanceront un plan d'action couvrant les besoins humanitaires et de transition pour un montant qui dépassera les 800 millions de dollars.

3 RECENSEMENT ET EVALUATION DES BESOINS HUMANITAIRES

L'évaluation des besoins humanitaires est un processus continu au Congo; dans le sens où la communauté humanitaire est présente dans le pays depuis plusieurs années et que cette évaluation en continu représente une partie intégrante de son mandat. La DG ECHO possède sur le terrain une équipe de quatre assistants techniques expérimentés qui fournissent d'une manière constante leurs propres évaluations et qui établissent le lien avec les partenaires sur le terrain dans le but d'améliorer notre compréhension des besoins réels dans le pays.

OCHA a rempli un rôle spécifique en déterminant les besoins humanitaires en RDC. Il mène un exercice annuel afin d'évaluer les besoins, de définir les stratégies d'action, d'établir les capacités requises et enfin de calculer les coûts. Connu sous l'appellation formelle de Procédure d'Appel Consolidé (CAP), ce document sera re-conceptualisé en 2006 pour devenir le Plan D'action.

Comme indiqué par OCHA dans sa récente mission d'évaluation dans le cadre de son plan d'action, l'obtention d'un état des lieux de la situation humanitaire dans un pays aussi vaste n'est pas chose aisée. La plupart des informations rapportées sont soit anciennes, soit non fondées. Cet état de fait est encore plus problématique lorsqu'il s'agit de dénombrer les personnes déplacées internes (IDPs), où différents chiffres peuvent varier jusqu'à un million ici ou là. Dans ce contexte la DG ECHO préfère considérer les chiffres des IDPs à un niveau où ceux-ci représentent un groupe de population faisant face à des besoins humanitaires qui ont, quant à eux, été définis au préalable d'une manière spécifique. Souvent les personnes déplacées arrivent à survivre par leurs propres moyens de survie et requièrent uniquement de l'aide lorsqu'ils se retrouvent épuisés et complètement dépossédés de leurs biens où lorsqu'ils viennent juste de se déplacer ou de retourner chez eux. C'est dans ces deux derniers cas qu'il est le plus pertinent de les assister.

Ces informations plus nuancées ne peuvent être obtenues que des enquêtes nutritionnelles, de sécurité alimentaire et de marché ou souvent par une simple présence à long terme qui permet le maintien d'un contact avec les communautés, fonction remplie par les experts de la DG ECHO sur place et ses partenaires.

Les réfugiés pris en charge par le HCR sont enregistrés d'une manière individuelle et l'on peut estimer que les chiffres publiés représentent une appréciation fiable de leur nombre réel (voir tableau). De plus, dès leur région d'origine identifiée, leur retour peut être préparé. Il subsiste cependant de nombreux réfugiés que l'on peut chiffrer en centaines de milliers d'individus qui n'ont pas été enregistrés par le HCR et dont on sait pas grand-chose (peut-être jusqu'à 300 000 en Tanzanie).

| Pays | Réfugiés enregistrés | RDC Province principale de retour | 2005 Retour spontané | 2005 Retour facilité | 2006 n° estimés de retour | 2007 n° estimés de retour | Total |
|-------------------------|----------------------|-----------------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|---------------------------|----------------|
| Angola | 14,000 | Katanga | 300 | | 1,600 | 1,600 | 3,500 |
| Burundi | 7,400 | N/S Kivu | 2,000 | | 10,000 | 10,000 | 22,000 |
| RCA | 4,800 | Equateur | | 1,700 | 2,000 | | 3,700 |
| Congo (Brazza) | 58,000 | Equateur | | 24,000 | 30,000 | 4,000 | 58,000 |
| Rwanda | 48,000 | N/Kivu | 3,000 | | 10,800 | 20,000 | 33,800 |
| Soudan | 1,500 | Orientale | | | 1,500 | | 1,500 |
| Tanzanie | 154,000 | S/Kivu | 5,000 | 15,000 | 35,000 | 65,000 | 120,000 |
| Uganda | 19,000 | Orientale | | | 6,500 | 6,500 | 13,000 |
| Zambie | 46,000 | Katanga | 10,000 | | 20,000 | 16,000 | 46,000 |
| Pays d'Afrique australe | 37,700 | Katanga, Kivu, Kinshasa | 2500 | | 5,900 | 5,900 | 14,300 |
| | | | | | | | |
| Total | 390,400 | | 22,800 | 40,700 | 123,300 | 129,000 | 315,800 |

Tableau 1. Chiffres du HCR pour les réfugiés RDC en 2005

Les IDPs, réfugiés et les communautés d'accueil font face généralement aux mêmes besoins classiques : une sécurité physique, un accès à l'eau potable, un apport d'énergie, de la nourriture jusqu'à ce qu'ils soient à même de cultiver eux-mêmes ou de l'acheter par leur propres moyens, un abris et un paquet de soins de santé minimums. Aussi et particulièrement au Congo, il existe très souvent une nécessité de réparer les routes afin d'avoir accès soit aux population en détresse, soit aux villages ou encore aux marchés vitaux.

Les besoins en Santé se distinguent essentiellement en trois catégories. Tout d'abord on distingue des urgences sous forme d'épidémies récurrentes telles que la rougeole, la peste, le choléra et parfois des virus hémorragiques de sinistre réputation (Ebola, Marburg, etc.). Dans un second lieu, il existe un besoin de rétablir et d'entretenir un service minimum de soins tant curatifs de base que préventifs. Enfin, il existe des besoins spécifiques aux femmes (et aux hommes) victimes de violences sexuelles. A noter qu'en 2005, pour lutter contre la malaria, la RDC a (sagement) introduit le nouveau traitement ACT coûtant 1,5 dollar par traitement et augmentant de la sorte de 10 % les budgets consacrés aux soins curatifs.

Les diverses enquêtes de macro développement, tel que l'indice de développement humain de développement du PNUD démontrent que la RDC dans son ensemble fait face à des besoins énormes dans presque tous les secteurs imaginables. Le plan d'action d'OCHA souligne également qu'il existe des besoins criants et ce, dans toute l'étendue du pays. Cependant comme le démontrent l'enquête de mortalité menée par IRC et plus récemment celle menée par MSF, la plupart des situations où les vies humaines sont les plus exposées se situent dans les régions où l'insécurité est la plus grande, en l'occurrence dans l'est du pays.

Alors que les donateurs du développement et le gouvernement lui-même sont en mesure de commencer à aborder les problèmes majeurs dans les zone les plus sécurisées, il incombe à la DG

ECHO et à ses partenaires d'aborder ceux qui se trouvent dans les régions les plus difficiles en l'occurrence en Ituri , aux Kivus, au Maniema et au nord Katanga.

- Besoins par région:

Ituri:

Malgré sa réputation, la majeure partie de l'Ituri est retournée à l'état normal et peut désormais accueillir les populations qui s'étaient enfuies. Plus de cent mille personnes sont retournées chez elles cette année et plusieurs autres centaines de milliers devraient suivre en 2006. Malheureusement environ 50 000 autres personnes qui ont, quant à elle, dû fuir de nouveaux combats ont besoin d'une aide d'urgence. Cent mille autres approximativement demeurent déplacées et se trouvent dans une situation précaire qui exige un contrôle et une aide le cas échéant. Le district dans son entièreté a besoin d'un soutien médical de base et de la réfection de routes.

Nord Kivu:

Une grande partie de la province bénéficie aujourd'hui d'une certaine stabilité même si des affrontements sporadiques causant des déplacements de populations sont toujours à relever. Le Nord Kivu accueille également plusieurs milliers de IDPs venant de l'Ituri et vivant de manière plus que précaire aux côtés des familles d'accueil. L'évolution de leur condition de vie est suivie de près et le cas échéant, ils bénéficient d'une aide. Enfin, il y a de grandes parties du nord-est du Nord Kivu qui sont toujours sous le contrôle du FDLR, ou d'autres groupes rebelles renégats. Les populations dans ces régions vivent dans des conditions difficiles mais il est impossible d'y accéder. Parfois en raison des circonstances militaires changeantes (opérations Monuc) ces secteurs deviennent tout à coup accessibles et requièrent une aide d'urgence. Ces régions sont de moins en moins nombreuses mais concernent toujours des dizaines de milliers de personnes. Paradoxalement, le Nord Kivu bénéficie déjà d'une aide au développement conséquente avec la présence des donateurs de développement prenant en charge une grande partie de la province en ce qui concerne les soins de santé

Sud Kivu:

Les besoins les plus urgents en RDC sont clairement concentrés dans le Sud Kivu. Non seulement la province souffre d'une présence significative de rebelles et de factions armées incontrôlées mais de plus, elle constitue la région d'origine du plus grand nombre de réfugiés sans parler de tous ses propres déplacés.

La région à l'ouest de Bukavu, autour de Walungu, est toujours la scène d'attaques ininterrompues se traduisant par le massacre de villageois, des viols, des kidnappings et du pillage et des destructions de propriété. Tout ceci exigera encore des interventions d'urgence classique.

Au sud de Bukavu, l'axe menant de Fizi à Uvira, représente la zone par laquelle la plupart des réfugiés de Tanzanie reviendront. Cette zone a particulièrement été endommagée durant la guerre et requiert une aide classique de réhabilitation de base. Le HCR compte rapatrier 30.000 réfugiés au Sud Kivu en 2006. En outre, puisque le Sud Kivu est toujours absent des agendas de la plupart des agences de développement, beaucoup de services essentiels tels que la santé et l'enseignement, continueront de bénéficier d'un soutien de la DG ECHO

Nord Katanga.:

Ce secteur, traditionnellement négligé et qui a subi des dommages considérables durant la guerre est maintenant le point de passage obligé des réfugiés revenant à la fois de Tanzanie et de Zambie. La DG ECHO a établi une infrastructure de santé de base qui sera, espérons-le, remis, au FED d'ici juin 2006. Cependant il subsiste des besoins de base toujours urgents en sécurité alimentaire et en infrastructure afin d'accompagner d'une manière optimale le retour des déplacés et des réfugiés. Le nombre de rapatriés total est estimé à 60 000 personnes.

- **Autres besoins spécifiques.**

Réfugiés

Retour des réfugiés – le HCR a estimé qu'il rapatriera environ 123 000 réfugiés en RDC en 2006 et estime avoir besoin d'un budget de 75 millions de dollars pour réaliser ceci.

Virus mosaïque du manioc

Le manioc est le produit alimentaire de base dans toute la sous région. Au cours des deux dernières années le virus mosaïque qui attaque à la fois le végétal et le tubercule s'est répandu en RDC venant de l'Ouganda via le Rwanda et le Burundi. Il représente une menace majeure pour la sécurité alimentaire dans la région et menace donc la vie elle-même. Des souches résistantes existent et exigent une introduction rapide

Transports aériens.

Avec 17 accidents d'avion depuis le début de l'année, la RDC détient presque 25% des catastrophes aériennes dans le monde et malheureusement la marche à pied ne représente pas une option dans un pays aussi vaste. Au vu de ceci, un transport aérien sûr pour le personnel humanitaire est tout bonnement essentiel

Coordination.

Avec une crise humanitaire d'une telle complexité et couvrant un si grand pays, une coordination est essentielle. OCHA a fourni une valeur ajoutée réelle dans ce département et la nécessité de disposer de leur service est évidente.

4 STRATÉGIE D'INTERVENTION PROPOSÉE PAR LA DG ECHO

4.1 Cohérence avec les priorités stratégiques générales de la DG ECHO

La stratégie pour le Congo est cohérente avec la stratégie globale de la DG ECHO. Dans un pays qui est parmi le plus nécessiteux au monde, que ce soit démontré sous forme du score GINA, ou par le taux de mortalité évitable, l'aide de la DG ECHO se base nécessairement sur une approche **fondée sur les besoins.**

La DG ECHO a focalisé ses ressources sur **les groupes les plus vulnérables** dans les zones les plus touchées. Parmi ces plus vulnérables, la DG ECHO a spécifiquement visé **les enfants** de moins de cinq ans avec par exemple les programmes de nutrition et de Protection Materno-Infantile (PMI)/programme élargi de vaccination (PEV). L'aide **aux femmes** sera une préoccupation particulière de ce programme, avec une aide continue aux soins obstétricaux spécialisés et aux programmes spéciaux pour aider les victimes de violence sexuelle.

Une caractéristique du travail de la Commission au cours de ces dernières années a été d'aborder le problème du **LRRD** (lien entre l'humanitaire et la réhabilitation et le développement). Au Congo, ce lien a toujours représenté une priorité se traduisant par une collaboration particulièrement étroite entre la DG ECHO et les autres services de la Commission. Les programmes de santé ressuscités grâce à la DG ECHO pendant la période de conflit, sont ramenés dans l'orbite du ministère de la santé grâce aux financements à long terme du FED et de la Banque mondiale. Quatre programmes importants seront transférés comme prévu d'ici la fin 2005 et quatre autres le seront dès mi-2006. Le travail se concentrera maintenant sur une approche **LRRD** pour les régions où des populations réinstallées requièrent davantage une réintégration socio-économique afin de devenir entièrement autonomes.

Dans certaines sphères, la RDC est considérée comme **une crise oubliée**. Ceci n'est absolument pas le cas à la DG ECHO où la RDC figure parmi les trois bénéficiaires principaux de l'aide depuis plusieurs années et où le Commissaire lui-même a démontré l'intérêt particulier qu'il accorde à la région des Grands Lacs.

4.2 Incidence des actions de réponse humanitaires antérieures

La Commission a adopté un plan global pour 2005 de 38 millions d'euros. A ce jour 95% du montant a été contracté et 99,5% a été alloué.

Le budget a exigé des adaptations mineures dont l'engagement de la réserve. Ceci reflète la nécessité de fournir un soutien logistique complémentaire.

Les chiffres ci-dessous reflètent les résultats des programmes 2005 atteints au 2/3 de la durée du programme.

Santé:

Population ciblée: 8 076 000

| | <u>Objectif</u> | <u>Réalisation</u> | <u>%</u> |
|--|-----------------|--------------------|----------|
| Zones de Santé couvertes | 87 | 87 | 100 |
| Bénéficiaires directs (Curatif / en millions) | 4.4 | 3.9 | 88 |
| Coût moyen par bénéficiaire (€) | 3.5 -5 | 5.5 | +14% |

Sécurité alimentaire, nutrition et réinstallation

| | <u>Objectif</u> | <u>Réalisation</u> | <u>%</u> |
|--------------------------------|-----------------|--------------------|----------|
| Nutrition thérapeutique | 8569 | 6 700 | 80 |
| Nutrition supplémentaire | 25 000 | 28 511 | 116 |
| Vivres, semences et outils | 1 000 000 | 750 000 | 75 |
| Réhabilitation des routes (km) | 400 | 320 | 80 |

- **Analyse des activités 2005**

En termes quantitatifs de réalisations, le programme se poursuit très positivement et semble atteindre ses objectifs, cependant, au-delà des chiffres, nous avons rencontré d'indéniables problèmes qui peuvent être résumés comme suit :

- Une certaine lenteur dans la réalisation des programmes d'infrastructure due aux difficultés rencontrées au niveau des acquisitions, de la logistique ; du harcèlement administratif et de perturbations constantes liées à l'insécurité.
- Une utilisation moindre des services de santé. Suite aux discussions qui se sont tenues avec les partenaires, il est ressorti que nombre d'entre eux avaient fixé leur objectif à 0,6 nouveau cas par personne par an sur la zone cible de leurs **structures de santé** et non sur la zone cible potentielle couvrant tout le **secteur de santé** (tous les secteurs de santé ne disposant pas d'un nombre idéal de cliniques de sorte que certaines cliniques sont destinées à couvrir une zone plus large que celle prévue théoriquement). Lorsqu'on ajuste les chiffres pour mesurer la couverture effective, le nouveau taux est de 0,49 NC/pers./an soit bien inférieur au taux cible de 0,6. Cela signifie que les distances à parcourir par les gens afin d'obtenir des soins de santé demeurent limitées et les centres trop peu nombreux.
- Il est très décevant de constater que les enquêtes récentes montrent des taux de mortalité à travers le pays totalement inacceptables (enquête MSF 2005). Notre analyse est que ceci est dû : au nombre insuffisant de partenaires pour un si grand pays, aux problèmes logistiques et au nombre limité de personnel local de qualité plutôt qu'à un problème de manque de ressources financières immédiates. Dans les zones couvertes par les donateurs du développement recouvrement des coûts a été reproché par certains partenaires mais ceci est trop simpliste. Il y a enfin également une relation directe entre la mortalité élevée et l'insécurité.
- Bien que les chiffres de malnutrition globaux soient en baisse, il est à remarquer que les enfants, ou plutôt leurs mères/responsables, ne fréquentent pas les centres. Cela est dû à l'insécurité et à l'obligation de rester dans le centre pendant un mois (au détriment de leurs autres engagements). En réplique, la DG ECHO pilote une nouvelle approche de prise en charge nutritionnelle basée sur les soins portés à domicile.

D'autre part, on distingue des succès réels :

Les programmes de sécurité alimentaire et d'infrastructure de base ont eu un impact très positif. Ils ont permis l'introduction de semences et d'outils ainsi que le savoir faire pour l'introduction de nouvelles cultures et l'élevage de petits animaux. En plus de l'aspect très populaire, cela a permis d'abaisser les chiffres de malnutrition et a aidé plus de 150.000 familles de retournés à retrouver une certaine autosuffisance.

La réfection des routes représente l'une des activités les plus réussies. Elle a permis de réunir les communautés et ainsi promouvoir la réconciliation ; elle a rendu accessible des régions qui ont pu bénéficier de l'aide et d'une ouverture vers des marchés et a permis enfin de mettre des salaires en argent comptant, ou en vivres contre travail, dans les mains des populations, leur re-donnant ainsi un pouvoir d'achat et donc leur fierté et leur dignité.

4.3 Coordination avec les activités d'autres donateurs et institutions

- *La Commission : DG DEV/EuropeAid*

En décembre 2004, suite à la Revue à Mi Parcours (RMP) du 9^{ième} Fonds Européen de Développement, un montant supplémentaire de 270 millions d'euros a été décidé. Le montant total étant porté à 489 millions d'euros

Le résultat net de ces modifications se traduit par une augmentation de 200 millions d'euros de l'enveloppe A liée à l'aide programmée (comprenant une enveloppe de 80 millions d'euros affectée aux soins de santé) et de 70 millions d'euros pour l'enveloppe B pour l'aide non programmée. Durant le premier semestre de 2005, la DG ECHO a été étroitement associée au processus d'identification pour les nouveaux fonds.

| | 9ème FED (+ montants FED antérieurs non dépensés) | Après RMP | Différence |
|-------------|--|-------------|---------------|
| | EUR | EUR | EUR |
| Enveloppe A | 188 604 285 | 388 604 285 | + 200 000 000 |
| Enveloppe B | 30 900 000 | 100 900 000 | + 70 000 000 |

Les 80 millions d'euros supplémentaires pour la santé seront disponibles dès le début de l'année 2006; ils se concentreront sur le Nord Kivu, la province orientale et les deux Kasais.

Les 65 millions d'euros issus des fonds de l'enveloppe B seront alloués à un programme qui a été spécifiquement appelé lien entre l'humanitaire et la réhabilitation et le développement (LRRD). Il couvrira approximativement les mêmes zones que la DG ECHO à savoir l'Ituri, les Kivus, le Maniema et le Nord Katanga. Le programme financera des activités dans les secteurs suivants : Aménagement du territoire, renforcement des capacités des services technique de l'état, infrastructure ; développement social et relance économique. Le programme est en phase de préparation et sera lancé au cours du premier semestre 2006. Sa composante santé est sensée reprendre les programmes de la DG ECHO au Nord Katanga.

En complémentarité son programme plus traditionnel de coopération, la Commission soutient également le processus électoral, la réforme du secteur de la sécurité et le désarmement, la démobilisation et la réintégration des anciens combattants.

- ***Autres donateurs et institutions : La Bonne Pratique pour le Financement de l'aide humanitaire (GHD) et le Plan d'Action (AP)***

La DG ECHO a pleinement soutenu le rôle du coordinateur humanitaire des Nations Unies (RC/HC) (Ross Mountain) comme point focal pour la coordination humanitaire en RDC. A travers OCHA, le coordinateur humanitaire a joué un rôle extrêmement positif en mettant en avant l'agenda humanitaire et en organisant des forums pour les bailleurs de fonds et les partenaires afin de promouvoir la co-ordination. Ils ont été sensibles aux préoccupations des donateurs à propos de l'aspect peu collégial de la Procédure d'Appel Consolidé (CAP) et à ce titre, ont développé un outil plus inclusif - le Plan d'Action (AP). La DG ECHO ainsi que d'autres bailleurs de fonds ont pleinement participé à définir les grands principes et la stratégie de ce plan d'action. Comme la DG ECHO l'a longtemps prôné, les détails seront finalisés sur le terrain au niveau provincial. L'avantage de l'AP est qu'il devrait permettre une mise en rapport plus efficace entre les besoins et les capacités et, vu qu'il sera un document dynamique car remis à jour sans cesse, il devrait mettre en évidence les besoins en manque de réponses.

La RDC a été un pays pilote pour l'initiative *de la bonne pratique pour le financement de l'aide humanitaire* (GHD) présidé en RDC par la Belgique et les États-Unis. Dans ce contexte t il y a eu l'initiative du 'financement globalisé' (pooled fund) du Royaume Uni, qui a mis à la disposition du HC des UN un pot commun réunissant les contributions aux NU de 5 pays (UK,NL, Can Irl et Swe). La DG ECHO et les États-Unis considèrent comme avantageux le fait que le HC aie à sa

disposition un fonds limité d'urgence mais estime également que les bailleurs de fonds ont la responsabilité de programmer eux-mêmes leur aide afin de répondre au mieux aux besoins.

Depuis le début de son intervention en RDC, la DG ECHO a toujours été très consciente du fait que sa présence pouvait perdurer trop longtemps et ce, au vu de l'immensité des besoins. La DG ECHO s'est ainsi concentrée à naviguer entre une aide de type « sparadrap » et une participation à un développement à long terme. Construire des liens avec les donateurs de développement a été crucial pour le maintien d'un bon équilibre car ceci a permis à la DG ECHO de mieux baliser le terrain pour une meilleure reprise des programmes. Ainsi, la DG ECHO a établi une bonne relation tant avec la Banque mondiale qu'avec les autres services de la Commission, ceci aura pour conséquence concrète la remise d'au moins 8 programmes à ces donateurs, couvrant les besoins d'environ 5 millions de personnes.

Malheureusement l'initiative des actions de santé en crise (HAC) qui a été lancée par l'OMS pour améliorer la coordination et les réponses aux problèmes de santé dans des pays de crise, n'a pas bénéficié d'un début très dynamique. Les problèmes de recrutement ont eu pour conséquence que le programme ne s'est pas développé comme prévu et n'a fourni que peu de valeur ajoutée dans la RDC.

Les partenaires de la DG ECHO ont été conviés en septembre à un atelier sur la sécurité alimentaire à Goma et en octobre à une réunion générale à Bruxelles afin d'examiner la stratégie de 2006. Il est ressorti de ces discussions une préoccupation particulière des partenaires quant à l'omniprésence de l'insécurité ainsi qu'au harcèlement administratif et la crainte que le LRRD ne se mette pas en place de façon cohérente, avec pour conséquence des interruptions de financement.

4.4 Évaluation des risques et hypothèses

Les risques et les hypothèses principaux associés au programme proposé sont essentiellement liés au processus politique. Si la pression considérable déjà exercé par la communauté internationale à travers la CIAT, la MONUC et les résolutions successives du Conseil de sécurité ne livrent pas les résultats politiques escomptés (notamment l'organisation des élections s'accompagnant d'une transition démocratique couronnée de succès durant l'année 2006), il est peu probable que les financements transitoires et de développement à grande échelle, actuellement programmé, soient déployés. En effet, une rupture sérieuse du processus politique interne, ou une autre poussée d'instabilité due à la situation encore fragile dans la région du Grand Kivu, aboutirait à la révision à la baisse dans la programmation LRRD ainsi qu'une révision de la planification du retrait échelonné de la DG ECHO.

Inversement, une accélération rapide du processus de stabilisation pourrait entraîner un mouvement de retour plus important ou plus soudain, particulièrement en ce qui concerne le rapatriement des réfugiés congolais de Tanzanie et de Zambie respectivement dans les provinces du Sud Kivu et du Katanga. Un rapatriement brusque et à grande échelle pourrait bien submerger la capacité à caractère communautaire existante soutenue par la DG ECHO. Dans ces circonstances, davantage de financement pourront être exigé sur base d'une décision ad hoc ou d'urgence.

4.5 La stratégie de la DG ECHO ¹

Objectif principal: Contenir les taux de mortalité et de morbidité au sein des groupes de population ciblés en deçà du seuil d'urgence et soutenir, dans la mesure du possible, les processus de réinstallation et de stabilisation grâce à des activités intégrées appropriées.

Priorités géographiques:

La DG ECHO concentrera son attention quasiment exclusivement sur *la partie orientale du pays en 2006* (voir carte - annexe 2)

- Régions toujours affectées par le conflit ou émergeant à peine de celui-ci: l'Ituri et les Kivus (Nord Kivu, Sud Kivu et le Maniema) ainsi que des parties du Nord Katanga.

La DG ECHO se retirera des régions précédemment affectées par le conflit et stabilisée depuis 2002: l'ancienne ligne de front de Lusaka (parties de l'Equateur, les Kasais et le Katanga).

- Il y aura une remise effective des programmes de santé de l'Equateur et de la partie méridionale du Maniema à la Banque Mondiale d'ici fin 2005 et ceux du Kasai et du Nord Katanga aux fonds FED de la CE au cours du premier semestre de 2006.

DG ECHO continuera à soutenir un programme d'aide Humanitaire d'urgence en santé couvrant l'entièreté du pays et soutiendra, à travers le HCR, un programme national pour le retour des réfugiés.

En conformité avec la stratégie développée et progressivement raffinée au cours des dernières années, les secteurs principaux d'interventions suivants sont proposés pour 2006:

Objectif spécifique 1: soins de santé (15,55 millions d'euros). La population de ZS ciblées bénéficie d'un **accès équitable** à un dispositif minimal de soins de santé essentiels, une attention particulière étant accordée aux femmes et aux enfants.

Administration de la santé publique en RDC: la DG ECHO apporte une aide au secteur de la santé par l'intermédiaire du réseau actuel de santé publique. Aucune structure parallèle ne sera financée, à l'exception d'interventions temporaires, dans des situations d'urgence. Le programme de santé de la DG ECHO s'articule autour de l'entité administrative décentralisée du système de santé public de la RDC - la *Zone de Santé (ZS)*, de ses installations et de son personnel. La ZS est administrée par un *Bureau Central de Zone (BCZ)*, dirigé par un *Médecin Chef de Zone (MCZ)*. Il existe 515 ZS. Cependant, les fonds ECHO ne seront pas utilisés pour construire de nouveaux hôpitaux ou pour les installations des Bureaux Centraux de Zone. Les partenaires oeuvrant dans le domaine des soins de santé et financés par ECHO en RDC doivent conclure un *Protocole d'Accord* avec chaque ZS. Ce Protocole doit définir clairement les obligations et les devoirs de toutes les parties et spécifier tout particulièrement les installations qui bénéficieront d'aides, les services à fournir, ainsi que les tarifs (prix demandé à l'utilisateur) à appliquer, l'utilisation des

¹ Les subventions pour la mise en oeuvre de l'aide humanitaire telle que définie par le Règlement (CE) No. 1257/96 du Conseil du 20 juin 1996 concernant l'aide humanitaire sont attribuées en conformité avec le Règlement financier, en particulier son article 110, et avec ses modalités d'exécution, en particulier son article 168 (Règlement du Conseil (EC Euratom) No 1605/2002 du 25 juin 2002, JO L 248 du 16 septembre 2002 et No 2342/2002 du 23 décembre 2002, JO L 357 du 31 décembre 2002).

Niveau de financement : en application de l'article 169 du Règlement financier, les subventions pour la mise en oeuvre de la présente décision peuvent financer 100 % des coûts d'une action.

Les opérations d'aide humanitaire financées par la Commission sont mises en oeuvre par des ONG et par les organisations de la Croix Rouge sur la base d'un Contrat Cadre de Partenariat (CCP) (en conformité avec l'article 163 des modalités d'exécution du Règlement financier) et par les agences des Nations Unies sur la base de l'Accord cadre administratif et financier (FAFA). Les normes et critères établis dans le Contrat Cadre de Partenariat standard d'ECHO auquel les ONG et les organisations internationales doivent adhérer, ainsi que les procédures et critères nécessaires pour devenir partenaire sont disponibles à l'adresse suivante :

http://europa.eu.int/comm/echo/partners/index_fr.htm

recettes en résultant, la fréquence et le type de supervision, de même que le niveau des mesures d'encouragement liées à la performance, qui sont versées au personnel de santé.

Bénéficiaires: Les partenaires reçoivent des explications détaillées sur les concepts de couverture, de population ciblée et de bénéficiaires directs. Des instructions claires (avec des exemples) leur sont aussi fournies sur la manière d'établir les calculs. Les 83 ZS actuelles couvertes par la DG ECHO se limiteront à 42 durant le premier semestre de l'année puis se réduiront encore à 25 ZS dans la seconde partie de l'année.

Soins curatifs essentiels: La grande majorité des maladies en RDC peut être traitée au niveau des *Centres de Santé* (CS), où le personnel infirmier est compétent pour diagnostiquer et pour traiter les pathologies courantes. C'est pourquoi le programme de soins de santé de la DG ECHO se concentre principalement sur ce niveau régional, la proximité et l'accès étant les mots d'ordre du programme.

Cependant au vu des résultats d'enquêtes de mortalité en 2005, la DG ECHO compte encourager la formation et va considérer un accroissement du nombre de cliniques par zone. Les honoraires seront également réévalués avec possibilité de réduction

Soins préventifs essentiels: Cette catégorie comprend toutes les mesures de suivi médical materno-infantile (MCH) menées au niveau du CS, à savoir: les *Consultations Périnatales* (CPN), les accouchements assistés et les *Consultations Préscolaires* (CPS), notamment le *Programme Élargi de Vaccination* (PEV).

Orientation des patients: Selon l'évaluation menée en 2004, "moins de 10 % des patients traités par le système de soins de santé et orientés vers l'hôpital ont réellement été soignés à l'hôpital." Les hôpitaux sont donc "sous-utilisés, avec un taux inférieur à 0,01 hospitalisation par habitant et par année." Les Hôpitaux Généraux de Référence tendent à être gérés comme des entreprises privées pour servir une élite urbaine aisée, c'est-à-dire les personnes qui ont le moins besoin de l'aide de la DG ECHO.

Mesures transversales: les mesures concernant la santé génésique et sexuelle ainsi que la prévention du paludisme seront intégrées de manière verticale dans tous les programmes de soins de santé appuyés par ECHO en RDC, à savoir:

- Cliniques de consultation prénatale (CPN) gratuites pour toutes les personnes qui s'y présentent, dans toutes les installations bénéficiant d'une aide
- Traitement préventif systématique dans les centres de CPN: anémie, tétanos, prophylaxie du paludisme
- Informations sur la santé génésique (contraception, méthodes de prévention des maladies sexuellement transmissibles et du SIDA)
- Distribution de préservatifs aux bénéficiaires des soins en cliniques de CPN et – sur demande – à toutes les personnes qui s'y présentent
- Démonstration de mesures d'hygiène et de prévention du paludisme dans les cliniques de CPN
- Distribution de moustiquaires imprégnées de manière durable à tous les bénéficiaires de soins dispensés dans les cliniques de CPN
- Transfusions sans risque garanties dans les ZS bénéficiant d'une aide.

En accord avec la nouvelle politique du ministère de la santé et en coordination avec l'OMS et d'autres partenaires de santé, la DG ECHO a décidé d'introduire la nouvelle thérapie à base d'arthémisine combinée (ACT) pour le traitement de la malaria. L'efficacité de ce médicament comparé à l'ancien Fansidar est remarquable et vu les taux si élevés de mortalité et de morbidité lié à la malaria en RDC, l'introduction de l'ACT se révèle essentielle. Pour ce qui concerne cette introduction, tous les protocoles du ministère de la santé seront respectés

Dans les ZS où on note un taux élevé de violences sexuelles (notamment dans la région du Grand Kivu), la DG ECHO fournira aux partenaires les compétences et les capacités nécessaires à la mise en oeuvre des activités supplémentaires suivantes:

- Dépistage et traitement (notamment ARV et “pilules du lendemain” pour les patientes examinées à temps) destinés aux victimes de violences sexuelles, par un personnel spécialement formé et dans des installations disposant de l’équipement adéquat
- Système d’orientation des patients (comprenant le transport) pour des opérations de chirurgie corrective ou des cas graves
- Services de conseil dispensés au niveau de la communauté
- Maisons de convalescence pour les patients.

Coûts unitaires: Tant pour la programmation qu’à des fins d’évaluation de projet, la DG ECHO utilise deux types principaux de coûts unitaires: (i) le coût général par bénéficiaire et (ii) le coût des médicaments et du petit matériel de soins par nouveau contact. Les programmes de soins de santé financés par ECHO en RDC au cours des cinq dernières années se sont en moyenne situés dans une fourchette de 3-6 euros/bénéficiaire. Le coût pour traiter chaque épisode de maladie en termes de médicaments et de matériel de soins s’est situé entre 0,7 – 0,9 euros par épisode mais augmentera de 5 à 10% vu l’introduction de l’ACT, qui représente 1,50 EUR par traitement.

Achats de médicaments

Conformément à l’article premier, deuxième alinéa des conditions générales de l’accord-cadre de partenariat (recommandant aux partenaires d’essayer d’utiliser des ressources humaines et matérielles locales), la politique de la Commission et des autres donateurs présents en RDC vise à promouvoir le développement du tout nouveau réseau national des *Centres de Distribution Régionaux* (CDR). Il va de soi que les partenaires sont priés de suivre rigoureusement les règles et les procédures applicables à la passation de contrats et à l’achat de biens dans le cadre des opérations d’aide humanitaire, comme prévu à l’annexe 5 de l’accord-cadre de partenariat, et en conformité avec le règlement financier.

Participation financière des utilisateurs: Aux fins de promouvoir l’appropriation et de permettre que les programmes humanitaires arrivés à maturité puissent être transmis de manière durable aux instruments de développement à long terme, la DG ECHO approuvera la pratique consistant à faire payer des frais par les bénéficiaires de son programme de soins de santé en RDC, aux conditions suivantes:

- Les frais payés par les utilisateurs prendront la forme d’une somme forfaitaire exigée pour tous les “épisodes”² de soins curatifs essentiels. Des montants inférieurs seront fixés pour les enfants de moins de 15 ans.
- Les tarifs seront déterminés non pas en fonction du coût réel du service fourni mais sur la base du pouvoir d’achat de la communauté bénéficiaire.
- Les personnes jugées *indigentes* par la communauté seront traitées gratuitement.
- Tous les soins materno-infantiles préventifs (CPN, CPS, PEV), seront fournis gratuitement à tous les arrivants.

Il relève de la responsabilité de chaque partenaire de négocier, de fixer et de vérifier que les frais demandés aux utilisateurs soient situés à un niveau permettant à la communauté bénéficiaire d’avoir économiquement accès aux services de soins fournis. Les niveaux de tarifs varieront

² Sont comprises: les consultations, les analyses de laboratoire et les prescriptions de médicaments. Aucune différenciation entre des aspects d’un épisode (par exemple entre les “frais de consultation” et les “coûts de médicaments”) ne sera autorisée.

considérablement d'une région à une autre et d'une période à l'autre. Il est même possible de les retirer complètement si la situation le nécessite.

Les partenaires du domaine de la santé ont aussi reçu un cadre type pour les programmes mis en oeuvre par la DG ECHO en RDC, permettant d'identifier les indicateurs quantitatifs et qualitatifs minimum à prendre en compte dans les propositions et les rapports. Parmi ces derniers, on soulignera la mesure de la mortalité comme indicateur de performance

Objectif spécifique 2: réinstallation (20,5 millions d'euros). Les familles déplacées, se réinstallant et hôtes reçoivent une aide intégrée fondée sur les besoins de la communauté et conçue pour répondre aux besoins immédiats tout en permettant un retour rapide à une activité productive et contribuant ainsi à la stabilisation des zones affectées par le conflit.

En ce qui concerne les réfugiés, la DG ECHO soutiendra le HCR afin d'accomplir le processus de leur rapatriement physique en RDC et pour assurer évidemment leur protection. Néanmoins, la DG ECHO soutiendra directement des activités de réhabilitation mises en oeuvre par les partenaires d'exécution traditionnels afin de promouvoir une approche à caractère communautaire à leur réinstallation.

Les différentes activités sous cet objectif peuvent sembler disparates mais l'expérience a montré que les populations déplacées ont des besoins semblables et requièrent un 'forfait' pour leur retour à l'autosuffisance dont les différents aspects sont inextricablement liés :

- (a) Articles d'assistance de base: colis familiaux de produits non alimentaires (couvertures, matériel de cuisine, etc.) représentant une aide d'urgence pour les personnes déplacées et un soutien aux familles se réinstallant et qui ont eu tous leurs biens pillés.
- (b) Sécurité alimentaire et nutrition: Les communautés ciblées, subissant ou ayant subi des conflits et des déplacements, reçoivent des fournitures agricoles appropriées et – dans le cas de celles qui attendent leur première récolte – des rations temporaires de nourriture, tandis que des programmes d'alimentation supplémentaires sont conçus spécialement pour les enfants gravement sous-alimentés. Les partenaires seront attendus de formuler des programmes qui prennent en considération les réalités des marchés locaux et qui donnent un choix maximal aux bénéficiaires (par exemple des semences etc.). Les substances alimentaires en gros seront fournies par le PAM.

La DG ECHO et ses partenaires continueront à piloter la nouvelle technique de prise en charge nutritionnelle à domicile (CTC) afin d'augmenter la couverture de ses programmes nutritionnels. Les résultats seront partagés avec l'UNICEF et le Ministère de la Santé afin de reconsidérer la politique nationale actuelle.

La DG ECHO prêtera une attention particulière à l'introduction de souches résistantes au virus de la mosaïque de manioc qui ont été approuvées par le gouvernement congolais et la FAO.

- (c) Réhabilitation au niveau de la communauté:
 - *Réseau routier local*: utilisation de méthodes à forte intensité de main-d'oeuvre pour rouvrir les routes et permettre à la production agricole de circuler à nouveau, tout en donnant un coup de fouet immédiat à l'économie locale grâce à l'utilisation du principe de "rémunération du travail en argent" (la viabilité économique peut être renforcée par la mise en oeuvre de systèmes de péage).
 - *Infrastructure sociale*: projets à petite échelle pour rouvrir les écoles pillées ou détruites. Les centres de santé et les systèmes de distribution d'eau sont "connectés" aux routes à mesure que progressent les travaux de réhabilitation, afin d'encourager la réinstallation des populations. La main-d'oeuvre et les matières premières en vrac sont fournies

gratuitement par la communauté, tandis que la supervision technique, l'équipement et le matériel spécialisé (du bois de toiture aux livres scolaires) sont fournis par ECHO.

- (d) Déminage : un déminage humanitaire professionnel ad hoc sera fourni pour accompagner des interventions humanitaires d'urgence et pour des activités de réinstallation (telles que le long de routes ou à proximité d'infrastructure sociale à remettre en état).
- (e) Appui aérien : La DG ECHO financera un nouveau service aérien humanitaire spécialisé en RDC. Il respectera les standards de sécurité internationaux les plus élevés et fonctionnera avec un système de réservation basé sur la priorité. Il aura cependant une capacité de fret limitée laissant un espace disponible afin de remplir une capacité supplémentaire sur base ad hoc. Toutefois, les améliorations de l'état des routes réduiront, espérons-le, la nécessité de disposer de telle cargaison à transporter.

Objectif spécifique 3 : assistance technique (0,45 million EUR). Afin de maximiser l'impact de l'aide humanitaire aux victimes, la Commission décide de maintenir un bureau de soutien de la DG ECHO situé à Kinshasa, Goma et Bukavu. Ces bureaux évalueront des propositions d'opérations, coordonneront et contrôleront la mise en oeuvre des opérations humanitaires financées par la Commission. Un bureau fournit la capacité d'assistance technique et la logistique nécessaire pour l'accomplissement réussi de ses tâches.

Réserve (1,5 millions d'euros): Une marge de 5 % est prévue pour couvrir les dépenses imprévues et assurer la flexibilité nécessaire pour répondre rapidement à une augmentation de l'accès ou de la capacité de mise en oeuvre dans l'un ou l'autre secteur ou région.

4.6 Durée

L'évaluation 2004 note que, vu le nombre important d'opérations financées par la présente décision qui concernent des projets sophistiqués dans le domaine de la santé, il convient de programmer les divers projets sur une période de 12 mois. Conformément à cette recommandation et pour éviter des goulets d'étranglement au niveau administratif, une approche étagée est proposée, des contrats étant émis de manière échelonnée sur l'ensemble du premier semestre, et au-delà si nécessaire. Par ailleurs, l'incertitude qui plane sur le climat politique et la tâche ardue qui consiste à surmonter les obstacles logistiques dus au manque d'infrastructures ont déjà entraîné des retards importants et risquent d'en entraîner d'autres, au niveau de l'exécution et de l'achèvement du programme. En conséquence, les opérations financées conformément à la présente décision seront réalisées dans un délai de 18 mois à compter du 1^{er} janvier 2006. Les dépenses liées à cette décision seront éligibles à partir du 1^{er} janvier 2006.

En cas d'interruption de la mise en oeuvre en cas de force majeure ou en raison de circonstances comparables, la période d'interruption ne sera pas prise en compte dans le calcul de la durée des opérations. Toutefois, si la mise en oeuvre 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. À cet égard, les procédures prévues dans l'accord concerné seront appliquées.

4.7 Montant de la décision et matrice de programmation stratégique

4.7.1 Montant total de la décision: 38 millions d'euros

4.7.2 Matrice de programmation stratégique

| Objectif principal | Contenir les taux de mortalité et de morbidité au sein des groupes de population ciblés en deçà du seuil d'urgence et soutenir, dans la mesure du possible, les processus de réinstallation et de stabilisation grâce à des activités intégrées appropriées | | | | |
|--|---|---|---|--|---|
| Objectifs spécifiques | Montant alloué (EUR) | Zones Géographiques couvertes | Activités proposées | Résultats attendus / indicateurs | Partenaires potentiels |
| <p>Objectif spécifique 1:</p> <p>La population de ZS ciblées bénéficie d'un accès équitable à un dispositif minimal de soins de santé essentiels, une attention particulière étant accordée aux femmes et aux enfants.</p> | <p>15 550 000</p> | <p>Ituri , Nord Kivu Sud Kivu Maniema. Nord Katanga</p> <p>Réactions d'urgences et épidémies: Entièreté du pays</p> | <p><u>Soins curatifs essentiels</u> Activités de SSP curatives complète mise en œuvre par le personnel congolais de soins de santé dans toutes les ZS soutenues. Les partenaires de la DG ECHO remettent les médicaments et les consommables ainsi que les soutiens logistique et technique (supervision et formation). Les honoraires d'utilisateur sont placés à un niveau proportionnel par rapport aux recettes de la communauté bénéficiaire (nominales ou zéro s'il y a lieu), sans honoraires pour <i>les indigents</i></p> <p><u>Soins préventifs essentiels</u> Toutes les activités MCH au niveau des CS, y compris CPN (avec systématiquement du prophylaxie- malaria et des moustiquaires) et accouchements assistés, ainsi que CPS, incluant PEV. Campagnes de PEV accélérés dans des ZS sélectionnées. Tous les services de soins préventifs procurés sont gratuits.</p> <p><u>Orientation obstétrique.</u> Les femmes ayant une grossesse à risque ont accès aux soins hospitaliers</p> <p><u>Transfusion sanguine sécurisée</u> Regroupement et test Hiv</p> <p><u>Violence sexuelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Screening et traitement de victimes de violence sexuelle dans des installations sélectionnées • Chirurgie réparatrice pour les cas sérieux <p>Services de conseil et rétablissement</p> <p><u>Réponse épidémique</u> Monitoring épidémiologique Mise sur pied de plan d'urgence WHO HAC</p> | <p><u>Accès général:</u> <i>Zones de Santé (ZS) soutenues:</i> 42 – 25 (après 6 mois)^o</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'utilisation ciblée (SSP curatif) = 0.5 nouveau contact/personne/an • % d'accès économique: % des structures soutenues montrant et respectant les tarifs = 100% • Taux de mortalité Adulte < 1.5 /10,000/jour <5ans < 25/10,000/jour <p><u>Soins curatifs essentiels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rupture de stocks pour les médicaments capitaux (antimalaria, mebendazole, paracétamol, amoxicilline) (moyenne n°jours/structure/mois) = < 5 • % de sessions supervisions formatives/n° de supervisions planifiées (1/CS/mois) = 100% • Protocoles respectés = 80% <p><u>Soins préventifs essentiels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • % de facilités de santé avec latrines adéquates et eau propre = 100% • utilisation de CPN (1^{ère} session) = > 80% • % accouchement assisté/ nombre d'accouchements attendus = 60% • utilisation CPS= > 80% <p><u>Orientation obstétrique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux théorique: 0.02/PHC nc/an. • N°de césariennes effectives / attendues (pop ciblée . x 4% x 7%): 80%. <p><u>Transfusion sanguine sécurisée</u> % de transfusion sanguine testé HIV et respectant les indications = 100</p> <p><u>Violence sexuelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de cas traités. <p><u>Réponse épidémique</u> Cas mortel de choléra après une semaine d'intervention = < 4</p> | <ul style="list-style-type: none"> - AMI - FRA - CARE - FR - CARITAS - BEL - CHRISTIAN AID - UK - COOPI - CROIX-ROUGE - CICR- ICRC - CH - CROIX-ROUGE - FRA - GOAL - IRC - UK - MALTESER HILFSDIENST - MDM - FRA - MEDAIR UK - MEMISA - MERLIN - MSF - BEL - MSF - CHE - MSF - ESP - MSF - FRA - MSF - NLD - NOVIB - PMU INTERLIFE - PSF - FRA/CLERMONT-FERRAND - SOLIDARITES - TEARFUND - UK - UN - UNICEF - BEL - UNFPA - WORLD VISION DEU |

| | | | | | |
|--|--------------------------|--|---|--|--|
| <p>Objectif spécifique 2: Les familles déplacées, se réinstallant et hôtes reçoivent une aide intégrée fondée sur les besoins de la communauté et conçue pour répondre aux besoins immédiats tout en permettant un retour rapide à une activité productive et contribuant ainsi à la stabilisation des zones affectées par le conflit</p> | <p>20 500 000</p> | <p>Entièreté du pays mais concentré en /au : Ituri , Nord Kivu Sud Kivu Maniema. Nord Katanga</p> | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Nutrition</u>: mise en oeuvre de programmes de nutrition thérapeutique (CNT) et supplémentaire (CNS) en rapport avec des preuves anthropométriques de taux de malnutrition aiguë globale (MAG) (normalement > 10% parmi enfants < 5 ans) • <u>Sécurité alimentaire</u>: Distribution ciblée de nourriture, semences et outils à des familles avec enfants malnutris, familles déplacées et leurs hôtes ainsi que d'autres groupes vulnérables • <u>Réhabilitation</u> de routes locales et de transport agricole ainsi que d'infrastructure sociale (incluant des systèmes d'eau, des centres de santé et des écoles) dans les régions de retour, utilisant de la main-d'œuvre intensive, des méthodes basées sur la communauté • Distribution de <u>non-food items</u> et de kits-écoles aux communautés déplacées et réinstallées • <u>Déminage</u> humanitaire • Soutien du <u>transport aérien</u> décentralisé • Soutien à la <u>protection</u> • <u>Soutien d'activités de coordination</u> | <p><u>Nutrition</u>: Nutrition supplémentaire: 25 000 bénéficiaires Taux de guérison > 80% Durée de séjour: =/< 90 jours Taux d'abandon: < 15%</p> <p>Nutrition thérapeutique : 8000 bénéficiaires Taux de guérison: > 80% Durée de séjour: < 30 jours Gain de poids (g/kg/d): > 10 Taux d'abandon: < 15% Taux de mortalité: < 5%</p> <p><u>Sécurité alimentaire et réhabilitation</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentation, semences et outils: 200 000 familles (1,2 millions d'individus) % de familles assistées au plantage: < 90% surface moyenne exploitée/famille: > 900 m2 % familles assistée en récolte: > 80% av. yield /family assisted: 45 kg MAG parmi les enfants < 5 ans dans les zones ciblées continue en dessous de < 10% Evaluation du panier alimentaire: familles ciblées reçoivent > 1100 KCal/p/j • Kits NFI: 57 000 familles (285 000 individus) • Ecoles réhabilitées : 70 • Routes réhabilitées: 450 km • Réhabilitation de l'eau: 110 000 personnes ont un accès facilité à l'eau propre <p><u>Transport aérien</u> N° de Pax/mile Kg/ mile Requête des ONG satisfaites à 80%</p> <p><u>déminage</u> N° de UXO détruits. N° de sites /de routes rendus sûrs.</p> <p>Protection coordination</p> | <ul style="list-style-type: none"> - ACF - FRA - ACTED - ASF - ASF-BELGIUM - ATLAS - AVSI - CHRISTIAN AID - UK - COOPI - CROIX-ROUGE - CICR- ICRC - CH - CROIX-ROUGE - DEU - CROIX-ROUGE - FRA - GERMAN AGRO ACTION - GOAL - IOM - IRC - UK - MAG - UK - MALTESER HILFSDIENST - NORWEGIAN REFUGEE COUNCIL - OXFAM - BEL - OXFAM - UK - PREMIERE URGENCE - SOLIDARITES - TEARFUND - UK - UN - FAO-I - UN - UNHCR - BEL - UN - UNICEF - BEL - UN - UNOCHA - UN - WFP-PAM - WORLD VISION DEU |
|--|--------------------------|--|---|--|--|

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|--------------|
| Objectif spécifique 3 :la DG ECHO maintient une capacité de terrain appropriée afin d'évaluer l'évolution des besoins humanitaires et de concevoir des réponses coordonnées, ainsi que de coordonner et évaluer des opérations humanitaires financées par la Commission. | 450 000 | Kinshasa Goma Bukavu Couvrant l'entièreté du pays avec des capacités d'urgence pour les pays voisins | Suivi Monitoring Evaluation Coordination | <ul style="list-style-type: none"> • Réponses améliorées. • Coordination améliorée. • Monitoring de projet régulier (au moins une visite de terrain par période contractuelle) • Reporting ponctuel et traitement administratif de contrats. | 4 personnes. |
| Evaluation des risques | <i>Environnement incertain dans l'est. Potentialité de détérioration de la sécurité</i> | | | | |
| Hypothèses | <i>Des fonds de développement seront déployés dans le cours du premier semestre 2006 pour la reprise d'opérations. Le retour des réfugiés comme attendu par le HCR L'environnement global de la sécurité tend à s'améliorer.</i> | | | | |
| Réserve | 1 500 000 | | | | |
| Coût total | 38 000 000 | | | | |

5 ÉVALUATION

Aux termes de l'article 18 du règlement (CE) n° 1257/96 du Conseil du 20 juin 1996 concernant l'aide humanitaire, la Commission est tenue de «procéder régulièrement à des évaluations d'actions d'aide humanitaire financées par la Communauté en vue d'établir si les objectifs visés par ces actions ont été atteints et de fournir des lignes directrices pour améliorer l'efficacité des actions futures». Ces évaluations sont structurées et organisées autour des questions primordiales et transversales qui font partie de la stratégie annuelle de la DG ECHO, telles que les problèmes concernant les enfants, la sécurité du personnel humanitaire, le respect des droits de l'homme, l'égalité entre les hommes et les femmes, etc. Chaque année, un programme d'évaluation indicatif est établi après consultations. Ce programme est flexible et peut être adapté pour inclure des évaluations non prévues dans le programme initial, suite à des événements particuliers ou à des changements de circonstances. Pour de plus amples informations, consulter le site:

http://europa.eu.int/comm/echo/evaluation/index_fr.htm.

6 IMPACT DU BUDGET DE LA LIGNE BUDGETAIRE 23 02 01

| | CE (en euros) |
|---|-------------------|
| Crédits initialement disponibles pour 2006 | 478 000 000 |
| Budgets supplémentaires | |
| Transferts | |
| Total des crédits disponibles | |
| Total des crédits engagés jusqu'à présent (au...) | |
| Solde disponible | |
| Montant total de la décision | 38 000 000 |

7 ANNEXES

Annexe 1: Statistiques de la situation humanitaire

Annexe 2: Carte de la RDC et localisation des opérations de la DG ECHO

Annexe 3: Liste des opérations précédentes de la DG ECHO

Annexe 4: Assistance provenant d'autres donateurs

Annexe 5: Liste des abréviations

Annexe 1: Statistiques de la situation humanitaire

Bien que la prévalence du virus HIV demeure relativement basse en RDC (l'enquête nationale du virus HIV faite en 2004 a conclu à un taux de prévalence HIV de 4.5 % en RDC pour une population d'approximativement 60 millions d'individus), les indicateurs généraux de santé au Congo sont parmi les pis au monde.

- la RDC a le taux de mortalité à la naissance le plus haut au monde: 1 289 morts pour 100.000 naissances (Banque mondiale, « Draft Health Rehabilitation Project », 2004)
- le taux de fertilité est de 7.1, soit un des plus haut d'Afrique (Banque mondiale, ibid)
- le taux d'utilisation de méthodes contraceptives est de 4%, soit le plus bas au monde (Banque mondiale, ibid)
- la RDC a le 5è plus haut taux au monde de mortalité infantile: 585 000 cas par an (Banque mondiale, ibid)
- la RDC a le 9è plus haut taux de mortalité d'enfants de moins de 5 ans. La moyenne nationale est de 213 cas pour 1 000 naissance vivante (Banque mondiale, ibid), montant jusqu'à 390/1 000 dans l'est de la RDC (enquête Merlin Maniema, 2003). La moyenne subsaharienne est de 157 pour 1 000 naissance vivante (Unicef, State of the World's Children, 2003).
- 30% de la mortalité U5 est attribuable à la malaria, ce qui veut dire que, par an, environ 300 000 enfants meurent de cette maladie pourtant traitable (Banque mondiale)
- la couverture de vaccination de la rougeole est de 34% dans les provinces orientales (Ministère de la santé, 2003)

En termes de sécurité alimentaire et d'indicateurs de nutrition:

- le taux national de malnutrition aiguë globale est de 16% (Ministère de la santé, Plan d'Action 2004)
- la prise moyenne de calories minimale qui devrait être de 2 300 Kcal/jour, est à moins de 70%. La prise moyenne de protéines équivaut à 50% du minimum requis (OCHA/FAO, draft CAP 2005).

En termes d'indicateurs généraux et économiques:

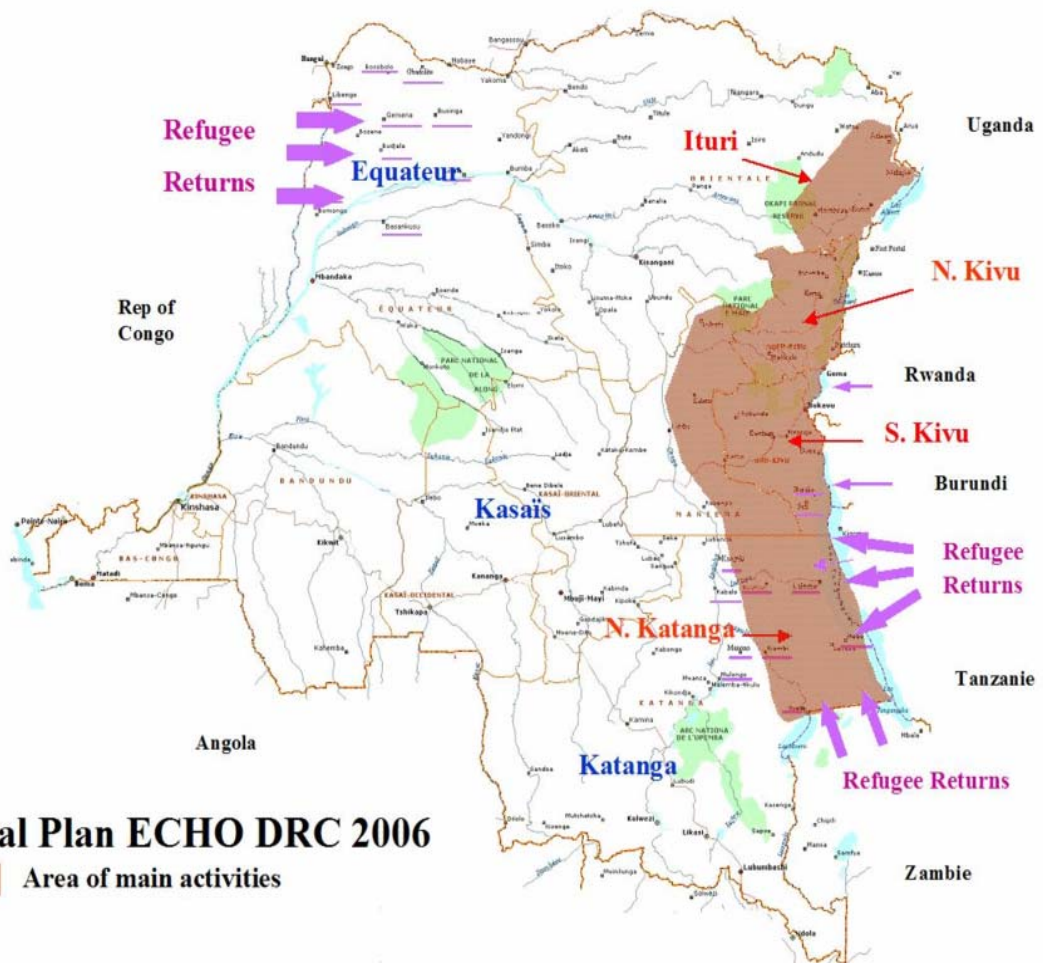
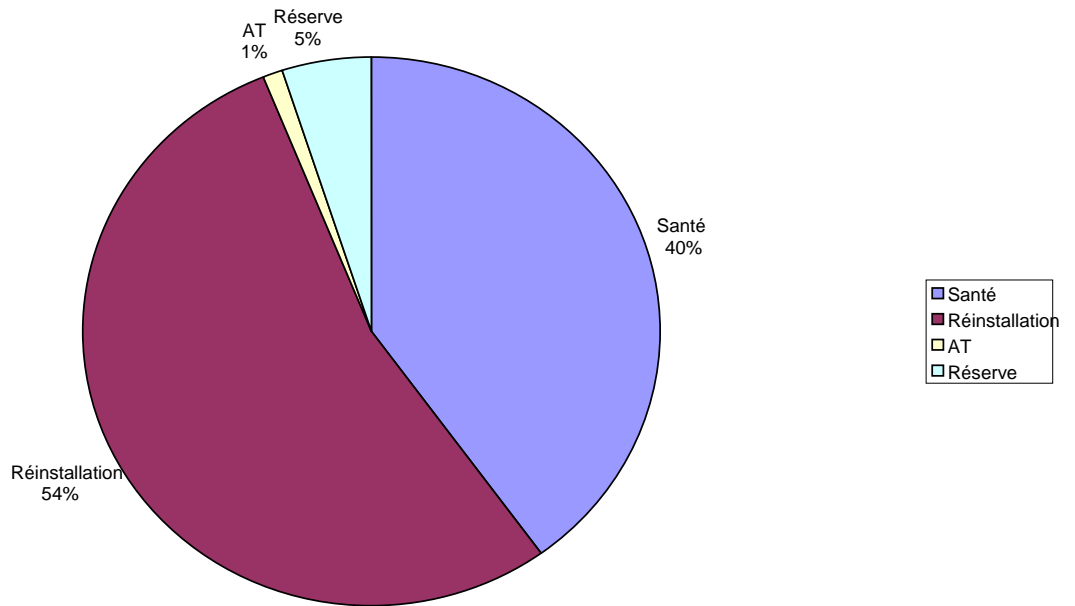
- Il y a toujours 2 millions de déplacés internes auxquels il faut ajouter 390 000 réfugiés à l'extérieur de la RDC (OCHA, draft AP 2006),
- Le PNB par habitant (moyenne nationale) était de 96 dollars en 2002, alors qu'il était de 167 dollars en 1992 (Banque Mondiale, 2004). Ce qui équivaut à 0,26 dollars par jour, 1,85 dollars la semaine ou 7,8 dollars par mois.
- 80% de la population vit avec moins d'un demi dollar par jour (OCHA/FAO, draft CAP 2005)

Cependant selon le FMI ;

- le PNB s'est accru de 6,8 % en 2004; l'inflation annuelle a baissé à moins de 5 % à la mi-2004 avant de remonter à plus de 9 % en décembre 2004 et au-delà de 26 % à la fin mai 2005.

Annexe 2: Carte de la RDC et localisation des opérations de la DG ECHO

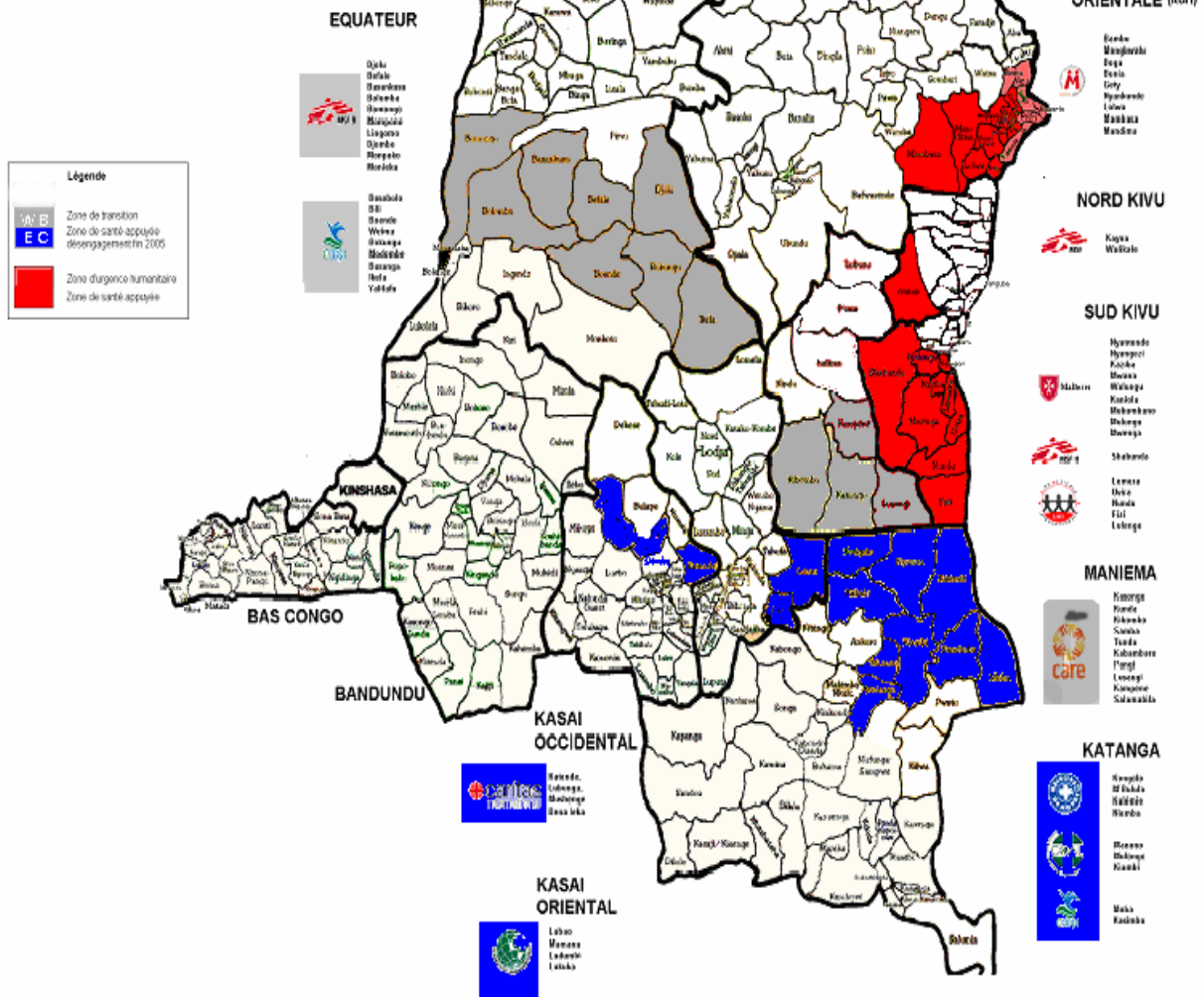
DG ECHO Plan Global 2006 –38 millions d’euros



Aide Humanitaire



COMMISSON EUROPÉENNE



ECHO Health Programmes DRC 2006

Annexe 5: Liste des abréviations

| | |
|-----------------|--|
| AAA | Agro Action Allemande - a.k.a. Deutsche Welthungerhilfe and German Agro Action |
| ACF | Action Contre La Faim |
| AIDCO | EuropeAid – Co-ordination Office |
| ALC | Armée de Libération du Congo – branche armée du MLC |
| ALIR | Armée de Libération du Rwanda – alliance des ex-FAR, <i>interahamwe</i> et d'autres groupes Hutu |
| AMI | Aide Médicale Internationale |
| ANC | Armée Nationale Congolaise – branche armée du RCD-Goma |
| APC | Armée Patriotique Congolaise – branche armée du RCD-K/ML |
| APR | Armée Patriotique du Rwanda – v. RPA |
| ASF | Aviation Sans Frontières |
| ASII | Assemblée Spéciale Intérimaire pour l'Ituri – autorité temporaire de l'Ituri |
| AVSI | Associazione Volutari per il Servizio Internazionale |
| BCZ | Bureau Central de Zone (de Santé) |
| CAP | Procédure d'appel global (Consolidated Appeal Process) |
| CDR | Centre de Distribution Régional – centre provincial de distribution des médicaments |
| CESVI | Cooperazione e Sviluppo |
| CHAP | Common Humanitarian Action Plan - stratégie/précurseur du CAP |
| CIAT | Comité International d'Accompagnement de la Transition |
| CMR | Taux de mortalité cru (Crude Mortality Rate) |
| COSA | Comité de Santé |
| CPN | Consultation Pré-Natale |
| CPS | Consultation Pré-Scolaire |
| CS (-R-) | Centre de Santé (- de Référence -) |
| DCA | DanChurchAid |
| DDR | Désarmement, Démobilisation et Réintégration |
| DG DEV | Direction Générale pour le Développement |
| DPKO | UN Department of Peacekeeping Operations, responsable pour les opérations de la MONUC en RDC |
| RDC | République démocratique du Congo |
| DRC | Désarmement et Réintégration Communautaire (Ituri precursor of DDR process) |
| DWHH | Voir AAA |
| ECHO | DG de l'aide humanitaire de la CE. |
| FED | Fond européen de développement |
| PEV | Programme élargi de vaccination |
| UE | Union européenne |
| FAO | Food and Agriculture Organisation |
| FAR | Forces Armées Rwandaises – ancienne armée nationale rwandaise |
| FARDC | Forces Armées de la République Démocratique du Congo – armée gouvernementale de transition |
| FAPC | Forces Armées du Peuple Congolais – milices contrôlant Aru et Mahagi, Nord Ituri |
| FCA | FinnChurchAid |
| FDD | Forces pour la Défense de la Démocratie – groupe de rebelles burundais |
| FDLR | Forces Démocratiques pour la Libération du Rwanda – groupe de rebelles rwandais (v. ALIR) |
| FHI | Food for the Hungry International |
| FNI | Front des Nationalistes et Intégrationnistes – Milice Lendu en Ituri (Réthy) |
| FPDC | Forces Populaires pour la Démocratie au Congo – princ. Mouvement Alur en Ituri |
| FRPI | Force de Résistance Patriotique en Ituri - milices Ngiti en Ituri |
| GAA | v. AAA |
| GINA | Global Index for humanitarian Needs Assessment |
| PG | Plan global |
| HGR | Hôpital Général de Référence |
| ICC | International Criminal Court |
| ICD | Inter-Congolese Dialogue |
| ICRC | CICR |

| | |
|---------------|--|
| IDP | Personne déplacée interne |
| IOM | International Organisation for Migration |
| IRC | International Rescue Committee |
| LRRD | Linking Relief, Rehabilitation and Development |
| MAG | Mine Action Group |
| MCH | Mother and Child Healthcare |
| MDM | Médecins du Monde |
| MICS | Multi-Indicator Cluster Survey |
| MoU | Memorandum of Understanding |
| MLC | Mouvement pour la Libération du Congo |
| MONUC | Mission d'Observateurs des Nations Unies au Congo |
| MSF | Médecins Sans Frontières |
| MUAC | Middle Upper Arm Circumference |
| NFI | Non Food Items |
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| NIP | National Indicative Programme |
| OCHA | Office for Co-ordination of Humanitarian Assistance |
| OFDA | United States Office of Foreign Disaster Assistance |
| PAR | Programme d'Appui à la Réhabilitation |
| PATS | Programme d'Appui Transitoire à la Santé |
| PHC | Primary HealthCare - Soins de santé primaire SSP |
| PMA | Paquet Minimum d'Activités |
| PMI | Protection Materno-Infantile |
| PMU | Pingstmissionens Utvecklingssamarbete-Interlife |
| PPRD | Parti du Peuple pour la Reconstruction et la Democratie – parti de Joseph Kabila |
| PU | Première Urgence |
| PUC | Pool d'Urgence Congo |
| PUSIC | Parti pour l'Unité et la Sauvegarde de l'Intégrité du Congo – milice Hema en Ituri |
| PSF | Pharmaciens Sans Frontières |
| RCD-G | Rassemblement Congolais pour la Démocratie (Goma) |
| RCD-ML | Rassemblement Congolais pour la Démocratie-Mouvement de Libération |
| RCD-N | Rassemblement Congolais pour la Démocratie-National |
| RDF | Rwanda Defence Force (nouvelle appellation de la FPA) |
| RPA | Rwandan Patriotic Army |
| RPF | Rwandan Patriotic Front |
| SCF | Save the Children Fund |
| SFC/P | Supplementary Feeding Centre/Programme |
| SMI | Santé Materno-Infantile |
| SNIS | Système National d'Information Sanitaire |
| STD | Sexually Transmitted Diseases |
| TFC/P | Therapeutic Feeding Centre/Programme |
| UN | United Nations |
| UNDP | United Nations Development Programme |
| UNHCR | United Nations High Commission for Refugees |
| UNICEF | United Nations Children's Fund |
| UPC | Union des Patriotes Congolais – Gegere (Hema) milices en Ituri |
| UPDF | Uganda People's Defence Force |
| USAID | United States Agency for International Development |
| WFP | World Food Programme |
| WHO | World Health Organisation |
| WVI | World Vision International |
| ZdS | Zone de Santé |

DÉCISION DE LA COMMISSION
du
concernant le financement d'opérations humanitaires du budget de l'Union européenne en
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO (RDC)

LA COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES,

vu le traité instituant la Communauté européenne,

Vu le règlement (CE) n° 1257/96 du Conseil du 20 juin 1996 concernant l'aide humanitaire¹ et notamment son article 15, paragraphe 2,

Considérant ce qui suit :

- (1) La République démocratique du Congo (RDC) émerge d'une période de conflit qui dure depuis 1996 et certaines parties du pays restent la proie de différents groupes armés.
- (2) Les années de combats et leurs conséquences sont à l'origine d'importants déplacements de population (3-4 millions) et de taux de mortalité élevés parmi la population dans son ensemble (>2,5/1000/mois).
- (3) L'évaluation de la situation par la Commission 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 38 millions d'euros doit être alloué au titre de la ligne 23.02.01 du budget général de l'Union 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) La présente décision constitue une décision financière au sens de l'Article 75 du règlement financier (EC Euratom) n. 1605/2002², de l'Article 90 des modalités d'exécution du Règlement financier fixées par le règlement (EC, Euratom) n. 2342/2002³ amendées par le règlement (EC, Euratom) n. 1261/2005⁴, et de l'Article 15 du Règlement interne sur la mise en œuvre du budget général de la CE⁵.
- (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 15/12/2005

DÉCIDE :

Article premier

1. Conformément aux objectifs et principes généraux de l'aide humanitaire, la Commission approuve le financement, sur la ligne 23.02.01 du budget général de l'Union européenne pour 2006, d'opérations d'aide humanitaire en faveur des groupes de population vulnérable de la République démocratique du Congo (RDC) pour un montant total de trente-huit millions d'euros.

¹ JO L 163, 2.7.1996, p. 1-6

²OJ L 248, 16.9.2002, p. 1

³OJ L 357, 31.12.2002, p. 1

⁴OJ L 201, 2.8.2005, p. 3

⁵Décision de la Commission du 15.3.2005, SEC (2005) 310

2. Conformément aux Articles 2 et 4 du règlement du Conseil n° 1257/96 du Conseil, ces opérations humanitaires seront mises en œuvre dans le cadre des objectifs spécifiques suivants :

- Les populations des zones de santé ciblées ont un accès équitable aux soins de santé essentiels, une attention spéciale étant accordée aux femmes et aux enfants
- Les familles déplacées, rapatriées et hôtes reçoivent une aide intégrée fondée sur les besoins de la communauté et conçue pour répondre aux besoins immédiats tout en permettant une réinstallation rapide et contribuant ainsi à la stabilisation des zones affectées par les conflits.
- La DG ECHO maintient une capacité d'assistance technique adéquate sur le terrain pour analyser l'évolution des besoins humanitaires, élaborer des réponses coordonnées ainsi que pour suivre et évaluer les opérations financées par la Commission.

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 justifie, réaffecter les montants établis pour un des objectifs identifiés à l'article 1, paragraphe 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 œuvre de la présente décision s'étend sur 18 mois à partir du 1^{er} janvier 2006.
2. Les dépenses effectuées au titre de la présente décision sont éligibles à compter du 1^{er} janvier 2006.
3. Si les actions envisagées dans la présente décision sont suspendues pour cause de force majeure ou en raison de circonstances comparables, la période de suspension ne sera pas prise en considération dans le calcul de la durée de mise en œuvre de la présente décision.

Article 4

1. L'engagement et le paiement des 38 millions d'euros sont subordonnés à la disponibilité des fonds nécessaires au titre du budget général de l'Union européenne pour 2006.
2. La présente décision prend effet à la date de son adoption.

Fait à Bruxelles le [date]

Par la Commission

[nom]

Membre de la Commission

Annexe : Ventilation des dotations par objectif spécifique

| Objectif spécifique | Dotation par objectif spécifique |
|---|---|
| Les populations des zones de santé ciblées ont un accès équitable aux soins de santé essentiels, une attention spéciale étant accordée aux femmes et aux enfants. | 15 550 000 |
| Les familles déplacées, rapatriées et hôtes reçoivent une aide intégrée fondée sur les besoins de la communauté et conçue pour répondre aux besoins immédiats tout en permettant une réinstallation rapide et en contribuant ainsi à la stabilisation des zones affectées par les conflits. | 20 500 000 |
| La DG ECHO maintient une capacité adéquate sur le terrain pour analyser l'évolution des besoins, élaborer des réponses coordonnées ainsi que pour suivre et évaluer les opérations financées par la Commission. | 450 000 |
| Réserve | 1 500 000 |
| TOTAL | 38 000 000 |