



CF Item Barcode Sign

Page 2
Date 1/24/2007
Time 10:56:12 AM

Login Name Thomas Milsom



CF-RAI-USAA-DPP-LIB-2007-00550

Expanded Number **CF-RAI-USAA-DPP-LIB-2007-00550**

External ID **CF-DRC-**

Title

UNICEF Zaire: Scanned in color. Part 2 of 2 contains tri-fold text/charts and sheets. Circa 1990

Date Created / From Date
12/1/2006 at 10:49 AM

Date Registered
12/1/2006 at 10:49 AM

Date Closed / To Date

Primary Contact **Thomas Milsom**

Owner Location **Information Management Unit DPP/SI**

Home Location **CF-RAF-USAA-DB01-2006-06798 (In Container)**

Current Location/Assignee **Information Management Unit DPP/SI since 1/24/2007 at 10:47 AM**

F12: Status Certain? **No**

Itm Nu01: Number of Pages **0**

F13: Record Copy? **No**

Itm Fd01: In, Out, Internal Rec or Rec Copy

Contained Records

Container **CF-RA-BX-USAA-DB01-2006-0695: UNICEF Publications received in the Information Management Unit, Category Z "Country R**

Date Published

Fd3: Doc Type - Format

Priority

Record Type **A01 DPP-LIB ITEM**

Document Details Record has no document attached.

Print Name of Person Submit Image

THOMAS MILSON

Signature of Person Submit

Number of images without cover

26



TLulua Tshilengué

UNE large fraction de la population des deux Kasai est constituée de familles pratiquant l'agriculture de subsistance. Ici, le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Aussi,



le tableau des indicateurs de santé est-il alarmant :

- les taux de mortalité pour les enfants de moins d'un an et de moins de cinq ans sont respectivement de 150 et 250 o/oo. C'est dire que 42.500 enfants de moins d'un an meurent chaque année et que 350.000 autres n'atteignent pas l'âge de cinq ans;

- plus de la moitié des enfants de moins de sept ans sont sous alimentés et plus de 5% d'entre eux souffrent de malnutrition grave. La plupart des femmes en âge de procréer sont anémées.

La mortalité maternelle est estimée, en moyenne, à 6 - 7 pour 1.000 enfants nés vivants.

La maladie du sommeil, un des fléaux de la région, connaît une forte recrudescence.

Une enquête récente a révélé que seulement 10% des ruraux de la région ont accès à l'eau potable et que moins de 8% des ménages ruraux disposent d'un système salubre d'évacuation des déchets humains.

L'infrastructure sanitaire est précaire. Sur 400 centres de santé nécessaires pour couvrir les besoins des deux Kasai, seulement 60 sont fonctionnels. Ainsi, à peine 15% de la population a accès à des services de



Financement recherché 2.577.000 \$^{US}

1.074.000 \$ US + 1.503.000 \$ US =

shilengué

ACTIVITÉS

Réhabilitation	BUDGET		
	1989	1990	Total
Réfectionner et équiper 55 centres de santé (35 en 1989 et 20 en 1990). ▶ OBJECTIF VISÉ: Porter la couverture sanitaire à 80% en réhabilitant progressivement 90 centres de santé au cours des prochaines années.	150.000	120.000	270.000

Information, communication, mobilisation sociale	BUDGET		
	1989	1990	Total
Renforcer les canaux d'information et de sensibilisation en équipant les structures existantes et en encadrant le personnel en place. ▶ OBJECTIF VISÉ: Toucher 80% de la population en 1990. Thèmes: TRO, vaccination, hygiène, eau potable, assainissement du milieu, santé de la mère et de l'enfant.	100.000	30.000	130.000

Médicaments essentiels et recouvrement des coûts	BUDGET		
	1989	1990	Total
Rendre autonomes 36 centres de santé (20 en 1989 et 16 en 1990). ▶ OBJECTIF VISÉ: Porter à 71 le nombre des centres de santé autonomes. Le dépôt pharmaceutique sous-régional et 35 centres de santé le sont déjà.	80.000	72.000	152.000

Vaccination	BUDGET		
	1989	1990	Total
Amener 36 nouveaux centres de santé à pratiquer la vaccination de masse. ▶ OBJECTIF VISÉ: Augmenter de 49% le taux de la population ayant un accès facile à la vaccination. Il faut donc le porter successivement, à 60% en 1989, puis à 79% en 1990.	72.000	80.000	152.000

Eau et assainissement	BUDGET		
	1989	1990	Total
Construire des latrines publiques et aménager des sources pour approvisionner en eau potable 71 localités de la sous-région. ▶ OBJECTIF VISÉ: Porter à 131 le nombre des localités équipées dans ce domaine.	100.000	120.000	220.000

Production alimentaire familiale	BUDGET		
	1989	1990	Total
Encadrer et équiper 12 groupements féminins. ▶ OBJECTIF VISÉ: Promouvoir le jardinage et le petit élevage.	60.000	60.000	120.000

Suivi et évaluation	BUDGET		
	1989	1990	Total
Mettre sur pied un système permettant d'évaluer régulièrement la situation de la mère et de l'enfant dans 36 centres de santé de la sous-région. ▶ OBJECTIF VISÉ: Rendre ce système opérationnel dans 20 centres en 1989 puis dans 16 autres en 1990.	20.000	10.000	30.000

Sauver 18.000 enfants

Le projet d'appui au développement intégré de quinze zones de santé aux Kasai⁽¹⁾ présente une caractéristique nouvelle: il n'est pas centré sur un secteur d'activité en particulier. En effet, il vise, à partir d'une action intégrée au niveau de la zone de santé, à combiner, plus judicieusement, une assistance dans le domaine de la santé et un effort accru dans les secteurs de l'eau potable et de la nutrition.

Les quinze zones de santé retenues font partie des sous-régions de Tshilengué (Kasai oriental) et de Lulua (Kasai occidental) et représentent une population de 2.250.000 habitants. Le niveau de couverture sanitaire dans ces deux sous-régions oscille entre 10 et 15%. C'est dire que plus de 1.900.000 habitants de ces zones n'ont aucune possibilité d'avoir accès aux premiers soins.

Le projet a l'avantage de s'intégrer dans une stratégie nationale caractérisée par un type d'organisation décentralisée (zone de santé) en mesure de répondre à deux exigences essentielles: permettre à l'UNICEF et aux donateurs potentiels de transférer leur assistance directement aux populations et engager celles-ci dans un processus de participation responsable et de contrôle de la gestion des ressources qui leur sont consacrées aussi bien dans le domaine de la santé que dans celui du développement.

La réalisation de ce projet, d'un coût de 2.577.000 \$ US, permettra de sauver 18.000 enfants de moins d'un an d'une mort certaine chaque année.

(1) - Un document-projet détaillé par zone de santé est disponible au sous-bureau UNICEF Kasai.

Totaux 582.000 492.000 1.074.000

➤➤➤ soins décentralisés et abordables. Grâce à un fonds supplémentaire belge, un vaste programme de réhabilitation des structures est en cours.

Le Kasai en chiffres

Population	7.000.000
Femmes en âge de procréer	1.470.000
Enfants de 0 - 1 an	350.000
Enfants de 0 - 5 ans	1.400.000
Enfants de 0 - 14 ans	3.400.000

ACTIVITÉS	BUDGET		
	1989	1990	Total
Réhabilitation			
Réfectionner et équiper 54 centres de santé (30 en 1989, 24 en 1990). ▶ OBJECTIF VISÉ: Porter la couverture sanitaire de 20 à 70% en 1991 en réhabilitant 108 centres de santé.	225.000	180.000	405.000
Recouvrement des coûts			
Rendre le dépôt pharmaceutique sous-régional fonctionnel et les 54 centres de santé réhabilités autonomes (30 en 1989, 24 en 1990).	120.000	108.000	228.000
Information, communication, mobilisation sociale			
Appuyer tous les organes et moyens modernes et traditionnels de communication (radio, télévision, journaux, affiches, théâtre, contes, etc.) capables de mobiliser les populations autour de thèmes tels que la TRO, la vaccination, l'hygiène, la nutrition, l'eau potable, etc. ▶ OBJECTIF VISÉ: Toucher 60% de la population en 1989, puis 80% en 1990.	150.000	100.000	250.000
Vaccination			
Renforcer la chaîne de froid et fournir aux centres de santé les stocks de vaccin, le matériel d'innoculation (seringues, aiguilles, stérilisateur, etc.) et de transport (vélos et motos) nécessaire. ▶ OBJECTIF VISÉ: Vacciner 50% de la population cible en 1989 et 70% en 1990.	100.000	110.000	210.000
Eau et assainissement			
Doter les 54 centres de santé rendus opérationnels de réservoirs de stockage d'eau de pluie et de 110 latrines • Desservir 180 localités en eau potable.	95.000	90.000	185.000
Production alimentaire familiale			
Contribuer à l'amélioration de la production vivrière de 18 groupements féminins • Encadrer 90 cellules familiales de production.	90.000	90.000	180.000
Suivi et évaluation permanente			
Installer un système permanent de collecte de données sur la situation des mères et des enfants. ▶ OBJECTIF VISÉ: Rendre les services de base capables d'estimer, eux-mêmes, régulièrement, l'impact de leurs activités.	30.000	15.000	45.000
Totaux	810.000	693.000	1.503.000



Lubumbashi

AVEC ses 800.000 habitants, la ville de Lubumbashi, chef-lieu de la région du Shaba⁽¹⁾ et deuxième ville du Zaïre, est un centre économique important qui abrite une série d'entreprises liées à l'industrie minière: fonderie, ateliers de ferronnerie, entreprises de transport et de maintenance, etc.



Elles sous-traitent pour la Gécamines, importante société d'Etat, qui emploie environ 40.000 travailleurs et réalise un chiffre d'affaires de plus d'un milliard de dollars par an.

La Gécamines et ses satellites comptent dans leurs activités un important volet social en faveur de leurs employés et des familles de ceux-ci (10% de la population). A l'inverse, l'intervention des services étatiques régionaux est très peu marquée en matière de santé, d'éducation, etc.

La concentration d'environ 25% de l'ensemble de l'industrie zaïroise au Shaba porte l'opinion à considérer cette région comme privilégiée. En fait, il n'en est rien. Mais la majorité de la population ne reçoit pas l'assistance qu'elle attend des autorités en matière de santé et d'éducation des enfants notamment. Les coûts prohibitifs et l'éloignement des centres de santé et des écoles expliquent, en partie, cette situation.

Le maïs constitue l'aliment de base pour les familles défavorisées des cités. Le prix élevé de la viande limite l'accès aux protéines animales. Les aliments de sevrage sont rares et chers; les nourrissons passent sans transition de l'allaitement maternel au régime des adultes. A première vue, la plupart des enfants des quar-



Financement recherché 995.000 \$_{US}

OBJECTIFS FIXÉS

Réhabilitation et équipement	BUDGET		
	1989	1990	Total
<p>Améliorer la couverture sanitaire de la population en la portant de 50 à 90% par la réhabilitation des centres de santé existants: 40 à réfectionner et 50 à équiper.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1989: 50% de couverture sanitaire + 18 centres réfectionnés + 20 centres équipés = 70% de couverture sanitaire. ▶ 1990: 70% de couverture sanitaire + 22 centres réfectionnés + 30 centres équipés = 90% de couverture sanitaire. 	45.000	75.000	120.000
Information, communication, mobilisation sociale	BUDGET		
	1989	1990	Total
<p>Accroître l'utilisation effective des services de santé offerts à la population par l'intensification de l'information et de l'éducation pour la santé. Elle est actuellement de 50%. L'objectif est de la porter à 90%.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Porter l'utilisation effective de ces services à 70% en 1989, puis à 90% en 1990. 	60.000	50.000	110.000
Consultations prénatales	BUDGET		
	1989	1990	Total
<p>Renforcer l'équipement et recycler le personnel de 80 centres de consultation prénatale afin d'assurer le suivi réel de 90% des femmes enceintes en 1990.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1989: 35 centres renforcés + 35 infirmiers recyclés = 70% des femmes enceintes réellement suivies. ▶ 1990: 45 centres renforcés + 45 infirmiers recyclés = 90% des femmes enceintes réellement suivies. 	70.000	60.000	130.000
Vaccination et consultations préscolaires	BUDGET		
	1989	1990	Total
<p>Augmenter sensiblement le pourcentage des enfants de 0 à 5 ans conduits aux consultations préscolaires en le portant de 50 à 90% et assurer 90% de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an en recyclant le personnel et en renforçant la chaîne de froid et la supervision.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1989: Toucher 70% des enfants de 0 à 5 ans et assurer la couverture vaccinale de 70% des enfants de moins d'un an. ▶ 1990: Toucher 90% des enfants de 0 à 5 ans et assurer la couverture vaccinale de 90% des enfants de moins d'un an. 	70.000	60.000	130.000
Gestion de la santé et des médicaments essentiels	BUDGET		
	1989	1990	Total
<p>Fournir les médicaments essentiels aux quatre zones de santé faisant l'objet de la présente demande de financement pour leur permettre de faire face aux endémies, de constituer un fonds de roulement et d'assurer l'autofinancement de leurs activités avec un taux de recouvrement de 75%.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Rendre opérationnelles 4 pharmacies de zones. 	180.000	110.000	290.000
Eau et assainissement	BUDGET		
	1989	1990	Total
<p>Approvisionner en eau potable 100.000 habitants de la ville de Lubumbashi et contribuer à l'assainissement du milieu par l'installation de 50 bornes-fontaines, la fourniture de 10 laboratoires portatifs (pour l'analyse de l'eau) et la construction de 50 latrines publiques.</p>	100.000	65.000	165.000
Suivi et évaluation permanente	BUDGET		
	1989	1990	Total
<p>Fournir des suppléments alimentaires à 20% des femmes enceintes et à 500 enfants en récupération nutritionnelle dans les services de pédiatrie de la ville.</p>	20.000	30.000	50.000
Totaux	545.000	450.000	995.000

>>> tiers périphériques sont plutôt petits pour leur âge.

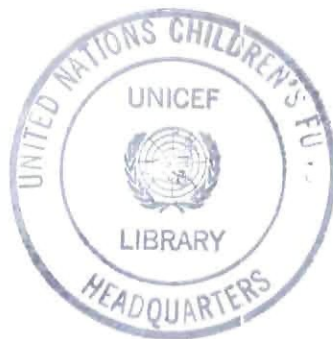
Dans le contexte d'un milieu familial défavorisé et d'un environnement insalubre, les jeunes n'ont que très peu de chances d'être suffisamment stimulés et encadrés pour aborder les études et, plus tard, la vie active avec quelque chance de succès.

Les actions envisagées concernent la population de la ville de Lubumbashi et, plus particulièrement, 33.525 enfants de moins d'un an et 145.760 de moins de cinq ans. La ville est subdivisée en cinq zones de santé: Ruashi, Katuba, Kenia-Kamalondo, Kampemba et Lubumbashi.

(1) - Le Shaba, situé au sud-est du Zaïre, comprend quatre sous-régions et trois villes (Lubumbashi, Likasi et Kolwési).

Le Shaba en chiffres

Population	4.500.000
Enfants de moins d'un an	180.000
Enfants de moins de 5 ans	855.000
Femmes en âge de procréer	945.000
Jeunes de moins de 15 ans	2.100.000
Superficie en km ²	496.699
Densité	9 hab/km ²



Kinshasa

EN moins de trente ans, Kinshasa, la capitale du Zaïre, a vu sa population se multiplier par huit, passant de 400.000 habitants, en 1960, à plus de 3 millions aujourd'hui. Cela s'explique, en partie, par un mouvement migratoire permanent, processus qui voit le paysan – mais aussi le citadin

de l'intérieur – progresser, par étapes, vers les villes, puis vers la grande métropole.

La capitale, devenue le centre du pays, ne dispose pas des infrastructures nécessaires pour accueillir «décemment» tout ce monde. Les logements sociaux n'existent pas, l'emploi est rare. Alors, on s'installe où l'on peut. Dans la périphérie, surtout. C'est dans ce contexte que sont nés Kimbanséké (344.246 habitants), Kisenso (140.230) et Selembao (127.106).

Dans ces quartiers surpeuplés, (plus de 600.000 habitants) où les «maisons» sont construites sans aucune norme cadastrale ou esthétique, les conditions de vie des populations sont des plus précaires. Chômage, manque d'eau potable, quasi-absence d'installations sanitaires, promiscuité, malnutrition permanente, inaccessibilité à certains moyens de communication, etc., sont choses courantes.

Les hommes se rendent chaque jour au centre-ville à la recherche d'un éventuel emploi et les femmes se «débrouillent» pour «nourrir» la famille. Elles exploitent de petits lopins de terre, situés parfois à plus de 30 kilomètres, qu'elles parcourent à pied avec, à l'aller comme au retour, >>>



Financement recherché 1.125.000 \$_{US}

ACTIVITÉS

Réhabilitation et équipement	BUDGET	
	1989	1990
Réfectionner et équiper 30 centres de santé dans les zones de Kimbanseke, Kisenso et Selemba. ▶ OBJECTIF VISÉ: Réhabiliter 12 centres en 1989 et 18 autres en 1990	90.000	160.000
Information, communication, mobilisation sociale	BUDGET	
	1989	1990
Former des noyaux de mobilisateurs parmi les agents de santé, les enseignants, les membres des associations religieuses et culturelles, etc. ● Renforcer les canaux modernes et traditionnels d'information et de sensibilisation (radio, télévision, théâtre populaire, etc.) ● Fournir aux centres de santé des instruments modernes de communication (équipement audiovisuel). ▶ OBJECTIF VISÉ: Atteindre 60% de la population concernée en 1989, puis 90% en 1990.	100.000	200.000
Consultations prénatales	BUDGET	
	1989	1990
Equiper les maternités et amener les femmes enceintes à se rendre régulièrement aux consultations. ▶ OBJECTIF VISÉ: Toucher 60% des futures mamans en 1989, puis 90% en 1990.	25.000	40.000
Vaccination et consultations préscolaires	BUDGET	
	1989	1990
Rendre fonctionnelle la chaîne de froid ● Fournir aux centres de santé l'équipement adéquat. ▶ OBJECTIF VISÉ: Porter la couverture vaccinale de 50% à 75% en 1989, puis à 95% en 1990.	40.000	60.000
Gestion des médicaments essentiels	BUDGET	
	1989	1990
Pourvoir en médicaments nécessaires tous les centres de santé réfectionnés ● Assurer une formation en gestion au personnel en poste dans ces centres. ▶ OBJECTIF VISÉ: Approvisionner 60% des centres de santé en 1989, puis 90% en 1990.	50.000	50.000
Eau potable et assainissement	BUDGET	
	1989	1990
Construire 200 latrines publiques (dans les écoles, les marchés et les centres de santé) et installer 90 bornes-fontaines. ▶ OBJECTIF VISÉ: Approvisionner 200.000 habitants en eau potable en 1990.	100.000	100.000
Autosuffisance alimentaire	BUDGET	
	1989	1990
Améliorer la situation nutritionnelle des mères et des enfants. ▶ OBJECTIF VISÉ: Donner une éducation sanitaire et nutritionnelle aux femmes; en former 250 en jardinage, les équiper en outils aratoires simples et leur fournir des semences.	25.000	25.000
Suivi et évaluation permanente	BUDGET	
	1989	1990
Donner une formation en statistiques et des moyens de locomotion au personnel en poste dans les centres de santé ● Accroître l'utilisation de la courbe de croissance. ▶ OBJECTIF VISÉ: Mettre sur pied un système permettant d'évaluer régulièrement les actions entreprises au niveau du couple mère-enfant.	30.000	30.000

Totaux

460.000 665.000 1.

QUAND LE SIDA S'EN MÊLE...

Selon des études récentes (1985 et 1988), la prévalence sérologique du HIV dans les différents groupes de la population de Kinshasa se situerait entre 4 et 8%. Les recherches en cours devraient permettre de préciser le pourcentage de la prévalence et de l'incidence du SIDA dans chaque zone de la ville.

>>> une charge sur la tête et au dos. D'autres tiennent de petits commerces de détail. Les plus «nanties» ouvrent des «restaurants populaires» ou des «buvettes» à ciel ouvert qui, la nuit tombée, deviennent des guinguettes très animées...

Bref répit! Au petit matin, la vie reprend ses droits. Avec ses problèmes...

L'enjeu, ici, c'est l'avenir même du pays. Aussi, les pouvoirs publics sont-ils interpellés. Leur intervention, rapide et efficace, pourrait aider à

Population	± 3.500.000
Zones concernées	
Population	611.582
Zones de Kimbanséké	344.246
Zones Kisenso	140.230
Zones Selembao	127.106
Enfants de moins d'un an	26.220
Enfants de moins de 5 ans	114.000
Femmes en âge de procréer	126.600

corriger une situation bien préoccupante. Cette intervention, qui devrait bénéficier de l'appui d'organismes internationaux tels que l'UNICEF, pourrait, dans un premier temps, prendre la forme d'une grande campagne de mobilisation sur **l'assainissement du milieu.**

Dans ce cadre, les objectifs concrets à atteindre, dans l'immédiat, seraient la construction de 200 latrines sur les lieux publics, l'installation de bornes-fontaines et la vaccination, à grande échelle, des enfants.



Bas-Fleuve

LE Bas-Fleuve (1,9 million d'habitants), sous-région du Bas-Zaïre, a été fortement touché par la sécheresse qui s'est abattue dans la région en 1978. Cette calamité naturelle, qui a coïncidé avec l'afflux de milliers de réfugiés cabindais chassés par la guerre civile qui se déroulait en Angola, a

provoqué une famine dont les effets se font encore sentir aujourd'hui.

Une enquête réalisée en 1983 dans la zone de santé rurale de Kuimba a révélé des taux de malnutrition de près de 50% parmi les enfants de six mois à cinq ans. D'une manière générale, cette malnutrition est liée à plusieurs facteurs dont les principaux sont: la pénurie généralisée des produits vivriers de première nécessité tels que le maïs, le riz et le manioc; l'insuffisance des intrants agricoles; la faiblesse des revenus; le manque de structures de conservation des aliments; l'ignorance et les tabous en matière de nutrition; la dimension des familles, etc.

De plus, le manque de médicaments, l'état vétuste des bâtiments et des équipements hospitaliers rendent inutilisables de nombreuses infrastructures médicales. La rareté des moyens de transport et le coût élevé du carburant ne favorisent ni les campagnes de vaccination, ni le dépistage systématique des maladies; aussi, on note une nette recrudescence de la rougeole, du paludisme, de la tuberculose, de la poliomyélite, de la bilharziose, de la trypanosomiase, etc.

L'approvisionnement en eau potable pose également d'énormes problèmes. Plus de 2.807 villages



Financement recherché 1.581.000 \$_{US}

OBJECTIFS FIXÉS	BUDGET		
	1989	1990	Total
Réhabilitation et équipement Réfectionner et équiper 57 centres de santé (30 en 1989 et 27 en 1990). ► Porter le nombre de centres fonctionnels de 38 à 95.	110.000	90.000	200.000
Communication, information, mobilisation sociale Organiser des journées-débat – d'abord au niveau du personnel de la santé, puis des villages – sur l'état sanitaire de la population en mettant l'accent sur la mère et l'enfant • Participer à la réalisation d'émissions radiophoniques et d'affiches sur la santé • Apporter l'assistance requise aux missions d'identification de 60 persuadeurs de village. ► Atteindre 80% de la population.	121.000	208.000	329.000
Consultations prénatales. Renforcer l'équipement des centres de consultations prénatales et amener les futures mamans à les fréquenter régulièrement. ► Suivre normalement 60% des femmes enceintes en 1989 et 85% en 1990.	51.000	70.000	121.000
Organisation de la vaccination Améliorer sensiblement la couverture vaccinale en renforçant la chaîne de froid et en fournissant aux centres de santé les stocks de vaccin, le matériel d'innoculation (seringues, aiguilles, stérilisateurs, etc.) et de transport (vélos et motos) nécessaire • Distribuer 150.000 fiches de consultation/surveillance de croissance en 1989 et 300.000 en 1990. ► Porter la couverture vaccinale de 42% à 60% en 1989, puis à 80% en 1990.	67.000	84.000	151.000
Gestion des médicaments essentiels Alimenter le dépôt pharmaceutique sous-régional de Lukula en médicaments en vue de faciliter l'approvisionnement régulier des zones et centres de santé • Assurer la formation en gestion des responsables de dépôts (70 personnes).	107.000	72.500	179.500
Eau potable et assainissement Assurer l'approvisionnement en eau potable de 350.000 habitants • Former 35 puisatiers • Construire 50 latrines publiques • Contribuer à l'amélioration de l'habitat. ► Desservir 45% de la population en 1989, puis 60% en 1990. Seulement 23% des habitants des zones concernées sont actuellement approvisionnés en eau potable.	110.000	146.800	256.800
Nutrition Encourager la production et la consommation du haricot blanc et du dolique, dont les graines sont riches en protéines, en vue de réduire sensiblement le taux de malnutrition. ► Produire 2,4 tonnes de haricot blanc et 2 tonnes de dolique en 1989, puis 5 et 4 tonnes en 1990. Le rendement moyen du haricot blanc est de 60 kg/ha, celui du dolique de 500 kg/ha.	25.000	50.500	75.500
Suivi et évaluation Installer un système permanent de collecte de données sur la situation des mères et des enfants. ► Former 185 agents (85 en 1989, 100 en 1990) et les équiper en moyens de transport. Le système mis en place devra permettre l'évaluation de la situation des mères et des enfants de façon continue.	99.200	169.000	268.200
Totaux	690.200	890.800	1.581.000

>>> recensés dans les trois zones administratives ⁽¹⁾ qui font l'objet de la présente demande de financement ont un pressant besoin d'eau potable. Les anciens aménagements d'hydraulique rurale (pompes et adductions gravitaires), réalisés avant l'indépendance par le Fonds du bien-être indigène, sont pratiquement tous en panne; et, faute de pièces de rechange, ne peuvent être réparés. La population est donc obligée de se contenter de l'eau, souvent boueuse et polluée, de certains puits; ce qui explique les nombreux cas de maladies d'origine hydrique enregistrés chez les jeunes enfants.

(1) Tshéla, Lukula et Séké-Banga. 556.920 habitants, dont 22.300 enfants de moins d'un an et 105.800 de moins de cinq ans.

Le Bas-Zaïre en chiffres

Population	1.900.000
Sous-région du Bas-Fleuve	
Population	556.000
Enfants de 0 à 1 an	22.300
Enfants de 0 à 5 ans	105.800



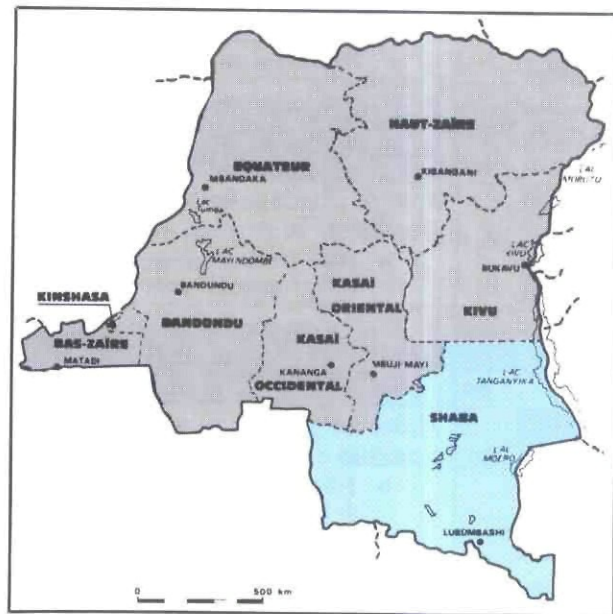
Haut-Lomami

SITUÉE dans la partie centrale du Shaba,⁽¹⁾ la sous-région du Haut-Lomami (420.000 habitants dont 18.210 enfants de moins d'un an et 79.170 de moins de cinq ans) est constamment menacée par des maladies endémiques meurtrières: choléra, schistosomiase,

tuberculose et paludisme. Les zones de santé de Kinkondja, Bukama, Malemba-Nkulu et Mulonga, toutes riveraines du fleuve Zaïre, sont les plus touchées. Il s'y ajoute l'épineux problème de l'approvisionnement en eau potable dont la solution permettrait de réduire sensiblement l'incidence des maladies d'origine hydrique.

Les infrastructures sanitaires de base sont peu développées et les rares services de protection maternelle et infantile, ouverts grâce à l'appui de l'UNICEF, sont sous-équipés et généralement mal gérés. Conséquence: les taux de couverture vaccinale et sanitaire sont encore très faibles. Aussi, il faut:

- ▶ accroître et le nombre d'enfants conduits aux consultations préscolaires et le taux de couverture vaccinale pour les maladies évitables par vaccination (tuberculose, rougeole, diphtérie, tétanos, coqueluche...);
- ▶ fournir les médicaments essentiels aux quatre zones de santé faisant l'objet de la présente demande de financement pour leur permettre de mieux combattre les endémies et de constituer un fonds de roulement;
- ▶ assurer l'approvisionnement en eau potable des populations des quatre zones concernées par la participa-



Financement recherché **995.000 \$** US

OBJECTIFS FIXÉS

Réhabilitation et équipement	BUDGET		
	1989	1990	Total
<p>Améliorer la couverture sanitaire de la population en la portant de 18 à 60% par la réhabilitation des centres de santé existants: 32 à réfectionner et 40 à équiper.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1989: 18% de couverture sanitaire + 14 centres réfectionnés + 18 centres équipés = 40% de couverture sanitaire ▶ 1990: 40% de couverture sanitaire + 18 centres réfectionnés + 22 centres équipés = 60% de couverture sanitaire 	66.000	81.000	147.000
Information, communication, mobilisation sociale	BUDGET		
	1989	1990	Total
<p>Accroître l'utilisation effective des services de santé offerts à la population. Elle est actuellement de 20%. L'objectif est de la porter à 70% en recourant aux structures d'éducation, d'information, d'animation, et à la mobilisation sociale.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Porter l'utilisation effective de ces services à 40% en 1989, puis à 70% en 1990. 	35.000	25.000	60.000
Consultations prénatales	BUDGET		
	1989	1990	Total
<p>Réhabiliter ou renforcer 55 centres de consultation prénatale en les équipant et en recyclant leur personnel (110 personnes) afin qu'ils soient en mesure d'assurer le suivi de 70% des femmes enceintes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1989: 25 centres équipés + 40 infirmiers recyclés = 40% des femmes enceintes normalement suivies. ▶ 1990: 30 centres équipés + 70 infirmiers recyclés = 70% des femmes enceintes normalement suivies. 	12.000	8.000	20.000
Vaccination et consultations préscolaires	BUDGET		
	1989	1990	Total
<p>Augmenter sensiblement le pourcentage des enfants de 0 à 5 ans conduits régulièrement aux consultations préscolaires en le portant de 25 à 60% et assurer 75% de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an en recyclant le personnel et en renforçant la chaîne de froid et la supervision.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1989: Toucher 35% des enfants de 0 à 5 ans et assurer la couverture vaccinale de 40% des enfants de moins d'un an. ▶ 1990: Toucher 60% des enfants de 0 à 5 ans et assurer la couverture vaccinale de 75% des enfants de moins d'un an. 	40.000	30.000	70.000
Gestion de la santé et des médicaments essentiels	BUDGET		
	1989	1990	Total
<p>Fournir les médicaments essentiels aux quatre zones de santé faisant l'objet de la présente demande de financement pour leur permettre de faire face aux endémies, de constituer un fonds de roulement et d'assurer l'autofinancement de leurs activités avec un taux de recouvrement de 75%.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1989 et 1990: Rendre fonctionnelles 4 pharmacies centrales de zones et distribuer 500.000 sachets de RVO à raison de 250.000 par an. 	145.000	100.000	245.000
Eau et assainissement	BUDGET		
	1989	1990	Total
<p>Appuyer l'étude de faisabilité de l'avant-projet d'approvisionnement en eau potable du Haut-Lomani et améliorer les ouvrages existants.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1989: Terminer l'étude de faisabilité en cours et équiper les zones concernées de 20 laboratoires portatifs. ▶ 1990: Fournir 150 pompes à main à installer dans les villages qui en ont le plus besoin. 	250.000	135.000	385.000
Suivi et évaluation permanente	BUDGET		
	1989	1990	Total
<p>Mettre sur pied un système permanent de collecte de données sur la situation des enfants qui, à terme, permettra d'évaluer l'impact des actions entreprises.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1989: Donner une formation de base en statistiques à 110 infirmiers et équiper 55 centres de santé en matériel de base pour la collecte des données. ▶ 1990: Rendre opérationnel le système de collecte. 	40.000	28.000	68.000
Totaux	588.000	407.000	995.000

>>> tion au financement des ouvrages prévus à Kinkondja et par la fourniture de pompes à main et de laboratoires portatifs pour l'analyse de l'eau;

► mettre sur pied un système permanent de collecte de données sur la situation des enfants dans les zones de santé qui, à terme, permettra d'évaluer l'impact des actions entreprises.

(1) - Le Shaba, situé au sud-est du Zaïre, comprend quatre sous-régions et trois villes (Lubumbashi, Likasi et Kolwési).

Le Shaba en chiffres

Population	4.500.000
Enfants de moins d'un an	180.000
Enfants de moins de 5 ans	855.000
Femmes en âge de procréer	945.000
Jeunes de moins de 15 ans	2.100.000
Superficie en km ²	496.699
Densité	9 hab/km ²



Mongala

LA sous-région de la Mongala (Equateur) compte quatre zones de santé: Binga, Bumba, Lisala et Yambuku. Sa population est de 826.838 habitants dont 33.074 enfants de moins d'un an, 157.060 de moins de cinq ans et 173.635 femmes en âge de procréer.

Ici, les infrastructures sanitaires de

base, peu développées, sont sous-équipées. Toute action visant à améliorer la situation sanitaire des populations requiert donc leur renforcement et un équipement adéquat. Les zones de santé de Lisala et Yambuku, les moins bien loties, ne comptent que douze centres de santé fonctionnels pour une population de 295.000 âmes, soit une moyenne de 25.000 habitants par centre de santé.

En dehors des grandes endémies propres à la zone équatoriale humide, les troubles dus aux carences en iode (TDCI) sont, de loin, les pathologies les plus répandues. Leur prévalence varie de 20 à 50%.

L'éradication de ces troubles exige la conjugaison de plusieurs moyens: formation, information, apport d'huile et de solution iodées, une couverture sanitaire plus étendue et une agriculture diversifiée.

Les autorités du pays, en collaboration avec les organismes spécialisés de l'ONU et avec l'appui de certains pays donateurs, ont élaboré un plan d'action national dans ce sens.

La présente demande de financement ne concerne que le projet d'appui à la lutte contre le goitre dans la sous-région de la Mongala et, plus particulièrement, dans les zones de santé de Yambuku et de Lisala. Initié par l'UNICEF Zaïre, ce projet est prévu sur deux ans (1989 et 1990).



Financement recherché 1.403.000 \$_{US}

OBJECTIFS FIXÉS	BUDGET		
	1989	1990	Total
Réhabilitation et équipement Réfectionner et équiper les 48 centres de santé existants. ▶ 1989: 22 centres réfectionnés + 22 centres équipés = 60% de couverture sanitaire. ▶ 1990: 26 centres réfectionnés + 26 centres équipés = 90% de couverture sanitaire.	77.000	91.000	168.000
Gestion de la santé et des médicaments essentiels Fournir à tous ces centres l'huile iodée nécessaire au traitement des troubles dus aux carences en iode (TDCI) et le matériel adéquat pour son administration. ▶ Toucher 60% de la population cible en 1989, puis 90% en 1990. Constituer un stock de médicaments essentiels permettant d'approvisionner régulièrement les pharmacies de zone. ▶ Assurer l'autofinancement progressif de 10 centres de santé en 1989 et de 20 en 1990.	50.000	70.000	120.000
Soutenir la recherche sur les TDCI	60.000	90.000	150.000
Organisation de la vaccination Organiser des campagnes de mobilisation sociale et de sensibilisation afin d'amener les populations à se rendre massivement aux différentes séances de vaccination et les mères à se familiariser avec les techniques de réhydratation par voie orale et de surveillance de la croissance des enfants. ▶ Sauver d'une mort certaine 40%, puis 70%, des enfants de 0 à 1 an en 1989 et en 1990.	10.000	15.000	25.000
Consultations prénatales Renforcer l'équipement de 30 centres de consultations prénatales et recycler leur personnel afin d'assurer le suivi de 90% des femmes enceintes. ▶ 1989: 10 centres de consultation prénatale équipés = suivi normal de 60% des femmes enceintes. ▶ 1990: 20 centres de consultation prénatale équipés = suivi normal de 90% des femmes enceintes.	60.000	50.000	110.000
Consultations préscolaires Accroître le pourcentage d'enfants conduits aux consultations préscolaires et introduire l'approche «l'ENFANT pour l'enfant» dans les écoles primaires. ▶ Porter le taux des enfants bénéficiant des consultations préscolaires de 38% à 45% en 1989 puis à 70% en 1990.	50.000	100.000	150.000
Eau et assainissement Approvisionner 150.000 familles en eau potable par l'aménagement de sources et contribuer à l'assainissement du milieu en dotant les centres de santé et les écoles de 60 latrines à raison de 30 par an.	120.000	130.000	250.000
Communication, information et mobilisation sociale Réaliser des campagnes d'information sur les causes des TDCI et apprendre aux populations à améliorer leur alimentation. ▶ Atteindre 60% des familles en 1989, puis 90% en 1990.	150.000	180.000	330.000
Suivi et évaluation permanente. Mettre sur pied un système permanent de collecte de données sur la situation des mères et des enfants et sur l'évolution des TDCI qui, à terme, permettra d'évaluer l'impact des actions entreprises. ▶ Donner une formation de base en statistiques à 48 infirmiers et équiper les 48 centres de santé concernés en matériel de base pour la collecte et le traitement des données.	20.000	30.000	50.000
	20.000	30.000	50.000
Totaux	617.000	786.000	1.403.000





SBW S B W unyakiri Shabunda Walungu

LE Sud-Kivu (chef-lieu Bukavu) est l'une des trois régions orientales du Zaïre. Son climat est tempéré au nord et tropical au sud. La région est limitée



en partie par deux grands lacs (le Kivu, au nord et le Tanganika, au sud) et s'étend sur 65.130 km² où vivent 1.801.114 habitants. Cette forte densité (29 hab/km²) est un facteur négatif qui se fait ressentir dans les besoins importants en production alimentaire, en infrastructures sanitaires et scolaires, en approvisionnement en eau potable, etc. D'où l'énorme charge économique et sociale qui pèse sur les neuf zones de santé soutenues par l'UNICEF⁽¹⁾. La région en compte quatorze.

Le but de la présente demande de financement est d'apporter un soutien accru, durant les deux prochaines années (1989 et 1990), aux trois zones de santé où la malnutrition et les maladies qui déciment les enfants se font le plus sentir.

Les principaux bénéficiaires de l'assistance requise sont les enfants de moins de cinq ans et les femmes en âge de procréer des zones de santé de Bunyakiri (243.453 habitants), de Shabunda (205.326 habitants) et de Walungu (317.000 habitants).

Pour atteindre cet objectif, il faut, outre une meilleure gestion de la santé et des médicaments essentiels, réhabiliter et équiper les 57 centres de santé et les 20 maternités existants, organiser des campagnes de vaccination et de



Financement recherché

620.000 \$ US + 300.000 \$ US + 330.000 \$ US =

1.250.000 \$ US

Walungu

ACTIVITÉS	BUDGET		
	1989	1990	Total
Gestion de la santé et des médicaments essentiels Porter le nombre des comités de santé/développement fonctionnels de 27 à 32 • Fournir des lots de médicaments à tous ces centres à raison de 16 par an • Former 32 infirmiers en gestion des médicaments essentiels et recouvrement des coûts	40.000	20.000	60.000
Réhabilitation et équipement Réfectionner les 27 centres de santé existants • Construire 5 nouveaux centres et une maison d'hébergement des femmes enceintes • Equiper chaque centre en matériel médical et de laboratoire • Fournir un groupe électrogène de 25 KVA à l'hôpital général de référence • Recycler 32 infirmiers en soins de santé primaires et en nutrition. ► OBJECTIF VISÉ PAR LES POINTS 1 ET 2: Porter la couverture sanitaire de la population de 40 à 75%	200.000	100.000	300.000
Organisation de la vaccination Fournir des réfrigérateurs aux 5 centres de santé de référence; une boîte isotherme et une bicyclette (pour le transport des vaccins et les visites à domicile) à chacun des 32 centres de santé de la zone. ► OBJECTIF VISÉ: Augmenter la couverture vaccinale de 25% en la portant de 50 à 75%	20.000	30.000	50.000
Consultations prénatales et préscolaires Fournir 600.000 fiches de consultation/surveillance de croissance et des balances pour la pesée des bébés aux 32 centres de santé de la zone. Former 32 infirmiers superviseurs • Equiper 10 maternités en matériel obstétrique et gynécologique ► OBJECTIFS VISÉS: Ramener le taux de mortalité infantile de 150 - 300 o/oo à 80 - 100 o/oo et porter celui de survie et développement des enfants de 0 à 5 ans de 40 à 75%	30.000	20.000	50.000
Eau potable et assainissement Desservir 13.800 familles en eau potable en aménageant 460 sources à raison de 230 par an • Organiser des campagnes d'éducation sanitaire. ► OBJECTIF VISÉ: Réduire le taux des maladies d'origine hydrique affectant les enfants de 0 à 5 ans en le portant de 5 - 8 épisodes de diarrhée par an à 2 - 5 épisodes.	30.000	40.000	70.000
Suivi et évaluation permanente Donner une formation de base en statistiques aux infirmiers exerçant dans les 32 centres de santé de la zone et les équiper en matériel de bureau permettant la reproduction des documents statistiques • Elaborer les outils de suivi et évaluation. ► OBJECTIF VISÉ: Rendre les services de base capables d'estimer, eux-mêmes, l'impact de leurs activités sur 75% des enfants de 0 à 5 ans.	10.000	20.000	30.000
Communication, information et mobilisation sociale Equiper les 32 centres de santé de la zone en moyens de communication (mégaphones, téléviseurs, imprimés, bicyclettes, etc.); assurer la formation du personnel en conséquence. ► OBJECTIF VISÉ: Mieux renseigner les mères sur les causes des maladies.	30.000	30.000	60.000
Totaux	360.000	260.000	620.000

Bunyakiri

ACTIVITÉS	BUDGET		
	1989	1990	Total
Gestion de la santé et des médicaments essentiels Porter le nombre des comités de santé/développement de 7 à 15 • Fournir des lots de médicaments essentiels à tous ces centres à raison de 8 en 1989 et 7 en 1990 • Former 15 infirmiers en gestion des médicaments essentiels et recouvrement des coûts.	35.000	15.000	50.000
Réhabilitation et équipement Réfectionner les 7 centres existants • Construire 8 nouveaux centres • Equiper chacun de ces centres en matériel médical et de laboratoire • Recycler 15 infirmiers en soins de santé primaires et en nutrition. ► OBJECTIF VISÉ PAR LES POINTS 1 ET 2: Porter la couverture sanitaire de la population de 35 à 75%.	40.000	30.000	70.000
Organisation de la vaccination Fournir des réfrigérateurs aux 5 centres de santé de référence; une boîte isotherme et une bicyclette (pour le transport des vaccins et les visites à domicile) à chacun des 15 centres de santé de la zone. ► OBJECTIF VISÉ: Porter la couverture vaccinale de 35 à 75% en 1990.	15.000	15.000	30.000
Consultations prénatales et préscolaires Fournir 300.000 fiches de consultation/surveillance de croissance et des balances pour la pesée des bébés aux 15 centres de santé de la zone • Former 15 infirmiers superviseurs • Equiper 5 maternités en matériel obstétrique et gynécologique. ► OBJECTIFS VISÉS: Ramener le taux de mortalité infantile de 150 - 300 o/oo à 100 - 150 o/oo et porter celui de survie et développement des enfants de 0 à 5 ans de 35 à 75%.	25.000	15.000	40.000
Eau potable et assainissement Desservir 30.000 habitants en eau potable par l'adduction de 2 sources • Organiser des campagnes d'éducation sanitaire. ► OBJECTIF VISÉ: Réduire le taux des maladies d'origine hydrique affectant les enfants de 0 à 5 ans en le portant de 5 - 8 épisodes de diarrhée par an à 2 - 5 épisodes.	30.000	10.000	40.000
Suivi et évaluation permanente Donner une formation de base en statistiques aux infirmiers exerçant dans les 15 centres de santé de la zone et les équiper en matériel de bureau permettant la reproduction des documents statistiques • Elaborer les outils de suivi et évaluation. ► OBJECTIF VISÉ: Rendre les services de base capables d'estimer, eux-mêmes, l'impact de leurs activités sur 75% des enfants de 0 à 5 ans.	15.000	5.000	20.000
Communication, information et mobilisation sociale Equiper les 15 centres de santé de la zone en moyens de communication (mégaphones, téléviseurs, bicyclettes, imprimés, etc.); assurer la formation du personnel en conséquence. ► OBJECTIF VISÉ: Mieux renseigner les mères sur les causes des maladies.	25.000	25.000	50.000
Totaux	185.000	115.000	300.000

SUI

Shabunda

Zone de santé de Walungu	
Population	317.000
Enfants de 0 à 1 an	13.852
Enfants de 0 à 5 ans	60.230
Femmes en âge de procréer	66.570
Superficie	1.800 km ²
Densité	176 hab/km ²
Centres de santé	27

Zone de santé de Bunyakiri	
Population	243.453
Enfants de 0 à 1 an	10.638
Enfants de 0 à 5 ans	46.256
Femmes en âge de procréer	51.368
Densité	43 hab/km ²
Centres de santé	7

Zone de santé de Shabunda	
Population	205.326
Enfants de 0 à 1 an	8.973
Enfants de 0 à 5 ans	39.012
Femmes en âge de procréer	43.323
Superficie	25.216 hab/km ²
Densité	8 hab/km ²
Centres de santé	5

consultations prénatales et préscolaires et de mobilisation sociale.

La réalisation de ces activités nécessite une prévision budgétaire de 1.250.000 dollars des Etats-Unis d'Amérique.

(1) - Bunyakiri, Idjwi, Katana, Kabare, Walungu, Nyangezi, Shabunda, Fizi et Bukavu. Shabunda, totalement enclavée, n'est accessible que par voie aérienne.

ACTIVITÉS	BUDGET		
	1989	1990	Total
Gestion de la santé et des médicaments essentiels Porter le nombre des comités de santé/développement fonctionnels de 5 à 10 • Fournir des lots de médicaments essentiels à tous ces centres à raison de 5 par an • Former 10 infirmiers en gestion des médicaments essentiels et recouvrement des coûts.	30.000	20.000	50.000
Réhabilitation et équipement Réfectionner les 5 centres de santé existants • Construire 5 nouveaux centres • Equiper chaque centre en matériel médical et de laboratoire • Recycler 10 infirmiers en soins de santé primaires et en nutrition. ► OBJECTIF VISÉ PAR LES POINTS 1 ET 2: Porter la couverture sanitaire de la population de 25 à 65%	40.000	30.000	70.000
Organisation de la vaccination Fournir des réfrigérateurs aux 2 centres de santé de référence; une boîte isotherme et une bicyclette (pour le transport des vaccins et les visites à domicile) à chacun des 10 centres de santé de la zone ► OBJECTIF VISÉ: Augmenter la couverture vaccinale en la portant de 30% à 65%	15.000	20.000	30.000
Consultations prénatales et préscolaires Fournir 300.000 fiches de consultation/surveillance de croissance et des balances pour la pesée des bébés aux 10 centres de santé et aux 5 maternités de la zone • Equiper ces 5 maternités en matériel obstétrique et gynécologique ► OBJECTIFS VISÉS: Ramener le taux de mortalité infantile de 150 - 300/00 à 100 - 150/00 et porter celui de survie et développement des enfants de 0 à 5 ans de 25 à 65%	15.000	25.000	40.000
Eau potable et assainissement Desservir 20.000 habitants en eau potable en aménageant 100 sources à raison de 50 par an • Organiser des campagnes d'éducation sanitaire. ► OBJECTIF VISÉ: Réduire le taux des maladies d'origine hydrique affectant les enfants de 0 à 5 ans en le portant de 5 - 8 épisodes de diarrhée par an à 2 - 5 épisodes.	10.000	30.000	40.000
Suivi et évaluation permanente Donner une formation de base en statistiques aux infirmiers exerçant dans les 10 centres de santé de la zone et les équiper en matériel de bureau permettant la reproduction des documents statistiques • Elaborer les outils de suivi et évaluation. ► OBJECTIF VISÉ: Rendre les services de base capables d'estimer, eux-mêmes, l'impact de leurs activités sur 65% des enfants de 0 à 5 ans	5.000	15.000	20.000
Communication, information et mobilisation sociale Equiper les 10 centres de santé et les 5 maternités de la zone en moyens de communication (mégaphones, téléviseurs, bicyclettes, imprimés, etc.); assurer la formation du personnel en conséquence ► OBJECTIF VISÉ: Mieux renseigner les mères sur les causes des maladies	25.000	25.000	50.000
Totaux	135.000	165.000	300.000
+ 10% pour le transport aérien du matériel en provenance de Bukavu	13.500	16.500	30.000
Totaux réels	148.500	181.500	330.000



Les femmes et les enfants

PENDANT deux ans (1985 et 1986), l'UNICEF a initié et supervisé une analyse de la situation des femmes et des enfants du Zaïre faite par des économistes et des sociologues de l'Université de Kinshasa et deux membres du Parlement.

Le but, à long terme, de cette étude est de mettre en place, au coût le moins élevé possible, un système permanent et fiable de suivi de la situation des enfants et des familles.

Une situation préoccupante

Dans l'immédiat, il s'agit de mesurer l'impact des actions prioritaires (couverture vaccinale, disponibilité en eau, connaissance de la thérapie de réhydratation par voie orale, etc.), et de constituer une banque de données sur la prévalence des maladies de l'enfant, les causes de morbidité et de mortalité infantiles et sur toutes autres informations qui pourraient faciliter l'élaboration d'une programmation par objectifs et des choix budgétaires plus rationnels.

Ainsi, et afin que les priorités deviennent réellement celles de la

famille et de la communauté, le «sociologiquement valable» et l'«économiquement faisable» se conjugueront pour atteindre le plus grand nombre de citoyens par le truchement de la **zone de santé** et des services de base.

Selon des études récentes, la situation des mères et des enfants est préoccupante au Zaïre. Il en est de même dans les pays africains frappés de plein fouet par la crise internationale.

Les problèmes ne se posent pas partout avec la même acuité: importants écarts entre milieux ruraux et urbains, fortes disparités à l'intérieur d'une même région...

On estime la mortalité infantile à 170 o/oo en milieu urbain périphérique, et à 210 o/oo dans certaines zones rurales. Pour les enfants qui ont moins de cinq ans, elle avoisinerait les 300 pour mille dans les régions les moins favorisées.

Les principales causes de morbidité et de mortalité chez les enfants, par ordre décroissant d'importance, sont le paludisme, les diarrhées aiguës, la rougeole, la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite, maladies dont les effets sont aggravés par la malnutrition.

Dans les quartiers périphériques des villes et dans certains milieux

ruraux, la malnutrition frappe 10 à 25% des enfants de moins de cinq ans. Cela s'explique par la modicité des revenus des parents, la carence du régime alimentaire, la mauvaise utilisation des produits et des denrées du cru. Les graves conséquences d'une forte densité démographique dans certaines zones rurales enclavées (régions en bordure du Lac Kivu et du Bas-Fleuve, notamment), complètent ce tableau.

L'exode rural

De 70% au début des années 1980, le taux de scolarisation est tombé à 60%. Près de la moitié des élèves abandonnent les études avant la fin du cycle primaire. Les enfants obligés de travailler très jeunes ne représentent qu'un faible pourcentage d'entre eux.

Des problèmes d'assainissement, d'hygiène du milieu et d'approvisionnement en eau potable caractérisent l'environnement de l'enfant zaïrois. Dans les zones urbaines, quatre familles sur dix disposent d'eau potable d'accès facile contre à peine 10% dans les zones rurales. Moins de 10% de la population dispose d'un système



convenable d'évacuation des excréta (égouts, fosses septiques ou latrines). Aussi, les règles d'hygiène individuelle, même quand elles sont appliquées, sont peu efficaces. Aux maladies d'origine hydrique proprement dites, viennent s'ajouter celles liées à un vecteur (paludisme, trypanosomiase, etc.) et celles consécutives à la saleté et à la promiscuité (choléra, lèpre et peste).

L'exode rural exacerbe les problèmes des zones urbaines où les équipements collectifs sont nettement insuffisants, voire inexistant, dans certains quartiers. Les infrastructures sanitaires, par exemple, ont régressé de 40% depuis un quart de siècle.

On estime qu'un peu moins de la moitié de la population a un accès relativement facile à une structure

sanitaire. Sur un total de 306 zones de santé, environ 170 seraient opérationnelles. La disponibilité de lits hospitaliers est, pour l'ensemble du pays, de 1,6 pour mille habitants. 40% des 1 650 médecins recensés exercent à Kinshasa. Par contre, à l'intérieur du pays, on ne compte qu'un médecin pour 18 000 habitants.

Le faible niveau de couverture sanitaire s'explique par l'insuffisance de la capacité d'accueil, le coût élevé des soins et une formation du personnel inadéquate par rapport à la stratégie des soins de santé primaires.

En ce qui concerne les femmes, il y a lieu de souligner leur rôle productif, surtout en milieu rural et dans les quartiers pauvres des villes, le faible pourcentage de filles inscrites à l'école

et un taux de mortalité maternelle qui se situerait entre 0,8 et 7,5 o/oo.

Afin d'accroître la couverture sanitaire et de développer, à terme, un ensemble de services de base en faveur du couple mère-enfant, le gouvernement du Zaïre a adopté une stratégie basée sur la **zone de santé**, prise comme unité de planification et d'intervention pour le développement intégré.

Une structure décentralisée

La **zone de santé**, animée par un comité de développement, regroupe une population d'environ 100.000 habitants. Ce comité intègre des représentants de toutes les composantes socio-économiques de la zone, délégués par les sous-comités de développement mis en place dans le rayon d'action de chaque centre de santé. Cette structure d'intégration et de développement, à partir d'une **zone de santé**, comprend, outre le médecin-chef de zone et le personnel paramédical, les services techniques de l'Etat ⁽¹⁾, les ONG à caractère confessionnel ou laïc ⁽²⁾, les associations traditionnelles et autres.

En somme, la **zone de santé** est une structure décentralisée qui, avec son réseau de centres de santé, devrait permettre de rapprocher les services disponibles des populations bénéficiaires grâce à des mécanismes de supervision, de concertation et de communication; le tout reposant sur une large base de coopération avec tous les intervenants opérant dans son aire d'action.

Objectifs prioritaires

- Atteindre, d'ici à 1990/1991, une couverture optimale de vaccination contre la rougeole, la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la tuberculose.
- Accélérer l'éducation des femmes et des mères en insistant sur les causes des maladies infantiles et du Sida.
- Donner la priorité à la réhydratation par voie orale et associer les familles au suivi de la croissance des enfants.
- Aider l'Etat à implanter des services de base partout où ils n'existent pas, selon un ordre de priorité établi par la **zone de santé** en accord avec les autorités compétentes (aux plans national, régional et sous-régional) et avec la participation des populations.

(1) - Santé, Agriculture, Développement rural, Environnement...

(2) - Elles peuvent avoir des activités aussi variées que l'enseignement, l'animation rurale, la production vivrière, l'alphabétisation, l'aménagement de points d'eau, etc.



Le pays

2.345.000 kilomètres carrés ● 35.000.000 d'habitants ● 14 villes ● 73 zones urbaines ● 11 régions ● 29 sous-régions rurales ● 143 zones rurales ● 775 collectivités ● 6.000 groupements ● Capitale: Kinshasa.

AVEC 2.345.000 kilomètres carrés (soit 80 fois la Belgique ou le Rwanda voisin), le Zaïre, traversé par l'Equateur, est l'un des pays les plus étendus d'Afrique. Il a des frontières communes avec l'Angola et la Zambie, au sud et au sud-ouest; le Congo et la République Centrafricaine, à l'ouest et au nord; le Soudan, au nord-est, et l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi et la Tanzanie, à l'est.

Le territoire national englobe la majeure partie du bassin du fleuve Zaïre, vaste cuvette marécageuse et forestière. Au nord, entre les cours du Zaïre et de l'Oubangui, s'étendent des plateaux hérissés, çà et là, de collines n'excédant pas 800 mètres. Au sud, des plateaux, vastes et étagés, préfigurent les montagnes du sud-est qui culminent à 2.000 mètres dans le Shaba.

Situation démographique

Près de la moitié des 35.000.000 de Zaïrois a moins de quatorze ans. Parmi eux, 19% n'ont pas encore cinq ans révolus et 4% sont des nourrissons de moins d'un an.

Le taux national de croissance démographique est d'environ 2,60%, sauf au Kasai occidental (1,3%). 81% de la population vit en milieu rural.

La région urbaine de Kinshasa connaît une concentration humaine relativement importante (297,4 habitants au kilomètre carré). Suivent les régions du Bas-Zaïre et du Kivu (respectivement 38,5 et 27,8). Le Shaba, l'Equateur et le Haut-Zaïre ont, par contre, une densité nettement inférieure à la moyenne nationale (10 habitants/km² au lieu de 13,5).

Selon des sondages récents, le taux de mortalité infantile, se situerait entre 170 et 220 o/oo. L'espérance de vie est de l'ordre de 49 ans. 80% de la population se trouve concentrée sur moins d'un tiers du territoire national.

Organisation politique et administrative

On ne peut bien comprendre l'organisation politique actuelle du Zaïre qu'en se référant à l'époque coloniale et à celle antérieure à la prise du pouvoir par l'actuel chef de l'Etat.



ZAÏRE/LE PAYS/2

Le Zaïre, dans ses frontières actuelles, a été délimité en 1885 à la Conférence de Berlin qui créa l'Etat indépendant du Congo et en confia la souveraineté à Léopold II, roi des Belges. D'abord géré comme un domaine personnel du Roi, il fut cédé en héritage à la Belgique en 1908. Celle-ci mena une politique coloniale en s'appuyant sur une administration forte et vigilante, une Eglise engagée dans la construction de l'œuvre coloniale et des entreprises économiques d'exploitation minière, agricole et forestière.

Pour éviter l'exode rural, le contrôle des déplacements était strict et la population rurale était astreinte à cultiver au-delà de ses besoins de subsistance afin de constituer des stocks commercialisables.

La quasi-totalité des services sociaux était prise en charge par l'état colonial sans toutefois encourager la participation des collectivités: habitat, enseignement, santé, centres sociaux, en particulier en milieu urbain.

Dans le domaine de la santé, les populations bénéficiaient de services tant dans les zones rurales qu'urbaines.

En 1960, le pays accède à l'indépendance dans des conditions difficiles. Sans élite préparée à la gestion publique, le Zaïre indépendant se retrouve dirigé par d'anciens fonctionnaires, auxiliaires des agents coloniaux, malheureusement divisés. Le pays sombre alors dans l'anarchie totale avec, partout, des foyers de tension: sécessions, rébellions, rivalités tribales...

Il faut attendre l'avènement du régime militaire, en 1965, pour voir s'amorcer le processus de pacification et d'unification du pays.

Le Zaïre devient alors un Etat unitaire sous régime présidentiel et se dote d'un parti unique, le Mouvement Populaire de la Révolution (MPR). Tout Zaïrois est membre du Parti. Le Comité central en est l'organe de conception et d'orientation. Le président du Parti est, de droit, chef de l'Etat. Le Conseil exécutif (gouvernement) est composé de commissaires d'Etat (ministres) coordonnés par un Premier commissaire d'Etat (Premier ministre), tous nommés par le Président de la République.

6.000 groupements

En matière d'organisation territoriale, le Zaïre est divisé en 11 régions⁽¹⁾. Chaque région est dirigée par un gouverneur et est divisée en sous-régions, puis en zones, en collectivités et en groupements. Le pays compte en tout 29 sous-régions rurales et 14 villes, 143 zones rurales et 73 zones urbaines, 775 collectivités et 6.000 groupements.

Pour écarter les risques d'éventuelles sécessions et renforcer le sentiment d'unité nationale, il a été institué un système de mutation des cadres en dehors de leurs régions d'origine. Les structures du Parti sont présentes dans toutes les entités pour permet-

Le Zaïre en chiffres

Superficie	2.345.000 km ²
PIB (1987)	140 \$ US
Dette publique (1987)	6,5 milliards \$ US
Dette en % du PIB	115%
Transferts nets financiers (depuis 1983)	négatif
Taux de la production alimentaire/capita (80-87)	0,6%
Accessibilité aux services de santé (urbain/rural)	40% - 17%
Accessibilité à l'eau potable (urbain/rural)	15% - 5%
Population (1987)	35 millions
Enfants de moins de cinq ans (1987)	6.000.000
Femmes en âge de procréer (1987)	7.500.000
Taux de natalité (1987)	47 o/oo
Naissance (1987)	1.600.000
TMI mortalité périnatale (moyenne nationale)	170 o/oo
TMJ (1 - 4 ans)	50-90 o/oo
Espérance de vie	49
Taux de fécondité	6,3

ZAÏRE/LE PAYS/3



De plus, l'absence de structures décentralisées devant permettre aux populations de prendre une part active à l'ensemble des décisions administratives et économiques les concernant, empêche la promotion d'un développement réellement endogène. La présence de nombreuses organisations non-gouvernementales, dans toutes les régions, ne peut pallier ce manque de participation des populations.

Les ONG, d'une façon générale, jouent un rôle appréciable dans le développement du pays. Mais il est difficile d'évaluer leur impact réel. Dans certains cas, l'Eglise catholique, avec des moyens non négligeables, se montre très efficace dans les secteurs de la santé, de la production agricole et, surtout, de l'éducation et de la formation. Certaines zones de santé sont gérées directement par les églises catholique et protestante.

Situation sociale

Le secteur social est gravement touché par la récession internationale. La hausse du prix du pétrole a suivi la baisse des cours du cuivre et la fermeture de la voie ferrée de Lobito (Angola). Quant à la production agricole, elle a stagné, voire baissé. L'absence de réformes sociales est l'une des conséquences de cette situation.

L'enseignement de base, l'un des plus développés en Afrique francophone dans les années 1960, a connu, ces dernières années, beaucoup de difficultés. L'infrastructure actuelle est absolument insuffisante et les effectifs pléthoriques, malgré le système d'alternance: 50% des élèves le matin, 50% l'après-midi. Par ailleurs, le système éducatif est non seulement inadapté, mais il forme des cadres dont la plupart n'ont que peu

d'espoir de trouver un emploi. En effet, des milliers de chômeurs ont un excellent niveau universitaire ou technique. Cette situation est préjudiciable au développement du pays.

L'infrastructure héritée de l'époque coloniale en matière de santé s'est fortement détériorée. Certains hôpitaux et dispensaires, surtout ceux de l'intérieur, ne fonctionnent plus. Les équipements hospitaliers sont souvent en mauvais état. Les médicaments font défaut et certains médecins ne soignent plus qu'une clientèle privée, même dans les cas d'urgence.

Situation économique

Le Zaïre est considéré comme un géant potentiel en raison de ses immenses ressources naturelles encore insuffisamment exploitées. Le P.I.B par habitant, (140 \$US en 1987), est l'un des plus bas d'Afrique. En 1980, il s'élevait à 220 \$ US⁽¹⁾.

La contribution des régions au P.I.B. national accuse de grands écarts: 36,1% pour la région minière du Shaba, 25,7% pour Kinshasa et moins de 40% pour les neuf autres régions réunies. On retrouve les mêmes écarts dans la répartition régionale des effectifs salariés du secteur privé: en 1979, le Shaba comptait 27,1% de l'ensemble des salariés et Kinshasa et le Bas-Zaïre⁽³⁾ 31,6%. La disparité des revenus entre milieu rural et milieu urbain est extrêmement importante.

(1) - La région urbaine de Kinshasa et les régions de Bandundu, du Bas-Zaïre, de l'Equateur, du Haut-Zaïre, du Kasai occidental, du Kasai oriental, du Nord-Kivu, du Sud-Kivu, du Maniema et du Shaba.

(2) - Source: Banque Mondiale.

(3) - La région Kinshasa-Bas-Zaïre abrite plus de la moitié des sociétés industrielles; et le Shaba, au moins, le quart.

tre une large mobilisation de la population.

Le français est la langue officielle. Il cohabite avec quatre langues nationales (lingala, swahili, kikongo et tshiluba). Bien que le swahili soit la plus répandue, le lingala est la principale langue de communication dans une bonne partie du pays, y compris la capitale.

Pour des raisons multiples, l'administration zaïroise reste faible en termes de structures et de personnel au niveau régional. La modicité des salaires du personnel administratif de base, le manque de motivation, l'absence quasi-totale de moyens de fonctionnement, ont souvent conduit à un certain laxisme. La plupart des fonctionnaires doivent trouver des «moyens» d'arrondir les fins de mois, ce qui entrave souvent l'exercice de leurs fonctions.