



L'URGENCE AU QUOTIDIEN :

**SOUFFRANCE SILENCIEUSE
EN RÉPUBLIQUE
DÉMOCRATIQUE DU CONGO**

RÉSUMÉ

1 **INFORMATIONS CONTEXTUELLES :
GUERRE ET CHAOS AU CONGO 1992-2013**

2 **VIOLENCES CONTRE CIVILS, TRAVAILLEURS
HUMANITAIRES ET CENTRES MÉDICAUX**

3 **DÉPLACEMENTS INTERNES
- NULLE PART EN SÉCURITÉ**

4 **FLAMBÉES ÉPIDÉMIQUES**

5 **MANQUE DE SOINS DE SANTÉ**

6 **CONCLUSION**

CRÉDITS

© 2014 Médecins Sans Frontières

Photo de couverture © Giulio Di Sturco, 2013

Direction artistique: Atomodesign.nl

Médecins Sans Frontières

Plantage Middenlaan 14

1018 DD Amsterdam

Pays-Bas

T +31 20 520 8700

E info@amsterdam.msf.org

W www.artsenzonderegrenzen.nl, www.msf.org

 www.facebook.com/msf.english

 www.twitter.com/msf_int



Depuis des années, la République démocratique du Congo (RDC) se trouve dans une situation d'urgence. Un conflit persistant dans les provinces orientales et l'instabilité dans d'autres régions ont entraîné des crises humanitaires et des épidémies répétées.

Dans les régions touchées par les conflits, ni les membres de nombreuses milices et autres factions armées, ni les soldats de l'armée nationale congolaise (FARDC) ne semblent faire de distinction entre civils et combattants. La neutralité des centres médicaux, les principes humanitaires et l'éthique médicale sont peu respectés. Dans les provinces en crise à l'est du pays, MSF a vu des hommes armés investir des hôpitaux et agresser des patients, des cliniques abandonnées parce que le personnel médical avait fui la violence, des centres médicaux pillés, des professionnels de la santé menacés, des dossiers médicaux confisqués en violation du secret médical.

Pendant ce temps, une force d'intervention, lourdement armée, des Nations Unies (MONUSCO, anciennement MONUC) a été autorisée à neutraliser des groupes armés s'opposant à l'autorité officielle. Cette situation compromet gravement la perception de neutralité de l'aide humanitaire et médicale dans la mesure où les opérations offensives de l'ONU utilisent des moyens de transport ressemblant à ceux des humanitaires.

Des millions de personnes vivant dans les zones de conflits ont été contraintes de quitter leurs maisons à cause des combats. En décembre 2013, l'ONU estimait à 2,96 millions¹ le nombre de déplacés internes, la majorité (environ 90 pour cent) se trouvant dans les provinces du Nord-Kivu, du Sud-Kivu, du Katanga et en Province Orientale.² Un grand nombre de personnes déplacées se trouve hors de portée des organisations humanitaires et vit auprès de familles d'accueil ou se cache dans les forêts ou la brousse. Ces personnes luttent pour trouver de quoi manger et boire et ne bénéficient de (pratiquement) aucune aide médicale ou humanitaire.

L'aide aux personnes déplacées dans l'est de la RDC revient en grande partie à une petite tranche de la population qui a réussi à rejoindre les camps situés près des centres urbains. Même dans ces camps, la distribution de denrées alimentaires et de produits essentiels est fragmentée et généralement insuffisante pour répondre aux besoins réels.

Les organisations humanitaires opèrent au sein d'un système rigide qui ne permet pas une réponse rapide et adéquate aux besoins les plus importants. Elles se concentrent pour la plupart dans les zones urbanisées et sont totalement absentes des régions rurales éloignées, où vit la majorité de la population.

Chaque année, des foyers de paludisme, de choléra et de rougeole se déclarent dans l'est de la RDC. Dans la plupart des cas, le système de soins est incapable de prévenir ou d'enrayer ces épidémies.

Le moindre soin médical est payant et la santé publique ainsi que nombre de programmes de santé menés par des organisations non gouvernementales (ONG) fonctionnent par recouvrement des coûts. La vaste majorité de la population gagne moins de 2 US\$ par jour et seul un congolais sur quatre vit à moins de cinq kilomètres d'une structure de soins.³

Bien que la santé publique garantisse en principe la gratuité des soins en cas d'urgence, les autorités de l'est de la RDC se sont révélées incapables de tenir cet engagement. Une femme

“

Beaucoup de ces souffrances humaines pourraient être évitées.

”

Après la flambée de violence à Pinga, Vumilia Kishuba s'est enfui à Malemo avec son mari. Quand ils sont arrivés à Malemo, les combats ont également éclaté. Province du Nord-Kivu, RDC, septembre 2013.

© Giulio Di Sturo

présentant une dystocie d'obstacle peut avoir à payer au minimum 50 US\$ pour une césarienne qui lui sauvera la vie, même en zone de conflit.

Dans ce rapport, MSF entend montrer sur la base de données médicales et de témoignages de patients et de professionnels de la santé, l'étendue réelle de l'urgence médicale et humanitaire à laquelle font face chaque jour les habitants de la RDC, en particulier dans les provinces orientales touchées par le conflit, l'une des zones où nous travaillons.

*Bien que les données nationales pour 2013 soient encore en cours de consolidation et d'analyse, elles ne présentent pas de différence notable par rapport aux années précédentes.

Beaucoup de ces souffrances humaines pourraient être évitées. La prise de certaines mesures contribuerait efficacement à réduire le nombre de décès évitables et à améliorer le quotidien des personnes vivant dans l'est de la RDC.

RESPECT DES CIVILS, DES TRAVAILLEURS HUMANITAIRES ET DES STRUCTURES MÉDICALES

■ Les civils ne doivent pas être mis en danger

L'expérience de MSF montre que les groupes armés et autres milices n'opèrent pas de distinction entre civils et combattants. MSF a vu les conséquences et a entendu des récits de première main de civils ayant subi des abus, des agressions, des attaques ciblées, des contre-attaques et des massacres perpétrés par différents groupes armés.

MSF lance un appel pressant au respect des civils et des centres humanitaires et médicaux par tous les groupes armés, y compris par la MONUSCO et l'armée congolaise. Toutes les parties prenantes au conflit, y compris l'ONU, doivent préserver la neutralité de l'action humanitaire en distinguant clairement tous les moyens militaires des fonctions civiles.

■ Les centres médicaux doivent être respectés

Les malades et les blessés ne sont pas des combattants. Pour que les équipes médicales puissent travailler en toute neutralité et organiser leurs soins en fonction des besoins médicaux réels, les lieux de travail – ambulances, cliniques mobiles, postes de santé et hôpitaux – doivent assurer leur neutralité et leur sécurité. La neutralité des centres médicaux doit être respectée par tous les

En 2012, nous avons

vu plus de

1 600 000

personnes en consultation gratuite

traité près de

500 000

personnes contre le paludisme

vaccinés plus de

480 000

personnes contre la rougeole

apporté des soins prénataux de qualité à plus de

110 000

femmes enceintes

soigné plus de

4 000

survivants de violences sexuelles et

admis plus de

90 000

patients dans nos hôpitaux en RDC.

groupes armés, y compris par la MONUSCO, la nouvelle force d'intervention des Nations Unies et l'armée congolaise.

UNE AIDE HUMANITAIRE PLUS EFFICACE

■ Priorité aux besoins

L'aide humanitaire en RDC doit être rapide, flexible et adéquate, en particulier en cas d'urgence. Elle doit être organisée en fonction des besoins réels des populations, plutôt que de leur localisation ou de toute motivation politique telle que la stabilisation ou le renforcement de l'autorité de l'État.

■ Toucher les déplacés « cachés »

Une attention particulière doit être portée aux nombreux déplacés « cachés ». Vivant temporairement auprès de familles d'accueil ou se cachant dans les forêts et les champs, ils forment un groupe extrêmement vulnérable, dont les besoins sont négligés par les organisations humanitaires, davantage axées sur les personnes déplacées dans des camps et dans les zones urbaines.

SUPPRIMER LES BARRIÈRES FINANCIÈRES AUX SOINS DE SANTÉ ET AMÉLIORER LA LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES

■ Arrêter de faire payer les soins de santé aux patients vulnérables

Le simple fait de devoir payer une somme aussi modique soit-elle pour des soins suffit à éloigner les patients les plus vulnérables de toute forme de service de santé, surtout dans les régions touchées par le conflit. Les professionnels de la santé en RDC et en particulier ceux opérant dans les régions touchées par le conflit doivent faire en sorte de réduire les barrières financières pour les patients.

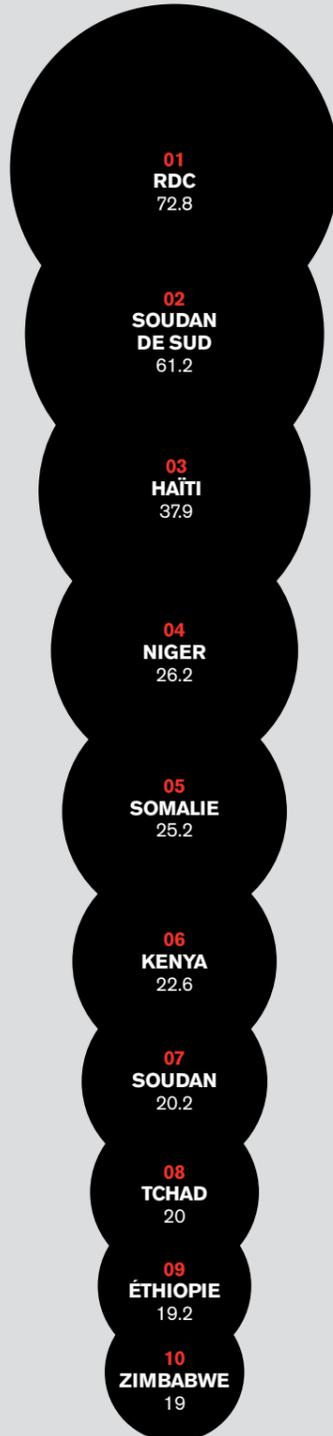
■ Faire plus pour prévenir et enrayer les épidémies

Outre des programmes de vaccination de routine à grande échelle et une meilleure infrastructure sanitaire en RDC, la communication des taux de couverture vaccinale et la coopération face aux flambées épidémiques doivent davantage faire l'objet de transparence et de responsabilité.

MSF EN RD CONGO

MSF apporte davantage de soins médicaux d'urgence en RDC que dans tout autre pays du monde. En 2012, nous avons réalisé plus de 1,6 million de consultations gratuites, soigné près d'un demi-million de personnes contre le paludisme, admis plus de 90 000 patients dans nos hôpitaux et traité plus de 4 000 survivants de violences sexuelles. Depuis 2008, MSF a vacciné plus de cinq millions d'enfants contre la rougeole et apporté des soins prénataux de qualité à près d'un demi-million de femmes enceintes. Malheureusement, l'ampleur des besoins non satisfaits est telle que nos efforts ne sont qu'une goutte dans l'océan.

PRINCIPAUX PROGRAMMES NATIONAUX SUR LA BASE DES DÉPENSES

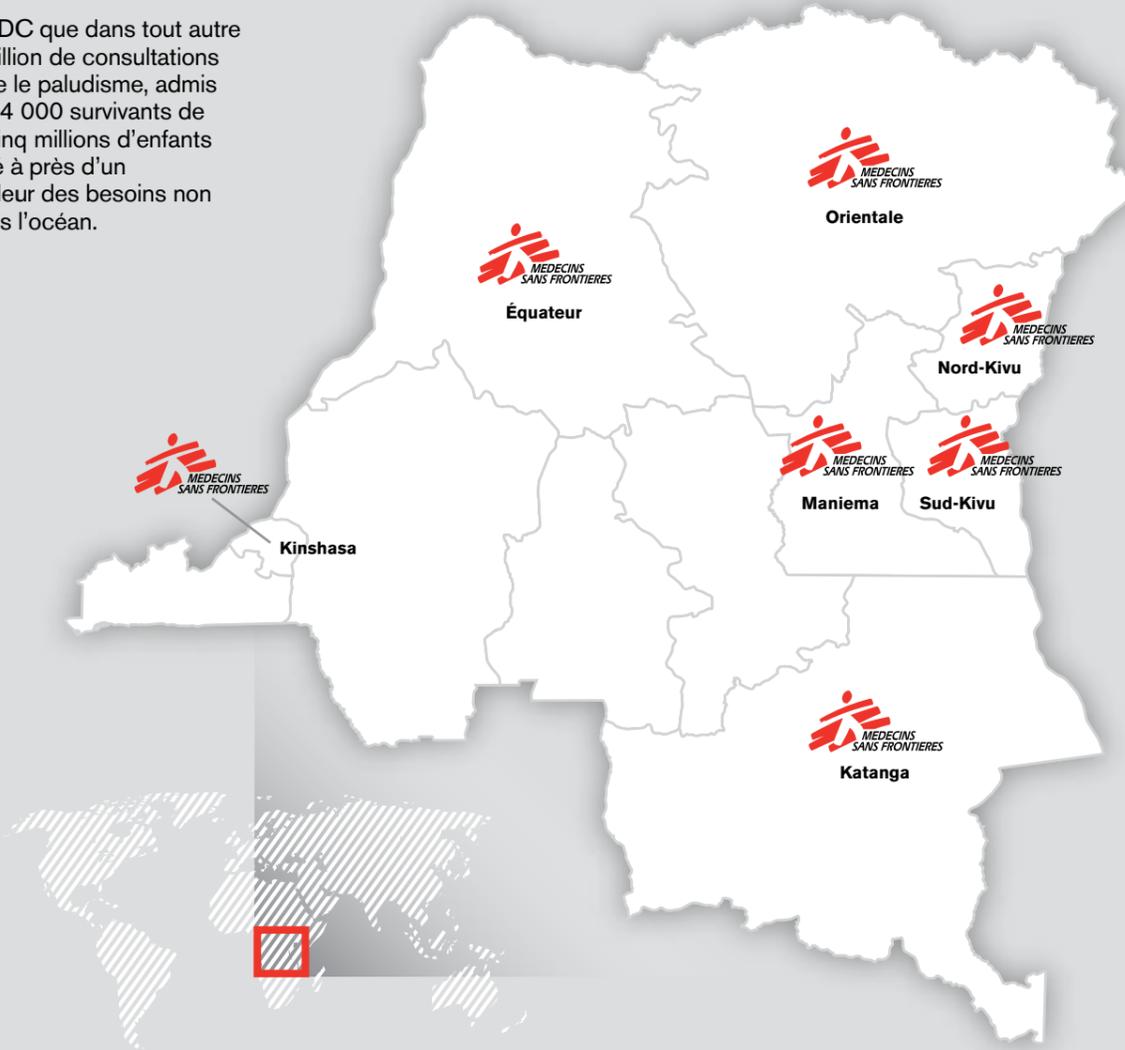


Le budget total pour nos programmes dans ces 10 pays a été

324 MILLIONS D'EUROS en 2012



DE NOTRE BUDGET OPÉRATIONNEL.

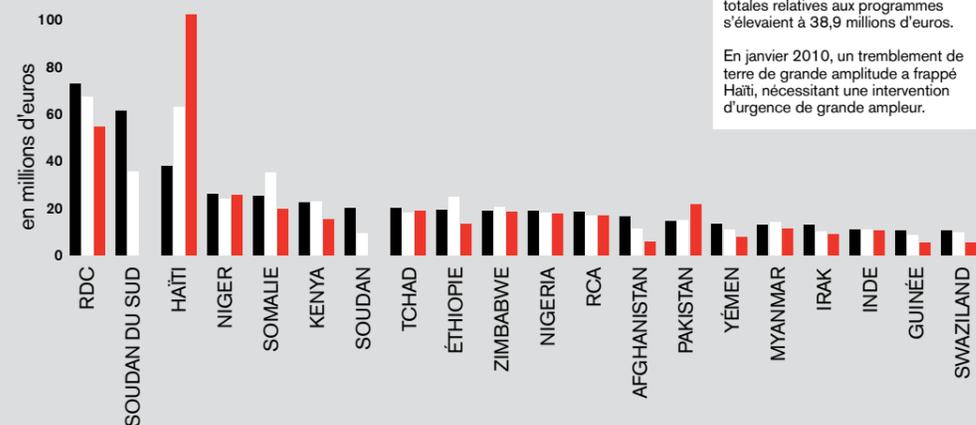


PROGRAMMES MSF EN RDC

MSF déploie des programmes humanitaires médicaux dans sept provinces : Katanga, Maniema, Nord-Kivu, Sud-Kivu, Équateur, Province Orientale et Kinshasa. Le pool d'urgence de MSF répond aux urgences dans ces provinces et d'autres.

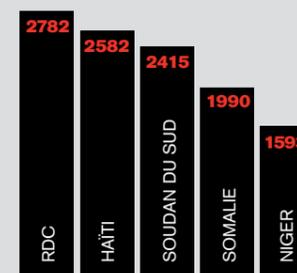
PAYS OÙ NOUS DÉPENSONS LE PLUS

Pays où les dépenses de MSF dépassent les 10 millions d'euros



EFFECTIFS

Principaux programmes nationaux sur la base des effectifs MSF sur le terrain



Effectifs mesurés en équivalents temps plein

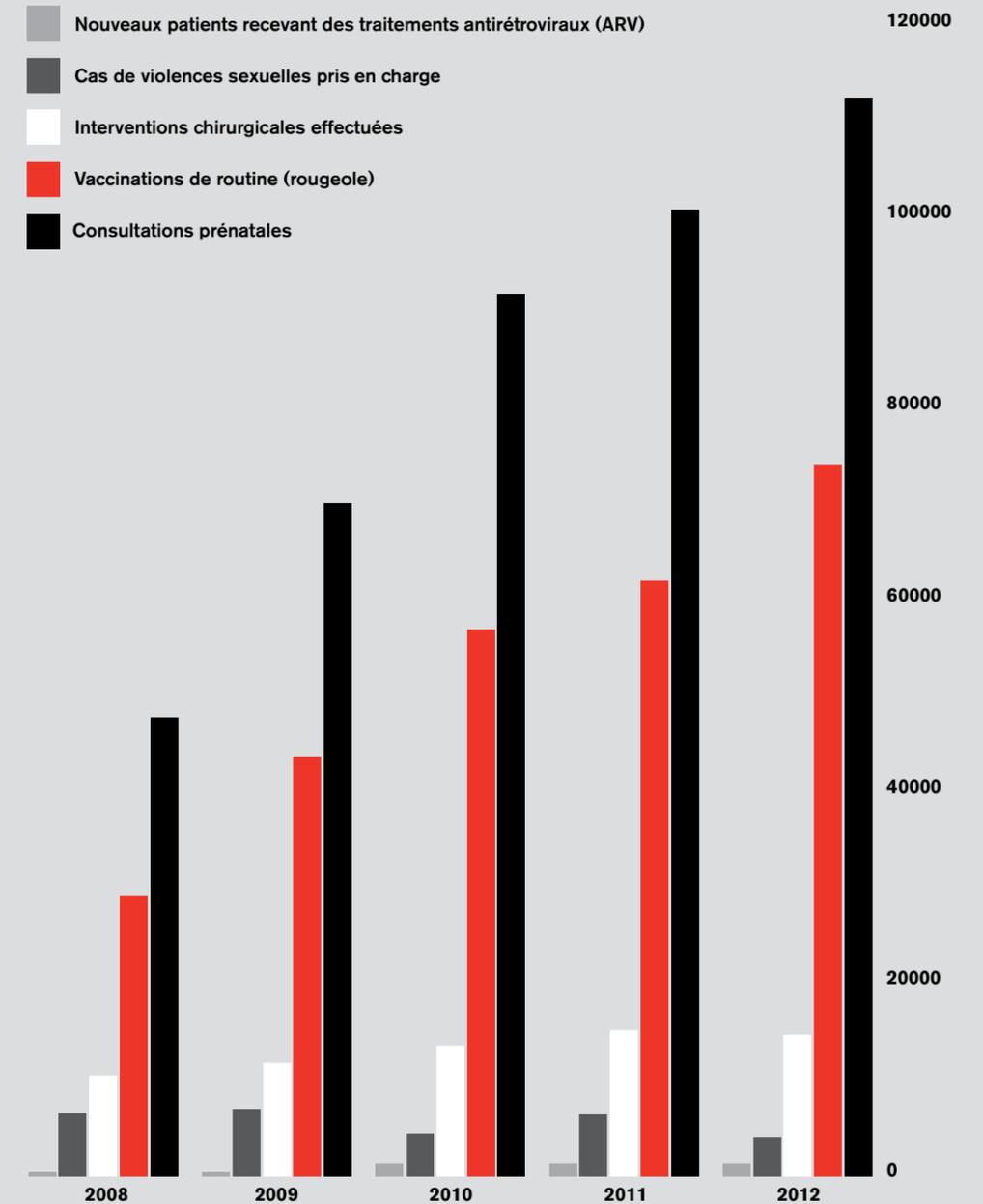
TOTAL DE CONSULTATIONS EXTERNES

Consultations externes effectuées dans le cadre de projets MSF en RDC, 2008 à 2012



DONNÉES MÉDICALES CLÉS

Données médicales clés des projets MSF en RDC, 2008 à 2012



INFORMATIONS

CONTEXTUELLES : GUERRE ET

CHAOS EN RDC 1992-2013



Pays immense renfermant d'importants gisements minéraux, la RDC est rongée par la guerre dans les provinces du Kivu depuis près de deux décennies. Parmi les principales causes qui expliquent ce conflit se trouvent les conséquences et répercussions du génocide rwandais, la contestation armée du pouvoir officiel et le contrôle des précieuses ressources naturelles, l'influence et l'ingérence des pays voisins de la RDC et la prolifération consécutive de groupements armés opérant librement et à grande échelle.

LA PREMIÈRE RÉPONSE DE MSF

La première mission de MSF en RDC (appelée Zaïre du temps du président Mobutu) remonte à 1981,⁴ lorsque des réfugiés fuyant la guerre civile en Ouganda affluèrent en masse dans la Province Orientale. Depuis, MSF a déployé chaque année des programmes humanitaires médicaux dans sept provinces et apporté des soins médicaux à des centaines de milliers de personnes.

La dictature de Mobutu a vu la désintégration progressive de l'État congolais dans les années '80, négligeant tout investissement dans l'éducation, l'infrastructure et la santé publique.⁵ Les années '90 ont été marquées par l'érosion du pouvoir de Mobutu, par l'apparition de conflits dans l'est du pays, où des factions rivales actives dans le Nord-Kivu se disputaient des terres et le contrôle politique de la région, et par la montée des violences ethniques.⁶ L'afflux massif de plus d'un million de réfugiés dans les provinces de Kivu au Congo à la suite du génocide au Rwanda, avec parmi eux des survivants des armées et des milices qui ont pris part aux atrocités,⁷ n'a fait qu'attiser la flamme du conflit.

LE CONFLIT LE PLUS MORTEL D'AFRIQUE

Limitée initialement aux provinces orientales, la première guerre du Congo a éclaté en 1996. Elle s'est étendue au reste du pays lorsque des troupes rebelles, sous le commandement de Laurent-Désiré Kabila et soutenues par le Rwanda et l'Ouganda, pays voisins du Congo, marchèrent vers Kinshasa, où ils renversèrent Mobutu en 1997.⁸

L'éclatement de la seconde guerre du Congo en 1998 plongea de nouveau le pays dans la violence. Plusieurs pays africains envoyèrent des troupes pour aider le nouveau gouvernement, d'autres apportèrent leur soutien aux rebelles.⁹ Cette période fut marquée par le pillage systématique d'or, de diamants, de bois et de coltan,¹⁰ un élément essentiel de la fabrication de téléphones portables et d'articles électroniques.

Les première et seconde guerres du Congo sont généralement considérées comme les conflits les plus meurtriers du monde. Selon la dernière étude de mortalité menée en RDC et publiée en 2007, 5,4 millions de personnes seraient mortes de causes liées à la guerre depuis 1998.¹¹ Des millions de personnes ont été contraintes de quitter leurs maisons.¹²

Des négociations de paix ont permis de mettre fin aux violences dans la plupart du pays en 2002. Les troupes étrangères se sont retirées et un gouvernement de coalition a été formé.¹³ Des mesures ont été prises pour réduire l'ingérence étrangère et intégrer les différents groupes armés dans une armée nationale. Cependant, dans les provinces du Kivu, le conflit se poursuit, assimilé parfois à la troisième guerre du Congo.¹⁴

SITUATION ACTUELLE

La signature de l'accord de paix d'Ithusi en 2009 a apporté l'espoir d'une fin prochaine aux années de violences dans l'est du pays.¹⁵ Des groupes armés ont été intégrés une fois de plus à l'armée nationale. Au début de 2012, une désertion massive et l'émergence du Mouvement du 23-Mars (M23), un groupe de rebelles, ont rapidement déstabilisé la situation encore fragile de l'est du pays.¹⁶ Fin 2012, les rebelles du M23 ont brièvement pris le contrôle de Goma, la plus grande ville de la région.¹⁷

Menacées par cette nouvelle situation, l'armée nationale congolaise FARDC et la MONUSCO ont procédé au redéploiement de troupes et ont contribué à créer un vide au niveau du pouvoir politique et de la sécurité dans le reste de la région.¹⁸ De nouvelles alliances opportunistes entre groupes armés et seigneurs de guerre existants et la montée de nouveaux mouvements d'« autodéfense » ont depuis contribué à intensifier les combats et à provoquer de nouvelles vagues de déplacements de populations.

Des poches d'insécurité subsistent dans le reste du pays. Après une période d'accalmie relative en 2010 et 2011, les violences ont repris dans la province du Katanga, causant la panique et des déplacements massifs.¹⁹ La situation s'est encore dégradée au début de 2013 sous l'effet de l'offensive préparée par l'armée congolaise contre les milices Maï-Maï, entraînant à nouveau le déplacement de dizaines de milliers de personnes.²⁰ Dans la Province Orientale, des affrontements de plus en plus intenses entre l'armée congolaise et diverses milices armées ont également causé des déplacements massifs de populations.²¹

Le conflit permanent en RDC est l'un des plus longs et des plus complexes au monde et continue à générer des besoins médicaux et humanitaires substantiels. Malgré l'ampleur des forces armées d'intervention des Nations Unies et la fin apparente de certains mouvements armés tels que le M23, rien ne permet de penser que le conflit sera résolu dans un futur proche.



La rivière Ruzizi dans les montagnes du Ngomo coule entre le lac Tanganyika et le lac Kivu et marque la frontière entre la RDC, le Rwanda et le Burundi. Province du Sud-Kivu, RDC, septembre 2013.

“

Malgré l'ampleur des forces armées d'intervention des Nations Unies et la fin apparente de certains mouvements armés tels que le M23, rien ne permet de penser que le conflit sera résolu dans un futur proche.

”

© Brendan Bannan

ACTEURS ARMÉS EN RDC²²

On estime à plus de 60 le nombre de groupes armés actifs en RDC. En voici quelques-uns.^{23 24} La prolifération de ces groupes, leur influence croissante sur tout le territoire du pays et les atrocités contre des civils que nombre d'entre eux commettent sont à l'origine de la formation de milices d'« autodéfense ». Quand ces groupes s'affrontent, les civils sont pris entre deux feux. Depuis mars 2013, une brigade d'intervention de la MONUSCO est autorisée à neutraliser les groupes armés s'opposant à l'autorité de l'État. Cette situation compromet gravement la perception de neutralité de l'aide humanitaire et médicale dans la mesure où les agences d'aide humanitaire de l'ONU utilisent des hélicoptères, véhicules et moyens de transport blancs ressemblant à ceux servant aux offensives de l'ONU.

En octobre 2013, des membres du M23 ont fait feu sur un hélicoptère de l'ONU en mission humanitaire parce qu'ils ne pouvaient faire de distinction entre un transport apportant de l'aide et un transport destiné à renforcer l'artillerie. Il est inacceptable qu'une force armée utilise des véhicules ressemblant à ceux des civils et des ONG pour mener des opérations offensives. Les gens ne sachant plus si un véhicule blanc entrant dans leur village apporte des balles ou des couvertures, ces attaques vont avoir un impact majeur sur l'assistance humanitaire. Toutes les parties prenantes au conflit, y compris la MONUSCO, doivent préserver la neutralité de l'action humanitaire en distinguant clairement tous leurs moyens militaires des fonctions civiles de l'ONU.

EFFECTIFS

> 100

100-250

250-500

MONUSCO

Raia Mutomboki
Mai-Mai Morgan

MAC
MPA
URDC

500-1.000

1.500

2.000

3.000

4.000

< 100.000

FPD
FON
FODP
NDC
RUC
Nyatura/Noheri

EDC

FARDC

FDLR/SOKI

FDLR/FOCA LRA

LDF

APCLS
ADF/NALU

FDIPC
Nyatura

FRPI
Mai-Mai Luc

UPCP/FPc
Mai-Mai Simba
FDLR/RUD

COGAI
Kahasha Group

VIOLENCES CONTRE CIVILS, TRAVAILLEURS HUMANITAIRES ET CENTRES MÉDICAUX

2

Chaque jour, les hôpitaux, les centres médicaux et les cliniques mobiles de MSF en RDC sont confrontés aux conséquences médicales de la violence.

Les équipes médicales soignent des blessures causées par des fusils, des machettes, des lances, des baïonnettes, des marteaux, des projectiles, des arcs et des flèches. Chaque année, des milliers de survivants de violences sexuelles reçoivent des soins médicaux spécialisés pour prévenir la transmission du VIH/SIDA et soigner des infections sexuellement transmissibles (IST). Les patients bénéficient d'un soutien psychologique leur aidant à gérer leur stress et leurs traumatismes et à reprendre le fil de la vie quotidienne.

Outre les conséquences directes de la violence, MSF est également confronté aux effets secondaires des conflits en RDC. Les équipes sur place constatent que les gens renoncent à se rendre à un centre médical pendant des flambées de violences, de peur d'être pris dans les combats. Ils arrivent chez nous à un stade avancé de maladie et il peut alors être trop tard pour les sauver. Fuyant les affrontements entre groupes armés et les attaques contre la population, les gens sont davantage exposés à la malnutrition, à la maladie et à toutes formes d'abus.

Face à la violence ou à la menace de violence, le personnel médical se met en sécurité et les infrastructures médicales suspendent leurs activités. N'ayant aucune autre ressource médicale vers laquelle se tourner, les populations des zones en proie aux conflits pâtissent le plus de cette situation.

CAUSES DE BLESSURES VIOLENTES

Mitrailleuse



Fusil



Machette



Lance



Baïonnette



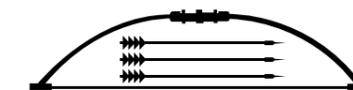
Couteau



Marteau



Arc et
flèche



Matraque



Obus



LE TRAITEMENT DE BLESSURES PAR BALLE

Parmi les patients présents en fin d'après-midi se trouvait un homme, âgé d'un peu plus d'une vingtaine d'années, avec une blessure par balle au bras. Après induction de l'anesthésie, je pouvais voir un trou de 5 cm dans la zone médiane de la partie supérieure du bras. Je pouvais voir à travers le bras. L'humérus était fracturé, avec les deux extrémités face à face à 180° et un trou visible. Sans radio, impossible de voir combien d'os, s'il en restait, manquait. J'ai débridé la peau et la graisse, découpé les morceaux de muscles dévitalisés rattachés aux fragments d'os et nettoyé la plaie. J'ai vérifié qu'il n'y avait plus d'hémorragie et ai placé un pansement suivi d'une attelle en plâtre. Comme tous nos patients blessés par balle, cet homme repassera au bloc opératoire après quatre ou cinq jours pour réévaluation. Dans le cas de blessures relativement bénignes sans lésion osseuse ou infection seconde, nous refermons la peau au moment de la seconde opération. Dans le cas de blessures plus importantes, nous attendons que le patient soit prêt pour une greffe de peau. Les patients présentant des fractures ouvertes reçoivent un fixateur externe au moment de la secondaire opération (ce qui est le cas de notre patient si nous voulons sauver son bras). Il existe une différence significative entre une blessure causée par une arme de poing et un fusil militaire. En comparaison avec les blessures que l'on voit aux États-Unis, celles de Rutshuru se caractérisent par des trous plus importants et davantage de destruction tissulaire. Les grandes armes font les grands trous.

Chirurgien MSF, Rutshuru, province du Nord-Kivu, avril 2013



Le peu de poches de sang disponibles à la « banque de sang » de l'hôpital de Lulimba seront utilisées pour les transfusions pendant la saison du paludisme ainsi que pour les urgences et les opérations chirurgicales. Province du Sud-Kivu, RDC, septembre 2013.

© Brendan Bannon

LES VIOLENCES ET LES ABUS À L'ENCONTRE DE CIVILS

Dans l'est de la RDC, MSF a vu les conséquences et a entendu des récits de première main relatant des attaques ciblées, des contre-attaques et des massacres perpétrés par différents groupes armés.

Pendant les périodes de flambées de violences, le personnel de MSF accueille un grand nombre de patients présentant des blessures graves. Fin 2012, des violences ont éclaté à Masisi et dans les environs. En novembre de la même année, l'hôpital général de Masisi a traité deux fois plus de patients souffrant de traumatismes, de blessures et de brûlures causés par des violences que pendant chacun des deux mois précédents.* 25

« J'ai trouvé les corps d'une femme et d'un enfant. La femme était ma voisine et l'enfant était le mien. Ils étaient ligotés et portaient des traces de coups de machette et de couteau, il y avait du sang partout. Mon enfant était un garçon d'un an. »

Père d'un enfant mort lors d'une attaque, Mpeti, province du Nord-Kivu, mai 2013

« Nous avons attendu que les tirs cessent avant de sortir de la pièce. Nous avons alors vu que tout le monde n'avait pas eu notre chance. Une femme gisait par terre et criait. Le bébé qu'elle portait sur le dos avait été touché par une balle. La balle était entrée sous le nez du bébé et était ressortie par l'arrière de la tête. La petite fille était morte sur le coup. On aurait dit qu'elle était endormie. Mais son corps était déjà froid. »

Travailleur humanitaire, Pinga, province du Nord-Kivu, août 2013

* En novembre 2012, les équipes ont traité 77 patients, contre 43 en octobre 2012 et 36 en septembre 2012.

INSÉCURITÉ ET VIOLENCE

L'insécurité et la violence impliquent un risque supérieur d'épidémie, d'infections des voies respiratoires, de paludisme, de diarrhée, de malnutrition, de maladies sexuellement transmissibles, de VIH/SIDA et de maladies chroniques devenant aiguës ou pharmacorésistantes.

Épidémies



Décès maternels



Infections des voies respiratoires



Paludisme



Diarrhée



Malnutrition



Maladies sexuellement transmissibles



VIH/SIDA



Les maladies chroniques devenir aiguës ou résistant aux médicaments



Au loin la foudre frappe alors qu'une tempête approche au crépuscule dans le village de Shamwana. Province du Katanga, RDC, septembre 2013.

“

Les civils signalent qu'ils subissent régulièrement des abus, des agressions et l'extorsion de fonds en échange de protection et de droit de passage. Les gens sont obligés d'emporter avec eux des biens pour les hommes armés, et ceux-ci extorquent de la nourriture et de l'argent. Des femmes sont parfois enlevées pour servir d'esclaves.

”



NOMBRE D'INTERVENTIONS CHIRURGICALES RÉALISÉES

2007	2008	2009	2010	2011	2012
11 772	10 479	11 817	13 596	15 215	14 768

TOTAL



Nyirambabazi, 30 ans, vit dans le camp de Kahe et est enceinte pour la première fois. Ses voisins l'ont transporté à l'hôpital de St Benoit de Kitchanga. Cela leur a pris six heures à pied. Province du Nord-Kivu, RDC, septembre 2013. © Giulio Di Sturco

Parmi les blessés admis dans les hôpitaux MSF se trouvent des soldats, des membres de milices armées et des civils. Les équipes de MSF soignent souvent des civils directement ciblés par des attaques ou pris dans les combats.

Les civils signalent qu'ils subissent régulièrement des abus et des agressions. L'extorsion de fonds de la population en échange de protection et de droit de passage est une pratique commune. Les gens sont obligés d'emporter avec eux des biens pour les hommes armés. Ceux-ci extorquent de la nourriture, des équipements de cuisine, de l'argent et des téléphones portables. Des femmes sont parfois enlevées pour servir d'esclaves.

« Ma femme a pu passer sans payer parce qu'elle était enceinte et qu'elle devait aller à l'hôpital pour accoucher. Moi, je devais payer. Au retour, la milice ne voulait pas nous laisser passer. Nous devons payer tous les trois, ma femme, le bébé et moi.

Homme, Kivuye, province du Nord-Kivu, décembre 2012

“ Les groupes armés ne semblent pas faire de distinction entre civils et combattants. ”

VIOLENCES SEXUELLES

MSF soigne plus de survivants de violences sexuelles en RDC que dans n'importe quel autre pays du monde.²⁶ En 2012, les équipes de MSF ont apporté des soins médicaux à un total de 4 037 femmes, hommes et enfants victimes de violences sexuelles en plusieurs lieux où MSF était présent. Le nombre de cas n'a pas diminué ces cinq dernières années.²⁷

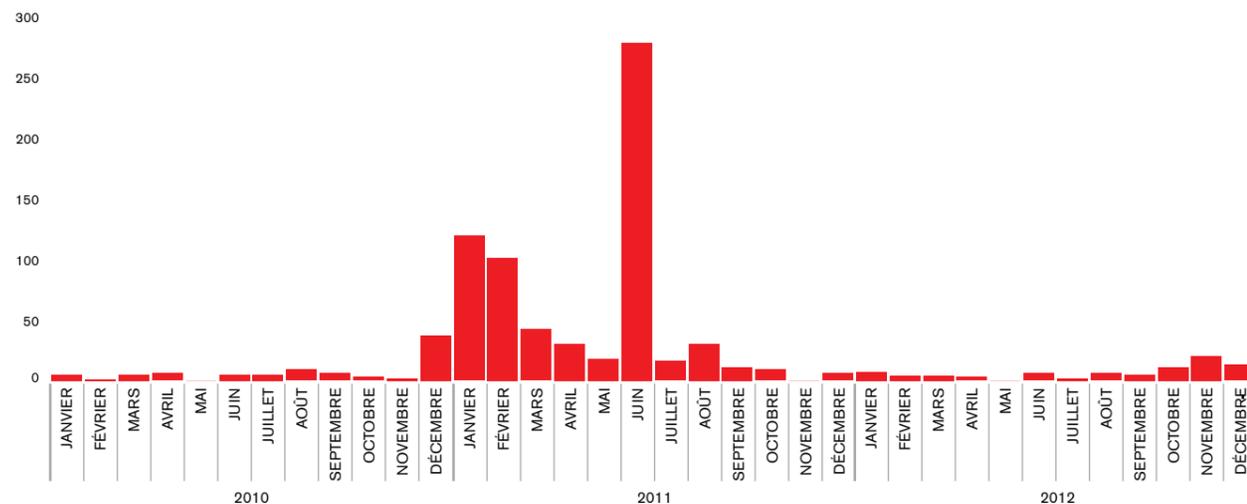
Outre les traumatismes physiques, les victimes de violences sexuelles sont exposées à des conséquences médicales importantes, comme le risque d'infection au VIH/SIDA et de graves complications pour la santé reproductive. Les femmes enceintes au moment d'une agression peuvent perdre leur enfant.

Les survivants sont également confrontés aux conséquences psychosociales des violences sexuelles qu'ils ont subies. Celles-ci peuvent causer des angoisses, des cauchemars et des troubles psychosomatiques. L'opprobre qui peut peser sur le viol entraîne parfois un phénomène de rejet de la part de la famille et de la société, avec pour conséquence un sentiment de honte, l'isolement social et la précarité économique.

Les équipes médicales de MSF ont observé que l'incidence des violences sexuelles tend à augmenter quand des soldats et des groupes armés arrivent dans une région. Fin 2012, MSF a constaté que la présence accrue de soldats et de groupes armés autour des camps de réfugiés de Mugunga à Goma a entraîné une situation d'insécurité chronique où les viols étaient monnaie courante.²⁸ En cinq semaines, entre décembre 2012 et janvier 2013, MSF a traité 95 victimes de violences sexuelles dans un camp, Mugunga III.²⁹ À la mi-janvier 2013, l'équipe de MSF avait traité 27 cas en un jour.³⁰

Certains projets MSF ont enregistré une forte recrudescence des cas signalés de violences sexuelles, révélant des viols collectifs. Le nombre de violences sexuelles signalées par l'équipe MSF de Baraka, province du Sud-Kivu, se situe en général entre un et vingt cas par mois. En janvier 2011, 119 cas de violences sexuelles ont été signalés et traités.³¹ Suite à un viol collectif le 1er janvier 2011 dans le territoire de Fizi, à près de 90 minutes de route de Baraka, l'équipe a traité 33 cas en deux jours.³² La même année, 278 victimes ont été prises en charge rien qu'au mois de juin.³³

Cas de violences sexuelles pris en charge par l'équipe MSF de Baraka, province du Sud-Kivu, 2010 à 2012



Source : Données recueillies par MSF sur les cas de violences sexuelles pris en charge chaque mois par l'équipe rattachée au projet de Baraka, province du Sud-Kivu, 2010 à 2012.

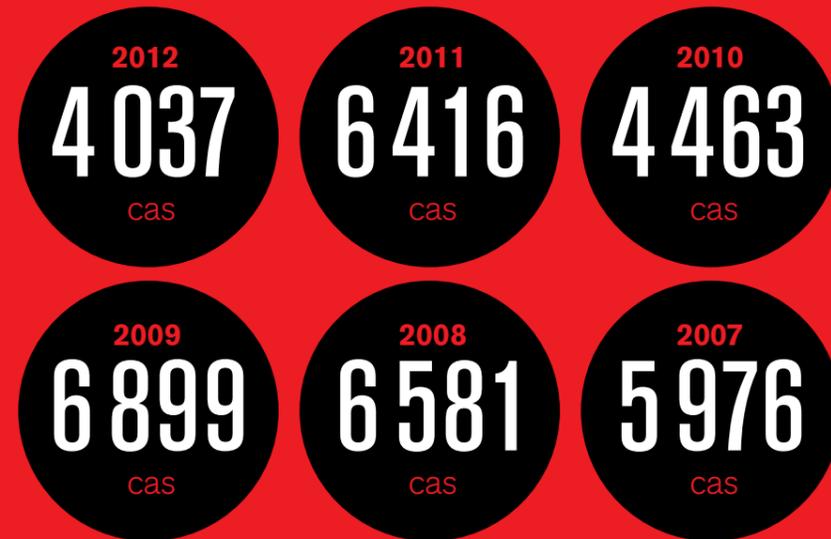
SURVIVANTS DE VIOLENCES SEXUELLES

Entre 2007 et 2012, MSF a traité

34 372



CAS DE VIOLENCES SEXUELLES EN RDC



Tous les cas ne sont probablement pas signalés.

En 2012, dans la Province du Nord Kivu, 5% des survivants de viol traités par MSF étaient des hommes et 8% étaient âgés de moins de 15 ans.



MSF PREND EN CHARGE LES ASPECTS SUIVANTS

- Examen physique
 - Traitement de plaies et de blessures
 - Contraceptifs d'urgence
 - Traitement d'infections sexuellement transmissibles
 - Traitement antirétroviral contre les risques de transmission du VIH/SIDA
 - Vaccinations contre l'hépatite B et le tétanos
 - Aide psychosociale
 - Dépistage du VIH
- Le temps est un facteur essentiel**
- La prévention du VIH doit commencer dans les trois jours suivant le viol
 - La contraception d'urgence dans les cinq jours
- MSF appelle toutes les personnes traitant des cas de violences sexuelles en RDC à se mobiliser et assurer des soins médicaux rapides, de qualité et adéquats aux survivants.**



Les survivants déclarent avoir été attaqués :

- Au retour du marché
- En cherchant de la nourriture dans les champs
- En cherchant du bois pour faire du feu
- Dans des camps pour personnes déplacées ou aux alentours
- Dans des villages

CONSÉQUENCES MÉDICALES

- VIH / SIDA
- Grossesse non désirée
- Infections sexuellement transmissibles
- Graves complications en matière de santé reproductive
- Fausse couche

CONSÉQUENCES PSYCHOSOCIALES

- Angoisses
- Cauchemars
- Douleurs psychosomatiques
- Isolation
- Honte
- Stigmatisation
- Difficultés socioéconomiques

MSF soigne plus de survivants de violences sexuelles en RDC

que dans n'importe quel autre pays du monde.



LA PRISE EN CHARGE DE SURVIVANTS DE VIOLENCES SEXUELLES

MSF apporte un soutien médical immédiat et spécialisé aux personnes souhaitant un traitement. Prodiguer des soins juste après un acte de violence sexuelle est important pour limiter certains risques sanitaires.

La prévention du VIH doit commencer dans les trois jours et la contraception d'urgence dans les cinq jours. Les services essentiels de soins à prévoir pour des survivants de violences sexuelles incluent l'examen physique, le traitement des plaies et blessures, le traitement d'IST éventuelles, le traitement antirétroviral pour éviter la transmission du VIH/SIDA et la vaccination contre l'hépatite B et le tétanos. Un soutien psychologique et des services de conseil volontaire et de dépistage du VIH sont également recommandés.

MSF remet aux survivants de violences sexuelles un certificat médical détaillant leur traitement. Si un patient souhaite engager des poursuites contre l'auteur du crime, le certificat peut servir de preuve devant le tribunal. Outre la parole de la victime, cette preuve est souvent le seul élément tangible.

Le secret médical doit être respecté dans la lutte pour la justice envers les survivants de violences sexuelles en RDC. À plusieurs occasions au cours des années écoulées, le personnel médical travaillant dans des centres soutenus par MSF a subi des pressions de la part d'enquêteurs afin de remettre des dossiers de patients, une pratique contraire au principe éthique du secret médical et de la législation congolaise en la matière.

MSF appelle toutes les personnes concernées par le problème des violences sexuelles en RDC à se mobiliser et assurer aux survivants des soins rapides et de qualité, et à toutes les personnes concernées par la lutte contre les violences sexuelles à intégrer le respect du secret médical dans leurs stratégies, leurs modes opératoires et leurs formations.

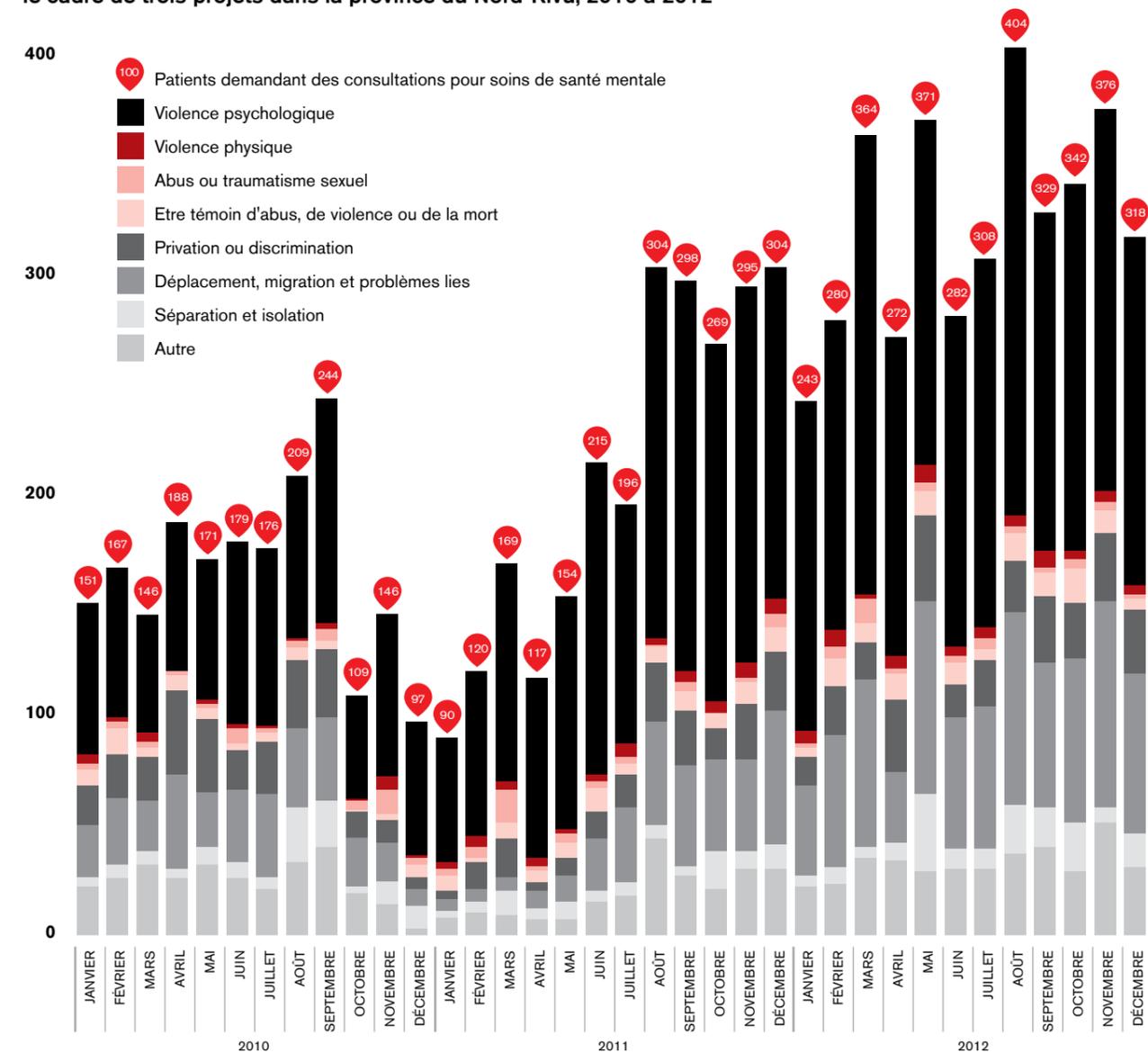
EFFETS DE LA VIOLENCE SUR LA SANTÉ MENTALE

Les problèmes de santé mentale se multiplient dans les régions touchées par les conflits de la RDC. Beaucoup de patients soignés par MSF présentent des symptômes post-traumatiques incluant des angoisses permanentes, des flashbacks, de l'insomnie, des pensées suicidaires, un sentiment de désespoir, des palpitations et des difficultés respiratoires.

Trois projets MSF dans la province du Nord-Kivu ont vu une nette recrudescence de nouveaux patients venant pour des consultations psychosociales. Les équipes constatent également un nombre croissant de patients demandant des soins de santé mentale à la suite d'événements traumatisants, tels que des blessures ou abus sexuels, des violences psychologiques, la vue d'abus, de blessures ou de morts (voir graphique sur la page suivante).

Une évaluation récente des besoins en soins psychologiques, principalement effectuée parmi des déplacés internes à Bibwe, province du Nord-Kivu, a révélé l'ampleur des violences auxquelles les répondants ont été exposés et des conséquences sur leur bien-être psychologique. Sur les 600 répondants, plus de 80 pour cent ont répondu avoir été victimes de violences³⁴ et près de 90 pour cent ont déclaré avoir assisté à un acte de violence.³⁵ 71 pour cent des répondants ont fait état de cauchemars³⁶ et 74 pour cent de flashbacks d'événements violents, au moins à quelques reprises.³⁷ Les personnes interviewées pour l'évaluation ont généralement utilisé le mot « massacre » pour décrire les violences.³⁸

Patients demandant des consultations de santé mentale et éléments déclencheurs dans le cadre de trois projets dans la province du Nord-Kivu, 2010 à 2012



Source : Données recueillies par MSF sur le nombre patients demandant chaque mois des consultations de santé mentale et leurs éléments déclencheurs rapportés dans le cadre de projets à Pinga, Mweso et Kitchanga, province du Nord-Kivu, 2010 à 2012. Une part de la baisse du nombre de consultations entre l'automne 2010 et le printemps 2011 s'explique par la suspension temporaire du projet de Kitchanga entre janvier et avril 2011.

DE LOURDES CONSÉQUENCES À LONG TERME

« Dans des circonstances aussi difficiles, personne ne s'étonnera que tant de gens souffrent de problèmes mentaux graves et invalidants et ne sont plus en mesure de prendre soin d'eux-mêmes ou de leurs proches. Certains passent la journée seuls, assis devant leur hutte, d'autres ne se lèvent plus. Pour beaucoup de personnes déplacées, les mariages et autres fêtes n'ont plus de raison d'être. Certains renoncent même à se faire soigner ou à faire soigner leurs proches. Une femme souffrant de graves brûlures est abandonnée dans sa lutte par sa famille. « Elle mourra de toute façon », disent-ils.

Cette situation ne doit pas nous étonner quand on sait que les crises de colère et les vengeances à l'encontre de témoins innocents font désormais partie intégrante de la vie quotidienne.

Des conseillers sont formés par MSF pour assurer un soutien psychosocial dans leurs propres communautés. Ils aident les personnes en détresse psychologique à reprendre leur vie en main et à réduire la sévérité de leurs symptômes de façon à ce qu'ils puissent de nouveau cultiver leurs terres, vendre et acheter des biens et participer à des activités communes. Au moyen d'une série de sessions individuelles ou en groupe, les conseillers abordent les symptômes psychosomatiques, les problèmes pratiques, les disputes familiales, le deuil, la perte, l'intensité d'émotions telles que la tristesse ou la colère.

Aider ces personnes à comprendre que leurs symptômes sont normaux au vu des circonstances qu'ils ont vécues est souvent un premier pas vers la gestion ou la résolution des problèmes.

Comme les autres soins prodigués par MSF en RDC, les services de soins psychologiques sauvent des vies. Ils aident les patients les plus traumatisés, les plus désespérés, à accepter leurs difficultés et à renoncer au suicide. Ceux qui appellent à la vengeance par des attaques et des tueries apprennent à trouver des moyens moins agressifs de gérer leur colère. Les soins psychosociaux permettent aux patients de retrouver leur dignité et de faire face à leurs expériences traumatisantes afin de guérir et d'éviter des problèmes de santé chroniques.

Certains patients marchent plus de 15 kilomètres pour participer aux réunions de suivi. La majorité des personnes qui demandent de l'aide va mieux. »

Conseiller MSF en santé mentale, Mweso, province du Nord-Kivu, 2011

Scène de rue à Mweso. Province du Nord-Kivu, RDC, septembre 2013.



© Giulio Di Sturco

“

Les soins psychosociaux permettent aux patients de retrouver leur dignité et de faire face à leurs expériences traumatisantes afin de guérir et d'éviter des problèmes de santé chroniques.

”

REPORT DE TRAITEMENTS MÉDICAUX VITAUX

MSF constate que, quand une zone est en proie à des flambées de violences, les gens renoncent à se rendre à un centre médical pour éviter d'être pris dans les combats. Les patients arrivent à un stade très avancé de maladie et ont souvent besoin de soins d'urgence.

« Tard dans la nuit, une femme présentait les symptômes d'une fausse couche. L'hémorragie était sévère. En raison des groupes militaires et armés infestant les routes, sa famille craignait de se déplacer la nuit et avait attendu le lendemain pour marcher les quelques heures jusqu'à notre hôpital. Elle arriva vers midi. Elle avait perdu tellement de sang que nous ne pouvions plus rien faire. Elle mourut dans les minutes qui suivirent son arrivée. »

Sage-femme de MSF, Mweso, province du Nord-Kivu, avril 2012

Pendant ces périodes, le nombre de consultations externes dans les centres MSF baisse subitement. En février 2012, une attaque à Shamwana, province du Katanga, par une milice armée a fait fuir une large part de la population. Le nombre de consultations effectuées dans le centre de santé de MSF à Shamwana a chuté pendant deux mois avant d'atteindre à nouveau un niveau normal en mai. Une deuxième série de combats en juin 2012 a causé une nouvelle baisse du nombre de consultations. Après plusieurs mois d'accès difficile, les consultations ont repris de plus belle en novembre 2012.

Pendant une période d'affrontements violents à Masisi, province du Nord-Kivu, en novembre et décembre 2012, une équipe de MSF travaillant à l'hôpital général de Masisi a observé une diminution du nombre de cas de violences sexuelles pris en charge. Une fois le calme revenu, le nombre de cas traités en janvier 2013 était deux fois plus élevé qu'en décembre. Près d'un tiers de ces patients a déclaré avoir été victime d'attaques plus d'un mois auparavant, soit pendant la période d'affrontements violents.³⁹

MANQUE DE PROTECTION

L'expérience de MSF montre que les abus perpétrés par des groupes armés et le ressentiment populaire grandissant face au manque de protection des civils ont contribué à un environnement où les gens n'ont plus d'autre recours que de régler eux-mêmes leurs problèmes par la violence. Le rétablissement de l'ordre par la violence entre civils est devenu la norme dans beaucoup d'endroits où MSF est active. Des cas de malfaiteurs suspects brûlés vifs ou lynchés par une foule déchaînée ne sont pas rares.

« Je viens de voir un homme écartelé. Je croyais que c'était juste un banal accident, ce matin, mais tout d'un coup, des coups de feu ont été tirés sur un motard et son passager, à quelques kilomètres de la ville... Les gens se sont rendus sur les lieux de l'accident et se sont attaqués aux bandits suspectés. Ils ont été tués sur place avec des pierres et des bâtons. Toute la ville était sortie, plus de 50 000 personnes chantaient et paradaient dans la rue. Quelques instants plus tard, les membres des bandits arrivaient dans la ville. Les têtes, les bras, les organes internes, tout était exhibé dans la rue principale de la ville. Les enfants couraient derrière les motards et s'amusaient à porter les doigts des bandits comme si c'était leurs nouveaux jouets. C'était l'événement de la journée. La pluie a mis fin aux festivités dans l'après-midi. »

Travailleur humanitaire, Kitchanga, province du Nord-Kivu, septembre 2012

En raison du manque de protection dans certaines régions de la RDC, des groupes contrôlant des territoires organisent la protection des habitants en échange d'une rémunération.

« La FDDH [Force de défense des droits humains] organise la sécurité à Mweso. Cette « autorité » quasi-officielle repose sur un accord entre le groupe armé et la population locale. En échange d'une contribution de 1 200 francs congolais par mois

par ménage, le groupe protège la population. Cette protection s'organise suivant des clivages tribaux. La sécurité des habitants n'est pas garantie dans la zone voisine, sauf s'ils paient. Les habitants jouissent d'une protection, mais perdent leur liberté de mouvement. Sur la portion de route menant Kashuga, ils courent le risque d'être « taxés » par trois acteurs différents. Une situation qui ne fait que compliquer encore l'accès aux soins de santé. »

Coordinateur de projet MSF, province du Nord-Kivu, mai 2013

En cas de flambée de violences, les gens quittent leurs maisons et leurs villages en panique et cherchent à se protéger dans les forêts avoisinantes ou dans les églises, les écoles ou les hôpitaux. Beaucoup de complexes hospitaliers de MSF au Congo sont entourés de barrières de bambou ou de canisse qui peuvent être piétinées par des foules cherchant à se protéger.

En avril 2012, quelques milliers de personnes ont passé la nuit dans un complexe hospitalier de MSF dans le Nord-Kivu après que les combats entre l'armée congolaise et des groupes rebelles ont éclaté dans la ville de Mweso.

« Après plus d'une heure de tirs soutenus venant des collines, les tirs semblaient s'approcher, ils venaient clairement de la ville. Nous savions que toute la ville allait se réfugier à l'hôpital, mais nous n'étions pas préparés à la vitesse à laquelle les gens affluèrent. Ils frappaient à la barrière, étaient pressés contre les grilles tandis que d'autres passaient par-dessus la barrière de derrière. Notre équipe n'était pas en mesure de contenir cette foule massive. En quelques minutes, deux à trois milles personnes se trouvaient derrière l'hôpital, là où se trouvent les dépôts, les générateurs et tous les objets qui ne concernent pas directement les patients. Nous avons commencé à bloquer les entrées de l'hôpital pour éviter que la foule ne se mélange aux patients malades.

Personne n'allait quitter le complexe et nous les avons aidés à préparer la nuit. Nous n'avons pas de nourriture ou d'abri à prodiguer, mais la plupart avaient heureusement emporté de quoi manger. Chose importante, les toilettes étaient accessibles et nous avons mis à disposition un réservoir d'eau potable. »

Coordinateur de projet MSF, Mweso, province du Nord-Kivu, mai 2012

En février 2013, des milliers de Congolais ont fui leurs maisons à la suite de combats entre les forces gouvernementales et les milices Mai-Mai dans la province du Katanga. Près de 500 personnes ont trouvé refuge dans l'hôpital MSF de Shamwana, où ils ont vécu à même le sol pendant plusieurs semaines. Face à la difficulté de garantir une hygiène minimale et à la crainte d'épidémies, l'équipe médicale a réussi à convaincre les gens de s'installer juste à l'extérieur du complexe en attendant de se sentir suffisamment en sécurité pour rentrer chez eux.

LES DIMENSIONS ETHNIQUES DE LA VIOLENCE DANS L'EST DE LA RDC

MSF ne collecte pas systématiquement de données concernant les origines ethniques ou linguistiques des patients, ces informations n'ayant pas de but médical. Dans les provinces du Nord-Kivu et du Sud-Kivu, les témoignages de nos patients révèlent cependant que certains actes de violence ont un caractère résolument ethnique.

Les équipes de MSF ont observé que cette dimension ethnique a des conséquences sur les déplacements de populations. Les gens se réfugient dans des régions où ils se sentent en sécurité, dans leur propre communauté ou une communauté amie et loin des groupes par lesquels ils se sentent menacés. Ces regroupements procurent une sécurité relative, mais exposent davantage les populations à des attaques ciblées.

“

Nous ne savons pas d'où ils sont venus. Ils se sont mis devant nous en criant « Nous sommes les Raia Mutomboki. Nous allons tuer tous ceux qui parlent le kinyarwanda. » Il y en avait partout, c'était tous des hommes. Ils avaient des armes à feu, des lances, des machettes. Ils ont commencé à frapper les gens avec leurs machettes et à tirer. Ils frappaient et tiraient sur tous ceux qui étaient sur leur chemin. Nous avons tous fui.

”

“

Ils chantaient « Nous sommes des Kifuafuas ». Ils avaient des armes à feu, des lances et des machettes. Après l'attaque, ils ont mis le feu à toutes les maisons. Nous avons fui dans la forêt. J'avais mon fils avec moi, qui avait été blessé par balle. Plus tard, nous sommes revenus pour enterrer les hommes et soigner les blessés. Neuf de mes enfants étaient morts. Ils avaient été tués à coups de machettes et de lances. J'ai compté 49 morts. Je connaissais certaines personnes qui nous avaient attaqués. C'était des Bahunde et des Batembo, qui étaient nos voisins (dans les collines et les villages des environs). Depuis l'attaque, nous avons marché à travers la forêt. Mon fils n'a reçu aucun soin pour sa blessure par balle et ma femme souffre de diabète et est malade.

”

“

Nous sommes des réfugiés du Rwanda.... Depuis plus de 18 ans, nous vivons dans les forêts comme des bêtes traquées, sans abri ou protection.

”

“

De Mutongo à Pinga, nous étions dans la forêt pendant deux mois. Nous n'avons aucun accès aux soins. Les enfants ne pouvaient pas jouer, ils se servaient des pierres pour moudre le manioc pour ne pas attirer l'attention des voleurs.

”

“

J'ai fui à cause de la guerre. À Kato, les Mai-Mai nous escroquaient et les FARDC volaient nos chèvres. Nous devons partir. Certains ont fui dans la forêt.

”

“

Ils ont vu beaucoup de violences, dont des violences sexuelles commises par plusieurs groupes armés. Les problèmes psychologiques sont fréquents en raison des violences et de l'insécurité. Des miliciens ont pillé le centre médical et l'école. Les routes sont en très mauvais état. L'insécurité est élevée ici et les milices recrutent régulièrement des enfants de force. Elles viennent et les prennent avec eux. Ensuite, ils reviennent pour piller la famille et les voisins. C'est un grand problème pour toute la communauté.

”

“

Nous ne nous sentons absolument pas en sécurité. Si les gens ne sont déjà pas en sécurité dans la ville, comment pouvons-nous être en sécurité ? Nous prions Dieu pour qu'il nous vienne en aide, nous n'avons plus aucune foi dans l'homme. Les hommes armés peuvent et pourront prendre tout ce qu'ils veulent.

”

“

Il y a environ 3000 familles qui meurent pratiquement de faim. Depuis que les attaques ont repris, nos familles ont toutes les difficultés à trouver à manger. Nous n'avons que des feuilles à mâcher. Pendant notre fuite face à la violence, des groupes armés ont volé nos ustensiles de cuisine. Nous n'avons qu'une cuisine pour 15 familles. Il est impossible de préparer à manger pour nous tous. Trouver de l'eau potable est également très difficile pour nous. Nous avons de bons contacts avec la population locale, mais ces familles sont également victimes de notre présence. Il n'y a pas assez à manger pour nous tous. Les personnes âgées ne peuvent rejoindre le centre de santé, qui est trop loin. C'est très difficile de porter un malade dans la forêt. Il n'y a rien pour les femmes enceintes. Rien avant, pendant ou après l'accouchement. Beaucoup sont en proie à des angoisses parce qu'ils ont vécu des choses horribles.

”

LES DIMENSIONS ETHNIQUES DE LA VIOLENCE

Budidi Baritome, 14 ans, vient de Kivuye. Les affrontements dans son village ont commencé à trois heures du matin. « J'accompagnais ma sœur aux toilettes quand un homme a subitement fait irruption et m'a tiré dessus en disant que j'étais d'une tribu Tutsi. Je suis tombé à terre et je ne sais pas qui m'a amené à l'hôpital. Maintenant, mes jambes sont paralysées. Notre maison a été incendiée et tous nos biens ont été volés. Je ne pense pas que j'y reviendrai un jour... »

« Il y a trois mois, nous n'avions pas dormi et avons passé la nuit dans la forêt, sous les étoiles. Ici, c'est plus sûr pour nous. Pour l'instant, la FDLR nous protège, mais j'ai peur que Janvier et Cheka viendront aussi nous chercher ici. »

Personne déplacée, Bibwe, province du Nord-Kivu, décembre 2012

Plusieurs témoignages recueillis par MSF laissent apparaître que les violences ethniques ou linguistiques, ou la menace de telles violences, constituent une cause majeure de déplacements.

« Ils parlaient une langue « sophistiquée » et nous ne comprenions pas ce qu'ils disaient. Ils sont venus dans le village et les hommes du village leur ont demandé qui ils étaient. Ils ont répondu « Nous sommes les Raia Mutomboki. Nous allons tuer tous ceux qui parlent le kinyarwanda. » Ils venaient de partout, de chaque coin. Nous ne savions où aller. Nous n'avions d'autre choix que de courir sous le feu des balles. J'ai pris mon bébé (neuf mois), qui n'était même pas habillé, et ma fille et nous avons couru. Tout le monde courait comme il pouvait. »

Personne déplacée, Masisi, province du Nord-Kivu, juin 2012

« J'ai quitté mon village de Remeka, dans le territoire de Masisi, le 18 avril [2012]. J'ai dû fuir. Les FDLR avaient attaqué notre village, violé les femmes et mis le feu aux maisons, parfois avec les habitants encore dedans. Ils nous ont attaqués parce que nous sommes des Tembo. Quand nous sommes arrivés à Ngungu, les Mai-Mai Nyatura nous ont dit de partir. Ils nous ont dit qu'ils étaient des Hutus, comme les FDLR, et qu'ils s'attaquaient également aux Tembos. Il nous a fallu cinq jours pour atteindre [le camp de déplacés de] Mugunga. Nous étions à pied et devons porter les enfants et des objets pour préparer à manger et nous abriter. Nous marchions le jour et dormions la nuit, auprès de familles d'accueil et dans la forêt. »

Personne déplacée, Mugunga I, près de Goma, province du Nord-Kivu, décembre 2012

LES VIOLENCES CONTRE LES TRAVAILLEURS HUMANITAIRES ET LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Les populations et les groupes armés acceptent généralement les services hospitaliers assurés par MSF, mais le respect des travailleurs humanitaires, des transports, des biens et des équipements hospitaliers n'est pas gagné d'avance.

Des hommes armés sont parfois entrés dans nos hôpitaux pour chercher des ennemis, des patients ont été agressés, des postes sanitaires pillés, des cliniques abandonnées par les personnels de santé fuyant les menaces et les violences.

Une analyse interne récente portant sur des problèmes de sécurité survenus dans le cadre de 12 projets dans les provinces du Nord-Kivu, du Sud-Kivu et du Katanga a permis de mettre en avant toute une série d'incidents, dont des agressions, des tirs croisés où les travailleurs humanitaires se sont retrouvés entre deux feux, des vols à main armée, des tentatives de rapt, des intrusions armées, des arrestations, des vols et des incidents impliquant des véhicules.

« Tout le monde devait s'entasser dans une pièce beaucoup trop petite, les patients qui venaient d'être opérés, les malades, les personnes âgées, les enfants et le personnel de l'hôpital... J'entendais les tirs qui s'approchaient. Nous savions que des hommes se trouvaient à l'extérieur. Les gens tremblaient et pleuraient, mais tout le monde restait silencieux... À voix basse, j'ai envoyé un appel terrifié à la base pour signaler que des hommes étaient dans l'hôpital. Tout à coup, nous avons entendu des hommes entrer dans la pièce d'à côté. Nous entendions des gens de l'autre côté crier qu'ils étaient des civils. Terrifié, j'ai retenu ma respiration en attendant leur exécution. Après environ 40 minutes, un médecin congolais est entré et nous a dit que les attaquants s'étaient retirés. Les gens dans la pièce d'à côté avaient été épargnés. Un homme avec une machette avait fait irruption, mais était reparti quand il avait vu qu'il n'y avait que des civils. »

Médecin MSF, Pinga, province du Nord-Kivu, août 2013

Dans les régions touchées par les conflits, les personnels congolais travaillant pour MSF sont souvent à la fois travailleurs humanitaires et victimes. Beaucoup craignent pour leur sécurité. Lorsque des combats intenses ont éclaté en 2012 à Pinga, dans la province du Nord-Kivu, la majorité du personnel congolais de MSF a pris la fuite avec des milliers d'habitants de la ville pour se mettre en sécurité.

Confrontés à des conditions extrêmement difficiles, les professionnels de la santé du Ministère congolais de la santé travaillant dans les régions touchées par les conflits sont exposés aux violences et aux maladies.

« Nous avons l'habitude de communiquer ouvertement. Nous partageons des informations au sein de notre équipe. Mais des groupes armés ont commencé à nous accuser de collaborer avec l'ennemi. Nous avons pris peur. Nous avons peur de parler. Trois membres du personnel MSF ont dû partir. Ils auraient été tués s'ils étaient restés. Nous pensions tous que nous serions les suivants, que ce seraient notre tour. »

Membre du personnel congolais de MSF, Pinga, province du Nord-Kivu, novembre 2013

Ces dernières années, les violences et les menaces à l'encontre d'équipes de MSF ont justifié la suspension temporaire et, dans certains cas, l'arrêt définitif de programmes médicaux. Quand un programme médical est suspendu, les gens vivant dans la région concernée n'ont aucune autre ressource médicale vers laquelle se tourner.

Suite à un grave problème de sécurité, le projet Kitchanga de MSF dans la province du Nord-Kivu a été entièrement suspendu pendant une partie de 2011. Dans le cadre de ce projet, 6 000 à 8 000 patients étaient examinés par mois et la suspension a eu des répercussions directes pour des milliers de personnes.

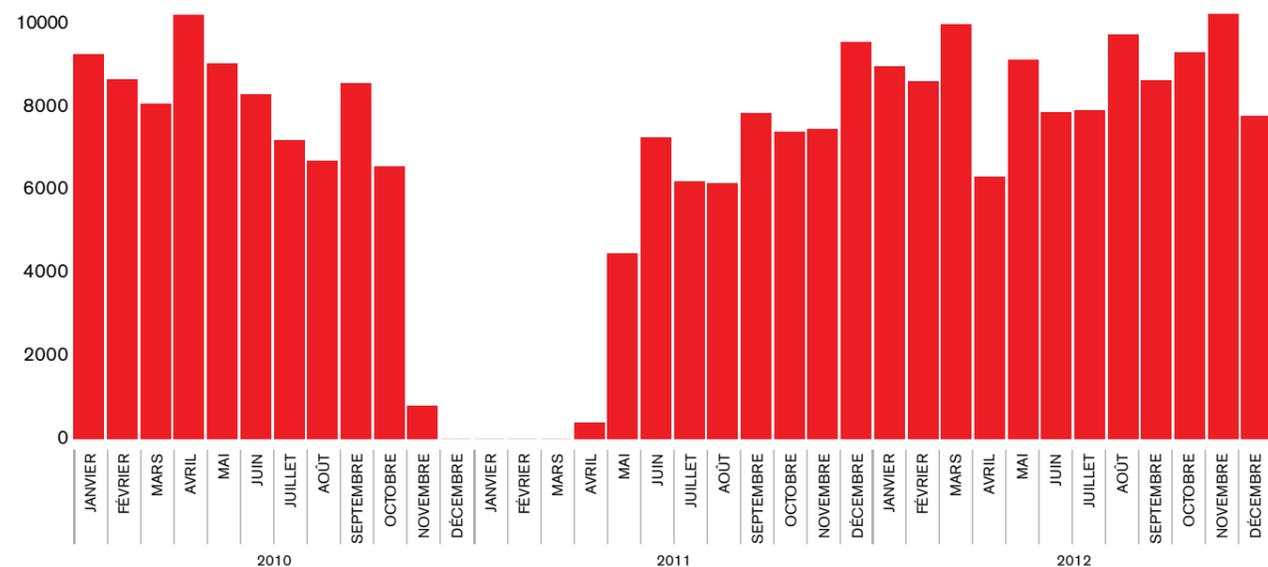
Au début de 2013, les activités médicales itinérantes en faveur de milliers de patients ont été suspendues pendant deux mois et demi à Mweso, province du Nord-Kivu, à la suite d'un grave problème de sécurité.

« La suspension de nos activités itinérantes à Kalembe et Kashuga a sérieusement impacté l'accès aux services de santé. En moyenne, nous voyions 750 patients par semaine. Pendant la suspension de nos activités itinérantes, le personnel du Ministère de la santé n'a compté que 30 consultations par semaine. Nous avons appris qu'au moins 30 personnes sont mortes pendant cette période. »

« Pendant la suspension des activités, nous avons été touchés par le soutien que nous avons reçu de la population. Vingt femmes des villes où se trouvaient nos centres de santé ont marché cinq heures pour nous faire part de leur respect, chanter, danser et nous supplier... de reprendre nos activités. Les gens sont à ce point désespérés. »

Coordinateur de projet MSF, Mweso, province du Nord-Kivu, mai 2013

Consultations externes assurées par l'équipe de Kitchanga, province du Nord-Kivu, 2010 à 2012



Source : Données recueillies par MSF sur les consultations externes assurées chaque mois par l'équipe rattachée au projet de Kitchanga, province du Nord-Kivu, 2010 à 2012.



L'équipe médicale menant des consultations au service malnutrition de l'hôpital MSF à Mweso. Province du Nord-Kivu, RDC, septembre 2013.

© Giulio Di Sturco

“

Vingt femmes des villes où se trouvaient nos centres de santé ont marché cinq heures pour nous faire part de leur respect, chanter, danser et nous supplier de reprendre nos activités.

”

LES SOINS MÉDICAUX SOUS LES TIRS

Les soins médicaux profitent à tout le monde et toute personne dans le besoin doit pouvoir y accéder. Les malades et les blessés ne sont pas des combattants. Selon l'éthique médicale, les professionnels de la santé doivent prodiguer des soins à tous les patients et doivent pouvoir intervenir librement et sans ingérence. Pour que les équipes médicales puissent travailler en toute neutralité et organiser leurs soins en fonction des besoins médicaux réels, les lieux de travail – ambulances, cliniques mobiles et hôpitaux – doivent demeurer des lieux sûrs et neutres.



Un bureau MSF incendié durant les récents combats à Kitchanga. Province du Nord-Kivu, RDC, septembre 2013.

DÉPLACEMENTS INTERNES – NULLE PART EN SÉCURITÉ

3

En décembre 2013, on estimait à 2,96 millions le nombre de personnes déplacées à l'intérieur de la RDC.⁴⁰ L'année précédente, la RDC comptait neuf pour cent de toutes les personnes au monde déplacées dans leur propre pays^{41,42} et plus de 25 pour cent des personnes déplacées dans leur propre pays sur le continent africain.^{43,44}

Près de 90 pour cent d'entre elles vivent dans l'est du pays, dans les provinces du Nord-Kivu et du Sud-Kivu, la province du Katanga et en Province Orientale.⁴⁵ Les provinces du Nord Kivu et du Sud-Kivu comptent à elles seules déjà près de 1,7 million de personnes déplacées dans leur propre pays, soit presque 60 pour cent de la totalité en RDC.⁴⁶ Les personnes déplacées représentent un groupe particulièrement vulnérable qui survit généralement en plein air ou avec très peu de protection contre les intempéries. Beaucoup ont été contraintes de quitter plusieurs fois leur maison en raison de violences et ont dû abandonner toutes leurs possessions pendant leur fuite.

LES DÉPLACEMENTS « CACHÉS » – HORS DE VUE ET HORS DE PORTÉE

L'expérience de MSF dans les régions reculées de l'est de la RDC, touchées par les conflits, montre que beaucoup de personnes déplacées restent près de chez elles.⁴⁷ Elles ont tendance à trouver refuge dans un endroit relativement proche,⁴⁸ dans la forêt ou auprès de familles d'accueil, et espèrent pouvoir revenir dès que la situation le permet.

Ces personnes sont souvent hors de vue et de portée des organisations humanitaires, qui se concentrent plutôt dans les zones urbanisées. Ces personnes luttent pour trouver de quoi manger et boire et ne bénéficient d'aucune aide humanitaire.

« Le plus urgent est de trouver à manger pour les anciennes et nouvelles personnes déplacées. Elles vivent auprès de familles d'accueil et dans un camp qui n'est pas officiellement reconnu et ne reçoivent aucune forme d'assistance. Des tensions existent entre les populations locales et les personnes déplacées parce qu'il n'y a pas assez à manger. »

Professionnel local de la santé, camp de Bibwe, province du Nord-Kivu, décembre 2012

Sans abri décent, sans installations sanitaires et (pratiquement) sans accès à des soins de santé, ces personnes sont particulièrement exposées aux risques de paludisme, de malnutrition, de maladies respiratoires et de diarrhée. Les jeunes enfants, les personnes âgées et les femmes enceintes sont les plus exposés.

EXPOSÉS AUX ÉLÉMENTS

Cécile (nom d'emprunt) de Kashuga a cinq enfants et vit dans le campement de fortune pour déplacés internes de Bulengo, dans la province du Nord-Kivu. Trois de ses enfants sont malades. Ils n'ont pas de couvertures pour s'abriter en cas de pluie, la dernière distribution de plastique datant de décembre 2012. Exposés aux éléments, les enfants tombent tout le temps malades. Les distributions d'aliments sont irrégulières. Les femmes doivent souvent quitter le campement pour essayer de vendre des bâtonnets. Ces femmes gagnent moins de 0,50 US\$ par jour et s'exposent à des risques de violences.



« La ligne de front ayant avancé, nous sommes retournés, mais tout avait disparu : les couvertures, les jerrycans, les bâches. La même chose est arrivée au camp de Kanyarucina, nous ont dit les gens. La vie est difficile ici. Nous recevons un peu à manger d'Oxfam et d'ICRC et de l'aide médicale de MSF... »

Personne déplacée, Mugunga I, près de Goma, province du Nord-Kivu, décembre 2012

LES DÉPLACEMENTS SONT MAUVAIS POUR LA SANTÉ

Manquant souvent d'eau, d'aliments et de produits de base, les personnes déplacées sont particulièrement vulnérables à la maladie. Les équipes MSF soignent beaucoup de patients dont l'état de santé est lié aux mauvaises conditions de vie, à l'insécurité alimentaire et au manque d'eau potable et d'installations sanitaires adéquates.

MSF dispose par exemple de cliniques mobiles à Katala, sur le territoire de Masisi, où environ 6 000 personnes vivent dans un campement de fortune. Celui-ci est situé à 2 000 mètres au-dessus de la mer et la température tombe à 15°C la nuit. Certaines familles reçoivent des couvertures en plastique à leur arrivée, mais la plupart vivent sous des abris qui ne les protègent pratiquement pas de la pluie et du froid. Au cours des premiers six mois de 2013, plus d'un quart des 5 190 consultations effectuées par MSF à Katala portait sur des infections respiratoires aiguës.

Les conséquences médicales des déplacements sont graves car les soins médicaux sont interrompus ou ne peuvent être prodigués.

« En novembre 2012, une femme de 35 ans présentant une dystocie d'obstacle a été amenée sur une civière en bambou à l'hôpital de Pinga. Les médecins ont procédé à une césarienne d'urgence, sauvant ainsi la vie de la mère et de l'enfant. Le lendemain, des combats ont éclaté dans la ville

L'INSÉCURITÉ ET L'AIDE HUMANITAIRE INADÉQUATE DANS LES CAMPS

Parmi les patients soignés par MSF dans les nombreux camps de déplacés internes, certains sont arrivés récemment et d'autres y vivent depuis plusieurs années. Certains y sont nés et ne connaissent rien d'autre.

De manière générale, les conditions de vie y sont déplorables. Des abris temporaires n'apportant pratiquement aucune protection contre les éléments sont amassés les uns contre les autres sur un sol sans aucune végétation. Parfois, des familles entières se partagent quelques mètres carrés.⁴⁹ L'insécurité y est monnaie courante et les gens doivent se défendre constamment contre les pillages, les agressions et les violences sexuelles.

« Ce n'est vraiment pas sûr ici. Beaucoup de vols et pillages sont perpétrés par des groupes armés. Il y en a tous les jours. Les rebelles vivent à l'extérieur du camp mais viennent tous les jours pour abuser de nous et imposer des travaux forcés. »

Personne déplacée, camp de Kivuye, province du Nord-Kivu, décembre 2012

Bien que certains camps et campements offrent un accès à des services de base assurés par des organisations humanitaires, beaucoup de personnes ne reçoivent (pratiquement) aucune aide humanitaire.

MSF fournit de l'aide humanitaire à Bulengo, un campement de fortune accueillant environ 50 000 personnes déplacées à quelques kilomètres de Goma, dans la province du Nord-Kivu. En décembre 2012, une distribution partielle de couvertures en plastique a été organisée dans ce camp. Certaines personnes n'ont pas reçu cette aide et ont continué à vivre sans protection contre la pluie et le vent. De janvier à août 2013, près de 30 pour cent des consultations assurées par MSF à Bulengo portaient sur des infections respiratoires,⁵⁰ qui peuvent être causées ou aggravées par l'exposition aux intempéries.

entre des groupes armés et la patiente, paniquée, s'est enfuie de l'hôpital avec son bébé. Quelques jours plus tard, le calme étant revenu dans la ville, la patiente est revenue à l'hôpital avec une infection. Elle s'était cachée pendant plusieurs nuits dans la forêt dans de mauvaises conditions hygiéniques. Elle a immédiatement reçu des antibiotiques intraveineux, mais quelques jours plus tard, les combats ont repris et elle a retiré la perfusion intraveineuse et s'est de nouveau enfuie de l'hôpital. À son retour une semaine plus tard, son état était jugé grave (septicémie). La sage-femme et le médecin de MSF ont rapidement conclu qu'une ablation utérine s'imposait, l'utérus étant gravement infecté. Le taux d'infection élevé fragilisait le tissu et présentait un risque élevé d'hémorragie. Elle avait besoin d'un gynécologue spécialisé capable d'effectuer l'opération. Ils ont essayé d'organiser un transfert de la patiente par avion vers un hôpital spécialisé du chef-lieu de la province, Goma. Mais ce jour-là, des rebelles M23 avaient pris le contrôle de la ville et l'aéroport avait été fermé. Après avoir lutté contre la mort pendant trois jours, elle a pu être évacuée par un avion à destination de Bukavu, le chef-lieu de la province voisine. À son départ, elle était en danger de mort, mais l'opération a réussi et elle a pu rentrer à Pinga quelques semaines plus tard pour rejoindre les siens. »

Infirmière MSF, Pinga, province du Nord-Kivu, 2012

L'effet des déplacements sur le traitement de maladies chroniques est un sujet de préoccupation important. L'état clinique de patients atteints du VIH / SIDA ou de la tuberculose (TB) peut se dégrader rapidement ou devenir aigu si le traitement est interrompu. Les patients atteints de TB peuvent développer une pharmacorésistance difficile à

traiter. Les répercussions se font sentir bien au-delà du patient et représentent un risque réel pour la santé publique, puisque des groupes entiers peuvent être exposés à la maladie.

En janvier 2013, les combats entre l'armée congolaise et les milices Maï-Maï ont provoqué des déplacements massifs aux alentours du projet MSF de Shamwana. Des milliers de personnes ont fui la région. L'hôpital de MSF a été déserté et la plupart des patients atteints du VIH / SIDA, des patients tuberculeux et des enfants mal nourris suivant des programmes de nutrition ont abandonné leurs traitements.

« À la suite des récentes violences entre la FARDC et les milices Maï-Maï, des milliers de personnes ont pris la fuite en direction de Mpiiana... Les femmes qui ont fui ne pouvaient plus accéder à leurs champs. Elles étaient complètement coupées de leurs moyens de subsistance et n'avaient plus rien à vendre sur le marché. Elles n'avaient d'autre choix que de se vendre. Certaines suivaient un traitement antirétroviral, ont eu des rapports non protégés et sont revenues enceintes. »

Médecin MSF, Shamwana, province du Katanga, juillet 2013

La majorité des patients, à quelques exceptions près, n'est pas revenue à l'hôpital de Shamwana. Encore aujourd'hui, l'équipe MSF s'efforce de retrouver les patients dont le traitement a été interrompu.

Au moment où les combats ont éclaté, MSF soignait en moyenne 1 000 patients par semaine contre le paludisme à Shamwana. Ces patients — la plupart âgés de moins de cinq ans — n'ont plus accès à des soins médicaux parce qu'ils se cachent dans les forêts avoisinantes.

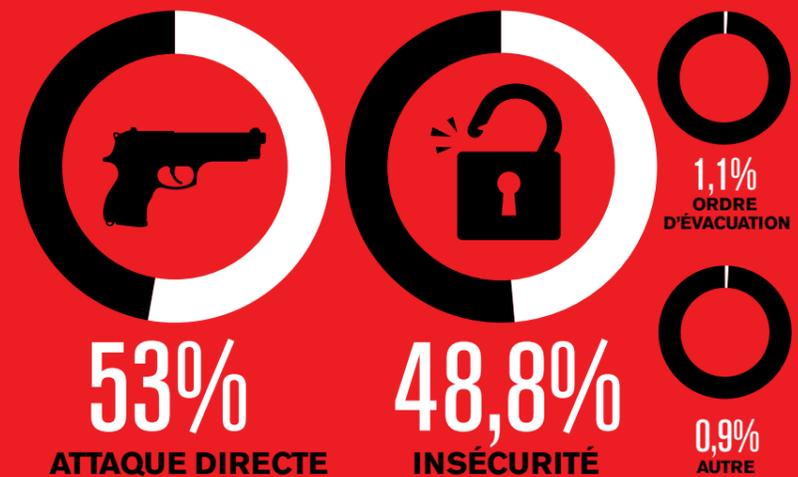
Les combats et les déplacements qui ont suivi ont également interrompu la campagne de vaccination contre la rougeole menée par MSF dans la province du Katanga en septembre 2012, exposant ainsi des milliers d'enfants à cette maladie.⁵¹

DÉPLACÉS INTERNES EN RDC

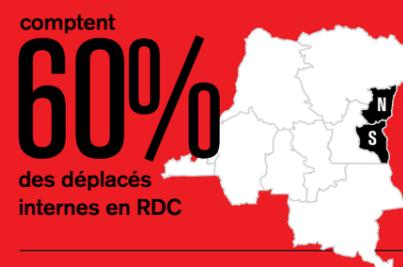
RAISONS DU DÉPLACEMENT

Étude de mortalité MSF à Walikale, province du Nord-Kivu, juin 2013

En 2013, MSF a mené une étude sur les raisons des déplacements dans une région donnée de la province du Nord-Kivu. Sur les 4 000 répondants, environ 42% ont déclaré avoir été déplacés au cours de l'année écoulée et 28% être actuellement en cours de déplacement. De ceux qui ont été déplacés, la majorité (53%) ont répondu avoir fui leurs villages en raison d'une attaque directe. 49% des répondants ont indiqué que l'insécurité générale était la raison de leur déplacement au cours de l'année écoulée.⁵²



LE NORD-KIVU ET LE SUD-KIVU



À PROXIMITÉ



Les gens ont tendance à rester à proximité de leurs villages. Des études menées sur le terrain par MSF dans la province du Nord-Kivu en 2009 ont révélé que les gens se déplacent pendant globalement une demi-journée à une journée et demie avant de trouver un endroit sûr.⁵³

BESOINS DE BASE

Qu'ils vivent dans des camps de fortune ou dans des camps officiels, les déplacés internes ont besoin d'un minimum vital :



L'aide humanitaire doit privilégier une prise en charge rapide, flexible et appropriée des besoins de tous les déplacés internes en RDC.

En décembre 2013, on estimait à

2,96 MILLIONS

le nombre de personnes déplacées en RDC.



ENVIRONS 90% des personnes déplacées par la force se trouvent dans les provinces de l'Est (provinces du Nord-Kivu et Sud-Kivu, Province Orientale et province du Katanga).

Dans les camps, des familles entières vivent dans des abris temporaires sur des surfaces de quelques mètres carrés tout au plus.



Les gens vivant dans des camps sont beaucoup plus exposés aux risques :





MORT ET NAISSANCE DANS LA FORÊT

« Cette nuit-là, des rumeurs couraient qu'un groupe rebelle avait encerclé le village et passerait à l'attaque le lendemain. À cinq heures du matin, une fusillade a éclaté et les gens se sont mis à courir dans tous les sens. Certains se sont réfugiés à l'hôpital en pensant qu'ils y seraient en sûreté, mais la plupart se sont engouffrés dans les forêts aux alentours.

Une sage-femme congolaise travaillant à la clinique MSF a pris la fuite avec sa famille et a rejoint environ 40 personnes qui fuyaient ensemble à travers les rivières et la jungle dense et montagneuse. Une femme qui courait avec son bébé de dix mois sur le dos a été effleurée par une balle qui a tué son bébé.

Un garçon de 13 ans a également été touché par une balle et a été tué sur le coup. Sa famille s'est arrêtée pour enterrer le corps et le reste du groupe a repris la fuite pour finalement s'arrêter près d'une clairière, où ils sont restés pendant deux jours jusqu'à la fin de l'attaque de leur village.

Pendant ce temps, la sage-femme a examiné une jeune femme enceinte dont le bébé était sur le point de naître. La sage-femme avait pris avec elle une trousse d'accouchement qu'elle avait reçu de MSF et a pratiqué l'accouchement d'une petite fille. Elle a pincé et coupé le cordon ombilical et donné le bébé à la maman pour qu'il ait bien chaud. Ils n'avaient rien pu prendre avec eux et n'avaient pas de vêtements pour le bébé. »

Témoignage relaté à un médecin MSF, Pinga, province du Nord-Kivu, juin 2013

Un camp de déplacés dans les forêts autour de Kitchanga. Les gens ont fui le camp après que des combats ont éclaté dans la ville. Province du Nord-Kivu, RDC, septembre 2013.

FLAMBÉES ÉPIDÉMIQUES

4

Fin 2011, MSF a mené une intervention d'urgence dans la ville de Kinkondja, province du Katanga, en réponse au nombre élevé de cas de rougeole. L'équipe a vacciné plus de 65 000 enfants et a prolongé son séjour en 2012 pour soigner plus de 1 000 patients touchés par une épidémie de choléra. Pendant cette période, l'équipe, intriguée par le grand nombre de cortèges funéraires qui traversaient la ville chaque soir, a constaté qu'un grand nombre d'enfants mourraient du paludisme. Elle a alors lancé une initiative contre le paludisme et a soigné pendant les quatre mois suivants plus de 35 000 patients.

Chaque année, des épidémies éclatent en RDC. Dans la plupart des cas, le système de santé publique est incapable de prévenir ces flambées de maladie ou de les enrayer de façon adéquate.⁵⁵ Beaucoup souffrent et meurent de maladies évitables. Plus de 50 pour cent des enfants de moins de cinq ans trouvant la mort en RDC meurent de la diarrhée, d'infections aiguës des voies respiratoires inférieures et du paludisme.⁵⁶

Chaque année en RDC, MSF soigne des centaines de milliers de patients atteints de maladies telles que le paludisme, le choléra et le VIH. La prévention à long terme d'épidémies récurrentes suppose un engagement ferme de la part des autorités de la santé en RDC, des donateurs internationaux et des organisations d'aide.

CAUSES DE MORTALITÉ

Une étude rétrospective sur la mortalité, menée par MSF en 2013 à Walikale, dans la province du Nord-Kivu, a révélé que le paludisme et la fièvre (qui est une suspicion de paludisme) étaient la principale cause de mortalité officielle parmi la population observée, soit une incidence cinq fois supérieure à celle des blessures liées à des violences.

Causes officielles de mortalité parmi la population observée. Walikale, province du Nord-Kivu, RDC, juin 2013.

Paludisme ou fièvre (suspicion de paludisme)



Diarrhée



Traumatisme (violent) intentionnel



Problèmes respiratoires



Complications liées à la grossesse (jusqu'à un mois après la naissance)



Traumatisme (accidentel) non intentionnel



Autre



LES DÉFIS POSÉS PAR LES VACCINATIONS CONTRE LA ROUGEOLE EN RDC

La chaîne de froid : Pour que le vaccin contre la rougeole soit efficace, il doit être maintenu au froid. En RDC, la chaîne de froid est souvent interrompue dans les régions les plus reculées en raison de l'absence d'équipements adéquats ou d'électricité.

Taux de vaccination officiels : Bien que les taux de couverture officiels suggèrent qu'une large part du pays est protégée contre la rougeole, les épidémies récurrentes donnent une tout autre image de la réalité. Le discours officiel quant à la couverture des programmes de vaccination complique l'aide humanitaire dans la mesure où les négociations préalables aux autorisations peuvent retarder les mesures à prendre contre les épidémies.

Infrastructures : Les routes sont rares dans de nombreuses régions de la RDC et la plupart des gens n'ont pas de moyens de transport pour se rendre à un centre de santé. Les infrastructures de santé du pays sont souvent déficientes, manquent fréquemment de médicaments et ont toutes les peines à trouver du personnel qualifié.

Plusieurs facteurs contribuent à la gravité des épidémies de paludisme en RDC. Les régions les plus exposées ne reçoivent pas de moustiquaires. De plus, les quelques exemplaires mis à disposition peuvent être utilisés de la mauvaise façon. Beaucoup de centres de santé n'ont pas les fournitures nécessaires pour tester et soigner les patients et procéder à des tests de diagnostic rapides et des transfusions sanguines. En raison des ruptures de stocks fréquentes, les médicaments ne sont jamais disponibles en quantités suffisantes. Les coûts des services de santé en RDC peuvent également être prohibitifs (voir le chapitre 5, Manque de soins de santé).

Les déplacements ne font qu'augmenter le risque d'exposition au paludisme. En juillet 2012, MSF a suspendu un programme d'urgence à Walikale, dans la province du Nord-Kivu, à la suite de violents heurts entre l'armée congolaise et le groupe armé de Raia Mutomboki. Auparavant, les équipes de MSF soignaient plus de 1 000 cas de paludisme par semaine. Les activités médicales ont repris vers la mi-août 2012 et MSF a soigné plus de 4 000 patients contre le paludisme pendant le reste du mois. Les patients ont déclaré avoir été piqués par des moustiques alors qu'ils cherchaient à s'abriter dans la forêt.⁶⁷

ROUGEOLE



La rougeole est une maladie très contagieuse causée par un virus et transmise par des gouttelettes du nez, de la bouche ou de la gorge de personnes infectées qui toussent, éternuent et respirent.⁶⁸ Elle peut être fatale et est particulièrement mortelle pour les enfants de moins de cinq ans.⁶⁹

Les cas de rougeole sont évitables : le vaccin contre la rougeole ne coûte que 0,25 US\$ pour un enfant⁷⁰ et une seule dose suffit pour une bonne protection.⁷¹ Pourtant, depuis 2010, la RDC est touchée par une épidémie permanente de rougeole.⁷²

Chaque année, MSF vaccine des centaines de milliers d'enfants contre la rougeole et intervient quand une épidémie éclate quelque part dans le pays. Les défis qui se posent sont multiples.

Pour beaucoup d'habitants, la prévention et le traitement contre la rougeole sont hors de portée. Dans la zone de santé

de Yahuma en Province Orientale, le centre de santé a par exemple deux réfrigérateurs et une moto en panne pour desservir une région aussi grande que la moitié de la Suisse. La plupart des gens vivent dans des villages reculés et sous le seuil de pauvreté et ne peuvent donc voyager pour recevoir un traitement. En 2012, MSF a vacciné 76 000 enfants dans cette région dans le cadre d'une intervention d'urgence.⁷³

CHOLÉRA



Début 2013, MSF a pris des mesures d'urgence contre le choléra dans le chef-lieu de la province de Katanga, Lubumbashi, la deuxième ville de la RDC (plus d'un million d'habitants). Ces mesures d'urgence ont duré cinq mois et les équipes de MSF ont traité au total plus de 6 000 personnes.

Le surpeuplement et le manque d'eau potable, de collecte d'ordures et d'équipements sanitaires sont des circonstances qui favorisent l'apparition du choléra, une maladie diarrhéique causée par une infection intestinale due à la bactérie *Vibrio cholera*.⁷⁴ Le choléra est endémique dans cinq provinces de la RDC.⁷⁵

L'approvisionnement en eau et les installations sanitaires sont insuffisants dans beaucoup de villes et villages du pays.⁷⁶

La situation est particulièrement grave dans les camps de déplacés internes.⁷⁷

Fin 2012, MSF a réagi à une épidémie mortelle de choléra qui ravageait le camp de Kishusha, à Rubaya dans la province du Nord-Kivu, en soignant 830 personnes entre novembre 2012 et juillet 2013. La flambée était directement liée aux conditions de vie difficiles et à l'absence d'eau potable.

Des organisations d'aide spécialisées dans l'eau, l'hygiène et les installations sanitaires n'ont pu intervenir rapidement à Rubaya, favorisant ainsi l'éclatement et la propagation de l'épidémie de choléra. Fin juillet 2013, il n'y avait que 54 blocs de latrines pour une population de 14 000 personnes et près de la moitié des blocs étaient pleins.⁷⁸

VIH/SIDA



On estime à un demi-million le nombre de personnes infectées par le VIH en RDC.⁷⁹ Environ 243 000 entrent en ligne de compte pour un traitement antirétroviral (ARV). Même selon les projections les plus optimistes, seuls environ 30 pour cent y ont accès.⁸⁰

Bien que la prévalence du VIH soit considérée comme faible en RDC, la majorité des personnes devant faire l'objet en

urgence d'un dépistage et d'un traitement précoces ne peut y avoir accès. Au centre hospitalier de Kabinda à Kinshasa, MSF voit de nombreux patients avec de graves complications dues au manque de soins. Ces complications auraient pu être évitées si les patients avaient reçu un traitement ARV précoce.⁸¹ À Kinshasa, MSF prodigue des traitements ARV à 5 000 patients, soit environ 10 pour cent du nombre total de patients atteints du VIH / SIDA faisant l'objet de traitements en RDC.⁸²

« Souvent, des malades arrivent dans notre hôpital alors qu'ils sont déjà dans un état critique, le sida étant déclaré. Pour beaucoup, il est déjà trop tard : ils meurent littéralement devant nos portes. Vingt-cinq pour cent d'entre eux ne survivent pas et 39 pour cent des décès ont lieu dans les 48 heures. »

Médecin MSF, Kinshasa, novembre 2013

Les professionnels de la santé doivent élargir en urgence la couverture antirétrovirale et les autorités congolaises doivent respecter leurs engagements à garantir des services de prévention et des traitements gratuits aux personnes vivant avec le VIH. Les décideurs au niveau international doivent mobiliser les ressources nécessaires pour que les personnes infectées par le VIH puissent avoir accès à des ARV gratuits.

MANQUE DE SOINS DE SANTÉ

5

La RDC se situe depuis longtemps au bas de l'échelle de l'indice de développement humain. Depuis des années, le pays obtient des notes très faibles pour tous les indicateurs de santé, dont l'espérance de vie à la naissance,⁸³ le taux de mortalité des moins de cinq ans et la part des dépenses publiques allouée à la santé.⁸⁴ La dure réalité est que dans beaucoup de régions, les gens n'ont (pratiquement) pas d'accès à une aide médicale de qualité.

« La patiente de 23 ans était enceinte et était venue d'un petit village appelé Kilenge, où il n'y avait aucune infrastructure médicale. Le village est situé à 25 kilomètres de Kafumbe, où se trouve une petite clinique mobile. La clinique mobile n'est plus occupée depuis longtemps en raison des combats et du manque de personnel médical et de médicaments dans cette région.

La patiente avait ressenti des douleurs abdominales à la maison et s'inquiétait parce que la grossesse était à un stade avancé. Elle était allée à la maison de sa mère et une accoucheuse et un guérisseur traditionnels avaient été appelés. Pendant trois jours, cette femme avait bu des potions composées de différentes herbes et effectué des exercices physiques suggérés par le guérisseur pour faire naître le bébé. Le quatrième jour, le bébé n'était toujours pas né. Sa famille était très inquiète car la femme enceinte avait maintenant de la fièvre, sentait très mauvais et avait

de plus en plus mal. À 3 heures du matin, la famille a pris la direction de Shamwana, où MSF dispose d'un hôpital offrant des soins médicaux gratuits. Il avait fallu 48 heures à la famille pour rejoindre l'hôpital de MSF à pied. Elle a transporté la patiente sur une bicyclette et dix hommes et quatre femmes ont servi d'escorte en raison de l'insécurité sur les routes et des risques d'embuscade. À l'arrivée à l'hôpital de Shamwana, la patiente a immédiatement été transférée en chirurgie d'urgence. Une grave infection s'était déjà propagée dans tout le corps et le bébé était mort. Sans l'intervention chirurgicale de MSF, la femme n'aurait pas survécu. »
Médecin MSF, Shamwana, province du Katanga, février 2013

Dans les régions reculées, les centres de santé et les hôpitaux ne sont souvent pas fonctionnels.⁸⁵ Une large variété d'acteurs non étatiques — privés, confessionnels, nationaux et internationaux — offre désormais des services médicaux relevant traditionnellement de la compétence de l'État.⁸⁶ Dans un pays où l'obtention de soins médicaux est déjà difficile, les personnes ayant besoin d'une aide médicale dans les régions rurales touchées par les conflits sont confrontées à des obstacles considérables. La majorité des ONG du domaine de la santé opère dans les centres urbains ou aux alentours.

En raison du système généralisé de recouvrement des coûts appliqué par les organisations de la santé publique et des professionnels privés de la santé, les gens doivent payer leurs traitements, ce qui représente un obstacle financier majeur pour des patients vulnérables essayant d'accéder aux quelques services disponibles, en particulier en cas d'urgence.

Dans les régions en crise, le principal défi consiste à atteindre les gens qui sont dans le besoin et à garantir l'impartialité de l'aide donnée en urgence. L'intervention d'urgence organisée en 2012 et 2013 a permis de mesurer toute la difficulté que cela représente.

FISTULE OBSTÉTRICALE

Outre le nombre élevé de décès maternels en RDC, l'impossibilité d'accéder rapidement à des soins médicaux de qualité a provoqué une augmentation des cas de fistule obstétricale, un problème pourtant tout à fait évitable. La fistule obstétricale est la formation d'une déchirure permanente du vagin causée par un accouchement prolongé et entravé sans intervention médicale. La patiente souffre d'incontinence chronique et son bébé est, dans la plupart des cas, mort-né. La stigmatisation sociale est importante en raison de l'odeur et de l'impression de malpropreté ressentie par l'entourage.

Une patiente ayant été traitée par MSF pour une fistule dans le cadre du projet MSF à Shamwana témoigne : « Quand j'ai découvert que j'avais une fistule, mon mari m'a quittée. Je travaillais dans les champs et j'avais des amis. Maintenant, j'ai pris mes distances. Je ne travaille pas. J'attends que mes parents s'occupent de moi. Je suis faible, je ne peux pas faire beaucoup. Quand je serai guérie, je retournerai travailler. Je me sentirai plus forte. » Le problème de la fistule obstétricale existe parce que les systèmes de soins de santé ne sont pas en mesure d'assurer des soins maternels accessibles et de qualité. En RDC, MSF organise des camps une fois par an où les femmes peuvent subir une intervention chirurgicale destinée à réparer leurs lésions internes et à les guérir de leur incontinence.

Une femme travaillant dans les champs près de Shamwana. Province du Katanga, RDC, septembre 2013.



© Sam Phelps

FAIBLE DISPONIBILITÉ DE SOINS DE SANTÉ DANS LES RÉGIONS RURALES ET TOUCHÉES PAR LES CONFLITS

Bien que 80 pour cent de la population de la RDC vive dans des régions rurales, 80 pour cent des services médicaux se concentrent dans des zones urbanisées.⁸⁷ Pour beaucoup de personnes vivant dans les régions reculées du pays, la clinique mobile la plus proche est située à plusieurs kilomètres.

Dans ces endroits reculés, les centres de santé et les hôpitaux sont très souvent non fonctionnels par manque de personnel médical compétent et de fournitures médicales.⁸⁸ Les salaires officiels sont bas, irréguliers et précaires et les professionnels de la santé sont parfois privés de salaire pendant plusieurs mois.⁸⁹ Les systèmes de gestion des médicaments sont insuffisants et manquent de transparence en raison des différents systèmes en cours et des ruptures de stock fréquentes.⁹⁰ Les prix des médicaments ne sont pas fixes et varient d'un centre de santé à l'autre.⁹¹

La situation est aggravée par l'instabilité, les violences et les infrastructures notoirement défectueuses de la RDC. Les routes ne sont pas praticables et de nombreux centres de soins n'ont pas d'électricité ou d'eau potable.⁹²

LES PAUVRES EXCLUS DES SOINS DE SANTÉ

On estime que la vaste majorité de la population de la RDC vit avec moins de 2 US\$ par jour.^{93 94} Pour beaucoup de personnes vivant dans les régions reculées et touchées par les conflits, le prix constitue un obstacle majeur à l'obtention de soins de santé.

Selon une étude menée par MSF en 2013 à Walikale, province du Nord-Kivu, neuf foyers sur dix comptaient un malade pendant les deux semaines écoulées. Plus de 35 pour cent ont déclaré renoncer à chercher des soins, la majorité invoquant le manque d'argent.⁹⁵

En tant qu'organisation humanitaire médicale, MSF se préoccupe de l'accessibilité des traitements médicaux à ceux qui en ont le plus besoin et a pour objectif d'assurer des soins de santé aux personnes les plus vulnérables, indépendamment de leur capacité ou non à payer des services. En RDC, les structures de santé officielles fonctionnent sur la base du recouvrement des coûts, ce qui signifie que les patients doivent payer chaque composante du traitement qu'ils reçoivent. Beaucoup d'ONG gérant des structures médicales fonctionnent de la même façon.

Dans des situations d'urgence (conflit, épidémie, catastrophe naturelle), le système national de la santé publique garantit en théorie la gratuité des soins.⁹⁶ Dans la réalité, l'État s'est révélé incapable de tenir cet engagement.^{97 98}

Une étude de MSF menée pendant plus de dix ans en RDC montre que la tarification des services de santé représente un frein. Les gens doivent souvent se tourner vers des prestataires de soins alternatifs, aggravant ainsi leur pauvreté.⁹⁹

UTILISATION DE SERVICES MÉDICAUX, SYSTÈME DE RECOUVREMENT DES COÛTS OU GRATUITÉ¹⁰⁰

En 2011, l'hôpital de Lulimba dans la province du Sud-Kivu est passé d'un système de recouvrement des coûts à la gratuité des soins. Le nombre de patients est monté en flèche. Cette hausse de l'utilisation de services médicaux peut être largement attribuée à l'instauration de la gratuité des services de santé dans cette région.

Services	2010 (recouvrement des coûts)	2012 (gratuité)
Hospitalisations en service interne 	1 000	4 925
Accouchements 	182	1 663
Opérations 	90	225
Traitement antirétroviral (VIH / SIDA) 	0	62
Traitement TB mis en route 	0	90
Vaccinations rougeole 	0	2 055

L'expérience de MSF montre que les gens sont davantage susceptibles de demander des soins médicaux si ceux-ci sont gratuits.

En octobre 2011, MSF a lancé un programme d'aide pour l'hôpital local de Lulimba, une ville reculée proche d'une mine d'or, dans le territoire de Fizi au Sud-Kivu. Avant, l'hôpital fonctionnait sous la houlette du Ministère de la santé suivant le principe du recouvrement des coûts. Une consultation coûtait 3 US\$ pour un enfant, un accouchement 5 US\$ et une opération 50 US\$. L'année précédente, environ 1 000 personnes avaient été hospitalisées à Lulimba.

Depuis que la gratuité des soins a été instaurée, le nombre de patients a quintuplé et a atteint 4 925 personnes en 2012. Le nombre d'accouchements a pratiquement décuplé, de 182 en 2010 à 1 663 en 2012. Même si l'on tient compte de l'augmentation du nombre de lits (de 30 à 70), la hausse subite de la demande peut être largement attribuée à l'instauration de la gratuité des services médicaux dans cette région.

UNE AIDE INEFFICACE

Vaste et solidement implantée, la communauté humanitaire en RDC comporte des organismes et des programmes de l'ONU, le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, des centaines d'ONG internationales et nationales et dix organismes donateurs gouvernementaux. Pourtant, le système d'aide actuel ne répond pas aux besoins les plus urgents de la population.

L'aide humanitaire est particulièrement contrastée dans l'est de la RDC et beaucoup d'organisations ne sont pas représentées en dehors des centres urbains. La capacité des organisations présentes à assurer des services de base varie largement.¹⁰¹

L'expérience de MSF montre que les acteurs humanitaires éprouvent beaucoup de difficultés à répondre de façon rapide, flexible et appropriée aux besoins urgents de populations en crise. Selon les résultats d'une étude sur les services d'intervention d'urgence dans la province du Nord-Kivu en 2012 et 2013, la capacité des organismes humanitaires à répondre rapidement aux urgences est affectée par une bureaucratie excessive, la rigidité des mécanismes de financement et la peur du risque. La plupart des

organismes humanitaires ne sont pas présents sur le terrain et ne veulent ou ne peuvent pas s'aventurer en dehors des principales villes en raison de contraintes logistiques ou sécuritaires.¹⁰²

En juillet 2013, près de 5 000 personnes ont pris la fuite à la suite de combats entre le mouvement M23 et l'armée nationale congolaise et se sont réfugiées dans le quartier de Majengo à Goma, dans la province du Nord-Kivu. Malgré les conditions de vie désastreuses à Majengo, il a fallu trois semaines aux ONG pour coordonner et mettre en place de l'aide. Pendant cette période, MSF était la seule organisation humanitaire à aider la population.

L'aide éventuelle que reçoivent les populations des régions touchées par les conflits dans l'est de la RDC dépend de plus en plus des agendas politiques. Les organismes donateurs liés à des gouvernements nationaux insistent de plus en plus auprès des organisations humanitaires pour que l'aide soit canalisée vers les régions « libérées » afin de stabiliser les régions touchées par les conflits et asseoir ainsi l'autorité officielle.

LA DÉCLARATION D'ABUJA

Dans la déclaration d'Abuja, signée par des chefs d'État africains en 2001, les signataires (dont la RDC) se sont engagés à allouer au moins 15% des revenus du gouvernement à la santé.¹⁰³



En RDC, les dépenses consacrées à la santé s'élevaient à seulement 2,9% du budget national en 2010



soit une baisse par rapport à 2009 (5,4%).¹⁰⁴



Le total des dépenses de santé par habitant **16US\$** est largement inférieur aux **44US\$** par personne considérés comme le minimum vital pour assurer des services essentiels de base dans des pays à faibles revenus.¹⁰⁵

Une patiente recevant une transfusion sanguine. MSF collabore avec le Ministère de la santé pour assurer le fonctionnement de l'hôpital ainsi qu'un ensemble de cliniques dans les environs de Lulimba. Province du Sud-Kivu, RDC, septembre 2013.



“

Dans des situations d'urgence, le système national de la santé publique garantit en théorie la gratuité des soins. Dans la réalité, l'État s'est révélé incapable de tenir cet engagement.

”

© Brendan Bannon

CONCLUSION

6

La RDC connaît une crise médicale et humanitaire. Les gens se battent quotidiennement pour survivre dans ce que l'on pourrait appeler une urgence permanente. Depuis des années, le pays est en proie aux conflits et aux crises politiques. Les violences contre les civils et les déplacements font partie de la vie quotidienne de beaucoup de personnes vivant dans les provinces de l'est de la RDC, touchées par les conflits. Ces violences continuent à causer de graves souffrances aux individus, aux familles et aux populations.

Chaque jour, les hôpitaux, les centres médicaux et les cliniques mobiles de MSF en RDC sont confrontés aux conséquences médicales de la violence. Pendant des combats, les gens renoncent à se rendre à une clinique mobile ou fuient leurs maisons, compliquant ainsi l'accès à des soins de santé. Le personnel médical et les hôpitaux sont régulièrement attaqués. Cette situation est inacceptable et rend l'organisation de soins de santé primaires difficile, voire impossible. En raison d'attaques, l'organisation des soins de santé est abandonnée et les gens sont privés de soins réguliers.

Le gouvernement n'a pas tenu son engagement d'assurer des services et des soins de santé de base dans le pays. En conséquence, des milliers de personnes meurent chaque année des suites de maladies évitables et traitables. En raison des taux de vaccination limités et du manque d'efficacité des programmes nationaux de vaccination, les flambées de maladies infectieuses sont fréquentes et généralisées. Outre les lacunes dans l'infrastructure et les services publics du pays, la présence d'un système de recouvrements des coûts en RDC signifie que beaucoup de gens ne peuvent se permettre de recevoir des soins médicaux.

Bien que l'aide internationale en RDC soit substantielle, elle ne répond pas aux besoins de ceux qui en ont le plus besoin. L'aide humanitaire est mal répartie et profite surtout aux personnes vivant dans des camps et dans des zones urbanisées. Beaucoup de gens sont invisibles aux yeux des organisations et ne reçoivent aucune aide.

MSF appelle à la prise de mesures immédiates pour mettre fin à ces souffrances. La recherche de solutions essentielles à plus long terme, comme le développement économique, la réorganisation du système de santé publique et une résolution politique ou militaire des conflits de longue durée, ne doivent pas se faire au détriment des populations nécessitant une assistance urgente.

Tout en reconnaissant les difficultés à travailler dans un climat de crise prolongée et constamment en mouvement, MSF appelle les organismes humanitaires internationaux et nationaux actifs en RDC à revoir en urgence leurs priorités opérationnelles afin de s'assurer que l'aide parvienne à ceux qui en ont le plus besoin. Le principe directeur de l'aide humanitaire doit être l'impartialité et ne doit répondre à aucun but politique ou de stabilisation. Elle doit privilégier l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services aux personnes vivant à l'écart des centres urbains et aux déplacés internes vivant en dehors de camps.

MSF appelle tous les acteurs armés à s'abstenir de toute agression à l'encontre de civils et de tout acte hostile ciblant le personnel et les infrastructures de santé. Les violences à l'encontre de civils ne sont pas un produit inévitable de la guerre et sont, de ce fait, inacceptables. Ces acteurs doivent respecter les civils, les travailleurs humanitaires et les infrastructures médicales de façon à ce que les soins médicaux soient accessibles à ceux qui en ont le plus besoin. Toutes les parties prenantes au conflit, y compris la MONUSCO, doivent préserver la neutralité de l'action humanitaire en distinguant clairement tous leurs moyens militaires des moyens humanitaires.

Enfin, la prise en charge des taux alarmants de morbidité et de mortalité en RDC doit être une priorité. Toutes les parties impliquées dans la prestation de soins de santé doivent cesser de faire payer les gens les plus vulnérables pour qu'ils puissent accéder à des services médicaux, en particulier dans les régions touchées par des conflits, de façon à ce que chacun puisse véritablement bénéficier d'une aide médicale. Davantage d'efforts doivent être consentis pour prévenir et enrayer les épidémies qui coûtent tant de vies chaque année. MSF appelle le gouvernement à intensifier ses efforts pour tenir son engagement à assurer des services de santé adéquats et à lever les obstacles qui empêchent les personnes les plus vulnérables d'accéder à des soins de santé.

MÉTHODOLOGIE

Ce rapport porte sur la situation sanitaire et humanitaire des populations vivant dans les provinces touchées par les conflits en République démocratique du Congo : le Nord-Kivu, le Sud-Kivu, la Province Orientale et le Katanga.

Il se base sur des données médicales collectées en 2013, 2012 et 2011 dans le cadre de projets de MSF mis en place en réponse aux violences et à l'absence de soins de santé dans ces provinces et est complété par des informations tirées de rapports internes sur le déroulement de programmes médicaux en RDC.

La collecte systématique de données médicales de tous les projets MSF en RDC entre 2007 et 2012 a permis de donner une idée de l'ampleur et de la nature de l'action de MSF face aux urgences humanitaires et médicales en RDC. Bien que les données nationales pour 2013 soient encore en cours de consolidation et d'analyse, jusqu'à présent elles ne présentent pas de différence notable par rapport aux années précédentes. Il est raisonnable de dire que les tendances ressortant des données collectées jusqu'en 2012 et évoquées dans ce rapport se confirment.

Les nombreux témoignages de personnels et de patients MSF et de la population en général ont pour but une meilleure compréhension de l'impact sanitaire et humanitaire qu'exercent la violence et l'absence de soins de santé sur la population. Le dernier recensement de la population réalisé par la RDC datant de 1984, les acteurs humanitaires, y compris MSF, ont dû se baser sur des estimations et des extrapolations.

Feza Maliyabo a fait plus de 300 km pour que son fils atteint du paludisme puisse être soigné. Ils sont partis de Kongolo en passant par Kalemie pour arriver à Lulimba, un long chemin qu'ils n'ont pas hésité à faire car ils savaient que MSF offrait des traitements gratuits à Lulimba and Misisi. Dr Patient, un médecin traitant du Ministère de la santé, a examiné l'enfant pendant son service de nuit. Province du Sud-Kivu, RDC, septembre 2013.

NOTES DE FIN

¹ UN OCHA. Democratic Republic of the Congo: Internally displaced people and returnees (December 2013) [En ligne]. 2014 [cité le 6 février 2014]. Disponible à l'adresse: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/RDC%20Factsheet_Mouvement%20de%20population_english_Dec2013.pdf.

² Ibid.

³ USAID MCHIP. Integrated Community Case Management of Childhood Illness: Documentation of Best Practices and Bottlenecks to Program Implementation in the Democratic Republic of the Congo [En ligne]. 2012 [cité le 4 décembre 2013]; p.4. Disponible à l'adresse: <http://www.ccmcentral.com/files/contents/DRC%20Summary%20English.pdf>.

⁴ MSF USA. 2012 Report: Democratic Republic of Congo [En ligne]. 2013 [cité le 27 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <https://www.doctorswithoutborders.org/publications/ar/report.cfm?id=6916&cat=activity-report>.

⁵ Autesserre S. The Trouble with the Congo: Local violence and the failure of international Peacebuilding. New York: Cambridge University Press; 2010.

⁶ Kabamba P. Business of Civil War. New Forms of Life in the Debris of the Democratic Republic of Congo. Dakar: Council for the Development of Social Science Research in Africa; 2013.

⁷ Human Rights Watch. Rwanda: Observing the rules of war? [En ligne]. 2001 [cité le 23 janvier 2014]. Disponible à l'adresse: <http://www.hrw.org/reports/2001/12/20/rwanda-observing-rules-war>.

⁸ DeRouen K. Civil Wars of the World: Major Conflicts Since World War II, Volume 1. Santa Barbara, California: ABC-CLIO, Inc; 2007.

⁹ Ibid.

¹⁰ Nzongola-Ntalaja G. The Great Lakes Region. Dans: Kriger, K, Murphy, C, Crahan, M, editors. The Oxford Companion to Comparative Politics. New York: Oxford University Press; 2012, pp.480-483.

¹¹ IRC. Special Report: Congo [En ligne]. 2007 [cité le 25 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.rescue.org/special-reports/special-report-congo-y>.

¹² Ibid.

¹³ DeRouen K. Civil Wars of the World: Major Conflicts Since World War II, Volume 1. Santa Barbara, California: ABC-CLIO, Inc; 2007.

¹⁴ Weiss H. The Democratic Republic of the Congo: A Story of Lost Opportunities to Prevent or Reduce Deadly Conflicts. Dans: Cooper, R, Kohler, J, editeurs. Responsibility to Protect: The Global Moral Compact for the 21st Century. New York: Palgrave MacMillan; 2009.

¹⁵ Stearns J. From CNDP to M23: The evolution of armed movement in eastern Congo [En ligne]. Usalama Project, Rift Valley Institute; 2012 [cité le 27 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.riftvalley.net/download/file/fid/776>.

¹⁶ Al Jazeera. Who are DR Congo's M23 rebels? [En ligne]. 2012 [cité le 23 janvier 2014]. Disponible à l'adresse: <http://www.aljazeera.com/news/africa/2012/11/2012112511326353348.html>.

¹⁷ The Guardian. Congo rebels withdraw from Goma [En ligne]. 2012 [cité le 23 janvier 2014]. Disponible à l'adresse: <http://www.theguardian.com/world/2012/dec/01/congo-drc-rebels-withdraw-goma>.

¹⁸ Human Rights Watch. Open Letter to the UN Security Council from Human Rights Watch on Human Rights Abuses in the Democratic Republic of Congo [En ligne]. 2013 [cité le 23 janvier 2014]. Disponible à l'adresse: <http://www.hrw.org/news/2013/10/03/open-letter-un-security-council-human-rights-watch-human-rights-abuses-democratic-re>.

¹⁹ MSF USA. Thousands of Displaced Civilians at Risk in Katanga Province [En ligne]. 2013 [cité le 23 janvier 2014]. Disponible à l'adresse: <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=6578>.

²⁰ UNOCHA. Democratic Republic of Congo: Internally Displaced People and Returnees as of 31 March 2013 [En ligne]. 2013 [cité le 24 janvier 2014]. Disponible à l'adresse: http://rdc-humanitaire.net/attachments/article/3446/RDC%20Factsheet%20Mouvement%20de%20population_2013_Trimestre1_ENGLISH.pdf.

²¹ MSF USA. Tending to People Displaced by Fighting in DRC's Orientale Province [En ligne]. 2013 [cité le 23 janvier 2014]. Disponible à l'adresse: <http://www.doctorswithoutborders.org/news/article.cfm?id=7058&cat=field-news>.

²² La source des chiffres utilisés est: Enough Project. The Networks of Eastern Congo's Two Most Powerful Armed Actors as of August 2, 2013 [En ligne]. 2013 [cité le 14 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: http://enoughproject.org/files/CongoArmedActors_Table_August2013.pdf.

²³ La Banque mondiale rapport le personnel des forces armées de la FARDC à 134 250 unités pour l'année 2011. Banque Mondiale. Personnel des forces armées, total [cité le 23 janvier 2014]. Disponible à l'adresse: <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/MS.MIL.TOTL.P1>.

²⁴ Le nombre de soldats de la MONUSCO en uniforme s'élève à 21 474 au 30 novembre 2013. UN MONUSCO. MONUSCO Facts and Figures. 2014 [cité le 23 janvier 2014]. Disponible à l'adresse: <http://www.un.org/en/peacekeeping/missions/monusco/facts.shtml>.

²⁵ MSF. Analyse Violence Masisi Novembre 2012. Document interne. 2013 [cité le 15 janvier 2014].

²⁶ Correspondance personnelle avec Bil K (MSF). Document interne. 2013 [cité le 7 février 2014].

²⁷ MSF Epicentre. Medical data for all five OCs in DR Congo, 2007-2012. Document interne. 2013 [cité le 27 novembre 2013].

²⁸ MSF USA. DRC: High Levels of Sexual Violence in Goma Camps [En ligne]. 2013 [cité le 27 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=6566>.

²⁹ Ibid.

³⁰ AFP. Rape 'on increase' near DR Congo's Goma: charity [En ligne]. 2013 [cité le 27 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.google.com/hostednews/afp/article/ALeqM5h1izo5R6KPziWeq2lbHD0B622qWg?docId=CNG.573e548be77ec3359502d353179646ba.4d1>.

³¹ MSF USA. MSF Treats Victims of Mass Rape on New Year's Day in DRC [En ligne]. 2011 [cité le 27 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?cat=press-release&id=4942>.

³² Ibid.

³³ MSF. Données du projet Baraka pour 2012. Document interne. 2013 [cité le 28 novembre 2013].

³⁴ Hitchman E (MSF). Evaluation of Mental Health needs of the displaced population at Bibwe. Document interne. 2013 [cité le 27 novembre 2013].

³⁵ Ibid.

³⁶ Ibid.

³⁷ Ibid.

³⁸ Ibid.

³⁹ MSF. Analyse Violence Masisi Novembre 2012. Document interne. 2013 [cité le 15 janvier 2014].

⁴⁰ UN OCHA. Democratic Republic of the Congo: Internally displaced people and returnees (Décembre 2013) [En ligne]. 2014 [cité le 6 février 2014]. Disponible à l'adresse: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/RDC%20Factsheet_Mouvement%20de%20population_english_Dec2013.pdf.

⁴¹ Nombre de déplacés en RDC (2,7 millions) par rapport au nombre de personnes déplacés dans le monde (28,8 million) selon l'Observatoire des situations de déplacement interne.

⁴² IDMC. Global overview 2012 [En ligne]. 2013 [cité le 22 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.internal-displacement.org/global-overview/pdf>.

⁴³ Nombre de déplacés en RDC (2,7 millions) par rapport au nombre de personnes déplacés en Afrique (10,4 million) en 2012 selon l'Observatoire des situations de déplacement interne.

⁴⁴ IDMC. Global overview 2012 [En ligne]. 2013 [cité le 22 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.internal-displacement.org/global-overview/pdf>.

⁴⁵ UN OCHA. Democratic Republic of the Congo: Internally displaced people and returnees (Décembre 2013) [En ligne]. 2014 [cité le 6 février 2014]. Disponible à l'adresse: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/RDC%20Factsheet_Mouvement%20de%20population_english_Dec2013.pdf.

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ Alberti K, Grellety E et al. Violence against civilians and access to health care in North Kivu, Democratic Republic of Congo: three cross-sectional surveys [En ligne]. Conflict and Health. 2010 [cité le 28 novembre 2013], 4(17). Disponible à l'adresse: <http://www.conflictandhealth.com/content/4/1/17>.

⁴⁸ Ibid. En 2009, les études menées sur le terrain au Nord Kivu démontrent que les gens peuvent voyager une demi-journée voire un jour et demi à la recherche d'un endroit sûr.

⁴⁹ UNHCR. 60,000 Congolese in North Kivu spontaneous IDP site wait for better tomorrows [En ligne]. 2012 [cité le 28 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.unhcr.org/5072cd459.html>.

⁵⁰ MSF. Talking points about the lack of assistance to displaced populations in North Kivu. Document interne. 2013 [cité le 25 novembre 2013].

⁵¹ L'équipe visait à vacciner une population de 66 265 mais elle a été contrainte de partir à cause de violences/insécurité; au moment de l'évacuation elle n'a réussi à vacciner que 10 136 enfants (soit 15,3%).

⁵² MSF. Walikale mortality survey. Document interne. 2013 [cité le 25 novembre 2013].

⁵³ Alberti K, Grellety E et al. Violence against civilians and access to health care in North Kivu, Democratic Republic of Congo: three cross-sectional surveys [En ligne]. Conflict and Health. 2010 [cité le 28 novembre 2013]; 4(17). Disponible à l'adresse: <http://www.conflictandhealth.com/content/4/1/17>.

⁵⁴ MSF USA. DRC: High Levels of Sexual Violence in Goma Camps [En ligne]. 2013 [cité le 27 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=6566>.

⁵⁵ MSF USA. DRC: MSF Launches Massive Malaria Response Across Three Provinces [En ligne]. 2012 [cité le 18 février 2014]. Disponible à l'adresse: <http://www.doctorswithoutborders.org/article/drc-msf-launches-massive-malaria-response-across-three-provinces>.

⁵⁶ OMS. Child mortality by cause, by country, 2000-2010: Distribution of causes by country. 2013 [cité le 28 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.ChildMortDistCountry?lang=en>.

⁵⁷ MSF USA. MSF Screens Over 16,000 People for Sleeping Sickness in Democratic Republic of Congo [Internet]. 2013 [cité le 2013 Nov 28]. Disponible à l'adresse: <http://www.doctorswithoutborders.org/news/article.cfm?id=7031>.

⁵⁸ Banque Mondiale. Poverty headcount ratio at \$2 a day (PPP) (% of population) for DRC. 2013 [cité le 27 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.2DAY?page=1>. Les données disponibles les plus récentes datent de 2006. D'autres données fiables citent également ces chiffres: <http://web.undp.org/evaluation/documents/thematic/conflict/drc.pdf>.

⁵⁹ OMS. World Malaria Report Factsheet 2012 [Internet]. 2013 [cité le 21 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/wmr2012_factsheet.pdf.

⁶⁰ OMS. DRC Country Profile: World Malaria Report 2012. 2013 [cité le 21 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: http://www.who.int/malaria/publications/country-profiles/profile_cod_en.pdf.

⁶¹ President's Malaria Initiative. PMI Country Profile (DRC). 2013 [cité le 21 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: http://www.fightingmalaria.gov/countries/profiles/drc_profile.pdf.

⁶² MSF Epicentre. Medical data for all five OCs in DR Congo, 2007-2012. Document interne. 2013 [cité le 27 novembre 2013].

⁶³ MSF. Données du projet Baraka 2012. Document interne. 2013 [cité le 28 novembre 2013]. Nombre total de patients traités contre le paludisme (< 5 et > 5) (42 305) par rapport au total des consultations (OPD+IPD) (162 665).

⁶⁴ MSF. Données du projet Baraka pour 2012. Document interne. 2013 [cité le 28 novembre 2013]. Nombre de cas de paludisme sévère (confirmé) (< 5 et > 5) (3 955) par rapport au nombre total de patients hospitalisés (9 193).

⁶⁵ MSF USA. DRC: Urgent Action Needed to Prevent Malaria Deaths in Orientale Province [En ligne]. 2013 [cité le 25 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=6738>.

⁶⁶ MSF Access Campaign. Fact Sheet: Malaria [En ligne]. 2012 [cité le 28 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.msfaccess.org/content/fact-sheet-malaria>.

⁶⁷ MSF USA. MSF resumes activities in Walikale, North Kivu [Internet]. 2012 [cité le 21 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=6259>.

⁶⁸ MSF UK. Focus on Measles [En ligne]. 2012 [cité le 21 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.msf.org.uk/measles>.

⁶⁹ OMS. Measles Factsheet No 286 [En ligne]. 2013 [cité le 28 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/>.

⁷⁰ MSF USA. Global Vaccines Community Must Bring Price of New Vaccines Down [En ligne]. 2013 [cité le 28 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=6734>.

⁷¹ MSF USA. Measles continues to stalk the Democratic Republic of Congo [En ligne]. 2013 [cité le 28 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: http://www.doctorswithoutborders.org/news/article_print.cfm?id=6660.

- ⁷² Ibid.
- ⁷³ Ibid.
- ⁷⁴ MSF UK. Focus on Cholera [En ligne]. 2012 [cité le 28 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.msf.org.uk/cholera>.
- ⁷⁵ OMS. Cholera outbreaks in the Democratic Republic of Congo (DRC) [En ligne]. 2013 [cité le 28 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: http://www.who.int/csr/don/2012_07_23/en/.
- ⁷⁶ IRIN. DRC: Poor sanitation systems hinder fight against cholera [En ligne]. 2012 [cité le 28 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.irinnews.org/report/95384/drc-poor-sanitation-systems-hinder-fight-against-cholera>.
- ⁷⁷ Cronin A, Shrestha D et al. A review of water and sanitation provision in refugee camps in association with selected health and nutrition indicators – the need for integrated service provision. *Journal of Water and Health*. 2008 [cité le 28 novembre 2013]. 6(1). Disponible à l'adresse: <http://www.unhcr.org/4add71179.pdf>.
- ⁷⁸ MSF. Talking points about the lack of assistance to displaced populations in North Kivu. Document interne. 2013 [cité le 25 novembre 2013].
- ⁷⁹ UNAIDS. HIV and AIDS estimates (2012), DR Congo [En ligne]. 2013 [cité le 27 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/democraticrepublicofthecongo/>.
- ⁸⁰ MSF International. Millions still waiting for AIDS revolution [En ligne]. 2013 [cité le 28 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.msf.org/article/millions-still-waiting-aids-revolution>.
- ⁸¹ MSF USA. Majority of People Living with HIV Denied Treatment [En ligne]. 2013 [cité le 28 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=5742>.
- ⁸² Ibid.
- ⁸³ Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UNICEF, WHO, UN Population Division and World Bank). CME Info - Child Mortality Estimates [En ligne]. 2012 [cité le 28 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: http://www.childmortality.org/files_v15/download/U5MR.xlsx.
- ⁸⁴ Banque Mondiale, World Development Indicators 2012. 2012 [cité le 28 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://data.worldbank.org>.
- ⁸⁵ Seay L. Effective responses: Protestants, Catholics and the provision of healthcare in the post-war Kivus. *Review of African Political Economy*. 2013 [cité le 28 novembre 2013]; 40(135): pp. 85-86. Disponible à l'adresse: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03056244.2012.761601#.UpdAXtJdVIE>.
- ⁸⁶ Ibid.
- ⁸⁷ Esanga JR, Lusi G and Bitwe R. Exploring the complex contributions of a community based safe motherhood program to comprehensive primary health care. 2010 [cité le 28 novembre 2013]. Ottawa: Teasdale Corti Project. Rapport final 2011 disponible à l'adresse: <http://www.globalhealthequity.ca/electronic%20library/Congo%20Final%20Project%20Report.pdf>.
- ⁸⁸ Seay L. Effective responses: Protestants, Catholics and the provision of healthcare in the post-war Kivus. *Review of African Political Economy*. 2013 [cité le 28 novembre 2013]; 40(135): pp. 85-86. Disponible à l'adresse: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03056244.2012.761601#.UpdAXtJdVIE>.
- ⁸⁹ Ibid.
- ⁹⁰ US Global Health Initiative. Democratic Republic of Congo Strategy 2011 – 2014 [En ligne]. 2011 [cité le 28 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.ghi.gov/whereWeWork/docs/DRCStrategy.pdf>.
- ⁹¹ Ibid.
- ⁹² D'Errico N, Kalala T et al. You say rape, I say hospitals. But whose voice is louder? Health, aid and decision-making in the Democratic Republic of Congo. *Review of African Political Economy*, 2013 [cité le 28 novembre 2013]; 40(135): pp. 51–66. Disponible à l'adresse: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03056244.2012.761962#.UpdK09JdVIE>.
- ⁹³ Banque Mondiale. Poverty headcount ratio at \$2 a day (PPP) (% of population) for DRC [En ligne]. 2013 [cité le 27 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.2DAY?page=1>.
- ⁹⁴ Données les plus récentes disponibles datent de 2006. D'autres sources fiables citent également ces chiffres: <http://web.undp.org/evaluation/documents/thematic/conflict/drc.pdf>.
- ⁹⁵ MSF. Walikale mortality survey. Document interne. 2013 [cité le 25 novembre 2013].
- ⁹⁶ Depuis 2008, la Direction Provinciale de la Santé (Nord Kivu) a ouvert un Bureau d'intervention d'urgence au Département de surveillance épidémiologique. Selon la note signée par le Médecin inspecteur provincial, ce bureau garantit une réaction rapide en cas d'urgence pour cause de conflit, catastrophe naturelle et/ou tremblement de terre et assure également de soins gratuits en collaboration avec les ONG partenaires.
- ⁹⁷ MSF France. RD Congo: explosion des cas de paludisme dans la zone de santé de Rutshuru [En ligne]. 2013 [cité le 28 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://msf.fr/presse/communiqués/rd-congo-explosion-cas-paludisme-zone-sante-rutshuru>.
- ⁹⁸ MSF USA. Measles Continues to Stalk the Democratic Republic of Congo [En ligne]. 2013 [cité le 28 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.doctorswithoutborders.org/news/article.cfm?id=6660>.
- ⁹⁹ Ponsar F, Tayler-Smith K et al. No cash, no care: how user fees endanger health—lessons learnt regarding financial barriers to healthcare services in Burundi, Sierra Leone, Democratic Republic of Congo, Chad, Haiti and Mali. *International Health*. 2011 [cité le 28 novembre 2013]; 3: pp. 91–100. Disponible à l'adresse: <http://fieldresearch.msf.org/msf/bitstream/10144/203642/1/Ponsar%20No%20cash,%20No%20care.pdf>.
- ¹⁰⁰ MSF et MOH. Données du projet Lulimba pour 2010-2012. Document interne. 2013 [cité le 28 novembre 2013].
- ¹⁰¹ Tiller, S, Healy, S (MSF). A review of the humanitarian response to the 2012-13 emergencies in North Kivu, Democratic Republic of Congo. Document interne. 2013 [cité le 28 novembre 2013].
- ¹⁰² Ibid.
- ¹⁰³ OMS. The Abuja Declaration: Ten years on [En ligne]. 2012 [cité le 28 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.who.int/healthsystems/publications/Abuja10.pdf>.
- ¹⁰⁴ DRC Ministry of Finance Preliminary 2010 Budget, cité dans: US Global Health Initiative. Democratic Republic of Congo Strategy 2011 – 2014 [En ligne]. 2011 [cité le 28 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.ghi.gov/whereWeWork/docs/DRCStrategy.pdf>.
- ¹⁰⁵ OMS. WHO Global Health Expenditure Atlas, 2010. 2011 [cité le 28 novembre 2013]. Disponible à l'adresse: <http://www.who.int/nha/atlas.pdf>.

