

# **ESS – Extension de la sécurité sociale**

## **La protection sociale et les crises aux Congo : de l'aide humanitaire vers une protection sociale durable**

**F. Lambert Gbossa et Bernardin Gauthé**

**ESS – Document n° 12**

**Service des politiques et du développement de la sécurité sociale  
BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL GENEVE**

Première édition 2003

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n° 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être adressée au Bureau des publications (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

BIT / F. Lambert Gbossa et Bernardin Gauthé

*La protection sociale et les crises aux Congo: de l'aide humanitaire vers une protection sociale durable. ESS document n° 12.*

Genève, Bureau international du Travail, 2003

**Protection sociale, sécurité sociale, aide au développement, conflit armé, Congo, République démocratique du Congo**

**02.07.1**

Version imprimée: ISBN92-2- 213190-8

Version électronique (PDF): ISBN 92-2-213189-4

Egalement disponible en anglais: *Social protection and crises in the Congo: From humanitarian aid to sustainable development. ESS Paper n° 12*

Version électronique (PDF): ISBN 92-2-113189-0; ISSN 1020-959X

Version imprimée: ISBN 92-2-113190-4; ISSN 1020-9581

*Données de catalogage du BIT*

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications du Bureau international du Travail peuvent être obtenues dans les principales librairies ou auprès des bureaux locaux du BIT. On peut aussi se les procurer directement, de même qu'un catalogue ou une liste des nouvelles publications, à l'adresse suivante : Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par email: [pubvente@ilo.org](mailto:pubvente@ilo.org) or <http://www.ilo.org/publns>

**Visitez également le site web: Extension de la sécurité sociale - <http://www.ilo.org/socpol>**

---

## Bref résumé et remerciements

Le Congo (Brazzaville) et la République Démocratique du Congo (RDC) (Kinshasa) ont traversé un certain nombre de crises, qui ont soulevé une foule de problèmes humanitaires. En partant de l'expérience de ces deux pays, le rapport étudie jusqu'à quelle mesure et sous quelles conditions la distribution de l'aide humanitaire contribue au développement durable de la protection sociale.

En réalité, l'impact des crises sur le système institutionnel de sécurité sociale a été extrêmement négatif puisque la dernière de celles-ci a empêché de faire face aux nouveaux défis, et l'état actuel de gestion du système ne favorise pas la mise en service de solutions appropriées.

Les agences humanitaires ont agi de manière ponctuelle, sans avoir une supervision globale ni une vision pour surmonter la crise, et sans lier l'aide humanitaire et le développement. Quel sera le rôle futur des ONG et des agences de sécurité sociale dans le développement de systèmes de protection sociale durables?

Au vu de l'ampleur de la pauvreté existante, le développement des systèmes durables de protection dépend non seulement des liens entre micro-crédit, micro-entreprise, et micro-assurance santé, mais aussi des systèmes nouveaux de protection sociale. En particulier, la protection sociale humanitaire, organise la couverture des soins de santé par le biais de mutuelles de santé temporaires, pour les personnes qui ne disposent pas de mutuelles de santé socioprofessionnelles.

Les auteurs remercient Mesdames Gisèle Mbuyi et Marie Josée Alemusweya, et Messieurs Joël Musamba et Freddy Kahodi pour leur support de recherches.

---

## Table de matières

Bref résumé et remerciements .....	iii
Liste des abréviations .....	v
Introduction .....	1
1. Nature des crises et impact de l'aide humanitaire .....	2
1.1 Les crises .....	2
1.2 Les problèmes humanitaires .....	2
1.2.1 La question humanitaire .....	2
1.2.2 Les difficultés d'existence et les besoins.....	4
1.3 Les réponses humanitaires .....	7
1.4 Impact de l'aide humanitaire .....	7
1.5 Impact des crises sur la sécurité sociale statutaire .....	11
2. Perspectives de développement des systèmes de protection sociale durables dans un contexte de crise.....	16
2.1 Articulation micro-crédit micro-entreprise et micro-assurance santé.....	17
2.2 Rôle futur des ONG's des structures de développement communautaire, et des agences des Nations Unies.....	18
2.3 Rôle futur des agences de sécurité sociale.....	24
Conclusions .....	25
Annexe n°1 Carte administrative du Congo .....	28
Annexe n°2 Carte administrative de la République démocratique du Congo .....	29
Annexe n°3 Bibliographie .....	30
ESS documents déjà publiés.....	32

---

## Liste des abréviations

ACF	Action contre la faim
BIT	Bureau international du Travail
CFA	Coopération franco-africaine
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CRF	Caisse de Retraite des fonctionnaires
FUNUAP	Fonds des nations unies pour la population
HCR	Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés
INSS	Institut National de Sécurité Sociale
MOPAX	Mouvement pour la paix au Congo
MSF	Médecins sans frontières
ONU	Organisation des Nations unies
OAA	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'agriculture
OCHA	Bureau de Coordination des Affaires humanitaires des Nations Unies
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PNUD	Programme des Nations unies pour le Développement
PISE	Plan Intégré de Suivi et d'Evaluation
PNLS	Programme national Contre le SIDA.
RCA	République centrafricaine
RDC	République démocratique du Congo
SIDA	Syndrome immunitaire déficience acquis



---

## Introduction

Le monde traverse aujourd'hui des moments très difficiles. Le continent africain notamment figure parmi les plus concernés. On assiste presque régulièrement à l'émergence de nouvelles situations de crise et de post conflit. Les populations deviennent de plus en plus sinistrées ou vulnérables par la destruction du tissu socio-économique et par de multiples déplacements. Les pays de la sous région d'Afrique centrale sont identifiés comme les plus touchés notamment le Congo et la République démocratique du Congo (RDC) qui en moins de dix ans ont connu chacune au moins deux situations de crise grave.

Pendant ces dernières années, le Congo et la RDC ont traversé une série de crises notamment les pillages et les guerres civiles. Ceci a entraîné de lourdes conséquences au niveau des populations avec un cortège de problèmes humanitaires. Il s'agit entre autres de déplacements forcés des populations, l'expatriation forcée pour raison d'insécurité, la faim, l'émergence et de la résurgence des épidémies etc.

Dans une perspective d'alléger la souffrance humaine, de plaider pour les droits des populations affectées et de faciliter la mise en place de solutions durables notamment en matière de protection sociale et ceci dans un contexte de crise et de post conflit ont été initiés des programmes humanitaires. Ces programmes drainent vers ces deux pays depuis lors un flux important de l'aide humanitaire.

Il s'agira ici d'examiner sur la base des expériences du Congo et de la RDC, dans quelle mesure et sous quelles conditions la façon de distribuer l'aide humanitaire peut contribuer au développement d'une protection sociale durable. Car, l'aide humanitaire est souvent distribuée à travers des Organisations non Gouvernementales (ONGs) (nationales et locales), qui peuvent être porteuses d'une structure de protection sociale à plus long terme, comme la micro-assurance. La problématique consistera à dégager l'effet de l'aide humanitaire sur les populations pour la période de 1996 à 2001 et à formuler des recommandations pour pérenniser les acquis par des programmes de développement notamment au Congo et en RDC.

Par conséquent, sera examinée la nature des crises ainsi que l'ampleur et la composition de l'aide humanitaire, ensuite l'efficacité de l'aide humanitaire et le rôle des gouvernements, agences de la sécurité sociale et les ONGs. En troisième lieu on évaluera l'impact des crises sur la sécurité sociale statutaire avant, pendant et après les crises, et le rôle futur des ONGs et des agences de la sécurité sociale dans le développement des systèmes de protection sociale durables.

Face à ce nouveau défi, l'approche classique de protection sociale fondée sur le contrat de louage des services s'avère incomplète sinon inefficace. Il s'agira donc d'adapter et de rechercher une nouvelle formule de protection sociale notamment en matière de santé qui reste un besoin récurrent; l'objectif étant de sortir les populations des programmes d'assistance ponctuels et répétitifs dans leur fonctionnement générateur d'assistanat et de dépendance pour un programme de développement inscrit dans la durée, dans lequel l'individu se prend en charge en transformant l'aide d'urgence en capital initial.

---

# **1. Nature des crises et impact de l'aide humanitaire**

## **1.1 Les crises**

Durant la dernière décennie, le Congo et la RDC ont connu une série de guerres civiles. Il s'agit pour la RDC des pillages de septembre 1991 et de janvier 1993, de la guerre dite de libération (novembre 1996 au 17 mai 1997) et depuis le 2 août 1998 jusqu'aujourd'hui sévit un nouveau conflit armé qui a scindé le pays en deux.

Cette crise a commencé depuis 1980 avec la récession, la méfiance des investisseurs envers la RDC et l'endettement croissant concomitant. Dès 1990, la rupture officielle de la coopération internationale bilatérale et l'option des agences des Nations Unies pour la continuité avec des programmes minima ont eu un effet néfaste sur l'économie congolaise. La très longue transition politique, la plus longue d'Afrique, émaillée des pillages a eu des conséquences dramatiques sur une infrastructure socio-économique déjà détruite par la mégestion du pays. (BIT 1999)

Pour le Congo, depuis 1993 c'est une longue période d'instabilité, marquée par une guerre qui a déchiré le tissu social et plongé le pays dans une situation d'extrême détresse. Au point de départ de ce conflit, il n'est pas difficile de trouver des luttes internes pour l'obtention du pouvoir, luttes derrière lesquelles, certains intérêts internationaux sensibles à l'odeur du pétrole et autres richesses naturelles du pays ont joué un rôle important.

Ces conflits ont atteint un moment important en 1997, dans ce qui a été convenu d'appeler la guerre du 15 juin à Brazzaville. Des dizaines et des milliers de personnes, ont dû quitter la ville abandonnant leurs habitations et leurs biens, d'autres sont mortes.

C'est en septembre 1998 que les tensions connaîtront leur paroxysme, quand des bandes armées(milices) entretenues par certains leaders politiques se sont engagés dans cette même lutte pour le pouvoir. Les confrontations entre les milices ont plongé le pays dans un désarroi, en détruisant ses infrastructures, obligeant ainsi toute la population abandonnée à elle-même à trouver refuge dans les forêts et les pays voisins. A ceci s'ajoutent les conflits ethniques.

Des situations du Congo et de la RDC ont engendré des problèmes dits humanitaires. Il s'agit notamment de l'immigration forcée et le déplacement des populations, l'abandon et la destruction des logis, la destruction des infrastructures économiques, la déscolarisation, l'enrôlement des enfants dans les forces armées, la faim et la pénurie des semences, les épidémies, les blessés de guerres et la perte de l'emploi.

Force est de constater que les problèmes humanitaires identifiés au Congo et en RDC entre 1996 et 2001 proviennent essentiellement des guerres civiles qui ont aggravé la crise économique qui préexistait.

## **1.2 Les problèmes humanitaires**

### **1. 2.1 La question humanitaire**

Les problèmes humanitaires sont donc les conséquences des différentes formes de crises qui sévissent dans les deux pays. La définition des crises est relativement flexible, elle se réfère toujours aux situations inconfortables créées par de multiples causes notamment la crise économique guerre, les violations des droits fondamentaux, les calamités naturelles et les privations. Les guerres par exemple entraînent l'immigration forcée des populations vers des frontières des pays voisins, le déplacement forcé à l'intérieur du territoire national, soit



l'abandon de son domicile, la résurgence des épidémies, la faim, le travail des enfants etc. Dans le même ordre d'idée, les catastrophes naturelles occasionnent outre certains problèmes ci haut énumérés, la perte d'habitat (ou du logis), la perte d'emploi, l'émergence des épidémies, etc.

On notera en premier lieu que la situation de guerres au Congo et en RDC a entraîné la migration forcée des populations hors des zones de conflit. Les populations congolaises contraintes de partir de leurs sols ont trouvé refuge soit dans les régions voisines à l'intérieur du pays, soit en dehors des frontières nationales. La première catégorie est identifiée sous le vocable de «déplacée» tandis que la deuxième sous l'appellation de «réfugié». Leur effectif global était évalué à 810 000 pour le R du Congo et 1 534 744 pour la RDC, soit au total 2 344 744 pour les deux pays.

**a. Les personnes déplacées de guerres**

Pour la RDC l'effectif des personnes déplacées à l'intérieur de ses frontières s'élève à 1 202 244 en janvier 2001. Le tableau ci après présente la distribution provinciale de ces populations déplacées de la RDC.

**Tableau n° 1 : La distribution des personnes déplacées en RDC selon les provinces de provenance (Janvier 2001)**

Provinces	Personnes déplacées		Provinces	Personnes déplacées	
	Effectif	%		Effectif	%
Nord KIVU	640 000	52,2	Kinshasa	28 646	2,4
Katanga	303 504	25,2	Manieme	27 000	2,2
Equateur	82 455	6,9	P. Orientale	19 000	1,6
Sud Kivu	35 000	2,9	Bas Congo	-	-
Kasaï or	34 112	2,8	Bandundu	-	-
Kasaï occ	32 527	2,7			
Total				1 202 244	100,0

Source : *Rapport de synthèse sur la situation des personnes déplacées en RDC, BIT*

En RDC, le mouvement le plus important des déplacés forcés provient de la partie orientale du pays notamment le Nord Kivu 52,2 % et le Katanga 25,2 %. La somme des personnes déplacées en provenance des provinces Orientales représente plus de la moitié de l'effectif total des personnes déplacées forcés de la RDC, soit 80,3 %. En outre, de 11 provinces que compte la RDC seules les provinces de Bandundu et du Bas Congo n'ont pas connu le problème humanitaire des personnes déplacées.

De ce qui précède, il ressort que les personnes déplacées forcées proviennent des provinces qui servent des théâtres des guerres. Egalement, les victimes de ce problème humanitaire sont localisées dans les provinces hors combat. Dès lors le besoin d'assistance humanitaire d'urgence pour ce problème peut être identifié dans les parties situées en dehors des zones de conflit.

### **b. Les réfugiés**

Pour le même pays, l'effectif des réfugiés c'est à dire des personnes contraintes de fuir leur pays pour raison d'insécurité s'élève à 332 500. Les tableaux ci après présentent la situation de réfugiés par rapport à leur provenance et à leur dispersion dans le pays d'accueil notamment la RDC.

**Tableau n° 2 : La provenance des réfugiés immigrés en RDC**

N°	Provenance	Effectif	N°	Provenance	Effectif
1	Congo	5 115	5	Rép. du Rwanda	46 235
2	République d'Angola	122 452	6	Rép. d'Ouganda	13 020
3	Enclave de Cabinda	53 008	7	Rép. du Burundi	19 760
4	Rép. du Soudan	72 910			
Total					332 500

Source : *Rapport de synthèse sur la situation des personnes déplacées en RDC, BIT*

Conformément au tableau n° 2, la RDC abrite des réfugiés de six pays limitrophes. L'effectif le plus important est celui de la République d'Angola (et son enclave de Cabinda) qui traverse une situation de guerre civile depuis déjà plus d'une décennie. Les réfugiés venus du Soudan représentent le deuxième groupe le plus important, suivi des Rwandais, des burundais, des ougandais et des congolais.

Cette situation se justifie par une série de conflits armés qui sévissent dans la région d'Afrique Centrale notamment pour des raisons de géopolitiques, économiques, ethniques et religieuses. Par ailleurs la concentration de ces réfugiés de sept pays en RDC vient du fait de sa situation géographique. En effet, la RDC partage ses frontières avec neuf pays c'est à dire outre les pays ci haut énumérés, il y a la Zambie, la Tanzanie et la RCA. En dehors du Congo et de la RCA qui sont séparées de la RDC par une frontière fluviale (difficilement franchissable ) les sept pays restant partagent une frontière artificielle donc facile à franchir à tout moment.

La crise humanitaire que connaît ces deux pays est liée en grande partie à la problématique des déplacés. En considérant le nombre des déplacés et le degré de vulnérabilité accrue qui les caractérise, la RDC et le Congo se trouvent en bonne position après le Soudan. Environ deux millions de déplacés et réfugiés pour ses deux pays réunis.

#### **1.2.2 Les difficultés d'existence et les besoins**

##### **a. La sécurité alimentaire**

La faim et la pénurie des semences peuvent être appréhendées comme un problème d'insécurité alimentaire qui caractérise les personnes en déplacement forcé ou les retournées. Cette situation est créée à la fois par l'épuisement et la perte des réserves alimentaires aussi bien que par l'arrêt et la consommation de toute la production agricole, voire des semences. Ceci constitue l'un des problèmes engendrés par la situation de crise (catastrophe naturelle) ou de conflit.

La faim est parmi les problèmes humanitaires les plus en vue dans la région de l'Afrique Centrale. Au Congo comme en RDC, les conflits armés ont exacerbé la crise alimentaire qui en plus des personnes vulnérables notamment les victimes des guerres a atteint

---

les autres catégories de la population indirectement concernées par le conflit notamment les habitants de grandes agglomérations.

Ceci vient du fait que plus de la moitié des habitants de ces pays (soit 80 % pour la RDC) résident dans l'arrière-pays (l'hinterland) où l'activité économique principale est l'agriculture. En RDC, la partie la plus arable (le grenier agricole national) le Kindu et les contrées volcaniques de l'Est échappent actuellement au contrôle du gouvernement. Aussi, face au problème d'insécurité qui a coupé le contact entre les producteurs et les consommateurs, la production redevient de plus en plus d'autosubsistance.

Par ailleurs, il convient de noter qu'au-delà des guerres, l'agriculture au Congo est encore une activité d'autosubsistance dont le déficit est comblé par d'importantes importations de produits vivriers qui entraînent une augmentation des prix des denrées qui ont atteint un niveau insoutenable pour la majorité des populations après la dernière guerre.

A titre d'exemple, sur le plan socio-économique les villageois de Gbagnango dans la partie de la cuvette au Congo (soit un effectif de 217 habitants) pratiquent encore une agriculture d'autosubsistance. Toute leur production agricole notamment la canne à sucre, la banane et le manioc est orientée vers l'autoconsommation.

Selon le document *Plan des Nations Unies pour la République du Congo*, 70 % des retournés congolais souffraient de malnutrition sévère ou aigüe ; 25 à 30 % des enfants de retour de moins de cinq ans souffraient de malnutrition aigüe. La faim a beaucoup joué dans le processus, fragilisation de ces personnes déjà vulnérables, elle a détruit considérablement leur capacité de résidence aux maladies.

#### **b. La santé**

Le nombre très important de déplacés de guerre et des réfugiés a comme corollaires les problèmes de surveillance épidémiologique, etc. La situation de crise a occasionné dans le Congo et la RDC la résurgence des maladies comme la poliomyélite, la fièvre hémorragique, la tuberculose et la forte prévalence du SIDA. Ceux-ci ont élevé durant ces dernières années, les indices de morbidité et de mortalité de premier plan.

En effet, en ce qui concerne la prévalence du Virus Immunodéficience Humaine (VIH)/SIDA in RDC, il est à noter qu'avant les deux dernières guerres le taux s'élevait à 5 %. Actuellement, il est évalué de loin au-dessus, suite à l'afflux important des réfugiés qui viennent des pays où ce taux est très élevé. De plus, cette situation est aggravée par de multiples cas de viols et de violences sexuelles à l'égard des femmes notamment de la part des militaires séropositifs en provenance des pays voisins à forte prévalence HIV/SIDA. Au Congo selon le document *Plan des nations unies pour la République du Congo*, le SIDA est la première cause de décès à Brazzaville, soit 21, 5 %.

Par ailleurs au Congo, dans la région de la Likouala, zone marécageuse à faible densité démographique, l'afflux des réfugiés a doublé la population locale. Pourtant, son hôpital de district, ses centres et ses postes de santé présentaient déjà un faible taux de fonctionnement.

Face à cette nouvelle situation, la région connaît actuellement des flambées épidémiques des maladies diarrhéiques comme le choléra notamment en 1999 et 2000 mais aussi des inondations régulières qui rendent davantage complexe le problème épidémiologique. Ceci touche particulièrement les réfugiés qui ne bénéficient pas des soins de santé de base, aggravant ainsi leur vulnérabilité.

---

Quant à la situation du paludisme, il convient aussi de noter que l'afflux des réfugiés venant des zones impaludées (d'Afrique de l'Est) où il existe une résistance aux antipaludiques usuels, a aggravé la situation sanitaire de la RD du C en apportant un parasite potentiellement résistant à ces antipaludiques. La déstabilisation peut se faire dans le sens des épidémies. En 1994 par exemple, la ville de GOMA dont la population s'élevait à environ 500 000 habitants a reçu un important afflux de réfugiés en provenance du Rwanda, soit plus d'un million d'individus.

### **c. L'éducation**

A la longue liste des problèmes liés à la série des conflits qui sévissent au Congo et la RDC, il faut compter aussi la déscolarisation et le travail des enfants. En effet, les différentes guerres et pillages ci haut identifiés ont eu aussi comme conséquence la perturbation du bon déroulement des enseignements dans les deux pays en grise. Dans les zones de conflits, les écoles (qui avaient échappé à la destruction) ont été vite transformées en camp d'hébergement pour les militaires sinon pour les réfugiés. Le gouvernement du Congo par exemple estime à 1 714 le nombre d'écoles nécessitant une réhabilitation.

Aussi, les quelques écoles restées fonctionnelles se sont vite retrouvées sans élèves suite à la panique instaurée par les groupes armés qui se servaient de la capacité des écoles à regrouper les jeunes enfants pour augmenter leur effectif d'hommes en armes en les enrôlant de force. Le gouvernement congolais signale aussi le déclin constant de la qualité de l'éducation et du taux d'inscription depuis 1990. En effet, les combats et les déplacements massifs dans le sud du Congo ont conduit à la suspension des services d'éducation dans cette partie du pays. Les élèves et les enseignants ont été contraints de fuir les combats qui ont détruit plusieurs écoles. Le climat de désordre a favorisé le pillage des autres. Selon la Direction des études et de la planification du Ministère de l'enseignement primaire, secondaire et supérieur chargé de la recherche scientifique au Congo, le coût total des deux guerres pour ce qui concerne l'infrastructure et l'équipement détruits pour le cycle du primaire, secondaire 1er et 2ème degré, et le secondaire est estimé à 28 814 420 000 F CFA ou environ 411 634 572 \$. Par ailleurs, l'exacerbation de la crise socioéconomique en RDC et au Congo associé au problème de déscolarisation, ont jeté davantage des enfants en âge de scolarité dans le monde du travail.

### **d. L'emploi**

Les guerres et les pillages ont davantage aggravé la situation de l'emploi qui était déjà précaire au Congo et en RDC. Malgré leurs richesses naturelles ces pays vivent aujourd'hui une situation de récession économique très prononcée qui contraste avec le progrès économique, fruit de la mondialisation.

En RDC, l'aggravation de la crise et des conflits armés a engendré la fermeture de la plupart des unités de production. Depuis lors, beaucoup de gens se sont trouvés en situation de pauvreté accentuée. Le nombre de travailleurs dans le secteur formel a enregistré une baisse de 55 % entre 1990 et 1996, alors que la population a doublé entre 1975 et 1995.

Les deux pillages de la première moitié des années 1990 ont détruit donc les infrastructures économiques, jetant ainsi des masses importantes des travailleurs dans le chômage, ceci a conduit au développement du secteur informel. (*BIT 2000*)

La perte d'emploi est aussi vécue par les victimes directes des guerres c'est à dire les déplacés et les réfugiés. C'est un véritable problème humanitaire en ce sens qu'elle met des chefs de familles bref des adultes en âges de travailler en situation d'inactivité et de

---

dépendance. Ces personnes dont des jeunes sont à la lisière de l'indigence et sont donc extrêmement démunies. (*BIT 2000*)

Selon le *Plan des Nations Unies pour la République du Congo*, l'impression globale est celle d'un chômage massif. Le taux estimé de chômage avoisine les 40 %. Parmi plus ou moins 965 000 jeunes âgés entre 15 et 35 ans, moins de deux pour cent ont un emploi dans le secteur formel. En juin 2000, six mois après la signature des accords de paix, un nombre d'ex-combattants estimé à 25 000 cherchaient à être réintégrés dans la vie normale et gagner leur vie. (*Plan des Nations, Brazzaville 2000*)

### **1.3 Les réponses humanitaires**

En effet, pour l'année 2000 au Congo, après ses activités, Médecins sans Frontières (MSF) a jugé bon de maintenir sa présence tout au long de l'année 2001 en accord avec les autorités administratives et sanitaires. Il n'y a plus de concentration des déplacés internes qui requièrent une assistance de subsistance, c'est la résultante du cessez-le-feu signé à la fin de 1999. Bien que la crise humanitaire aiguë soit passée, le conflit et les déplacements ont généré dans leur sillage pauvreté, chômage et la perte ou la destruction des ressources. (*Plan des nations unies, Brazzaville, 2000*)

En RDC, selon le rapport annuel (1999) du coordonnateur résident les programmes de coopération mis en place par les partenaires spécifiquement le Système des Nations Unies ont été affectés par des événements et des décisions du gouvernement notamment sur le plan politico-militaire mais aussi socio-économique et monétaire. (*PNUD, 1999*)

### **1.4 Impact de l'aide humanitaire**

Les années 1996 à 2001 en RDC et au Congo ont été marquées par un flux important de l'aide humanitaire. Ce flux de l'aide dite humanitaire était destiné à soulager les populations sinistrées suite au conflit qui sévit dans ces pays. Ces aides sont venues de divers horizons. Il s'agit des bailleurs de fonds et de partenaires internationaux, mais aussi de quelques structures locales de bienfaisance. Trois groupes d'acteurs ont été ainsi en contact c'est à dire outre les deux catégories ci haut mentionnées il y a les bénéficiaires, les personnes sinistrées ou devenues vulnérables suite au conflit. Chacun des partenaires a joué un rôle spécifique par rapport au programme humanitaire, il s'agit donc ici de percevoir l'impact de leur secours sur les groupes cibles.

#### **a. Les actions humanitaires**

En 1999, les populations sinistrées de la RDC ont bénéficié de la part des partenaires extérieurs d'une aide humanitaire de 8,1 millions de \$ US. Ces financements en nature et en espèces ont permis de :

- éradiquer l'épidémie de la fièvre hémorragique de type Marburg dans la partie sous contrôle des rebelles, notamment dans la ville de Durba
- organiser dans la même contrée des journées nationales de vaccination contre la poliomyélite
- équiper les formations médicales de Gemena (dans la province de l'Equateur) et de Lodja au Kasai Oriental et

- 
- faciliter l'organisation des examens d'Etat notamment en assurance le transfert des copies pour quelques 10 000 candidats de la province Orientale et des deux Kasai. (PNUD, 1999)

Pour ce qui concerne les activités recensées par le Bureau de Coordination des Affaires Humanitaires (OCHA) (l'agence des Nations Unies) dont la valeur s'élève à plus de 701 014 \$ US, un effectif important des sinistrés ont pu trouver assistance : 620 000 déplacés congolais, 750 000 victimes de guerre notamment les blessés et 70 000 enfants en dessous de cinq ans, soit un total de 1 440 000 individus. (OCHA, 2000).

En 2000 l'effectif des réfugiés en RDC s'est élevé à environ 332 500 tandis qu'au début de 2001 cet effectif est estimé aux alentours de 184 240, soit une diminution de l'ordre de 18,04 %. Selon le bulletin spécial des Nations Unies en RDC de novembre 2000, le budget prévu pour l'année 2000 était de 24 720 036 \$ US, cependant, en raison de la crise financière que traverse le HCR, 10 000 000 \$ US ont été disponibles au 30 septembre 2000, avec un volet éminemment social qui met en œuvre des projets intéressants les groupes les plus vulnérables dont les vieillards et les handicapés et d'autres projets en faveur des femmes et des enfants. (Bulletin spécial des Nations Unies en République Démocratique du Congo, 2000).

#### **b. Les espérances des personnes déplacées**

*(Confère étude : Emploi et protection sociale, les espérances des déplacés de guerre de Brazzaville, BIT 2000)*

A la suite des troubles socio-politiques qu'a connus Brazzaville en 1998, les paisibles populations de la capitale se sont retrouvées loin de leur centre d'intérêt en fuyant les zones de combat. A la fin des hostilités, la quasi-totalité de ces populations a été victime du pillage, perdant ainsi toutes les infrastructures qui leur permettaient d'exercer leurs différentes activités. Il est donc impérieux que les esprits des déplacés ne restent pas longtemps révoltés par l'inaccessibilité aux services sociaux et à des activités professionnelles, car cette révolte cachée constituerait une menace permanente à la paix surtout quand elle concerne les individus en âge de travailler dont la plupart, des jeunes de 15 à 35 ans. Dans cette étude les besoins les plus exprimés par les déplacés sont, l'assistance financière 63 %, l'assistance matérielle 13,1 %, la formation 8 %, l'assistance matérielle et financière 5,8 %. Par rapport au système de protection sociale, ces personnes déplacées sont à la fois victimes de l'exclusion et de la marginalisation.

#### **c. Les actions de développement associées à l'action humanitaire : l'exemple d'un projet du HCR à Kinshasa (septembre 2000) (S. Ilunga et al 2000)**

Les actions humanitaires ont comporté des volets développement. Cet exemple comme étude de cas montre assez bien la nécessité exprimée par les agences humanitaires pour concevoir des programmes intégrés et d'établir un lien entre les programmes humanitaires et les besoins d'insertion économique.

En effet dans le cadre de son programme d'assistance aux réfugiés urbains pour leur autosuffisance, le HCR met en œuvre, avec la collaboration de son partenaire opérationnel la Vision Mondiale, un programme d'appui aux activités génératrices de revenus, par le financement de micro-crédits remboursables. L'initiation des micro-projets, la formation et l'encadrement des bénéficiaires sont assurés par le partenaire opérationnel.

---

Ce projet rentre dans le cadre de l'assistance à l'intégration locale des réfugiés urbains à Kinshasa, assistance qui a été déployée ces dernières années dans un environnement socio-économique et politique particulièrement difficile du fait d'une part des pillages systématiques intervenus au début des années 1990 et d'autre part, des guerres de libération de 1996-1997 et de la guerre civile de 1998 qui se poursuit encore à ce jour. Ces situations ont eu des conséquences dramatiques tant sur les populations locales que sur les réfugiés, particulièrement sur les personnes vulnérables que sont les femmes seules chefs de ménage, les enfants, les personnes handicapées et les personnes âgées vivant seules.

Les événements de décembre 1998 au Congo ont fortement augmenté le nombre de demandeurs d'asile en RDC, surtout à Kinshasa. Il existe également un nombre important de réfugiés angolais qui sont en RDC depuis plusieurs années. La plupart de ces réfugiés avaient réussi à s'auto-suffire par la mise en œuvre d'activités génératrices de revenus, mais compte tenu de la situation décrite ci- haut, et de leur faible niveau d'instruction, ils ont eu des difficultés à les gérer et les pérenniser. L'espoir de retour pour ces angolais est né avec le règlement du conflit par les accords de mai 1991 ; malheureusement la reprise des combats après les élections de septembre 1992 a provoqué la suspension du rapatriement. La plupart des réfugiés angolais avaient vendu leurs biens et se préparaient à repartir quand la situation s'est de nouveau dégradée. Ils se sont donc retrouvés dans une situation précaire, d'où la nécessité de mettre en œuvre ce programme pour les aider à se réinstaller. Le nombre total de réfugiés urbains reconnus par le HCR dans la ville de Kinshasa est aujourd'hui de 3 050 personnes de plusieurs nationalités, particulièrement les Angolais, les Congolais et quelques Burundais, Rwandais et Camerounais de 15 à 45 ans dont 20 % sont des enfants.

Ce projet a comme objectif de rechercher une solution durable en faveur des réfugiés, à savoir l'autosuffisance, par leur intégration locale à travers la mise en œuvre des micro-projets générateurs de revenus.

Après deux ans d'intervention, il a été constaté que les bénéficiaires sont encore loin de l'autosuffisance escomptée. C'est pour cette raison que le HCR, en accord avec son partenaire opérationnel, a sollicité auprès du Bureau international du Travail (BIT) une expertise pour d'une part évaluer le projet, et, d'autre part, aider la Vision Mondiale à améliorer l'efficacité de la mise en œuvre de ce programme.

#### **Impact socioéconomique du micro-projet**

Il faut noter que sur les 29 personnes qui ont admis que le programme a eu un impact sur leur vie sociale, 52 % ont admis qu'il y a eu amélioration par rapport à leur alimentation ; 35 % estiment que le programme leur a permis de payer le loyer ; 17 % les soins de santé ; 10 % estiment que ceci a permis de constituer un capital ; et la même proportion évoque *l'acquisition de l'autonomie* grâce au programme. Une personne sur 29 pense que ce programme a permis le paiement de sa facture d'eau et d'électricité et la même proportion pour ce qui est de l'épargne et du transport (tableau n°3).

#### **d. La protection sociale dans les situations de crise**

La situation de crise que traversent le Congo et la RDC n'épargne pas leurs systèmes de protection sociale notamment les caisses de sécurité sociale. Ceci a rendu quasi nul l'impact des agences de la protection sociale au sein des populations. L'absence de la protection sociale dans ce contexte particulièrement difficile a davantage fragilisé la population de la RDC. En effet, la population de la RDC est aujourd'hui répertoriée parmi les plus pauvres du continent. Elle est dans une situation de vulnérabilité accrue.

---

**Tableau n°3 : Impact socioéconomique du micro- projet**

Domaines	Frequence	Pourcentage
Alimentation	15	51,70
Logement	10	34,48
Scolarité	10	34,48
Santé	5	17,24
Eau	1	3,45
Électricité	1	3,45
Epargne	1	3,45
Capital	3	10,34
Autonomie	10	34,48
Transport	1	3,45

Face à cette situation, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et le BIT, dans le cadre du programme inter- agences de lutte contre la pauvreté ont initié un projet de renforcement de la protection sociale en RDC avec deux volets d'intervention notamment, la réhabilitation de l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS) et l'extension de la protection sociale au secteur informel pour la couverture d'un plus grand nombre.

Le deuxième volet qui a réussi (dans cet environnement de crise) a abouti à la mise en place d'une approche mutualiste de couverture sanitaire. Dès lors, le premier groupe qui est constitué de plus de mille individus bénéficie depuis juin 2000 de soins de santé essentiels à un coût accessible.

Par ailleurs, le Congo qui est dans la même situation que la RDC par rapport à la protection sociale est aujourd'hui dans un processus d'intégration de l'approche mutualiste de couverture sanitaire pour l'extension de la protection sociale à un plus grand nombre. Ceci est rendu possible grâce à l'aide post-conflit de la Banque Mondiale en collaboration avec le PNUD et les Fondes des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).

#### **e. Rôle des ONG's**

Les ONG's au Congo et en RDC durant cette période de crise ont joué un rôle très important. Il s'agit notamment de la participation à l'identification des problèmes humanitaires, de la mobilisation des ressources tant humaines que logistiques et de l'appui technique sur le terrain. Les ONG's ci après sont intervenu au Congo : Action contre la faim (ACF), Association pour le Développement des Communautés rurales (ADECOR), Institut de recherche pour l'appui développement agricole en zone tropicale (AGRICONGO), Action de sécurité d'urgence (ASU), Committee international de la Croix rouge (CICR), Médecins sans frontières France (MSF/F), Catholic Relief Services (CRS), CARITAS Internationalis, (Caritas), Comités féminins de Distribution, Forum des Jeunes Entreprises, etc.



---

Pour la RDC, les ONG's suivantes ont été opérationnelles dans le cadre de l'humanitaire : ACF, Caritas, CRS, European Humanitarian Aid Office (ECHO), Handicap International, Human Dignity in the World (HDW), Médecins du Monde (MDM), Memisa, Médecins sans frontières Belgique (MSF-B), OXFAM-Québec, Vision Mondiale, et institutions privées et particulières espagnoles, coopération pour l'aide aux pays en développement, etc.

## **1.5 Impact des crises sur la sécurité sociale statutaire**

Les systèmes de protection sociale au Congo et en RDC sont aujourd'hui en crise : mégestion, décroissance des emplois dans le secteur formel et non-pertinence de l'offre des prestations. Ceci est en partie l'impact de la situation de crise que traversent les deux pays.

### **a. Avant les crises**

En effet, avant les crises des années 1990, la sécurité sociale statutaire en RDC par exemple était déjà malade de la mauvaise ou non-application de la législation en la matière et de l'inadaptation des structures de l'INSS au système de prévoyance sociale initié en 1961.

En outre, il est à noter que l'Etat congolais organise des régimes spéciaux de protection sociale pour les catégories des travailleurs suivants :

- les fonctionnaires civils et militaires
- les magistrats
- les magistrats de la cour de comptes
- les personnel de l'enseignement supérieur, universitaire et de la recherche scientifique
- les parlementaires
- les membres du conseil exécutif

La réalité de la couverture des risques sociaux en RDC actuellement se présente comme suit. L'INSS, l'organisme de gestion du régime général de la sécurité sociale en RDC, ne couvre que 1 % des travailleurs du secteur de son ressort, soit 562 852 travailleurs. En plus, les bénéficiaires des prestations sociales doivent attendre globalement en moyenne un minimum de :

- trois années, un mois et sept jours pour recevoir les prorata initiaux au niveau des provinces
- cinq années et demi pour que leurs premières assignations soient éditées au centre de traitement de l'information, et sous-entendu, attendre encore plus longtemps pour recevoir la première fois leurs prestations sociales. *(BIT 1999)*

Par contre les fonctionnaires et le reste des catégories couverts par des régimes spéciaux ne sont plus pris en charge par l'Etat congolais.

Au Congo, au niveau institutionnel il existe deux caisses de sécurité sociale : d'une part la Caisse de Retraite des Fonctionnaires (CRF) qui a pour tâche de gérer les régimes de pension de retraite des fonctionnaires et assimilés, de développer l'action sociale et sanitaire en faveur des retraités et leurs familles et de rentabiliser les fonds disponibles; d'autre part la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) placée sous la tutelle du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale qui s'occupe de la gestion du régime concernant les contractuels de la fonction publique et les travailleurs du secteur privé ainsi que leurs familles respectives.

---

La réalité de la couverture sociale de ces deux organismes assureurs même avant les guerres est très éloignée de ce qu'elle devait être normalement, il y a difficulté dans la distribution des prestations de sécurité sociale ; à titre d'exemple la CNSS n'arrivait plus à payer à échéances régulières du fait des difficultés de trésorerie, les grandes entreprises du Congo ne payent plus leurs cotisations sociales depuis plus de dix ans à la CNSS, l'Etat employeur aussi. Les seuls risques couverts partant des textes réglementaires sont : la maternité, les risques professionnels, l'invalidité, les prestations familiales, la vieillesse et les survivants. Le risque maladie n'est pas couvert. Le secteur informel et les professions libérales au Congo sont exclus de toute protection sociale (BIT 2000). Il faut noter que les bénéficiaires conscients de la situation ont formulé dans les deux pays des besoins de réforme.

**b. Pendant les crises**

Au Congo, la distribution des prestations sociales a été bien entendu perturbée par les guerres qui ont entraîné une destruction partielle des bâtiments et immeubles abritant les organismes de gestion de la protection sociale, destruction pour l'essentiel de la documentation, des pièces comptables et archives, pillage de l'outil de travail suivi de l'incendie. Les services sociaux se sont détériorés tout au long des années 1990 à cause de la négligence, des pillages et des destructions. (*Plan des nations unies, République du Congo, 2000*).

Pour ce qui concerne la RDC, l'impact de la crise sur l'institution statutaire est manifeste, il se mesure dans le quotidien de la population et dans l'incapacité de l'INSS à organiser de façon effective les prestations au profit des bénéficiaires. En effet devenir retraité ou être frappé d'incapacité en RDC est le plus grand malheur que jamais nul ne souhaiterait; et s'il était possible d'arrêter l'acquisition de l'âge et d'anéantir les causes des incapacités bon nombre de travailleurs opterait pour cette solution.

On peut noter que les bénéficiaires des prestations sociales doivent attendre globalement en moyenne un minimum de trois ans, un mois et sept jours pour recevoir les prorata initiaux au niveau des provinces, cinq ans et demi pour que leurs premières assignations soient éditées au centre de traitement de l'information, et sous-entendu, attendre encore plus longtemps pour recevoir pour la première fois leurs prestations sociales. (BIT, 1999).

**c. Les réponses apportées en situation de crise**

La sécurité sociale institutionnelle n'a pas de réponse parce qu'elle n'est pas adaptée à apporter des solutions en situation de crise, mais aussi l'état actuel de sa gestion qui déjà la rend incapable à remplir pleinement ses missions premières ne facilite pas la mise en place de solutions appropriées pour les situations de crise. Les gouvernements sont dépassés par les événements tant la situation macroéconomique est désastreuse, ils se résolvent donc à faire appel à l'aide humanitaire. Les agences humanitaires interviennent ponctuellement en urgence avec une absence de stratégie et de vision de sortie de crise qui pourraient ouvrir des perspectives de développement. Il y a donc une absence d'articulation entre humanitaire et développement.

**d. Le contexte économique et celui des revenus face au besoin de protection sociale**

On note en matière de sécurité sociale la modicité des prestations par rapport au coût réel de la vie soit 1 dollar par trimestre pour le pensionné de la RDC, alors qu'une nuit dans une chambre d'hôtel coûte 160 \$ US, c'est-à-dire 40 ans de prestations pour un pensionné. Ceci traduit le contexte socioéconomique actuel avec un pouvoir d'achat de plus en plus insignifiant par rapport au coût réel de la vie.

Les deux tableaux qui suivent donnent une certaine indication et un éclairage sur ce que sont les conditions de vie des populations congolaises (RDC) notamment en matière de soins de santé. (*Confère étude : les éléments d'appréciation du système de protection sociale en République Démocratique du Congo, BIT 2001*).

**Tableau n° 4 : Salaires de base (secteur public) en RDC (2001)**

Grades	Salaires de base \$ US /mois
Secrétaire général	34,55
Directeur général	30,55
Directeur	19,44
Sous directeur	16,38
Chef de division	14,77
Chef de bureau	9,66
Attaché de bureau de 1 <sup>ère</sup> classe	7,73
Attaché de bureau de 2 <sup>ème</sup> classe	6,73
Agent de bureau de 1 <sup>ère</sup> classe	5,79
Agent de bureau de 2 <sup>ème</sup> classe	4,43
Agent auxiliaire de 1 <sup>ère</sup> classe	4,11
Agent auxiliaire de 2 <sup>ème</sup> classe	3,86
Huissier	3,47

Le tableau 5 permet d'appréhender la situation salariale dans le secteur privé de l'économie congolaise. On constatera que le salaire mensuel des cadres de coordination varie entre 9,4 et 12,53 \$ US, celui des agents de maîtrise entre 6,09 et 8,14 \$ US, celui réservé à la main d'œuvre hors qualification est de 5 \$ US, la main d'œuvre qualifiée 3,42-3,95 \$ US, la main d'œuvre semi-qualifiée 2,5-2,97 \$ US et la main d'œuvre non qualifiée 1,44-1,92 \$ US.

Il convient de noter à ce niveau que le secteur privé en RDC n'est pas développé, il emploie moins d'individus que le secteur public.

Le présent barème a été négocié lorsque 1 \$ US avait la valeur de 4 FC. L'agent le moins gradé (main d'œuvre ouvrière) touchait l'équivalent des 65 \$ US et le plus gradé (cadre de coordination 3) touchait l'équivalent de 564,2 \$ US.

**Tableau n° 5 : Salaires de base dans le secteur privé (secteur commerce) et part allouée à la santé, en RDC (1999 à janvier 2001.)**

Grades	Salaires de base \$ US	Dépense Santé
Main d'œuvre		
- Ouvrière	1,44	0,15
- Libre	1,67	0,18
- Spécialisée	1,92	0,20
Main d'œuvre sémi qualifiée		
- 1 <sup>ère</sup> classe	2,25	0,24
- 2 <sup>ème</sup> classe	2,57	0,27
- 3 <sup>ème</sup> classe	2,97	0,27
Main d'œuvre qualifiée		
- 1 <sup>ère</sup> classe	3,42	0,36
- 2 <sup>ème</sup> classe	3,95	0,42
Main d'œuvre hors qualification		
	4,55	0,48
Maîtrise		
- 1 <sup>ère</sup> classe	6,09	0,65
- 2 <sup>ème</sup> classe	7,04	0,75
- 3 <sup>ème</sup> classe	8,14	0,87
Cadres de coordination		
- 1 <sup>ère</sup> classe	9,4	1,06
- 2 <sup>ème</sup> classe	10,08	1,16
- 3 <sup>ème</sup> Classe	12,53	1,34
Cadres de Direction		
- 1 <sup>ère</sup> classe	-	-
- 2 <sup>ème</sup> classe	-	-

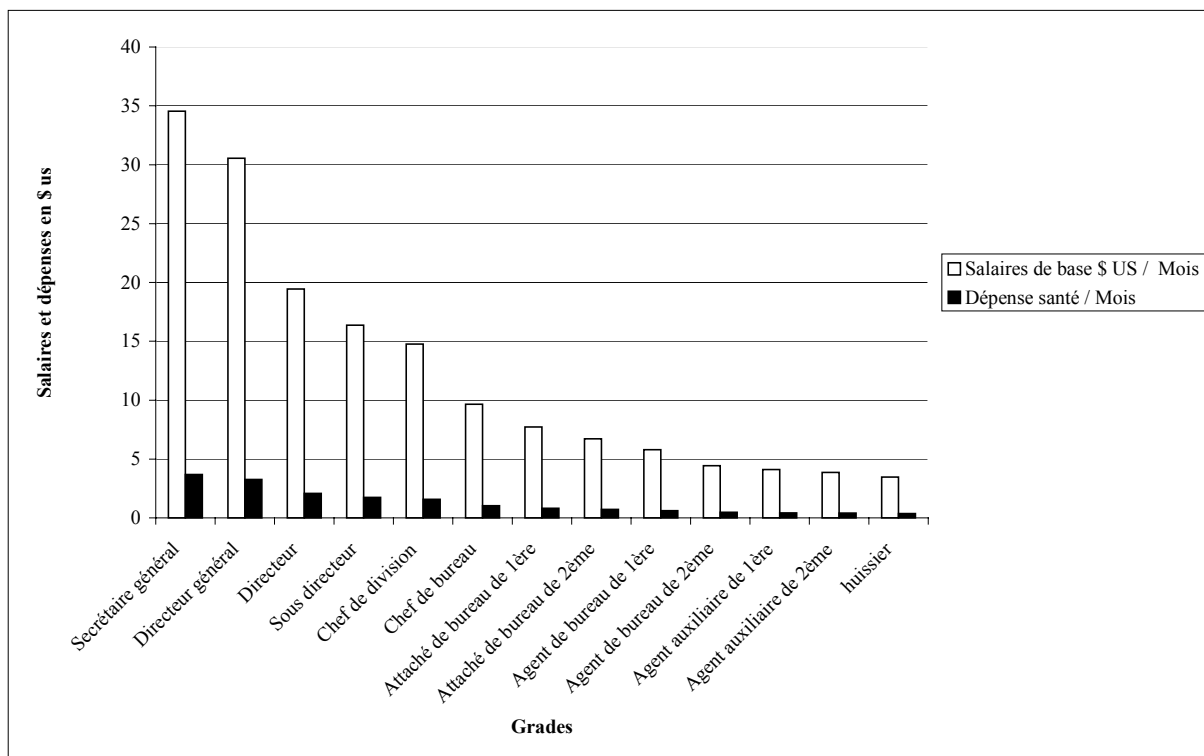
Source : *Protocole d'accord entre le patronat et les syndicats* (juin 1999).

Au regard de ce tableau, du secrétaire général à l'huissier aucun agent de l'état ne peut accéder aux soins de santé avec 10,7 % du revenu mensuel dans le système classique (par acte), d'où la pertinence d'un système mutualiste. Dès lors, on peut signaler ici que l'expérience pilote qu'a développé le BIT, bureau de zone de Kinshasa, la cotisation est de 1,80 \$ US par mois pour le chef de famille et 1,60 \$ US pour la personne à charge.

Mais avec le taux de cotisation de 1,8 \$ US par mois pour le chef de famille et 1,6 \$ US pour la personne à charge, quelles sont les possibilités qui se présentent : le secrétaire général et le directeur général peuvent s'affilier avec une personne à charge chacun ; le directeur ne peut que s'affilier seul. Du chef de division à l'huissier, aucune chance ne leur est donné pour accéder au traitement d'un épisode de paludisme, pour se faire soigner convenablement, il vaudrait mieux adhérer à la mutuelle de santé même si cela est toujours difficile pour certaines classes sociales.

*Ainsi pour l'huissier par exemple, le 10,7 % de son salaire équivaut à 0,37 \$ US; pour affilier ne fut ce que la moitié de sa famille il lui faut 5 \$ US (pour le chef de ménage et deux personnes à charge) soit 4,63 \$ US supplémentaires ou 11 fois 10,7 % de son revenu mensuel.*

**Graphique n°1 : Salaires de base (secteur public) et part consacrée à la santé en RDC (2001)**



Voyons maintenant comment les agents des entreprises privées ainsi que leurs familles respectives se comportent vis à vis de l'accessibilité économique aux soins de santé. Si nous considérons le système de paiement par acte, un épisode de paludisme par exemple revient à 3,8 \$ US; De la main d'œuvre ouvrière à la main d'œuvre semi qualifiée aucun agent ne peut supporter ce coût même avec le salaire entier, pourtant nous savons que c'est la classe la plus exposée aux maladies à cause des mauvaises conditions sociales dans les quelles elle vit ; Pourtant avec 3,4 \$ US le chef de ménage peut payer sa cotisation mensuelle dans une mutuelle de santé ainsi que celle d'une personne à charge pour tous les soins de santé primaires durant le mois.

Cependant lorsqu'il y a un cas de maladie dans la famille on est tenu d'intervenir quel que soit le coût ; comme l'épargne devient un luxe et que les maladies arrivent le plus souvent au moment où l'on ne dispose pas de cash, il paraît nécessaire et utile d'anticiper.

Le tableau 5 révèle que même les cadres de coordination ne peuvent pas accéder aux soins d'un épisode de paludisme avec 10,7 % du revenu mensuel; pour se faire soigner lorsqu'on est atteint de la malaria il faut prélever sur les autres rubriques telles que l'alimentation ou le logement avec les conséquences que cela implique.

---

**e. La population face aux besoins de prestations : coût par épisode maladie de quelques maladies courantes**

- Cas d'un enfant souffrant du paludisme à qui on prescrit les produits suivants :
  - Quinine injectable 10mg/kg/j les deux premiers jours (100fc par ampoule x 2 = 200fc)
  - Puis en cés de 250mg DT 10 cés (100 F.C.)
  - Sérum glucose à 5 % 1 litre (350 F.C.)
  - Vitamine B complexe 2 ampoules (20 F.C.)
  - Ascorvit 2 ampoules (30 F.C.)
  - Dipyronne 1 ampoule (15 F.C.)
  - Aiguille épicerânienne (15 F.C.)
  - Seringue de 5ml (10 F.C.)

Lorsqu'on fait la somme de ce que coûtent tous ces médicaments pour un épisode de paludisme, on arrive à 690,00 FC soit 3,8 \$ (un peu plus que le revenu mensuel de l'huissier - 3,47 \$ US /mois (voir tableau 4) sans compter la fiche et les frais de consultation ; Comme il s'agit d'un enfant, en se référant aux données du ministère de la santé qui indiquent qu'un enfant de moins de cinq ans fait jusqu'à dix épisodes de paludisme par an, on totalise 6 900 FC (38 \$ US), si seulement il n'y a pas augmentation des prix pendant l'année.

Un adulte fait en moyenne trois épisodes de la malaria par an et son traitement est trois fois plus cher que celui de l'enfant, soit approximativement 114 \$ US par an. Un épisode de diarrhée coûte en moyenne 850 FC (4,7 \$ US), ce chiffre est supérieur au revenu mensuel d'un agent de bureau de deuxième classe (10e échelon de la fonction publique) et ce pour des médicaments uniquement sans compter la fiche ni les frais de consultation ou des examens. Selon le ministère de la santé un enfant de moins de cinq ans fait en moyenne trois à sept épisodes par an.

En réalité les travailleurs qui représentent une part importante de la main d'œuvre congolaise sont laissés pour compte par le système classique et certains s'organisent pour se retrouver dans différentes associations mutualistes (ONGs, Association sans but lucrative [ASBL], Tontines, etc.) pour se couvrir des risques sociaux (maladies, décès, éducation, charge familiale, etc.). Il y a au sein de la population un rejet clairement affiché de l'INSS dans son fonctionnement et dans la réalisation de ses objectifs sociaux.

La situation macroéconomique a bien entendu aggravé l'état de la protection sociale et installé une crise de confiance entre les bénéficiaires potentiels des prestations, les employeurs et l'institution.

## **2. Perspectives de développement des systèmes de protection sociale durables dans un contexte de crise**

Dans ces situations de crises et de post conflit les associations informelles, les structures de développement communautaire, et les ONG, montrent sans aucun doute que l'impulsion de la protection sociale ne viendra pas seulement de l'Etat et des structures statutaires, mais plutôt d'une réorientation et d'une réadaptation de la protection sociale à l'évolution et aux contingences qui adviennent en Afrique.

---

Si l'adaptation et la recherche d'une nouvelle formule de protection sociale notamment en matière de santé pour répondre aux requêtes des populations sinistrées ou vulnérables sont une priorité, il apparaît difficile cependant d'appliquer le schéma classique de protection sociale à toutes les composantes de la population active et dans toutes les situations et surtout en période de crise et de post conflit. Compte tenu de la nature à la fois profonde et généralisée de la pauvreté, il est essentiel d'appuyer les populations pour qu'elles disposent de revenus.

## **2.1 Articulation micro-crédit micro-entreprise et micro-assurance santé**

(Confère étude : Articulation micro-crédit, micro-entreprise et micro-assurance santé, Gauthé, 2000)

Le lien entre emploi et protection sociale est non seulement réel mais de plus en plus pertinent dans le processus de lutte contre la pauvreté. Il est possible conceptuellement aujourd'hui d'établir un pont entre micro-crédit, micro-entreprise, et micro-assurance santé. Le micro-crédit crée des emplois, génère des revenus, il doit être donc protégé par une assurance santé. C'est dire que le micro-crédit seul ne peut pas faire sortir l'individu de la pauvreté. C'est aussi l'éducation et la protection sociale.

Une des premières causes de non-remboursement des crédits est la maladie. L'identification des éléments favorables, doit être une première étape dans une stratégie de mise en relation et de mise en action de cette trilogie sous l'angle communautaire et mutualiste. Le défi majeur des structures qui relèvent de ces trois composantes, c'est d'inscrire leurs actions dans la durée, nécessité donc de la formation.

Le micro-crédit est identifiée comme un petit apport financier extérieur octroyé à l'initiateur d'un micro-projet pour sa réalisation. Cette articulation entre micro-crédit et micro-projet a été depuis quelques années la stratégie des structures de crédits et des ONG de développement. L'objectif étant la facile accessibilité des petits opérateurs économiques à des services à coûts réduits, élément à la base de la création des institutions mutualistes d'épargne et de crédits. Plusieurs structures de micro-finance ont pris le virage vers l'autonomie financière. Il s'agira d'appuyer en termes de renforcement des capacités des dirigeants et les gestionnaires des mutuelles, de mettre en place des mécanismes de contrôle. Il va s'en dire que la mise en place d'un système informatisé contribuera grandement à l'atteinte de cet objectif de sécurisation des fonds. Plusieurs personnes sont laissées pour compte par les systèmes bancaires traditionnels, il y a donc un réel besoin. Dans une perspective de réduction de la pauvreté, les mutuelles de crédits n'ont pas la prétention d'enrayer la pauvreté, mais l'allègent grandement, de par le fait qu'elles constituent un levier économique important générateur d'emplois.

La micro-assurance santé est la formalisation de la solidarité traditionnelle, elle a une valeur communautaire et anticipative. L'articulation entre micro-assurance santé et micro-crédit est aujourd'hui novatrice, c'est pourquoi dans une perspective de faisabilité, il est nécessaire de déterminer les éléments qui favorisent la mise en place d'une micro-assurance de santé dans une structure de micro crédit. La micro-assurance santé est en réalité une garantie pour le micro-crédit.

---

## 2.2 Rôle futur des ONG's des structures de développement communautaire, et des agences des Nations Unies

Par exemple dans une situation de crise et de post conflit les problèmes humanitaires sont prioritaires, il s'agira de s'associer à cette aide humanitaire, avec les appuis des systèmes de coopération au développement dont celui du système des Nations Unies, pour organiser la prise en charge de soins de santé à travers des systèmes durables.

Cependant, la protection sociale humanitaire ne peut être organisée que si et seulement s'il y a un travail humanitaire. En somme, il est possible et souhaitable d'organiser le lien entre programme humanitaire et programme de développement. Ce lien permet de faire la distinction entre programme d'assistance sociale pour lequel il n'existe aucun «contrat de louage de services» et un contrat de louage de service pour des travaux d'intérêt public pour lesquels, le paiement peut se faire soit en nature soit en espèces. Cette correspondance ou ce lien entre travail humanitaire et protection humanitaire s'inscrit dans une approche de responsabilisation qui exclut toute forme d'assistanat permanent.

Dès lors, est envisagé au début du processus humanitaire ou du programme humanitaire des perspectives de pérennisation à travers des activités génératrices de revenu et l'organisation des mutuelles de santé, pour sortir les bénéficiaires du programme d'assistance ou d'indigence.

### **a. Protection sociale humanitaire : une réponse pour une situation de crise**

(Confère étude : Protection sociale humanitaire, BIT 2000)

Les groupes cibles ici sont les populations vulnérables ou devenues sinistrées à cause de crise économique, de catastrophe naturelle ou de guerre elles sont sans emploi sans revenu. Ces populations dont des jeunes sont pour l'instant sans moyen et ne bénéficient pas d'un système approprié de protection sociale inscrit dans la durée. Elles sont à la lisière de l'indigence et sont donc extrêmement démunies.

Au départ les programmes seront basés sur un programme d'assistance au profit de ceux qui acceptent de s'engager dans un processus de réinsertion économique. C'est une protection sociale humanitaire qui couvre prioritairement les soins de santé. Cette prise en charge sanitaire de base vise à assurer à cette population des soins de santé primaires ou essentiels. Ce niveau de prestation est différent du système contributif et décentralisé destiné aux micro-entrepreneurs ou aux travailleurs salariés. Compte tenu de la situation de vulnérabilité des bénéficiaires, le système contributif est pris en charge par un programme humanitaire financé par des bailleurs. Il est contributif et basé sur la notion de protection sociale contre travail humanitaire.

Il s'agira d'organiser les dotations en nature mis à disposition par les agences des Nations Unies, dans un schéma fait à la fois d'échange et de protocole de coopération avec les formations sanitaires pour aboutir à la mise en place d'un dispositif de prise en charge des soins de santé. Le système mutualiste se chargera sous des conditions déterminées au préalable, d'affilier les personnes, de convertir et de gérer les dotations en nature en dotation en espèce.

Les dotations seront normalement gérées par la mutuelle de santé. L'évaluation de leur valeur marchande permet d'intéresser des partenaires et des prestataires susceptibles de rentrer dans le schéma. Plus concrètement, les partenaires principaux sont les prestataires de soins. Il s'agira de mener les négociations pour intéresser ces centres de santé par rapport aux dotations initiales.



---

Le dispositif mis en place est axé essentiellement sur les soins de santé du groupe de personnes démunies, mais il intègre le processus général de mis en mouvement pour l'insertion économique. Ce dispositif qui est appelé mutuelle de santé humanitaire se situe au premier niveau de prestations constitué des soins de base. Mais rapidement le second niveau qui est participatif et contributif peut être atteint par le bénéficiaire du premier niveau si celui-ci entre en activité et génère des revenus. En d'autres termes les démunis d'hier restent de potentiels clients mutualistes des centres de santé et contribueront demain au financement des coûts des soins de santé. Cet argument qui incite les centres de santé à la collaboration peut être complété par la possibilité pour ces centres de santé d'être renforcés sur un plan plus général par l'appui qu'ils pourront obtenir soit du gouvernement ou de la coopération internationale pour améliorer leur capacité à offrir des prestations.

Ici le travail humanitaire est basé sur des rémunérations en nature, vivres, semences, outils, médicaments etc. Il sera question d'organiser le groupe cible notamment les populations sinistrées ou vulnérables en communautés des travailleurs pour l'exécution des travaux d'intérêt communautaire :

- par la mise en place d'une organisation communautaire qui est un préalable, des structures de fonctionnement et de dialogue humanitaire avec les autorités, le cadre du travail est défini.
- ainsi, dans le cadre des soins de santé la dotation en nature sera octroyée à la communauté et non à l'individu.
- la communauté a pour mission de garantir le bon usage des produits et d'organiser la pérennisation des dons et ultérieurement le recouvrement des coûts.
- à travers la mutuelle de santé, la communauté, signera un protocole avec les centres de santé sur la base de la valeur marchande des produits de la rémunération du travail communautaire.

En réalité il existe un lien et une synergie entre le programme humanitaire et le programme de développement. En effet, tout programme humanitaire comporte un volet emploi intégré dans les programmes d'urgence. Dans le programme de développement, le volet emploi s'intègre dans le cadre macroéconomique.

Dès lors il est indiqué d'envisager dès début du processus humanitaire ou du programme humanitaire des perspectives de pérennisation à travers des activités génératrices de revenu pour organiser une stratégie de sortie du programme humanitaire. A cette fin, un programme d'information, d'orientation, et de formation sera envisagé. La condition pour accéder au programme de formation est la certitude de disponibilité de micro-crédit. Si l'octroi d'un micro-crédit est nécessaire, il est cependant insuffisant pour aider à sortir de la pauvreté ou de la vulnérabilité.

Aussi, le lien entre emploi et protection sociale est non seulement réel mais devient de plus en plus pertinent dans le processus de lutte contre la pauvreté. Il s'agira ici d'établir un pont entre micro-crédit et micro assurance santé en passant par les activités génératrices de revenu. Ainsi, les populations sinistrées ou vulnérables regroupées préalablement en mutuelles de santé humanitaire grâce au travail humanitaire passent à un niveau supérieur de protection sociale par le développement des activités génératrices de revenu. Les bénéficiaires du crédit seront soumis à l'obligation de s'assurer contre le risque maladie au sein d'une mutuelle de santé de leur choix. Ceci constitue une garantie pour le remboursement du crédit. Par ailleurs, il est à noter que l'assurance demeure obligatoire pendant le remboursement du crédit, l'objectif étant, cette fois, celui de protéger le micro-entrepreneur aussi bien que son

---

activité et les sommes prêtées. Pendant la période du remboursement et par conséquent d'affiliation obligatoire à la mutuelle de santé, un programme d'éducation à la protection sociale sera organisé. L'espérance sera que l'individu choisira de se maintenir dans le système de protection sociale. Les dispositifs réglementaires appropriés seront certainement nécessaires pour garantir le maintien de l'affiliation de l'individu.

***b. Mutuelle classique dans un programme de développement***

Dans une perspective et dans un environnement classique sans problèmes humanitaires d'urgence la mise en place des mutuelles de santé s'inscrit dans le processus de réforme et d'extension de la protection sociale à plus grand nombre notamment dans les programmes de développement. La mutuelle de santé ou la micro-assurance santé est une approche de protection sociale de proximité. Elle organise la prise en charge sanitaire des personnes désireuses de se couvrir contre le risque maladie. Elle a pour avantage fondamental de rendre accessibles financièrement et géographiquement les soins de santé de qualité dans un environnement macro économique difficile, grâce à la souplesse et à la pertinence de ses mécanismes et stratégies de fonctionnement.

La solidarité est son véritable fondement. Elle implique que chaque membre paie sa cotisation indépendamment de son risque personnel de tomber malade et d'autre part, chacun bénéficie des mêmes services en cas de maladie. C'est donc une solidarité entre malades et bien portants, bref entre les différents membres de la mutuelle de santé.

Elle est gérée par ses membres. Dès lors, les bénéficiaires de la mutuelle de santé participent à la gestion de leur association, cette participation est démocratique. La participation démocratique dans la mutuelle de santé est un principe qui implique que tous les membres de l'association aient les mêmes droits et obligations. Ils ont le droit de participer aux différentes instances de décision notamment l'assemblée générale, le conseil d'administration, le comité exécutif et le comité de surveillance. Ce principe constitue un facteur de confiance pour la mise en œuvre du système contributif, le cœur de la mutuelle de santé.

---

***L'exemple de la mutuelle de santé des enseignants des écoles catholiques de Kinshasa, (MUSECKIN)***

Ce projet a abouti en juin 2000 à la mise en place de la mutuelle de santé des enseignants des écoles catholiques de Kinshasa, la (MUSECKIN). Le protocole qui a été établi entre la mutuelle et les prestataires de soins organise un système de paiement forfaitaire et anticipatif pour les soins à dispenser. Selon la loi de l'offre et de demande, ledit protocole couvre les soins essentiels, la petite et la moyenne chirurgie avec une hospitalisation allant jusqu'à dix jours. Depuis le mois de juin 2000 les membres de la MUSECKIN qui sont disséminés à travers toute la ville de Kinshasa ont commencé à bénéficier de soins de qualité dans 32 centres de santé et un hôpital de référence grâce à une petite cotisation mensuelle de 1,80 \$ pour le titulaire et 1,60 \$ pour la personne à charge.

Le bilan d'activités effectué au mois de décembre 2000 permet d'identifier clairement l'engagement et la détermination des enseignants à poursuivre l'expérience de prise en charge communautaire des soins de santé. Le bilan montre en outre que la situation des cotisations de la MUSECKIN à la date de l'évaluation est positive et leur paiement régulier. Par ailleurs, après une année de fonctionnement, on constate que la MUSECKIN réalise depuis avril 2001 une réserve technique de 300 \$ par mois. Malgré la modicité du salaire de l'enseignant congolais et la dévaluation constante de la devise nationale, l'effectif des membres et des personnes à charge, ne cesse d'augmenter. De 672 bénéficiaires en juin 2000, dont 209 chefs de famille et 463 personnes à charge, cet effectif approche aujourd'hui en juin 2001, près de 1500 individus à couvrir.

Les membres de la MUSECKIN sont fort satisfaits de cette expérience, particulièrement en période de grandes vacances où ils ne bénéficient pas de certaines primes. Ils ont de moins en moins des problèmes de santé. Plus de surprises malheureuses face à l'épineuse question du financement des soins dans un contexte particulièrement difficile. L'assiduité au travail est ainsi garantie. Par ailleurs, les prestataires sanitaires se réjouissent de l'initiative de la mutuelle de santé pour sa capacité à mobiliser les ressources en faveur des centres de santé. Ils peuvent ainsi disposer à l'avance de liquidité et procéder à une gestion planifiée des prestations et des stocks de médicaments. La solvabilité financière qui leur est assurée par la mutuelle de santé est un gage du développement des centres de santé à la fois, sur le plan qualitatif et quantitatif.

***c. Mutuelle d'attente pour la promotion de la couverture sanitaire nationale***

(Confère étude : Mutuelle d'attente, Gbossa et AL. 2000)

La stratégie développée depuis quelques années par le BIT pour le développement des mutuelles de santé est fondée sur le regroupement des membres de différentes corporations. Elle utilise la solidarité socioprofessionnelle ainsi que les principes mutualistes comme base dans la lutte contre les problèmes inhérents à la prise en charge et au financement des soins de santé.

La réussite de cette nouvelle approche de protection sociale suscite un intérêt toujours croissant au sein des populations, des gouvernements et des multiples partenaires de la coopération bilatérale et multilatérale. Cette situation a par ailleurs occasionné de multiples requêtes d'appui technique pour la mise en place des mutuelles de santé pour différentes catégories de la population

Compte tenu des difficultés pratiques envisageables dans l'exécution favorable de toutes ces demandes dans un bref délai avec la seule approche associative et communautaire, une question s'impose : «quelle stratégie mettre en place pour répondre, de manière efficace et efficiente, aux petits groupes hétérogènes, aux micro-entrepreneurs individuels, aux tiers évoluant dans des métiers à caractère libéral et à certains salariés qui sont prêts à se prémunir contre le risque maladie selon l'approche sus mentionnée? »

---

De manière spécifique la mutuelle de santé d'attente est une nouvelle formule d'affiliation qui a pour mission de :

- ouvrir la voie d'accès aux soins selon l'approche mutualiste à toute personne capable de cotiser régulièrement pour sa santé;
- permettre à l'Etat de dynamiser sa politique de couverture sanitaire de la population par une réglementation prenant en compte l'approche mutualiste;
- promouvoir le rôle de l'Etat dans la nouvelle approche de la prévoyance maladie en lui réservant la coordination de la mutuelle d'attente.

La mutuelle d'attente est donc un volet de la stratégie globale des mutuelles de santé; elle a pour objectif la couverture sanitaire des individus qui appartiennent à des regroupements socioprofessionnels ou associatifs et qui se trouvent en défaut de prouver une affiliation à une mutuelle de leur choix. Elle a pour mission de favoriser le développement et l'extension des mutuelles de santé dans l'optique de la prise en charge rapide d'un plus grand nombre. Elle tient son nom de l'aspect provisoire qui caractérise sa mission.

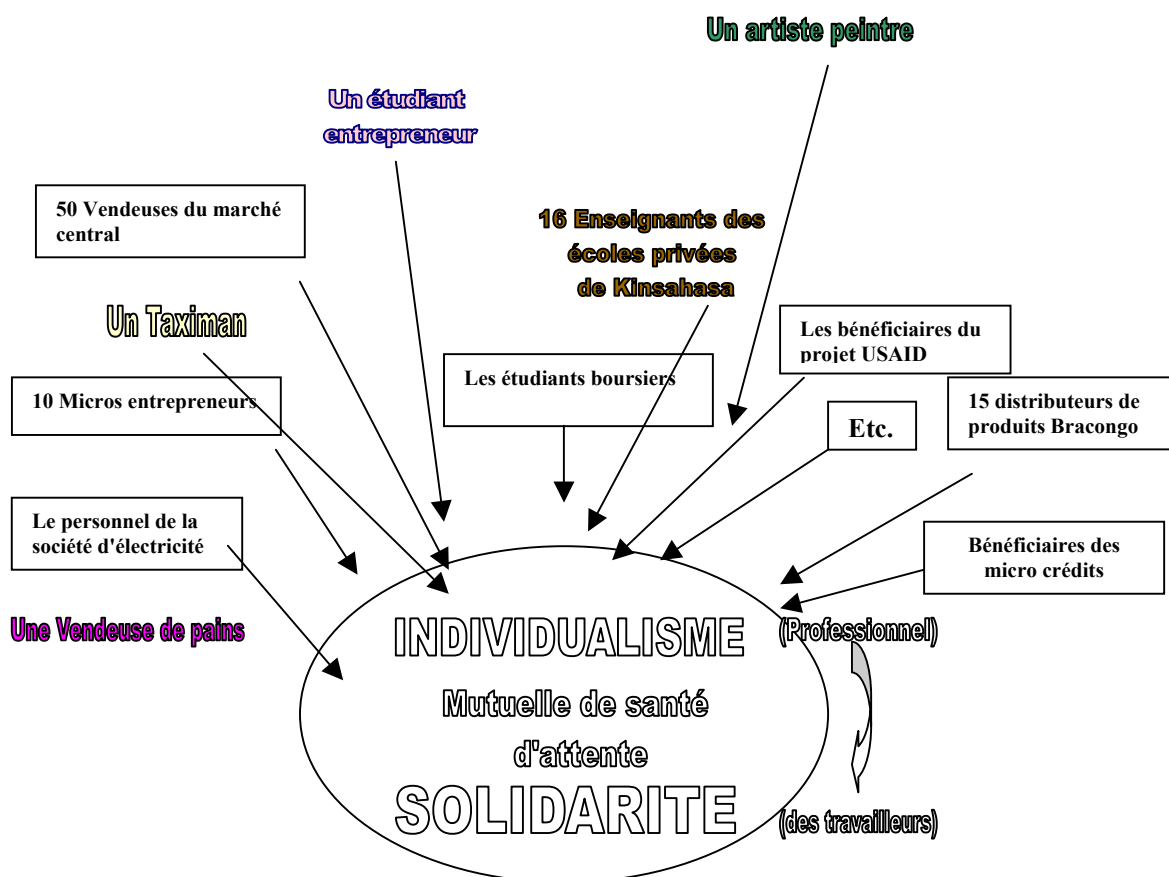
La mutuelle de santé d'attente poursuit un but non lucratif. Elle a pour objet social, la prise en charge rapide, dans une perspective provisoire, des soins médicaux de tous les individus ayant une activité génératrice de revenu.

La mutuelle de santé d'attente concerne la catégorie des personnes dont les corporations ne disposent pas encore de mutuelles de santé précises et aussi les micro-entrepreneurs individuels et les individus quel qu'il soit disposant d'une capacité de cotisation mais qui n'ont pas encore exercé leur autonomie et leur libre choix d'une mutuelle.

La mutuelle d'attente peut être comparée à une pépinière ou à une transplantation et qui fonctionne à la manière de la reproduction culturelle. En effet, les individus - à l'instar des grains - sont mis provisoirement dans une structure hétérogène pour le développement des aptitudes utiles à la mise en place des structures ou regroupements homogènes. Ensuite ils sont transférés ou transplantés pour ainsi dire dans des structures définitives pour leur prise en charge sanitaire permanente.

Vu sous cet angle, la mutuelle d'attente se révèle comme une stratégie pour la réduction du délai d'attente des individus des corporations non concernées par les mutuelles communautaires et associatives existantes. En effet, grâce à la mise en place de la mutuelle de santé d'attente, des individus non couverts jusque là par défaut d'exercer leur liberté de choix d'affiliation à une mutuelle sont forcés de se prémunir contre le risque maladie selon l'approche mutualiste (dans une structure hétérogène) en attendant d'exercer, une liberté de choix d'une mutuelle de santé spécifique à leur profession respective. L'objectif est certes social mais aussi économique puisqu'il s'agit de garantir le remboursement du micro-crédit si ces individus en sont bénéficiaires.

Graphique n°2 : Adhésion avant la mise en place des mutuelles spécifiques pour chaque catégorie



La création de la mutuelle de santé d'attente dans le cadre de la prévoyance sanitaire permet sur le plan national à l'Etat de :

- Réorganiser la politique sanitaire;
- Créer des sources de financement supplémentaires pour la promotion de la santé;
- Promouvoir et de faciliter la création des centres de santé et des mutuelles de santé;
- Instaurer une politique nationale sanitaire vigoureuse pour la formation du personnel médical;
- Favoriser l'éclosion de la synergie entre le développement communautaire et le développement national.

La mutuelle d'attente à l'instar des mutuelles classiques a une gestion démocratique et autonome confiée à une structure privée ou ONG avec une seule particularité à savoir son appartenance à l'Etat. En effet, étant une structure stratégique pour la promotion de la politique sanitaire du pays et compte tenu de l'hétérogénéité de son champ d'application, la mutuelle de santé d'attente est directement sous la tutelle de l'Etat sous réserve de non-ingérence dans la conduite des activités au quotidien. Les organes de la mutuelle de santé d'attente sont donc l'assemblée générale, le conseil d'administration, le comité de gestion, le comité technique et le comité de surveillance.

Le caractère hétérogène des individus à couvrir par la formule «mutuelle d'attente» appelle nécessairement une harmonisation au niveau de la périodicité du recouvrement et du montant de cotisation. Ainsi, dans une optique de solidarité tout le monde doit cotiser à part égale pour les mêmes types de prestations.

---

Quant à la périodicité, une certaine flexibilité est recommandée de manière à permettre aux salariés et autres travailleurs dont les activités ne sont pas soumises aux aléas climatiques de contribuer mensuellement tandis que pour les catégories des travailleurs saisonniers (comme les maraîchers) un système de paiement anticipatif pendant la bonne période des activités est conseillé.

Les prestations organisées au niveau de la mutuelle de santé d'attente sont les prestations essentielles, répondant à la capacité moyenne de cotisation de l'ensemble des individus en présence. Les prestations appropriées à chaque groupe seront organisées dans les mutuelles spécifiques qui seront mises en place le moment venu.

La mise en place de la mutuelle de santé d'attente implique un certain nombre de préalables au niveau de l'Etat. L'Etat devra :

- insérer la stratégie mutuelle d'attente dans la politique sanitaire nationale;
- rendre obligatoire la protection sanitaire des travailleurs sur l'ensemble du territoire nationale;
- mettre en place le programme de sensibilisation et de vulgarisation permanentes;
- protéger la mutuelle par une réglementation appropriée;
- garantir l'autonomie de gestion de la mutuelle de santé d'attente;
- encourager le développement des mutuelles spécifiques.

La mutuelle d'attente se révèle comme un outil complémentaire pour l'amélioration des politiques sanitaires des pays africains confrontés à de multiples problèmes de développement. Grâce à cette approche les Etats africains ont la possibilité de donner des réponses satisfaisantes aux problèmes de santé rencontrés dans toutes les couches de la population.

Etant un système susceptible de favoriser l'éclosion de la synergie entre le développement communautaire et le développement national, les mutuelles de santé (par le biais de la mutuelle d'attente) demandent l'implication de tous les partenaires de la santé, l'Etat, le bénéficiaire et les prestataires sanitaires. C'est un système de responsabilisation générale pour la couverture de toute la population.

### **2.3 Rôle futur des agences de sécurité sociale**

La plupart des systèmes de protection sociale en Afrique sont aujourd'hui en crise : mégestion, décroissance des emplois dans le secteur formel et non-pertinence de l'offre des prestations. L'absence de perspectives et de réponses adéquates aux besoins sociaux de la population non couverte par le système formel paraissent aujourd'hui rédhibitoires dans la réhabilitation des caisses de sécurité sociale en Afrique.

#### **a. La réhabilitation**

L'état des lieux des systèmes de protection sociale au Congo et en RDC a amené ces deux pays à formuler des requêtes d'appui technique au BIT pour la réhabilitation de leurs caisses de sécurité sociale et l'extension du système de protection sociale au plus grand nombre, notamment pour les travailleurs du secteur informel.

Les actions de coopération technique du BIT passent donc par un programme de restructuration de l'existant et par la mise en place des mutuelles de santé.

---

Pour l'essentiel, les systèmes de protection sociale dans ces deux pays nécessitent une réforme en profondeur. Le programme de réforme à mettre en place devrait donc se baser sur la pertinence de l'offre des prestations en matière de protection sociale. Ceci est possible à la fois par la prise en compte des besoins réels des différentes catégories à couvrir et par l'organisation d'une gestion moderne des systèmes de protection sociale. Il va sans dire que le consensus qui existe sur le constat doit être traduit en un consensus sur les actions à mener dans le cadre de la collaboration entre les gouvernements et le BIT, ce qui n'est pas le plus facile. Parce que ces programmes de réhabilitation se heurtent à des intérêts et des acquis bien établis.

#### **b. Réassurance**

La consolidation des activités de la mutuelle de santé implique à certains égards l'établissement d'un lien avec le système institutionnel public ou privé de santé notamment pour se mettre à l'abri de certains risques jugés très coûteux. Pour se couvrir contre certains risques d'envergure comme certaines maladies chroniques, la mutuelle de santé peut se réassurer auprès des institutions classiques d'assurance et de protection sociale. Ceci constitue une garantie pour sa solvabilité à l'endroit des centres de santé et assure en même temps la continuité des activités. C'est la technique de réassurance pour un niveau supérieur de prestation.

La technique de réassurance au sein d'une mutuelle de santé est rendue possible grâce à l'établissement d'un partenariat entre la mutuelle de santé et les autres mécanismes de protection sociale notamment les caisses de sécurité sociale réhabilitées et réformées, les sociétés d'assurance privée, le réseau des mutuelles de santé, voire la mutuelle de transit.

Dans une optique de réassurance, il s'agit pour la mutuelle de santé de proposer aux affiliés ayant des maladies chroniques d'entrevoir la possibilité de payer une cotisation supplémentaire pour leur prise en charge efficace. Cette possibilité leur permettra d'accéder à un niveau de prestation supérieure, plus ou moins approprié à leur situation. Ainsi, l'application de la politique de réassurance en collaboration avec les autres mécanismes de protection sociale permettra à la mutuelle de santé de se mettre (elle aussi) à l'abri des dépenses inattendues que pourrait occasionner une fréquence élevée des malades chroniques. Elle partagera ainsi ce risque évident avec les tiers assureurs. Cette stratégie interviendra avec le développement des activités de la mutuelle.

La mise en place de la réassurance peut être consolidée par l'apport des flux financiers provenant de la mobilisation de l'épargne des mutuelles de santé. En effet les périodes de stage qui restent obligatoires dans les mécanismes de fonctionnement des mutuelles de santé et qui facilitent la constitution d'une réserve technique, peuvent contribuer à la mobilisation des ressources financières susceptibles de placement mais aussi pour recourir aux services de la réassurance. Le développement de la réassurance ouvre des perspectives pour les caisses de sécurité sociale qui peuvent envisager cette prestation et ce service dans leur programme de réforme.

### **Conclusions**

Durant cette dernière décennie (1990 au 2000), le Congo et la RDC ont bénéficié des programmes humanitaires, conséquences des conflits qui ont jalonné l'évolution politique et économique de ces deux pays de l'Afrique centrale. Ces programmes ont drainé un flux important de l'aide humanitaire vers les populations sinistrées pour alléger leur souffrance et restaurer la paix et la dignité.

---

Au regard de la nature et de l'ampleur de cette aide humanitaire on peut légitimement se poser la question de son impact sur les populations congolaises et sa contribution à l'émergence d'une nouvelle restructuration du tissu socioéconomique, et dans une certaine mesure comment organiser et élaborer à partir de ces situations de crise de nouvelles formes de protection sociale durables.

Toute au long des interventions des ONG,s des agences des Nations Unies et des Gouvernement le mécanisme de distribution de l'aide est fondé sur le partenariat mais aussi sur la collaboration entre les différents partenaires intervenant sur le terrain. La matérialisation de cette collaboration est visible à travers le rôle d'OCHA. Cependant le mandat de cette dernière se limite à la coordination de l'aide humanitaire, quid de l'après humanitaire et de la pérennisation des actions menées pendant cette période.

Certes l'objectif d'apporter une aide d'urgence à des populations nécessiteuses ne peut souffrir de tâtonnement, mais faudrait-il encore penser et mettre en place des stratégies de réinsertion économique par l'emploi, la formation et la protection sociale dans une approche intégrée qui sort l'individu de l'assistanat des programmes humanitaires et le responsabilise dans un programme de développement.

Il s'agira d'établir un lien et une synergie entre le programme humanitaire et le programme de développement dans lequel le volet emploi facilite le passage progressif de l'individu du niveau d'assistance humanitaire à celui de micro-entrepreneur. Ces deux niveaux s'insèrent dans le cadre macroéconomique et contribuent à la résolution du problème de l'emploi durable, particulièrement pour les jeunes.

D'où l'importance de l'information et de la formation dans ces différents programmes humanitaires. Si l'octroi de l'aide humanitaire est nécessaire, elle est cependant insuffisante pour aider à sortir de la pauvreté ou de la vulnérabilité. Dans cette perspective la pérennisation des activités initiées dans les programmes humanitaires peut s'organiser autour du lien entre emploi et protection sociale, une approche pertinente dans le processus de lutte contre la pauvreté.

C'est dire que la garantie de l'emploi et la protection de l'individu doivent s'inscrire comme objectif à court et à long terme d'autant plus que l'application de la trilogie micro-entreprise soutenue par le micro-crédit, formation, micro-assurance santé induit des avantages macro-économiques et sanitaires.

La micro-assurance santé introduite progressivement dans les deux pays peut constituer une expérience naturelle à grande échelle. N'a t-on pas observé une évolution substantielle de l'utilisation des centres de santé de Kinshasa lors du bilan réalisé par le BIT dans l'expérience pilote de la mutuelle de santé des enseignants des écoles catholiques de Kinshasa, sans que cela ne mette en cause l'équilibre financier de ces centres de santé qu'aurait occasionné un abus lié à une augmentation brutale de la consommation totale des soins de santé. On a plutôt remarqué une redistribution des ressources sanitaires dans les différents centres de santé inscrits dans le réseau mutualiste, permettant une augmentation des soins préventifs et un meilleur accès aux soins des bénéficiaires.

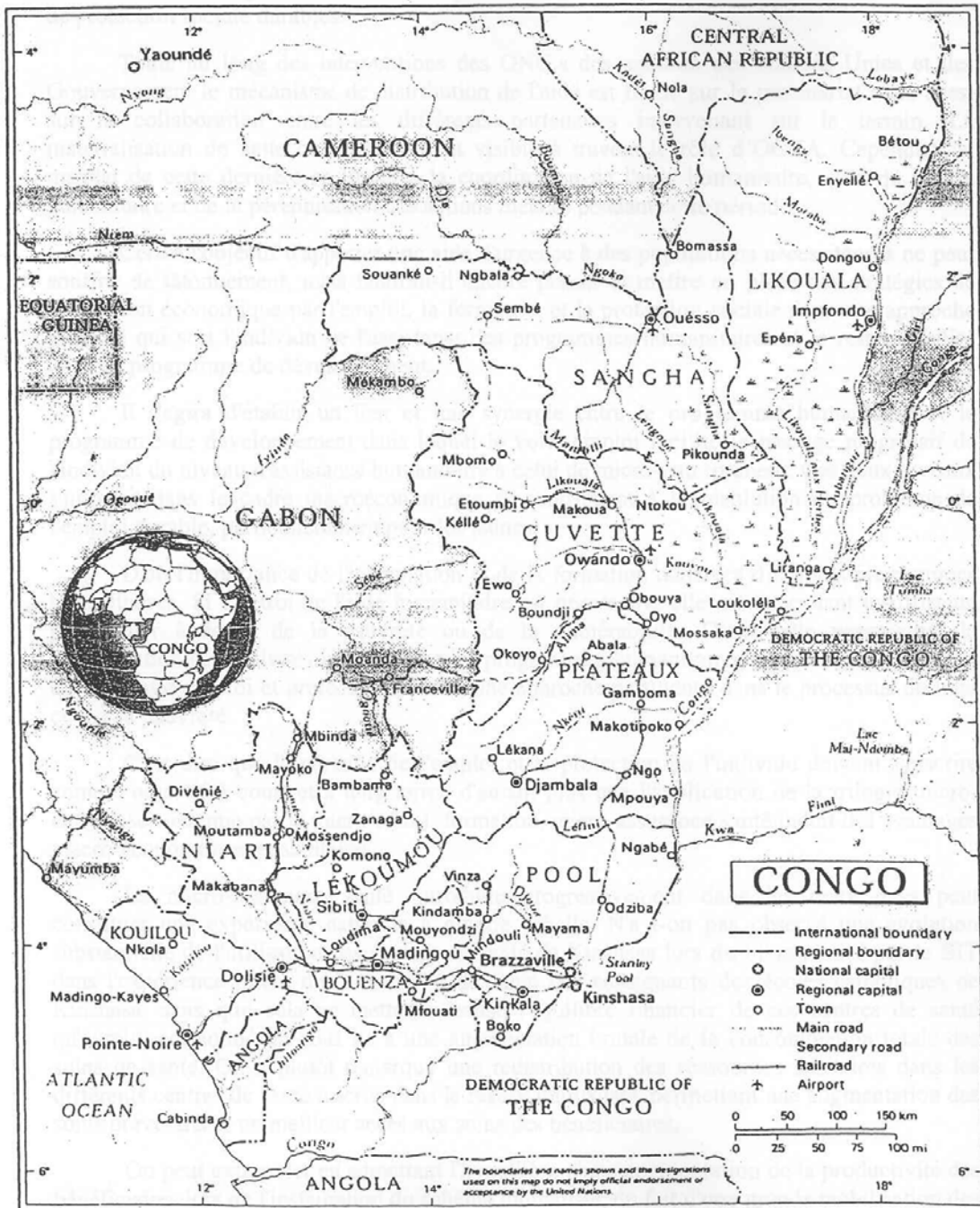
On peut extrapoler en admettant l'hypothèse d'une augmentation de la productivité des bénéficiaires lors de l'instauration du schéma mutualiste, du fait d'une grande mobilisation des travailleurs du secteur formel et du secteur informel ou d'une meilleure santé (et d'un absentéisme plus faible), voir des deux. Aussi, il n'est pas utopique d'envisager une évolution des systèmes statutaires par le biais des nouveaux mécanismes identifiés dans les micro-assurance santé notamment le volet réassurance pour la couverture des malades chroniques.



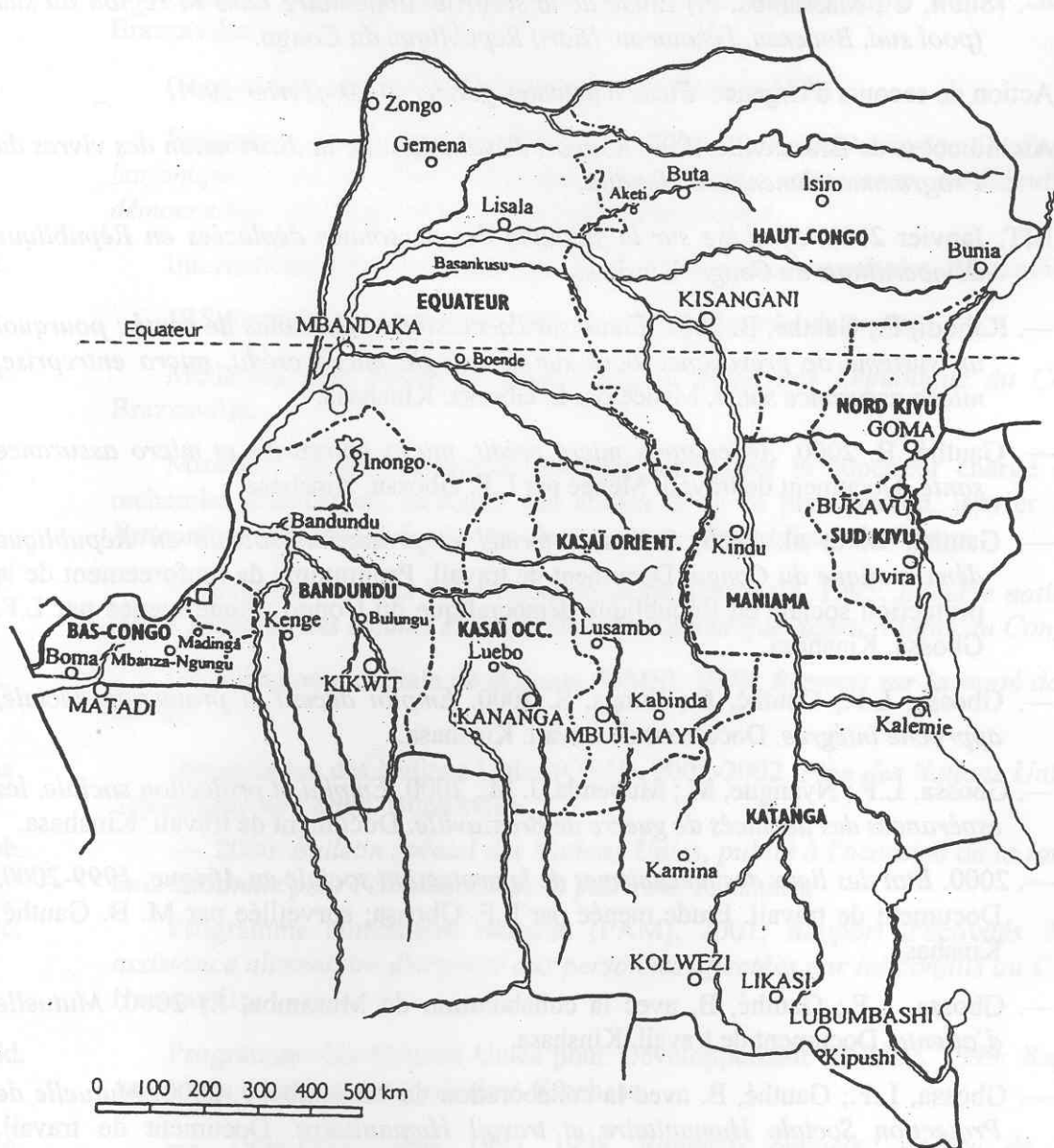
---

Les données tirées des expériences d'autres pays montrent clairement qu'une sécurité sociale adaptée aux nouvelles situations peut permettre de gagner sur deux tableaux améliorant à la fois la situation sanitaire et économique et l'emploi.

# Annexe n°1 Carte administrative du Congo



## Annexe n°2 Carte administrative de la République démocratique du Congo



---

## Annexe n°3 Bibliographie

1. Action Contre la Faim. *Rapport d'activités : République du Congo, novembre - décembre 2000 et janvier 2001. Soutien à la relance des structures médicales dans le grand district de Mouyonzi région de la Bouenza.*
- a. —. *République du Congo, Bilan d'activités an 2000.*
- b. —. (Subit, C.; Massamba, F.) *Etude de la sécurité alimentaire dans la région du sud (pool sud, Bouenza, Lékoumou, Niari) République du Congo.*
- c. Action de secours d'Urgence. *Fiche d'activités, février 2000 -février 2001.*
- d. Archidiocèse de Brazzaville 1999. *Rapport d'évaluation de la distribution des vivres du Programme Alimentaire Mondial.*
- e. BIT. Janvier 2001. *Synthèse sur la situation des personnes déplacées en République démocratique du Congo.* Kinshasa.
- f. —. Kahodi, F.; Gauthé, B. 2001. *Etude sur l'accessibilité des soins de santé : pourquoi un système de prévoyance basé sur la trilogie micro crédit, micro entreprise, micro assurance santé.* Ménée par L. Gbossa. Kinshasa.
- g. —. Gauthé, B. 2000. *Articulation micro crédit, micro entreprise et micro assurance santé.* Document de travail. Ménée par L.F. Gbossa. Kinshasa.
- h. —. Gauthé, B. et al. 2000. *Secteur informel et protection sociale en République démocratique du Congo.* Document de travail. Programme de renforcement de la protection sociale en République démocratique du Congo. Etude menée par L.F. Gbossa. Kinshasa.
- i. —. Gbossa, L.F.; Gauthé, B.; Ilunga, S. 2000. *Emploi décent et protection sociale, approche intégrée.* Document de travail. Kinshasa.
- j. —. Gbossa, L.F.; Nyangue, M.; Mupenda, J. M.. 2000. *Emploi et protection sociale, les espérances des déplacés de guerre de Brazzaville.* Document de travail. Kinshasa.
- k. —. 2000. *Etat des lieux des mécanismes de la protection sociale en Afrique, 1999-2000.* Document de travail. Etude menée par L.F. Gbossa; surveillée par M. B. Gauthé. Kinshasa.
- l. —. Gbossa, L.F.; Gauthé, B. avec la collaboration de Musamba, J.) 2000. *Mutuelle d'attente.* Document de travail. Kinshasa.
- m. —. Gbossa, L.F.; Gauthé, B. avec la collaboration de Musamba, J. 2000. *Mutuelle de Protection Sociale Humanitaire et travail Humanitaire.* Document de travail. Kinshasa.
- n. —. Ilunga Sulu, S.; Gauthé, B.; Makano, D.; Makaya, S. 2000. *Rapport d'évaluation du programme d'appui aux activités génératrices de revenus en faveur des réfugiés de Kinshasa du 28 août au 28 septembre.* Document de travail. Kinshasa.

- 
- o. —. Gauthé, B.; Boji, C.; Malikwisha, Dr. 1999. *Les soins de santé en République démocratique du Congo, cadre réglementaire, prestations et assurance*. Document de travail. Programme de renforcement de la protection sociale en République démocratique du Congo. Kinshasa.
- p. —. 1999. *Rapport projet PNUD/BIT : Organisation et méthodes informatiques, collecte des données sur l'existant à l'INSS*. Kinshasa.
- q. Caritas. janvier -juin 2000. Diocésaine de Brazzaville, Brazzaville.
- r. Caritas. *Rapport d'activités sur l'institution missionnaire de la charité*. Brazzaville.
- s. Coopération Franco-Congolaise. *Bilan de l'Année 1999*.
- t. Fédération des entreprises du Congo (FEC). juin 1999. *Protocole d'accord barémique entre les chefs d'entreprises du secteur commerce, la République démocratique du Congo et les organisations syndicales*.
- u. International Rescue Committee. 2000. *Assistance Humanitaire*. Brazzaville.
- v. JRS Kimbuendé. décembre 2000. *Rapport semestriel du projet*.
- w. Médecins sans frontières. 2000. *Rapport d'activités République du Congo*. Brazzaville.
- x. Ministère de l'enseignement primaire secondaire et supérieur chargé de la recherche scientifique, direction des études et de la planification. janvier 2000. *Estimation chiffrée des dégâts des deux guerres - République du Congo*.
- y. Ministère du Plan et de la Reconstruction Nationale. 1995. *Enquête nationale sur la situation des enfants et des femmes en République démocratique du Congo*.
- z. Organisation mondiale de la Santé (OMS). 1999. *Rapport sur la santé dans le monde*.
- aa. Organisation des Nations Unies (ONU). 2001-2002. *Plan des Nations Unies en République du Congo*. Brazzaville.
- bb. —. 2000. *Bulletin spécial des Nations Unies, publié à l'occasion de la journée internationale pour l'élimination de la pauvreté*. Kinshasa.
- cc. Programme alimentaire mondial (PAM). 2001. *Rapport d'activités 2000 : assistance alimentaire d'urgence aux personnes affectées par les conflits au Congo*. Brazzaville.
- dd. Programme des Nations Unies pour Développement (PNUD). 1999. *Rapport annuel du coordonnateur résident*. Kinshasa.
- ee. —. 1994,1995, 1996, 1997, 1998. *Rapports annuels : aperçu de l'aide humanitaire en République démocratique du Congo*.
- ff. Programme des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). décembre 2000. *Rapport annuel de l'UNICEF sur la République démocratique du Congo*.
- gg. Revue de l'Assistance humanitaire. 2000. Brazzaville.

---

## ESS documents déjà publiés

15. Ferreira, O. Extending social security: Challenges for Cape Verde<sup>1</sup> (2003). Version Portuguesa: A extensão da protecção social: o caso de Cabo Verde<sup>1</sup>.
14. Falconi Palomino, J. Social programmes, food security and poverty in Peru<sup>1</sup> (2003). Versión español: La seguridad alimentaria en el Perú como forma de seguridad de los ingresos<sup>1</sup>.
13. van Ginneken, W. Extending social security: Policies for developing countries<sup>1</sup> (2003).
12. Gbossa, F.L.; Gauthé, B. Social protection and crises in the Congo: From humanitarian aid to sustainable development<sup>1</sup> (2002). Version française: La protection sociale et les crises aux Congo : de l'aide humanitaire vers une protection sociale durable<sup>1</sup>.
11. Schwarzer, H.; Querino, A.C. Non-contributory pensions in Brazil: The impact on poverty reduction<sup>1</sup> (2002). Versión español: Beneficios sociales y los pobres en Brasil : Programas de pensiones no convencionales<sup>2</sup>. Version Portuguesa: Benefícios Sociais e Pobreza: programas não contributivos da seguridade social brasileira<sup>3</sup>.
10. Jütting, J. Public-private partnerships in the health sector: Experiences from developing countries<sup>1</sup> (2002).
9. Fall, C. Extending health insurance in Senegal: Options for statutory schemes and mutual organisations<sup>1</sup> (2002). Version française: Etendre l'assurance santé au Sénégal : possibilités à travers les régimes statutaires et les organisations mutualistes<sup>1</sup>.
8. Durán-Valverde, F. Anti-poverty programmes in Costa Rica: The Non-Contributory Pension Scheme<sup>1</sup> (2002). Versión español: Los programas de asistencia social en Costa Rica : El régimen no contributivo de pensiones<sup>2</sup>.
7. Steinwachs, L. Extending health protection in Tanzania: Networking between health financing mechanisms<sup>1</sup> (2002).
6. Schleberger, E. Namibia's Universal Pension Scheme: Trends and challenges<sup>1</sup> (2002).
5. Bertranou, F.; Grushka, C.O. The non-contributory pension programme in Argentina: Assessing the impact on poverty reduction<sup>1</sup> (2002). Versión español: Beneficios sociales y pobreza en Argentina: Estudio del programa de pensiones no contributivas<sup>2</sup>.
4. Chaabane, M. Towards the universalization of social security: The experience of Tunisia<sup>1</sup> (2002). Version française: Vers l'universalisation de la sécurité sociale : l'expérience de la Tunisie<sup>1</sup>.
3. Reynaud, E. The extension of social security coverage: The approach of the International Labour Office<sup>1</sup> (2002). Version française: Extension de la sécurité sociale: la démarche du Bureau international du Travail<sup>1</sup>. Versión español: Extensión de la cobertura de la seguridad social: La actuación de la Oficina Internacional del Trabajo<sup>1</sup>.
2. Cruz-Saco, M-A. Labour markets and social security coverage: The Latin American experience<sup>1</sup> (2002).
1. Kwon, S. Achieving health insurance for all: Lessons from the Republic of Korea<sup>1</sup> (2002).

<sup>1</sup> <http://www.ilo.org/public/french/protection/socsec/pol/publ/index.htm>  
<http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/pol/publ/index.htm>

<sup>2</sup> *Pensiones no contributivas y asistenciales : Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay.* F.M. Bertranou, C. Solorio, W. van Ginneken (eds.). Santiago, Oficina Internacional del Trabajo, 2002.

<sup>3</sup> *Discussion Text 929* de Instituto de Pesquisa Economica Aplicada); December 2002, sur: <http://www.ipea.gov.br>.