



Pauvreté et privations de l'enfant en République Démocratique du Congo

Année 2021



Pauvreté et privations de l'enfant en République Démocratique du Congo

Table des matières

Liste des tableaux	iv
Liste des figures	iv
Liste des annexes	v
Acronymes et abréviations	vi
Préface	vii
Avant-Propos	viii
Résumé Exécutif	ix
1. Introduction	1
2. Mesurer la pauvreté et les privations de l'Enfant : méthodologie et données	3
Limitations des données	7
3. Principaux résultats de l'étude	8
3.1. La pauvreté multidimensionnelle de l'Enfant en RDC	8
3.2. Un aperçu de la situation des privations dans les dimensions composant l'indice multidimensionnel de pauvreté infantile	13
3.3. L'analyse du chevauchement des privations	15
3.4. Quel est le profil des enfants pauvres en RDC ?	18
4. Impact du COVID-19 sur le bien-être des enfants	23
5. Conclusions	31
6. Recommandations pour lutter contre la pauvreté multidimensionnelle des enfants .	32
7. Bibliographie	35
Annexe 1 : Liste des indicateurs par dimension	37
Annexe 2 : La privation par indicateur par groupe d'âge	40
Annexe 3 : La privation par dimension selon la province de résidence pour tous les groupes d'âge	44
Annexe 4 : Liste des membres du comité technique de l'étude N-MODA	52

Liste des tableaux

Tableau 1. Le taux de pauvreté multidimensionnelle (H) et l'intensité de la pauvreté (A) en pourcentage et en valeur absolue selon la province	12
Tableau 2. Pourcentage de ménages qui n'ont pas assez de nourriture ou qui craignaient de ne pas avoir suffisamment de nourriture pour tous les membres du ménage en raison du manque d'argent ou d'autres ressources, 2020	25

Liste des figures

Figure 1. Liste des dimensions par groupe d'âge	4
Figure 2. La pauvreté multidimensionnelle au niveau national et par groupe d'âge	9
Figure 3. Pourcentage d'enfants subissant des privations dans au moins X (nombre) dimensions	9
Figure 4. Proportion d'enfants subissant simultanément un nombre donné des privations ..	10
Figure 5. L'intensité de la pauvreté multidimensionnelle au niveau national et par groupe d'âge	10
Figure 6. Classement des provinces selon (a) l'indice de pauvreté multidimensionnelle Mo et (b) selon le nombre d'enfants pauvres	11
Figure 7. Taux de privation (%) par dimension et par groupe d'âge	13
Figure 8. Chevauchement des privations entre les dimensions nutrition, santé et protection de l'enfant, enfants de 0 à 4 ans	16
Figure 9. Chevauchement des privations entre les dimensions nutrition, santé et éducation, enfants de 5 à 17 ans	17
Figure 10. Chevauchement des privations entre les dimensions eau, hygiène et assainissement, enfants de 0 à 17 ans	18
Figure 11. Le taux de pauvreté multidimensionnelle par milieu et province de résidence, enfants de 0-17 ans	19
Figure 12. Taux de privation pour les dimensions eau, assainissement et hygiène, par milieu de résidence et par groupe d'âge	19
Figure 13. Le taux de pauvreté multidimensionnelle, si l'enfant est en retard de croissance ou non	20
Figure 14. Le taux de privation par dimension, si l'enfant est en retard de croissance ou non .	20
Figure 15. Le taux de privation par dimension, si la fille de 15 à 17 ans selon le statut d'union .	21
Figure 16. Taux de pauvreté multidimensionnelle, par quintiles de bien-être et si l'enfant est assuré ou non, enfants de 0-17 ans	22

Figure 17. Les impacts de la COVID-19 sur les enfants	24
Figure 18. Pourcentage de ménage n'ayant pas pu acheter un médicament parce que ce produit était en rupture de stock	24
Figure 19. Pourcentage de ménages n'ayant pas pu accéder à un traitement médical en cas de besoin, 2020	24
Figure 20. Pourcentage de ménages n'ayant pas régulièrement accès au marché local pour s'approvisionner en nourriture, 2020	26
Figure 21. Nombre de repas pris avant et pendant la période de l'enquête, 2020	26
Figure 22. Types d'activités éducatives que les enfants qui étaient scolarisés ont pratiqué pendant que les structures éducatives étaient fermées	27
Figure 23. Moyen de contacter les enseignants	28
Figure 24. L'adoption des mesures sanitaires à l'école (port du masque, lavage des mains et prise de température)	28
Figure 25. Le niveau de satisfaction des ménages sur les conditions dans lesquelles les examens d'Etat pour l'année scolaire 2019-2020 se sont déroulés	29
Figure 26. La privation par indicateur, 0-23 mois	40
Figure 27. La privation par indicateur, 24-59 mois	41
Figure 28. La privation par indicateur, 5-14 ans	42
Figure 29. La privation par indicateur, 15-17 ans	43

Liste des annexes

Annexe 1. Liste des indicateurs par dimension	37
Annexe 2. La privation par indicateur par groupe d'âge	40
Annexe 3. La privation par dimension selon la province de résidence pour tous les groupes d'âge	44
Annexe 4. Liste des membres du comité technique de l'étude N-MODA	52

Acronymes et abréviations

AGR	Activité Génératrice de Revenu
CASS	Cellule d'Analyse en Sciences Sociales
COVID-19	Coronavirus disease-19 (maladie à coronavirus-19)
EDS	Enquête Démographique et de Santé
IDH	Indice de Développement Humain
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
MODA	Multiple Overlapping Deprivations Analysis (Analyse du chevauchement des privations multiples)
ODD	Objectifs de Développement Durable
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PAQUE	Projet pour l'Amélioration de la Qualité de l'Enseignement
PDP	Plan de Développement Provincial
PMUAIC	Programme Multisectoriel d'Urgence de l'Atténuation de l'Impact de COVID-19
PNSD	Plan National Stratégique de Développement
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
RDC	République Démocratique du Congo
SPRI	Social Policy Research Institute
UNDAF-PNUAD	United Nations Development Assistance Framework - Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
UNICEF	United National CHildren's Emergency Fund - Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VBG	Violence Basée sur le Genre
VSS	Violence Sexuelle et Sexiste
WASH	Water, Sanitation, & Hygiene (Eau, Assainissement, et Hygiène)

Préface

L'étude sur la pauvreté et privations de l'enfant N-MODA ou National-MODA, deuxième du genre après celle de 2016, s'est fixée comme objectif de produire des indicateurs de qualité et actualisés permettant de mesurer à travers les dimensions, les tranches d'âge et les seuils de privation, la pauvreté multidimensionnelle et cumulative de l'enfant en RDC.

En plus de la pauvreté monétaire, les enfants sont confrontés à de nombreuses privations notamment dans les secteurs de la santé, de la nutrition, de l'éducation, de la protection, de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, lesquelles varient en fonction de certains paramètres sociodémographiques.

Par ailleurs, l'émergence de la pandémie de covid-19 depuis Mars 2020, a impacté négativement le contexte macro-économique et socioculturel du pays, aggravant par conséquent la situation de pauvreté de l'enfant en RDC.

Ainsi, l'enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (MICS) avec un volet parasitémie réalisée en 2017-2018 en République Démocratique du Congo, a produit des données fiables et actualisées sur la situation des enfants et des mères ayant permis des analyses désagrégées par âge, sexe, milieux de résidence, provinces, niveaux d'instruction et de bien-être socioéconomique.

Et, grâce à l'outil N-MODA qui est une approche innovante, le pays vient de réaliser, cinq ans après, sa deuxième étude sur la pauvreté de l'enfant sur base des données sus-évoquées ayant permis l'analyse des multiples privations dont souffre l'enfant.

Le Ministère du Plan et l'UNICEF sont donc heureux de présenter le rapport de l'étude conjointement réalisée avec Social Policy Research Institute (SPRI). L'apport des Ministères sectoriels selon leur spécificité a également été très important au regard des questions abordées.

Cette publication va certainement permettre aux utilisateurs, de répertorier les indicateurs et dimensions de leur choix, et de produire in fine des analyses idoines devant engendrer des réflexions tant au niveau national qu'au niveau provincial, sur la prise en compte de la pauvreté des enfants, dans la planification vers l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD)¹ à travers la mise en œuvre du Plan National Stratégique de Développement (PNSD).

Il y a lieu de rappeler que la coopération entre le Ministère du Plan et l'UNICEF a fait ses preuves et est toujours marquée par la quête d'outils et de nouvelles méthodes d'analyse permettant de renforcer le lien entre la production des statistiques sur la situation des enfants et des femmes et la prise de décisions.

Le développement des atouts/potentialités dont disposent les enfants passe notamment par la réduction des privations dont souffrent ces derniers qui expriment en fait la non-jouissance de leurs droits fondamentaux.

L'accroissement du capital humain dont le pays a besoin pour son développement doit passer par l'éradication de la pauvreté des enfants, seule condition de création d'une relève assurée permettant un avenir meilleur.

Bonne appropriation.

Edouard BEIGBEDER

Représentant de l'UNICEF en RDC

Christian MWANDO NSIMBA KABULO

Ministre d'Etat, Ministre du Plan

¹ Pour être plus précis, plusieurs indicateurs des ODDs 1, 2, 3, 4, 6 et 7 sont mesurés dans ce rapport.

Avant-Propos

Après la première étude sur la Pauvreté et Privations de l'Enfant « N-MODA » réalisée en 2016, la République Démocratique du Congo vient de terminer sa deuxième étude sur la Pauvreté et Privations de l'Enfant « N-MODA-2021 », afin de bien suivre la situation de la pauvreté et de la vulnérabilité conformément aux Objectifs de Développement Durable. Ainsi cette étude s'est fixée le même objectif que la première, à savoir produire des indicateurs fiables et à jour pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des programmes et politiques sectoriels du pays.

Sa réalisation sous la coordination du Ministère du Plan, en collaboration avec l'Institut National de la Statistique, les Ministères de la Santé, de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Technique, des Affaires sociales, du Genre et famille entre autres, a permis de renforcer le leadership et l'appropriation nationale mais aussi confirmer l'importance que le Gouvernement de la RDC accorde à la réalisation des droits des enfants. Cette coordination a en outre permis de développer et valider de manière consensuelle les paramètres et éléments méthodologiques clés de l'étude à savoir : les dimensions des privations des enfants, les tranches d'âges et les seuils de privation.

Une des innovations majeures de cette étude est l'utilisation de l'approche multidimensionnelle pour mieux caractériser la complexité des privations ressenties. Ainsi, grâce à cette approche, cette étude a réussi à (i) calculer l'incidence des privations des enfants au niveau national, provincial et par tranche d'âge, (ii) déterminer le nombre de privations simultanées subies par les enfants, et (iii) identifier les déterminants des privations des enfants.

C'est pourquoi les résultats de cette étude tombent à point nommé et constituent pour le Gouvernement de la RDC et ses partenaires de développement une mine précieuse d'informations pour orienter les politiques et programmes au niveau national et provincial vers l'atteinte des cibles des ODD. Les résultats de cette étude serviront aussi non seulement au suivi du PNSD 2020-2024 mais aussi à la planification du PNSD 2024-2028 et des plans d'action des secteurs des enfants.

Nous profitons de l'opportunité pour remercier tous ceux qui ont contribué à la réussite de cette deuxième étude N-MODA-RDC, notamment les membres du Comité Technique mis en place par le Ministère du Plan, le Social Policy Research Institute (SPRI) qui a été recruté par l'UNICEF et la Direction des Services Sociaux du Ministère du Plan ainsi que la section Politiques Sociales et Evaluation de l'UNICEF.

OUSMANE NIANG

Chef de Section Politiques Sociales
et Evaluation de l'Unicef RDC

Mme LUKIKA DEMBO FARIALA Marie Jeanne

Directeur – Chef de Service des Secteurs
Sociaux du Ministère du Plan



Résumé Exécutif

Selon le rapport de la Banque Mondiale sur la situation de la pauvreté dans le monde, 26,76 millions de congolais vivaient dans l'extrême pauvreté en 2015. Cette pauvreté généralisée touche de plein fouet les enfants qui représentent 56% de la population. En effet, les enfants ont tendance à être surreprésentés au sein des ménages pauvres, qui ont en moyenne deux fois plus d'enfants que les ménages non pauvres.² En plus de la pauvreté monétaire, les enfants sont confrontés à de nombreuses privations notamment dans les secteurs de la santé, de la nutrition, de l'éducation, de la protection, de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène. Ces privations varient en fonction du sexe, du milieu de vie (urbain/rural), de la province de résidence et du niveau de bien-être économique du ménage.

Les privations auxquelles doivent faire face les enfants sont le plus souvent multiples. Une analyse des privations multiples des enfants en RDC utilisant les données de l'EDS 2013-2014 avait été réalisée en 2016. Toutefois, la définition de la pauvreté multidimensionnelle des enfants ayant évolué, les récentes données du MICS 6 offrent l'opportunité d'évaluer cette dernière selon un cadre conceptuel actualisé et déterminé par le Ministère du Plan avec l'appui de l'UNICEF. Dans un contexte de suivi et de mise en œuvre des Objectifs de Développement Durable (ODD), cette nouvelle analyse de la pauvreté de l'enfant permet de suivre les indicateurs nationaux de pauvreté de l'enfant. Dans le contexte actuel de pandémie liée à la COVID-19, les effets de cette dernière sur les enfants seront également analysés.

L'Analyse du Chevauchement des Privations Multiples (MODA) a été retenue comme méthode principale d'analyse de la pauvreté et des privations de l'enfant en RDC. MODA adopte une approche globale et holistique de la pauvreté et des privations de l'enfant, en analysant les multiples facettes du bien-être de ce dernier. Une approche participative a été adoptée permettant la sélection de paramètres contextualisés pour l'analyse (les indicateurs, les dimensions, les seuils de privation, les variables de profil et les groupes d'âge). Comme pour tous les concepts de pauvreté, il est

² Voir La Banque Mondiale. (2016). *République démocratique du Congo. RDC-Évaluation de la pauvreté*.

essentiel de définir un seuil de pauvreté afin d'identifier les enfants pauvres et non pauvres. **Le seuil de pauvreté multidimensionnelle utilisé pour cette analyse est de 3 privations (k=3).** En d'autres termes, un enfant est considéré comme multi-dimensionnellement pauvre, s'il subit des privations dans au moins 3 dimensions à la fois.

Ce rapport résume les principaux résultats de l'étude. Tout d'abord, le taux et les indices de pauvreté multidimensionnelle des enfants sont présentés, suivis d'une analyse des taux de privation dans chacune des dimensions composant l'indice de pauvreté des enfants. Ensuite une analyse de chevauchement est effectuée pour étudier les privations qui sont habituellement vécues ensemble par les enfants en RDC. Enfin le rapport donne des réponses à la question « Quel est le profil des enfants pauvres en RDC ? ».

Résultats clés

En RDC, un enfant est considéré comme multi-dimensionnellement pauvre et vulnérable, s'il souffre simultanément de trois privations. Suivant ce seuil, **74,6%** des enfants (environ **40 millions d'enfants**, soit **19,9 millions de filles** et **20,1 millions de garçons**)³ ont été identifiés comme multi-dimensionnellement pauvres. Afin d'atteindre la cible 1.2 de l'Objectif de Développement Durable (ODD)⁴, la RDC devra au minimum réduire le pourcentage d'enfants âgés de 0 à 17 ans vivant dans la pauvreté multidimensionnelle de 74,6% à 37,3% d'ici 2030.

En considérant le nombre de privations sévères simultanément subies, on note qu'en moyenne 57,5% des enfants ont subi presque 5 privations sur les 8. Ceci montre le niveau de sévérité extrême de privation vécue par les enfants.

La pauvreté multidimensionnelle parmi les enfants est plus faible à Kinshasa (35,1%) tandis que la province du Kasai est la province avec plus d'enfants pauvres (99%). Le pourcentage d'enfants pauvres vivant en milieu rural est deux fois plus élevé à ceux vivant en zones urbaines.

L'analyse de la pauvreté des enfants s'articule autour de huit de ces neuf dimensions pour chaque groupe d'âge : la nutrition, la santé, l'eau, l'assainissement, l'hygiène, le logement, l'éducation, la protection de l'enfant et l'accès à l'information pour le bien-être de l'enfant. La privation pour la dimension de l'assainissement atteint des niveaux très élevés pour tous les groupes d'âge. En outre, plus de la moitié des enfants de tous les groupes d'âges subissent des privations dans la dimension de l'eau. Seuls 4 enfants sur 10 vivent dans un ménage disposant d'un endroit pour se laver les mains, et ce pour tous les groupes d'âge. Cette privation dans la dimension hygiène est d'autant plus préoccupante dans le contexte actuel de pandémie de la COVID-19.

En ce qui concerne la dimension de la protection de l'enfant, environ 8 enfants sur 10 des deux tranches d'âge les plus jeunes (0-23 mois et 24-59 mois) subissent des privations. S'agissant de la privation dans la dimension nutrition, elle est la plus élevée (83,1%) pour les enfants de 0 à 23 mois suivis de ceux de 24 à 59 mois (53,6%). Les taux de privation sont relativement plus faibles pour les enfants de plus de 5 ans. Des résultats similaires sont observés dans la dimension de la santé, la grande majorité des enfants âgés de 0 à 23 mois (82,3%) subissant des privations dans cette dimension. Un peu plus de la moitié des enfants (52,9%) âgés de 5 à 14 ans et un tiers des enfants âgés de 15 à 17 ans (34,1%) subissent des privations dans la dimension éducation. L'accès à l'information est également problématique en RDC : environ 4 enfants sur 10 des trois premiers groupes d'âge n'ont pas accès à un dispositif d'information adéquat. Pour la dernière tranche d'âge,

³ Seul le nombre d'individus âgés de 0 à 19 ans étant disponible dans l'annuaire statistique de 2017, ce chiffre reste approximatif.

⁴ ODD 1.2 : « D'ici à 2030, réduire de moitié au moins la proportion d'hommes, de femmes et d'enfants de tous âges souffrant d'une forme ou l'autre de pauvreté, telle que définie par chaque pays. »

le taux de privation est légèrement inférieur, 3 enfants sur 10 n'ayant pas accès à l'information. Finalement, environ 2 à 3 enfants sur 10 enfants des différents groupes d'âge subissent des privations dans la dimension logement.

L'analyse du chevauchement des privations permet d'identifier les combinaisons de dimensions pour lesquelles des réponses multisectorielles sont les mieux adaptées. Dans ce sens, 71,2% des enfants de 0 à 4 ans subissent des privations simultanées dans au moins deux des trois dimensions que sont la nutrition, la santé, et la protection de l'enfant. En ce qui concerne les enfants de 5 ans et plus, 27,3% subissent des privations dans la dimension éducation ainsi que dans celle de la nutrition ou celle de la santé. Pour ce qui est des privations dans les dimensions WASH (eau, assainissement et hygiène), un chevauchement important est observé entre les dimensions eau et assainissement (48,1%) pour les enfants de 0 à 17 ans. Par ailleurs, 82,8% des enfants subissant des privations dans la dimension hygiène le sont également dans la dimension eau ou dans la dimension assainissement.

La pauvreté multidimensionnelle est très répandue parmi les enfants en RDC. L'analyse de profil permet d'identifier des groupes d'enfants particulièrement défavorisés ou vulnérables, en fonction de leurs caractéristiques sociales et géographiques. L'analyse montre que la situation géographique, la pauvreté monétaire, le retard de croissance, le niveau d'éducation de la mère, l'âge de l'enfant et le fait de bénéficier ou non d'une assurance médicale sont tous des facteurs déterminants pour le bien-être des enfants en RDC. Les enfants en retard de croissance (malnutrition chronique ou « stunting ») ont tendance à subir plus de privations que ceux ne souffrant pas de retard de croissance. Le taux de pauvreté multidimensionnelle est nettement plus élevé parmi les filles de 15 à 17 ans en union ou ayant déjà été en union (86%) que parmi les filles n'ayant jamais été en union (57%). Les résultats montrent que le niveau d'éducation de la mère est positivement associé avec le bien-être des enfants. Finalement, les enfants disposant d'une assurance ont un taux de pauvreté multidimensionnelle deux fois moins élevé que les enfants ne bénéficiant d'aucune couverture sanitaire.

Les risques directs de la COVID-19 sur la santé des enfants ne sont pas très importants (Nations Unies, 2020). Cependant, ceux-ci courent un risque élevé de faire face aux conséquences directes et indirectes de la maladie. Les conséquences directes sont la perte des parents ou des tuteurs, tandis que les conséquences indirectes sont la perturbation et le manque d'accès aux services essentiels tels que la santé, la nutrition, l'éducation, l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH). Les effets indirects proviennent des conséquences de la saturation du système de santé, des fluctuations économiques, des politiques gouvernementales et des confinements, et de la réallocation budgétaire en défaveur des secteurs liés au bien-être des enfants. En plus de tous ces effets de la pandémie, l'enfant peut être plus vulnérable au stress, aux traumatismes, aux abus et à l'exploitation.

Conclusion et recommandations

Les résultats de cette étude tombent à point nommé en fournissant la possibilité d'apprécier les progrès qui seront réalisés dans la mise en œuvre du PNSD 2019-2023 et conduiront certainement à évaluer le progrès réalisé en ce qui concerne le Programme de développement durable à l'horizon 2030 en RDC. Malgré les efforts fournis, beaucoup reste à faire pour garantir les droits fondamentaux des enfants à l'effet de réduire de façon significative leur pauvreté. Diverses actions sectorielles, et certaines à portée plus large, sont donc nécessaires dans le court, moyen et long terme. Il s'agit de :

Actions pour améliorer les services de base : l'accès, la qualité et utilisation

- ❖ Accélérer la mise en œuvre des politiques et programmes prioritaires du gouvernement de la RDC, en particulier : la couverture de santé universelle et la gratuité de l'éducation afin de permettre aux enfants d'accéder facilement à des services de santé et d'éducation de qualité à travers toute l'étendue du territoire (**Acteurs : Ministère de la santé, éducation et budget**), ceci passerait par :
 - Un accroissement considérable du budget des secteurs de la santé et de l'éducation à atteindre les normes internationales (15% pour la santé conformément à la déclaration d'Abuja et 21% comme part du budget de l'éducation en 2021).
 - L'accroissement de l'offre des services de santé et d'éducation notamment les personnels et les infrastructures surtout dans les endroits les plus reculés.
- ❖ Mettre en œuvre les politiques et programmes visant à améliorer le cadre de vie et l'environnement des populations en assurant un meilleur accès à l'eau, à l'assainissement et aux services d'hygiène surtout chez les plus démunis (**Acteur : Direction de l'hygiène et salubrité Publique**).
- ❖ Promouvoir et systématiser l'intégration des programmes sectoriels au niveau provincial sur la base d'un ensemble d'intervention visant à maximiser et /ou accélérer l'impact sur la réduction de la pauvreté des enfants (**Acteur : Ministère du Plan, et Ministères sectoriels**).

Intégration de la pauvreté et privations des enfants dans les cadres de planifications, suivi et évaluation

- ❖ S'assurer que les résultats mis en avant par l'analyse MODA soient systématiquement intégrés dans les outils de planification et de budgétisation au niveau national et provincial, y compris durant les revues et formulations prochaines du PNSD, du PDP (Plan de Développement Provinciaux), et des politiques et programmes sectoriels (**Acteurs clés : Ministère Plan**).
- Conduire des études et analyses complémentaires sur l'efficacité des politiques nationales et des programmes sectoriels (santé, éducation, nutrition, protection, etc.) relatifs aux enfants en vue d'identifier les principaux obstacles à l'accélération des cibles des ODDs relatifs à ces secteurs (**Acteurs clés : Ministère Plan, Ministère budget et Ministère finance**).
- ❖ Assurer une régularité du calendrier de la collecte des données statistiques socio-économiques et démographiques (EDS 2021, enquête Budget/consommation, MICS) tout en assurant une désagrégation au niveau des territoires. (**Acteurs clés : Ministère Plan et INS**)

Actions tendant à briser le cycle de pauvreté et de privation chez les enfants

- ❖ Généraliser l'accès à des services de protection sociale de qualité pour tous les enfants multi-dimensionnellement pauvres tel qu'identifiés dans ce rapport afin de réduire durablement la pauvreté et la vulnérabilité (**Acteurs clés : Ministère Plan, Ministère finance, Ministère des Affaires Sociales**).
- ❖ Intégrer la résilience dans les politiques afin de sortir les enfants de la pauvreté et de la vulnérabilité (**Acteurs clés : Ministère Plan, Ministère finance, Ministère des Affaires Sociales**).
- ❖ Promouvoir l'équité dans la mise en œuvre des politiques et programmes visant les enfants en priorisant davantage les provinces les plus démunies telles que le Kasai, Maniema, Tshuapa, Kasai central et Sankuru (**Acteurs clés : Ministère Plan, Ministère budget, Ministère finance, ministères sectoriels et décentralisation**).
- ❖ Faciliter l'accès des populations et particulièrement des femmes aux opportunités économiques d'accroissement et de diversification des revenus telles que l'accès à la terre, les AGR, l'accès aux intrants de production et aux ressources, l'entrepreneuriat (PME/PMI) (**Acteurs clés : Ministère agriculture, PME**).

Actions pour réduire l'impact de la COVID-19 sur la pauvreté des enfants

- ❖ Assurer une couverture vaccinale maximale de façon à renforcer l'immunité générale de la population.
- ❖ Renforcer le système de santé à travers l'équipement systématique des hôpitaux et centres de santé, des infrastructures appropriées et des personnels pour faire face à une explosion de contamination à la COVID-19.
- ❖ Assurer une résilience des systèmes des services sociaux (Santé, Education, WASH, Protection) de façon à pouvoir garantir la continuité de la fourniture des services essentiels même pendant les périodes de pic (exemple : apprentissage à distance, continuité de service de santé, service d'eau, d'assainissement, appui psychosocial, etc.)



1. Introduction

La République Démocratique du Congo (RDC), le pays le plus vaste d'Afrique subsaharienne, s'étend sur une superficie de 2.345.409 Km². La RDC, fragilisée par des conflits armés pendant de nombreuses années qui ont accentué une situation socio-économique déjà précaire, figure parmi les pays les plus pauvres au monde. En 2018, l'indice de développement humain (IDH) du pays l'avait classé 176^{ème} sur 189 (Programme des Nations Unies pour le Développement, 2018), et 72% de la population vivait avec moins de 1,9 dollar américain par jour, une population surtout concentrée dans les régions du Nord-Ouest et du Kasai (La Banque Mondiale, 2020). La RDC présente l'un des taux de pauvreté le plus élevé au monde. De plus, il s'agit d'une pauvreté d'une grande intensité (calculée par l'écart de revenu des pauvres par rapport au seuil de pauvreté, 32,2% en RDC)⁵.

Le rapport mondial 2018 sur la pauvreté et la prospérité publié par la cellule de communication de la Banque Mondiale n'est pas encourageant pour la République Démocratique du Congo. Selon ce document, 26,76 millions de congolais vivaient dans l'extrême pauvreté en 2015, ce qui a placé la RDC dans le top 5 des pays comptant le plus grand nombre d'extrêmes pauvres dans le monde. Cette pauvreté généralisée touche de plein fouet les enfants qui représentent 56% de la population (UNICEF, 2018). En effet, les enfants ont tendance à être surreprésentés au sein des ménages pauvres, qui ont en moyenne deux fois plus d'enfants que les ménages non pauvres (La Banque Mondiale, 2016).

En plus de la pauvreté monétaire, les enfants sont confrontés à de nombreuses privations notamment dans les secteurs de la santé, de la nutrition, de l'éducation, de la protection, de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène. Ces privations varient en fonction du sexe, du milieu de vie (urbain/rural), de la province de résidence et du niveau de bien-être économique du ménage. Les

⁵ Oasis Kodila Tedika, dans son article du 02 mars 2011.

conflits armés et le déplacement des populations sont aussi des facteurs aggravant la vulnérabilité des enfants, et contribuant à menacer la réalisation de chacun de leur droit. En 2018, suite aux violents conflits dans la région du Kasai et dans les provinces de l'Ituri, du Tanganyika, du Sud-Kivu et du Maïndombe, environ 7,8 millions d'enfants avaient besoin d'aide humanitaire dans le pays (UNICEF, 2016b).

Les privations auxquelles doivent faire face les enfants sont le plus souvent multiples. Une analyse des privations multiples des enfants en RDC utilisant les données de l'EDS 2013-2014 avait été réalisée en 2016 (UNICEF, 2016a). Toutefois, la définition de la pauvreté multidimensionnelle des enfants ayant évolué, les récentes données du MICS 6 offrent l'opportunité d'évaluer cette dernière selon un cadre conceptuel actualisé et déterminé par le Ministère du Plan avec l'appui de l'UNICEF. Dans un contexte de suivi et de mise en œuvre des Objectifs de Développement Durable (ODD), cette nouvelle analyse de la pauvreté de l'enfant permet de suivre les indicateurs nationaux de pauvreté de l'enfant.

Dans les sections suivantes du rapport, la méthodologie utilisée pour estimer la pauvreté et les privations de l'enfant est décrite, suivie de la présentation des dimensions, indicateurs et seuils de privation, par groupe d'âge. Les principaux résultats de l'analyse sont ensuite passés en revue. La section 4 présente les effets de la pandémie de la COVID-19 sur les enfants, cette dernière ayant eu des répercussions sanitaires mais aussi sociales et économiques sur les populations, en particulier les plus vulnérables. Le rapport conclut en proposant des recommandations stratégiques pouvant contribuer à l'amélioration des conditions de vie des enfants en RDC.



2. Mesurer la pauvreté et les privations de l'Enfant : méthodologie et données

L'Analyse du Chevauchement des Privations Multiples (MODA) a été retenue comme méthode principale d'analyse de la pauvreté et des privations de l'Enfant en RDC. MODA adopte une approche holistique de la pauvreté et des privations de l'enfant, en analysant les multiples facettes du bien-être de ce dernier. La méthodologie a été développée par Innocenti, le bureau de recherche de l'UNICEF, avec le soutien de la division des politiques et de la stratégie de New York, afin de faciliter l'analyse des inégalités et de fournir des instruments pour identifier les enfants victimes de privations.

MODA se concentre sur la pauvreté et les privations de l'enfant, l'enfant est donc l'unité de l'analyse. MODA apporte un certain nombre de contributions originales au débat de la pauvreté multidimensionnelle :

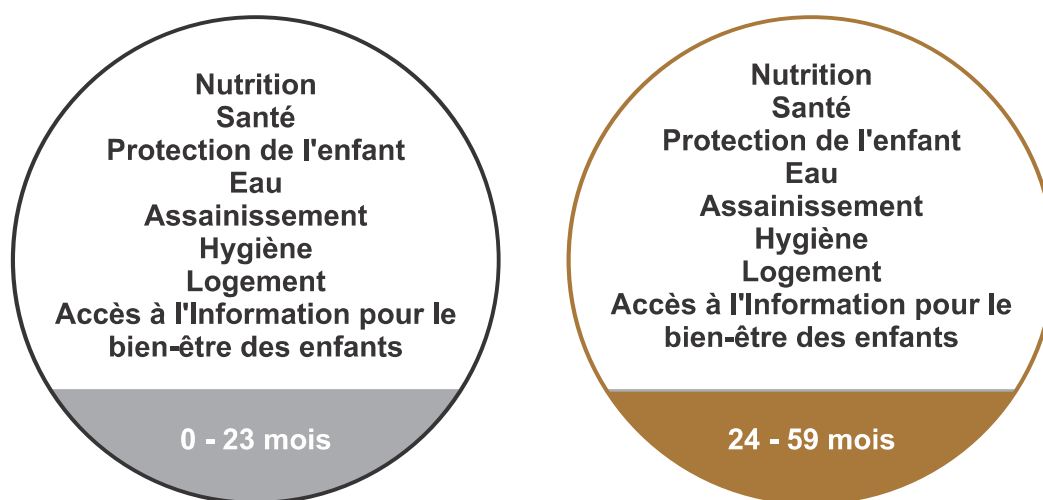
- **Une approche holistique centrée sur l'enfant.** Le choix des dimensions et des indicateurs est orienté par leur pertinence au regard du bien-être des enfants (besoins essentiels ; droits fondamentaux des enfants). Les multiples aspects de la vie des enfants sont placés simultanément au centre de toute l'analyse et l'enfant est pris en compte dans son intégralité.
- **Une approche « cycle de vie ».** Les besoins des enfants ne sont pas homogènes au cours de leur enfance. L'approche MODA permet de refléter les différences de ces besoins pour chaque phase de l'enfance (telle que la petite enfance, l'enfance et l'adolescence).
- **La création de profils d'enfants subissant des privations.** MODA aide à l'identification des groupes particulièrement défavorisés ou vulnérables, et permet de déterminer leurs caractéristiques sociales et géographiques.

MODA est une méthodologie qui permet de mesurer et de mieux comprendre l'incidence, l'intensité et la sévérité de la pauvreté multidimensionnelle selon la situation géographique, certaines caractéristiques des enfants, des ménages auxquels ils appartiennent et de leurs mères. L'approche est composée d'une analyse sectorielle (par indicateur et par dimension) d'une part et d'une analyse multidimensionnelle de l'autre.

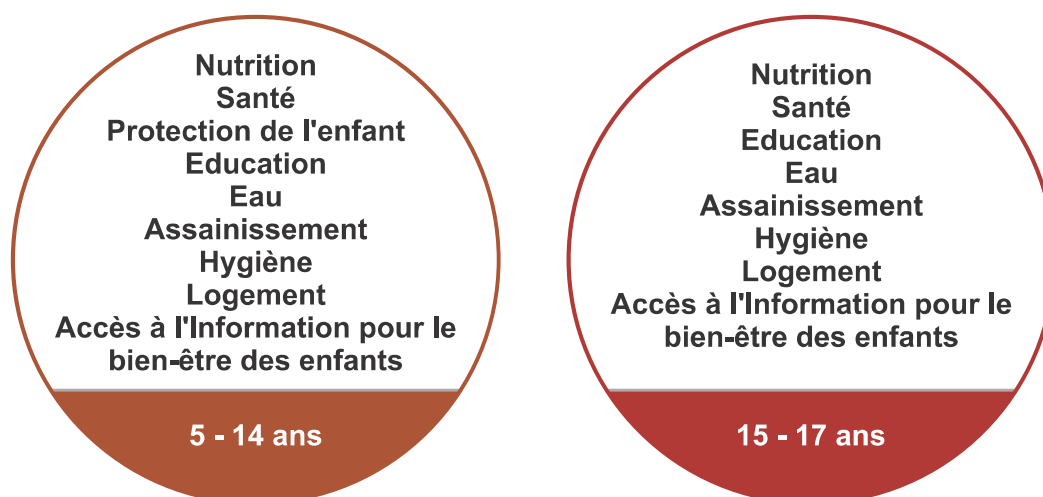
MODA met l'accent sur le contexte de chaque pays en développant des adaptations nationales de l'approche avec des paramètres d'analyse spécifiques (National-MODA ou N-MODA)⁶. Les données qui sont utilisées dans cette étude sont celles du MICS-Palu-RDC. L'enquête par grappes à indicateurs multiples avec volet paludisme (MICS-Palu, RDC, 2017-2018) a été menée en 2017 et 2018 par l'institut national de statistique du Ministère du Plan de la RDC, en collaboration avec l'UNICEF, dans le cadre du programme mondial des enquêtes MICS. Le programme mondial des enquêtes MICS a été élaboré par l'UNICEF dans les années 1990 en tant que programme d'enquête-ménage international qui vise à soutenir les pays dans la collecte de données comparables au niveau international suivant un large éventail d'indicateurs relatifs à la situation des enfants et des femmes.

L'approche participative adoptée permet la définition contextualisée du bien-être des enfants en RDC. Cette définition contextualisée a guidé la sélection des paramètres de l'analyse au cours d'un atelier à Mbuela Lodge dans la province du Kongo Central, du 2 au 4 novembre 2020, qui a vu la participation des structures nationales en charge du bien-être des enfants. Les différentes sections de l'UNICEF (nutrition, éducation, protection, WASH et santé) étaient également représentées. En plus des services sociaux, des experts du Ministère du Plan, de l'Institut National des Statistiques (INS), de la section politiques sociales et évaluation et de la section planification et suivi de l'UNICEF étaient aussi présents. Les paramètres de l'analyse, c'est-à-dire les indicateurs, les dimensions, les seuils de privation, les variables de profil et les groupes d'âge ont été discutés et choisis de manière participative et consensuelle. La Figure 1 présente la liste des dimensions retenues par groupe d'âge.

Figure 1. Liste des dimensions par groupe d'âge.



⁶ Les résultats du N-MODA ne permettent pas de comparaison avec d'autres pays. Ils peuvent néanmoins révéler des informations plus détaillées et plus riches sur l'étendue et les caractéristiques des privations des enfants et sur les profils des enfants souffrant de privations dans un pays donné. Le N-MODA permet également une comparaison dans le temps au niveau de chaque pays, à condition que les mêmes paramètres de l'analyse soient maintenus.



Les dimensions utilisées pour mesurer le bien-être des enfants sont présentées dans la Figure 1. Chaque dimension est mesurée par plusieurs indicateurs (La liste complète des indicateurs par dimension et par groupe d'âge se trouve à l'Annexe 1. La liste des indicateurs par dimension). Chaque indicateur fournit des informations sur un aspect bien distinct de la privation dans une dimension donnée. Pour cette raison, un enfant qui subit des privations selon au moins un des indicateurs apportant des informations pour une dimension sera considéré comme subissant des privations au niveau de la dimension. Cette approche est définie comme « approche de l'union » dans la publication de Neubourg et al. (2012).

Les dimensions communes à tous les groupes d'âges sont la nutrition, la santé, l'eau, l'assainissement, l'hygiène, le logement et l'accès à l'information. Cependant, pour certaines de ces dimensions, les indicateurs utilisés diffèrent en fonction des besoins spécifiques d'un groupe d'âge à un autre. C'est le cas notamment de la nutrition, où l'indicateur utilisé pour mesurer la privation de l'enfant de 0 à 59 mois est l'insuffisance pondérale, tandis que la consommation de sel iodé est utilisée pour ceux de 5 à 14 ans et 15 à 17 ans. L'incidence de la privation pour chacun des indicateurs ou chacune des dimensions est calculée en utilisant la formule suivante.

Taux de privation par dimension ou indicateur

$$h_{j,r} = \frac{q_{j,r}}{n_r}$$

Avec

$$q_{j,r} = \sum_{i=1}^{n_r} y_j$$

- $h_{j,r}$ Taux d'incidence des enfants subissant des privations dans la dimension ou l'indicateur j de la population de référence r
- q_j Le nombre d'enfants de la population de référence r subissant des privations dans la dimension ou l'indicateur j
- n_r Le nombre total des enfants de la population de référence r
- y_j Niveau de privation de l'enfant i dans la dimension ou l'indicateur j avec $y_j=1$ si $x_j < Z_j$ (privation) et $y_j=0$ si $x_j \geq Z_j$ (pas de privation)
- x_j Importance de la dimension ou de l'indicateur j pour l'enfant i

z_j Seuil de la dimension j

Les formules suivantes permettent de compter le nombre de privations pour chaque enfant avant de résumer ces informations cruciales pour l'analyse de la privation multidimensionnelle en utilisant trois indices H , A et M_0 pour plusieurs seuils k de privation.

Compte des privations par enfant

$$D_i = \sum_{j=1}^d y_j$$

D_i nombre total de dimensions dans lesquelles chaque enfant i subit des privations

y_j $y_j=1$ si subit des privations dans la dimension j et $y_j=0$ si l'enfant ne subit pas de privation dans la dimension j

Taux de privation multidimensionnelle

$$H = \frac{q_k}{n_a}$$

Avec

$$q_k = \sum_{i=1}^n y_k$$

$h_{j,r}$ Taux d'incidence de la privation multidimensionnelle des enfants selon la valeur seuil k dans le groupe d'âge a

q_k Le nombre d'enfants victimes d'au moins k privations dans le groupe d'âge a

n_a Le nombre total des enfants dans le groupe d'âge a

y_k Niveau de privation de l'enfant i en fonction de la valeur seuil k

D_i Importance de la dimension j pour l'enfant i

K Valeur Seuil

Intensité moyenne de la privation multidimensionnelle

$$A = \frac{\sum_1^{q_k} c_k}{q_k \times d}$$

A intensité moyenne de la privation multidimensionnelle selon la valeur seuil K pour le groupe d'âge a ;

q_k Le nombre d'enfants victimes d'au moins K privations dans le groupe d'âge a

d nombre total de dimensions considérées par enfant dans le groupe d'âge concerné a ;

c_k nombre de privation subies de façon multidimensionnelle par chaque enfant i avec $c_k = D_i * y_k$

Taux de privation multidimensionnelle ajusté pour l'intensité

$$M_0 = H \times A = \frac{\sum_1^{q_k} c_k}{n_a \times d}$$

M_o	taux d'incidence ajusté de la privation multidimensionnelle des enfants chez les enfants subissant au moins K privations dans le groupe d'âge a
q_k	Le nombre d'enfants victimes d'au moins K privations dans le groupe d'âge a
d	nombre total de dimensions considérées par enfant dans le groupe d'âge concerné a ;
c_k	nombre de privation subies de façon multidimensionnelle par chaque enfant i avec $c_k = D_i * y_k$
n_a	Le nombre total des enfants dans le groupe d'âge a

Enfin, il est essentiel de définir un seuil de pauvreté afin d'identifier les enfants pauvres et non pauvres. Le seuil de pauvreté multidimensionnelle utilisé pour cette analyse est de $k=3$ privations. En d'autres termes, un enfant est considéré comme multi-dimensionnellement pauvre, s'il subit des privations dans au moins 3 dimensions à la fois.

Limitations des données

Les données présentent un certain nombre de limites. L'une d'elles est le fait que peu de variables permettant de créer des indicateurs pertinents pour les dimensions nutrition et santé sont disponibles pour les enfants âgés de 5 ans et plus. Dès lors, l'indicateur utilisé pour ces enfants pour la dimension nutrition est la « consommation du sel iodé » au niveau du ménage. Pour la dimension santé, c'est l'indicateur « utilisation de la moustiquaire » qui a été retenu.

Le choix a été fait de ne pas inclure la dimension stimulation et apprentissage et l'indicateur travail des enfants pour la dimension protection de l'enfant dans l'analyse multidimensionnelle, et ce en dépit de leur pertinence. En voici les raisons :

(1) Stimulation et apprentissage

Certains des indicateurs clés pouvant être utilisés pour mesurer la stimulation et l'apprentissage chez les enfants de moins de 5 ans comprennent la fréquentation du préscolaire, l'accès aux jouets, un soutien à l'apprentissage par les adultes du ménage et le développement cognitif. La méthodologie MODA nécessite une variance suffisante des taux de privation d'un indicateur pour pouvoir l'inclure dans l'indice, c.à.d. qu'une partie des enfants doit subir des privations et l'autre pas pour permettre l'analyse. Dans le cas de cette dimension, presque tous les enfants en RDC subissent des privations pour chacun des indicateurs ; ils ne sont pas discriminants. Pour cette raison, la dimension a été écartée dans la construction de l'indice de la privation multidimensionnelle.

(2) Le travail des enfants

Le travail des enfants n'a pas pu être utilisé comme indicateur car la méthodologie MODA exige que pour qu'un indicateur soit retenu, les données utilisées pour sa construction doivent être collectées pour tous les enfants de la population de référence. Dans le cas du travail des enfants, les données ont été collectées pour un seul enfant sélectionné au hasard dans le ménage. Malgré son importance, la dimension protection de l'enfant n'a donc pas pu être utilisée pour les enfants de 15 à 17 ans nonobstant sa pertinence en RDC.



3. Principaux résultats de l'étude

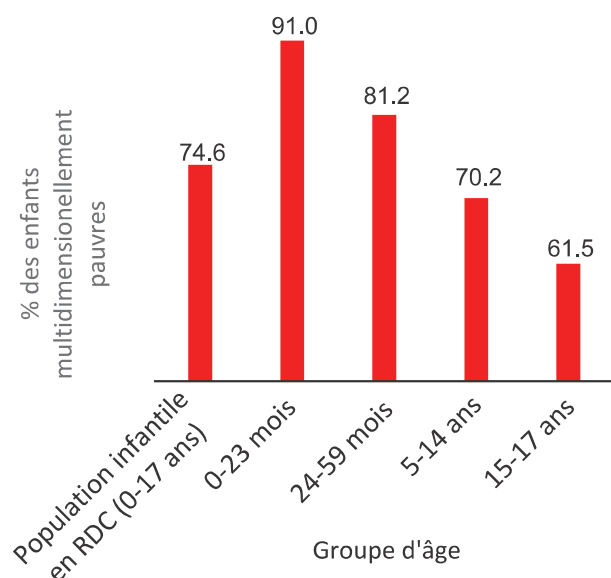
Cette section résume les principaux résultats de l'étude. Tout d'abord, le taux et les indices de pauvreté multidimensionnelle des enfants sont présentés, suivis d'une analyse des taux de privation dans chacune des dimensions composant l'indice de pauvreté des enfants. Ensuite une analyse de chevauchement est effectuée pour étudier les privations qui sont habituellement vécues ensemble par les enfants en RDC. Pour finir, l'analyse donne des réponses à la question « Quel est le profil des enfants pauvres en RDC ? ».

3.1. La pauvreté multidimensionnelle de l'Enfant en RDC

Un enfant est défini comme multi-dimensionnellement pauvre s'il subit des privations dans au moins 3 dimensions de bien-être. Sur la base de cette définition, **74,6%** des enfants (environ **40 millions d'enfants**⁷) en RDC ont été identifiés comme multi-dimensionnellement pauvres. La répartition par tranche d'âge montre que 91.0% des enfants âgés de 0 à 23 mois, 81.2% de ceux âgés de 24 à 59 mois, 70.2% de ceux âgés de 5 à 14 ans et 61.5% de ceux âgés de 15 à 17 ans sont multi-dimensionnellement pauvres.

⁷ Seul le nombre d'individus âgés de 0 à 19 ans étant disponible dans l'annuaire statistique de 2017, ce chiffre reste approximatif.

Figure 2. La pauvreté multidimensionnelle, au niveau national et par groupe d'âge.

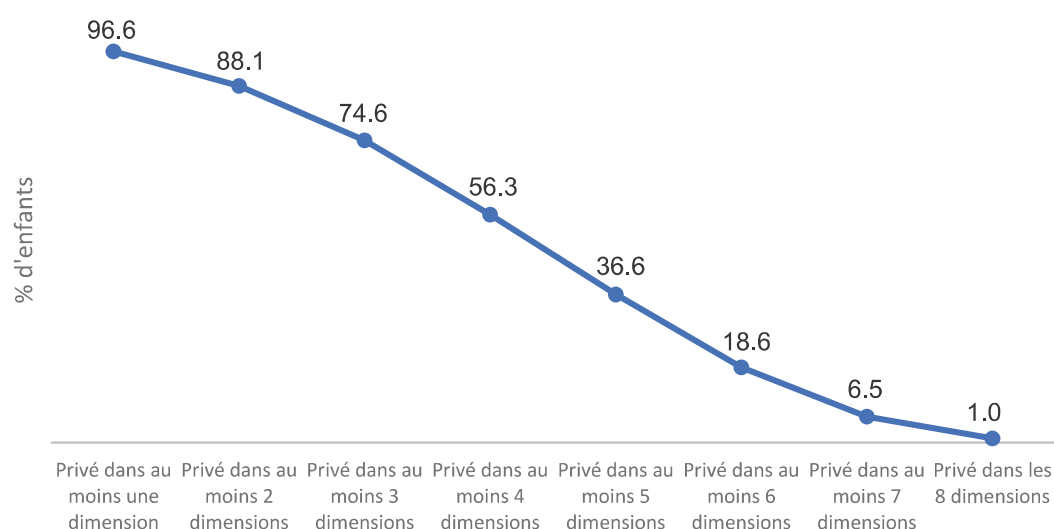


Source : Calculs des auteurs en utilisant la base de données MICS-Palu (2018).

Pour atteindre la cible 1.2 de l'Objectif de Développement Durable (ODD) ⁸, il faudrait réduire de moitié le pourcentage d'enfants vivant dans la pauvreté multidimensionnelle et âgés de 0 à 17 ans, soit passer de 74,6% à 37,3% d'ici 2030. La Figure 3 et la Figure 4 fournissent une analyse plus détaillée du pourcentage d'enfants multi-dimensionnellement pauvres en RDC.

Comme le montre la Figure 3, presque tous les enfants en RDC (96.6%) souffrent de privation dans au moins une dimension. Une proportion élevée des enfants (88.1%) souffre de privations dans au moins 2 dimensions. Environ 3 enfants sur 4 (74.6%) subissent des privations dans au moins 3 dimensions. En outre, environ 6,5% et 1,0% des enfants souffrent respectivement de privations dans 7 et 8 de leurs dimensions de bien-être. L'avenir d'un enfant subissant des privations dans toutes les dimensions de son bien-être ou presque, est incertain, surtout lorsque l'on sait que ces dimensions ont trait à des aspects cruciaux pour sa survie.

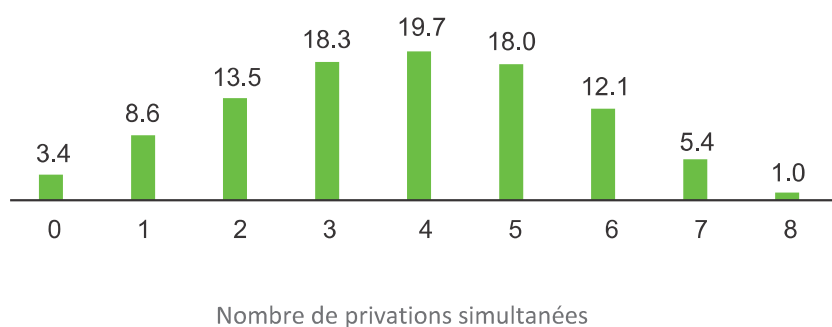
Figure 3. Pourcentage d'enfants subissant des privations dans au moins X (nombre) dimensions.



Source : Calculs des auteurs en utilisant la base de données MICS-Palu (2018).

⁸ ODD 1.2 : « D'ici à 2030, réduire de moitié au moins la proportion d'hommes, de femmes et d'enfants de tous âges souffrant d'une forme ou l'autre de pauvreté, telle que définie par chaque pays. »

Figure 4. Pourcentage d'enfants subissant simultanément un nombre donné de privation.

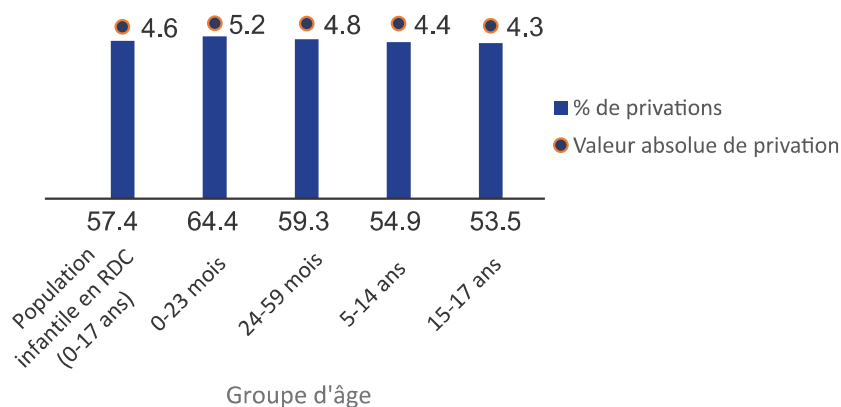


Source.: Calculs des auteurs en utilisant la base de données MICS-Palu. (2018)..

La Figure 4 montre la distribution des privations, c'est-à-dire le nombre de privations simultanées subies par chaque enfant. On constate que seulement 3,4% des enfants en RDC ne souffrent d'aucune privation, 8,6% souffrent d'une privation tandis que 13,5% souffrent de deux privations. Il y a une proportion plus élevée d'enfants souffrant de 3, 4 et 5 privations simultanément (18,3%, 19,7% et 18,0% respectivement). Il y a aussi une proportion de 12,1% qui sont privés dans 6 dimensions sur 8, tandis qu'environ 5,4% souffrent de 7 privations sur 8. Il y a également 1% d'enfants qui souffrent de privations dans les 8 dimensions. En utilisant la méthodologie MODA, il est également possible de calculer l'intensité (A) de la privation pour les enfants multi-dimensionnellement pauvres. Cet indice représente le nombre moyen de privations chez les enfants préalablement identifiés comme multi-dimensionnellement pauvres en valeur absolue ou en pourcentage du nombre total de privations considérées pour l'analyse (8 dans ce cas précis). On constate que les enfants (âgés de 0 à 17 ans) multi-dimensionnellement pauvres subissent des privations dans 4,6 des 8 dimensions du bien-être en moyenne, ce qui représente 57,5% du nombre total de dimensions. La figure suivante montre l'intensité de la pauvreté multidimensionnelle au niveau national pour chacun des quatre groupes d'âge.

Les enfants multi-dimensionnellement pauvres souffrent de privations dans 4,6 des 8 dimensions du bien-être en moyenne, ce qui représente 57,5% du nombre total de dimensions.

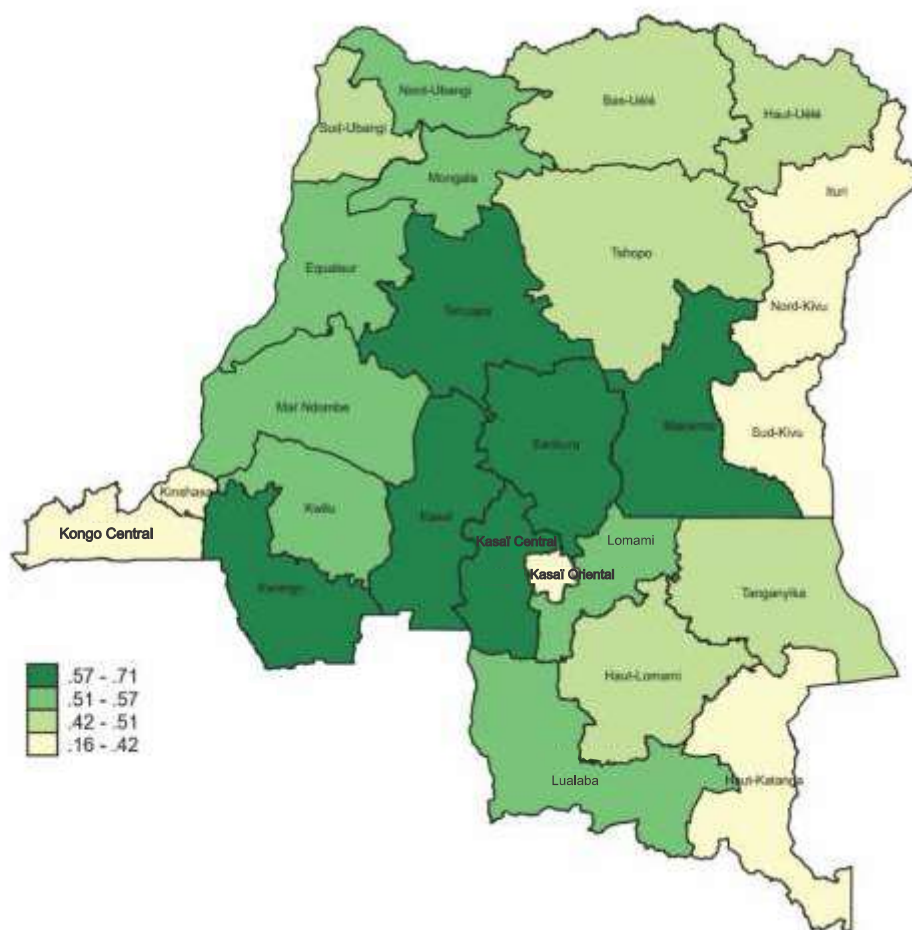
Figure 5. L'intensité de la pauvreté multidimensionnelle au niveau national et par groupe d'âge.



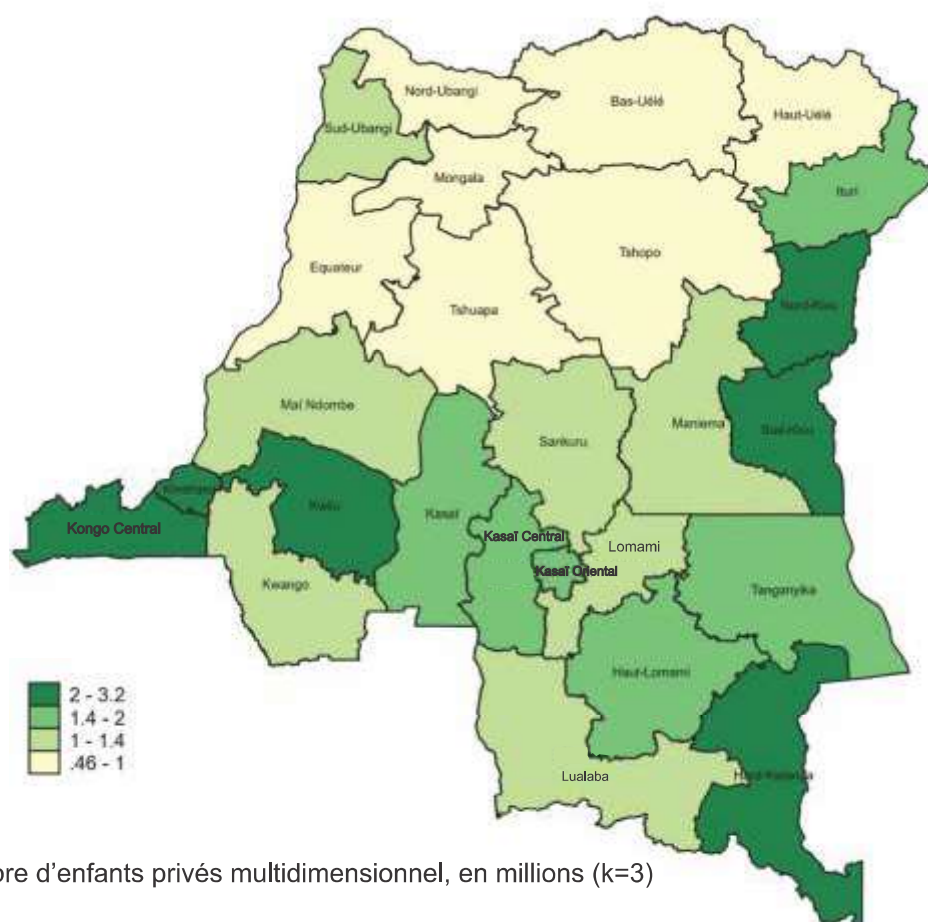
Source.: Calculs des auteurs en utilisant la base de données MICS-Palu. (2018)..

En combinant le taux de pauvreté multidimensionnelle (H) et l'intensité de la pauvreté (A), on obtient M_0 qui est la mesure globale de la pauvreté des enfants. M_0 est un indice allant de 0 à 1, où un indice plus élevé implique qu'un groupe particulier d'enfants subit plus l'incidence et/ou l'intensité de la pauvreté, les rendant plus vulnérables. L'indice est principalement utilisé à des fins de comparaisons. Le M_0 prend une valeur de 0,428 au niveau national. À lui seul, le chiffre 0,428 ne veut rien dire, mais il peut être utilisé pour comparer la situation au niveau national par rapport aux 26 provinces de la RDC, par exemple. Le pourcentage d'enfants multi-dimensionnellement pauvres est le plus faible à Kinshasa (35,1%), tandis que la province du Kasai a la plus forte proportion d'enfants pauvres (99%) comme le montre la Figure 6a. Le tableau suivant détaille les valeurs de H et de A, utilisées dans le calcul de M, selon la province. Cependant, il est à noter qu'étant donné que Kinshasa est plus densément peuplée, en chiffres absolus, il y a environ 1,7 millions d'enfants pauvres multidimensionnels qui vivent dans la province du Kasai alors que 2,7 millions d'entre eux vivent à Kinshasa (voir la Figure 6b). En moyenne ils sont respectivement privés dans 5,7 et 3,7 des 8 dimensions considérées pour l'analyse. En revanche, les enfants pauvres multidimensionnels sont plus nombreux dans la province de Kivu alors que ceux vivant dans la province du Kasai comptent en moyenne plus de privations.

Figure 6.. Classement des provinces selon (a) l'indice de pauvreté multidimensionnelle M_0 et (b) selon le nombre d'enfants pauvres.



a) Taux de privation multidimensionnelle ajusté (k=3)



b) Nombre d'enfants privés multidimensionnel, en millions (k=3)

Source : Calculs des auteurs en utilisant la base de données MICS-Palu (2018).

Tableau 1. Le taux de pauvreté multidimensionnelle (H) et l'intensité de la pauvreté (A) en pourcentage et en valeur absolue selon la province.

Province	Taux de pauvreté multidimensionnelle, %	Nombre d'enfants multi-dimensionnellement pauvres (en millions) ⁹	Intensité de la pauvreté multidimensionnelle, %	Nombre moyen de privations chez les enfants pauvres multidimensionnels
Kasaï.	99	1.7	71.7	5.7
Kasaï Central.	95.9	2.0	64.5	5.2
Sankuru.	93.6	1.3	65.6	5.2
Kasaï Oriental.	76.1	1.5	55.2	4.4
Lomami.	89.9	1.4	57.8	4.6
Tanganyika.	83	1.7	60.6	4.9
Haut.Lomami.	79	1.6	55.3	4.4
Lualaba.	84.7	1.4	62.3	5.0
Haut.	66.9	2.1	51.6	4.1
Katanga.				
Maniema.	97.5	1.3	66.2	5.3
Sud.Kivu.	66.1	2.3	53.4	4.3
Nord.Kivu.	67.2	2.8	52.9	4.2
Ituri.	74.9	1.5	52.3	4.2
Haut.Uele.	87.9	0.88	55.3	4.4
Bas.Uele.	76.1	0.46	59.8	4.8
Tshopo.	80.5	1.0	55.7	4.5

⁹ Seul le nombre d'individus âgés de 0 à 19 ans étant disponible dans l'annuaire statistique de 2017, ces chiffres restent approximatifs.

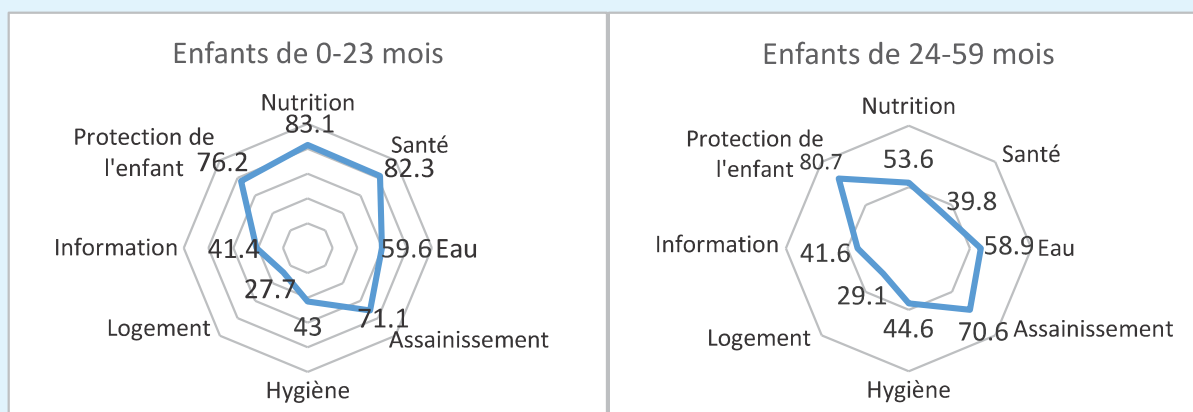
Tshuapa.	93	0.89	68	5.4
Mongala.	94.6	0.98	58.9	4.7
Nord.Ubangi.	88.7	0.67	63.9	5.1
Sud.Ubangi.	79.7	1.2	56.1	4.5
Equateur.	90.3	0.82	62.5	5.0
Mai.Ndombe.	90.8	1.1	57.3	4.6
Kwilu.	90.9	3.2	60.1	4.8
Kwango.	93.6	1.3	63.2	5.1
Kongo.	66.4	2.3	52	4.2
Central.				
Kinshasa.	35.1	2.7	46.7	3.7

Source : Calculs des auteurs, en utilisant la base de données MICS-Palu (2018).

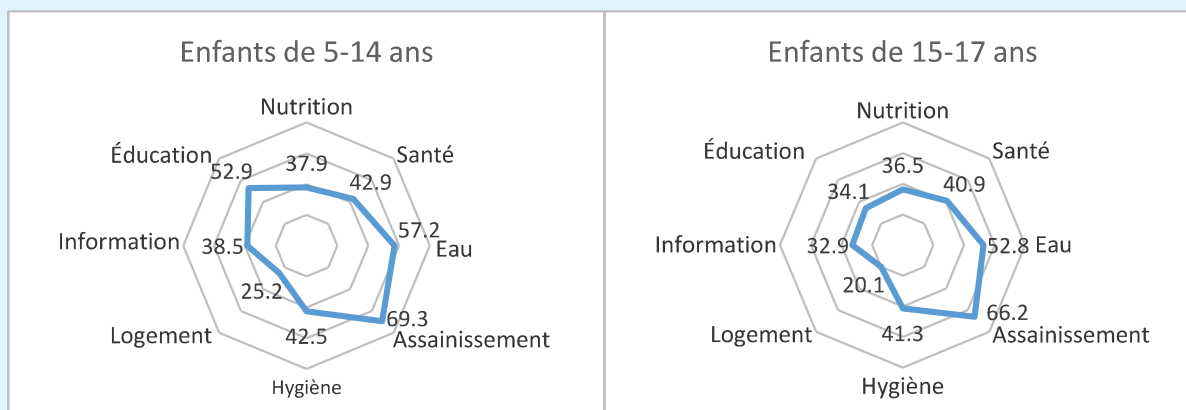
3.2. Un aperçu de la situation des privations dans les dimensions composant l'indice multidimensionnel de pauvreté infantile

Dans cette section, les taux de privation pour chaque dimension de bien-être de l'enfant sont analysés. L'analyse de la pauvreté des enfants s'articule autour de neuf dimensions : la nutrition, la santé, l'eau, l'assainissement, l'hygiène, le logement, l'éducation, la protection de l'enfant et l'accès à l'information pour le bien-être de l'enfant. La Figure 7 montre les taux de privation par dimension¹⁰ et par groupe d'âge. Les dimensions (ainsi que les indicateurs) varient selon les groupes d'âge car, comme le souligne le cycle de vie, les besoins des enfants sont différents au cours des différentes phases de leur enfance et de leur adolescence.

Figure 7. Taux de privation (%) par dimension et par groupe d'âge



¹⁰ Il est important de rappeler que chaque dimension est constituée d'un ensemble d'indicateurs. Selon l'approche de l'union utilisée pour estimer le taux de privation pour chaque dimension, si un enfant souffre de privations selon au moins un des indicateurs d'une dimension donnée, l'enfant est considéré comme subissant des privations pour cette dimension.



Source : Calculs des auteurs en utilisant la base de données MICS-Palu (2018).

Voici quelques-unes des principales conclusions de l'analyse de la privation par dimension (illustrées dans la Figure 7) :

- La privation pour la dimension de l'assainissement, mesurée par l'utilisation de toilettes non améliorées, atteint des niveaux très élevés pour tous les groupes d'âge.
- Plus de la moitié des enfants de tous les groupes d'âge souffrent de privations dans la dimension de l'eau.
- En ce qui concerne la dimension de l'hygiène, mesurée par la disponibilité d'un endroit pour se laver les mains, seuls 4 enfants sur 10 ne souffrent pas de privations (et ce pour tous les groupes d'âge). Cette privation est d'autant plus préoccupante dans le cadre de la pandémie actuelle de la COVID-19.
- Environ 8 enfants sur 10 dans les deux tranches d'âge les plus jeunes (0-23 mois et 24-59 mois) subissent des privations dans la dimension de la protection de l'enfant, mesurée par les indicateurs garde inappropriée et disponibilité de l'acte de naissance. Même si le travail des enfants n'a pu être inclus dans l'analyse pour les raisons décrites dans la section méthodologie, il n'en reste pas moins une pratique fréquente dans le pays, ce qui correspond à une violation des droits fondamentaux de l'enfant (Encadré 1).
- La privation dans la dimension nutrition est la plus élevée (83,1%) pour les enfants de 0 à 23 mois suivis de ceux de 24-59 mois (53,6%). Les taux de privation sont relativement plus faibles pour les enfants de plus de 5 ans. Il est important de noter que cela ne signifie pas nécessairement que le domaine de la nutrition perd de sa pertinence dans la définition du bien-être des enfants les plus âgés. En effet, différents indicateurs sont utilisés en fonction du groupe d'âge. Comme le montre l'annexe 1, le seul indicateur de nutrition actuellement disponible pour les enfants de plus de 5 ans est la consommation de sel iodé par le ménage. De meilleurs indicateurs (au niveau de l'enfant) permettraient certainement d'obtenir des taux de privations similaires pour les enfants plus âgés.
- Des résultats similaires à ceux de la nutrition sont observés dans la dimension de la santé, la grande majorité des enfants âgés de 0 à 23 mois (82,3%) subissant des privations. La proportion est relativement faible pour les autres groupes d'âge. Le seul indicateur disponible pour les enfants de plus de 24 mois est l'utilisation de la moustiquaire.
- Un peu plus de la moitié des enfants (52,9%) âgés de 5 à 14 ans et plus d'un tiers des enfants âgés de 15 à 17 ans (34,1%) souffrent de privations dans la dimension éducation.

- L'accès à l'information est également problématique en RDC : environ 4 enfants sur 10 des trois premiers groupes d'âge n'ont pas accès à un dispositif d'information adéquat. Pour la dernière tranche d'âge, le taux de privation est légèrement inférieur, 3 enfants sur 10 n'ayant pas accès à l'information.
- Environ 2 à 3 enfants sur 10 (dans les différents groupes d'âge) souffrent de privations dans la dimension logement.

Encadré 1. Le travail des enfants en RDC.

Selon l'enquête MICS-Palu-RDC de 2018, 15% des enfants âgés de 5 à 17 ans sont engagés dans le travail des enfants. 13% de ces enfants exercent des emplois qui présentent des risques pour leur santé et qui peuvent s'avérer dangereux. La situation est encore plus préoccupante pour les enfants de 15 à 17 ans dont un quart d'entre eux travaille dans des conditions dangereuses. Il ne semble pas y avoir de différence significative selon le sexe. Les enfants vivant dans les ménages les plus pauvres sont deux fois plus nombreux à être engagés dans le travail des enfants que ceux vivant dans les ménages les plus riches. Dans certaines provinces, le travail des enfants concerne jusqu'à 20-30% des enfants âgés de 5 à 17 ans (ex : Haut Uélé, Bas Uélé, Sud Ubangi, Ituri, Nord Ubangi, Lomami, Kasai et Maniema).

La dimension stimulation et apprentissage concerne l'éducation durant la petite enfance. Elle n'a pu être incluse dans l'analyse pour des raisons techniques. Il est cependant important de noter qu'en termes de développement humain, l'importance de l'éducation durant la petite enfance n'est pas à sous-estimer. Les premières années d'un enfant sont à la base de son développement futur et de ses capacités d'apprentissage, y compris son développement cognitif et social. L'analyse à partir des données du MICS-Palu pour la RDC montre que la grande majorité des enfants de moins de 5 ans souffre de privations dans cette dimension. Presqu'aucun enfant de 3 à 4 ans ne fréquente l'école maternelle (97,8% de privation) tandis que 93,6% souffrent de privations pour l'indicateur « développement cognitif »¹¹. Environ 12% des enfants âgés de 3 à 4 ans ne bénéficie pas de soutien à l'apprentissage et 12,2% n'ont pas accès aux jouets. L'accès aux jouets est encore plus problématique pour les enfants les plus jeunes (0-23 mois) avec un taux de privation de 38,3% (voir les figures 26 et 27 de l'Annexe 2)

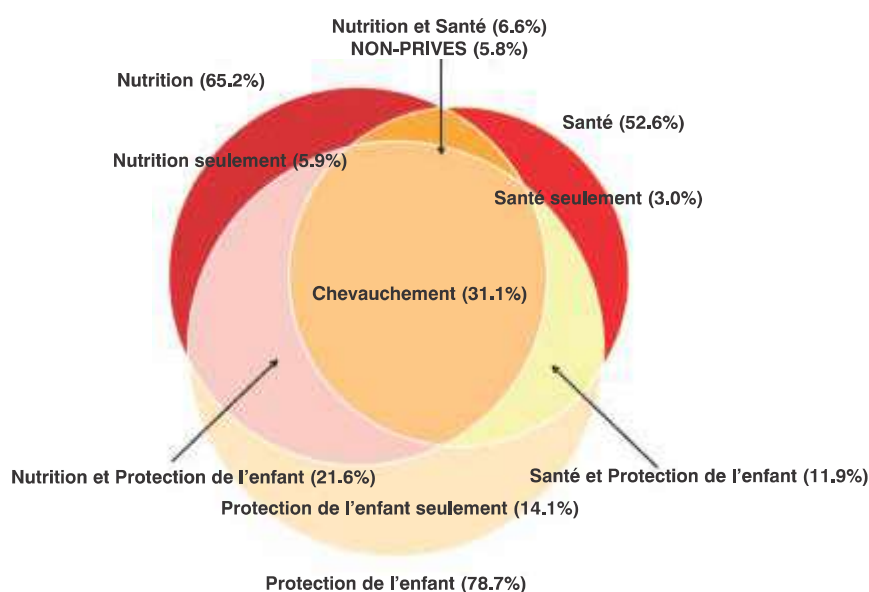
3.3. L'analyse du chevauchement des privations

Les sections précédentes ont fait ressortir la nature multidimensionnelle des privations auxquelles font face les enfants en RDC. L'analyse du chevauchement des privations permet d'identifier les combinaisons de dimensions pour lesquelles des réponses multisectorielles sont les mieux adaptées. Trois combinaisons sont présentées dans ce rapport faisant ressortir le lien entre des dimensions ayant trait à la survie, au développement et à la protection des enfants de différents âges. Le lien est ensuite fait entre le niveau de vie des ménages et la pauvreté multidimensionnelle.

¹¹ Un module de 10 éléments a été utilisé pour calculer l'Indice de Développement de la Petite Enfance (IDPE). L'indice est basé sur une sélection de jalons que les enfants sont censés atteindre à l'âge de 3 et 4 ans. Les 10 éléments utilisés pour déterminer si les enfants sont en bonne voie de développement sont regroupés dans quatre domaines : la littératie-numération ; le physique ; le socio-émotionnel ; l'apprentissage.

La Figure 8 montre que 71.2% des enfants de 0 à 4 ans subissent des privations simultanées dans AU MOINS DEUX des dimensions liées à la nutrition, la santé et la protection de l'enfant. En outre, seuls 5.8% des enfants de ce groupe d'âge ne souffrent d'aucune privation dans ces trois dimensions. 31.1% des enfants souffrent de privations simultanément dans les trois dimensions nutrition, santé, et protection de l'enfant. Centraliser les services de nutrition, de la prévention des maladies, de garde appropriée, de vaccination ainsi que de l'enregistrement des naissances au sein de guichets uniques à travers le pays permettrait d'adresser efficacement les privations dans ces trois domaines clés du bien-être des enfants de moins de 5 ans en RDC.

Figure 8. Chevauchement des privations entre les dimensions nutrition, santé et protection de l'enfant, enfants de 0 à 4 ans.



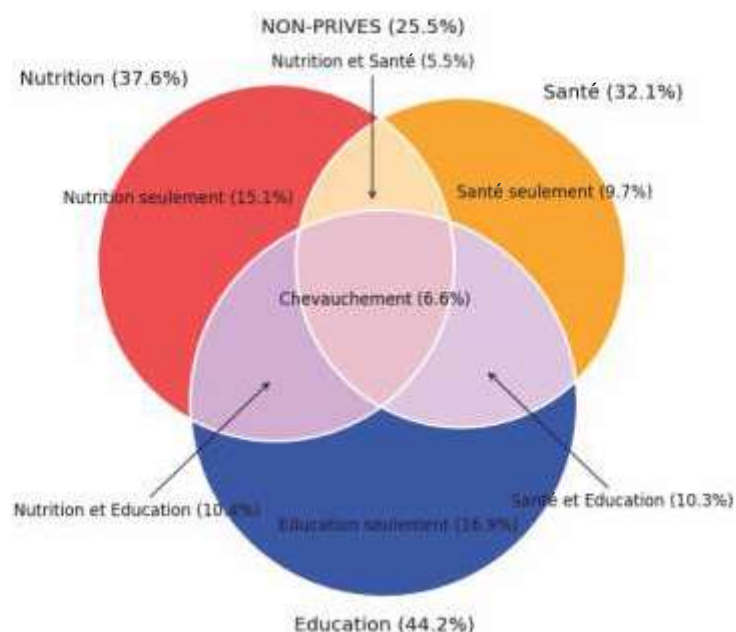
Source : Calculs des auteurs en utilisant la base de données MICS-Palu (2018).

- **L'école comme unique point d'entrée pour les programmes liés à la nutrition et la santé présente des limitations importantes**

La Figure 9 montre que 27,3% des enfants âgés de 5 à 17 ans subissent des privations dans la dimension éducation ainsi que celles de la nutrition ou de la santé. Ces enfants bénéficieraient de programmes ayant pour objectif l'amélioration de la santé et de la nutrition des enfants. Ces programmes ont souvent comme point d'ancrage l'école, comme par exemple les cantines scolaires ou les sessions d'information destinées aux parents ou tuteurs. Toutefois, 29,3% des enfants de 6 à 14 ans et 26,6% de ceux âgés de 15 à 17 ans ne fréquentent pas d'établissements scolaires.¹² Le défi est donc double, scolariser les enfants dans le moyen et long terme tout en s'assurant que dans l'immédiat, tous les enfants et mêmes ceux n'étant pas à l'école, aient accès à de la nourriture saine et que leurs tuteurs aient accès aux informations cruciales autour de la nutrition.

¹² En RDC, la gratuité de l'enseignement de base c'est-à-dire pour les enfants âgés de 6 à 14 ans, mise en œuvre depuis 2019 a pour objectif d'étendre l'éducation à tous les enfants. Certaines difficultés existent malgré la volonté politique en ce sens. En effet, la suppression de la prise en charge des enseignants par les parents à la suite de la mise en œuvre de la politique de gratuité scolaire a créé un manque à gagner plus ou moins important chez certains enseignants les poussant à la grève, ce qui entame la qualité des enseignements.

Figure 9. Chevauchement des privations entre les dimensions nutrition, santé et éducation, enfants de 5 à 17 ans.



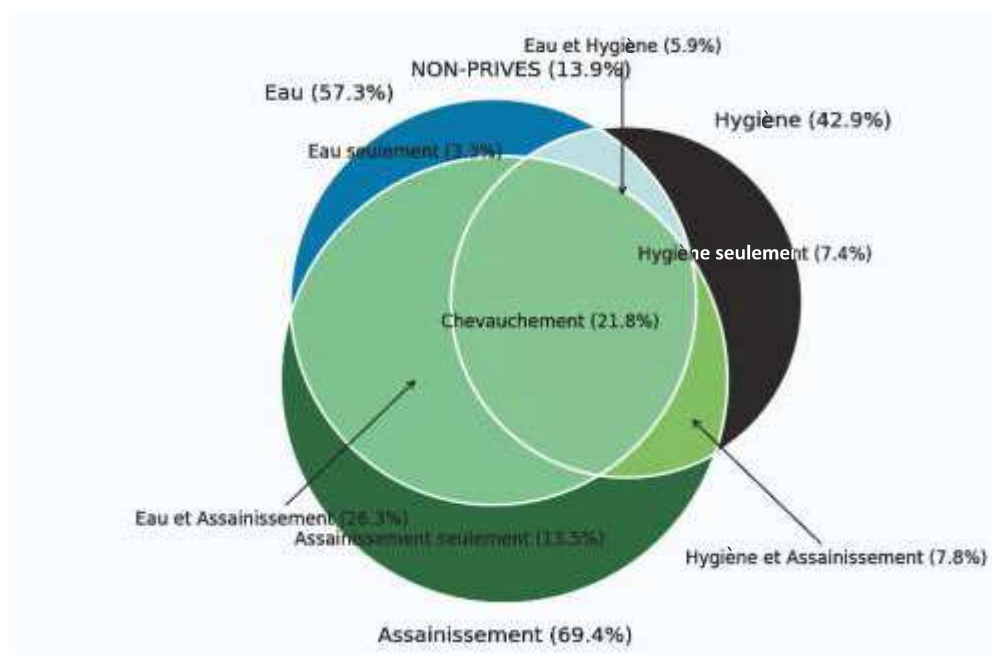
Source : Calculs des auteurs en utilisant la base de données MICS-Palu (2018).

- **Le haut potentiel des investissements conjoints en WASH pour TOUS les enfants en RDC**

La Figure 10 montre un chevauchement important entre les dimensions eau et assainissement (48,1%) pour les enfants de 0 à 17 ans. Par ailleurs, 82,8% des enfants subissant des privations dans la dimension hygiène en subissent également dans les dimensions eau ou assainissement. Ces problématiques gagneraient à être traitées à travers une approche conjointe au niveau des trois secteurs impliqués. L'accès à l'eau potable, à des toilettes appropriées ainsi qu'à un point de lavage des mains tend toutefois à être de l'ordre du domaine privé et donc dépendant du type de logement au sein duquel vit le ménage.

On remarque que les logements traditionnels n'ont que très rarement ces installations à disposition. Il est donc important de planifier une réponse politique adaptée non seulement aux privations qui doivent être adressées mais également aux réalités des ménages qui bénéficieront de celle-ci. En milieu rural, par exemple, où le chevauchement entre les trois dimensions est de l'ordre de 32,4%, un système de toilettes publiques avec accès à l'eau et au savon pour l'hygiène ainsi qu'un point d'eau potable (ou point WASH), pourraient être envisagés. En zone urbaine, un nombre plus important de ces points WASH serait nécessaire, et ce notamment à cause de la densité de la population. De plus, en zone urbaine, le chevauchement des privations WASH change avec 6,9% des enfants subissant des privations dans les trois dimensions à la fois et des taux de privations moins importants, ce qui implique la nécessité d'un travail plus rigoureux pour l'identification des enfants souffrant de privations.

Figure 10. Chevauchement des privations entre les dimensions eau, hygiène et assainissement, enfants de 0 à 17 ans.



Source : Calculs des auteurs en utilisant la base de données MICS-Palu (2018).

3.4. Quel est le profil des enfants pauvres en RDC ?

La pauvreté multidimensionnelle est très répandue parmi les enfants en RDC. L'analyse de profil permet d'identifier des groupes d'enfants particulièrement défavorisés ou vulnérables, en fonction de leurs caractéristiques sociales et géographiques. Leur identification contribue à l'élaboration de politiques ciblées pouvant les prendre en charge de manière efficace. L'analyse montre que la situation géographique, le retard de croissance, le niveau d'éducation de la mère, l'âge de l'enfant et le fait de bénéficier ou non d'une assurance médicale sont tous des facteurs déterminants pour le bien-être des enfants en RDC.

- **La situation géographique comme élément de ciblage des enfants vulnérables**

La situation géographique est déterminante dans le statut de pauvreté des enfants en RDC (voir Figure 11). En effet, environ 50% des enfants sont pauvres en milieu urbain contre plus de 90 % en zones rurales. En milieu rural, on enregistre deux fois plus d'enfants pauvres comparativement à ceux vivant en zone urbaine. Les taux de pauvreté s'élèvent à plus de 90% dans les provinces du Kasai (99%), de Maniema (97,5%), du Kasai Central (95,9%), de Mongala (94,6%), de Sankuru (93,6%), de Kwango (93,6%), de Tshuapa (93%), de Kwilu (90,9%), de Mai-Ndombe (90,8%), et de l'Equateur (90,3%). La situation à Kinshasa est nettement meilleure que dans le reste du pays, avec un peu plus d'un tiers des enfants en situation de pauvreté multidimensionnelle.

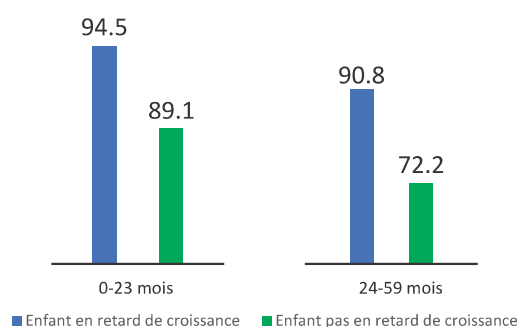
[illegible]

Figure 12. Taux de privation pour les dimensions eau, assainissement et hygiène, par milieu de résidence et par groupe d'âge.



- **Le retard de croissance est lié au taux de privation des enfants.**

Figure 13. Le taux de pauvreté multidimensionnelle, si l'enfant est en retard de croissance ou non

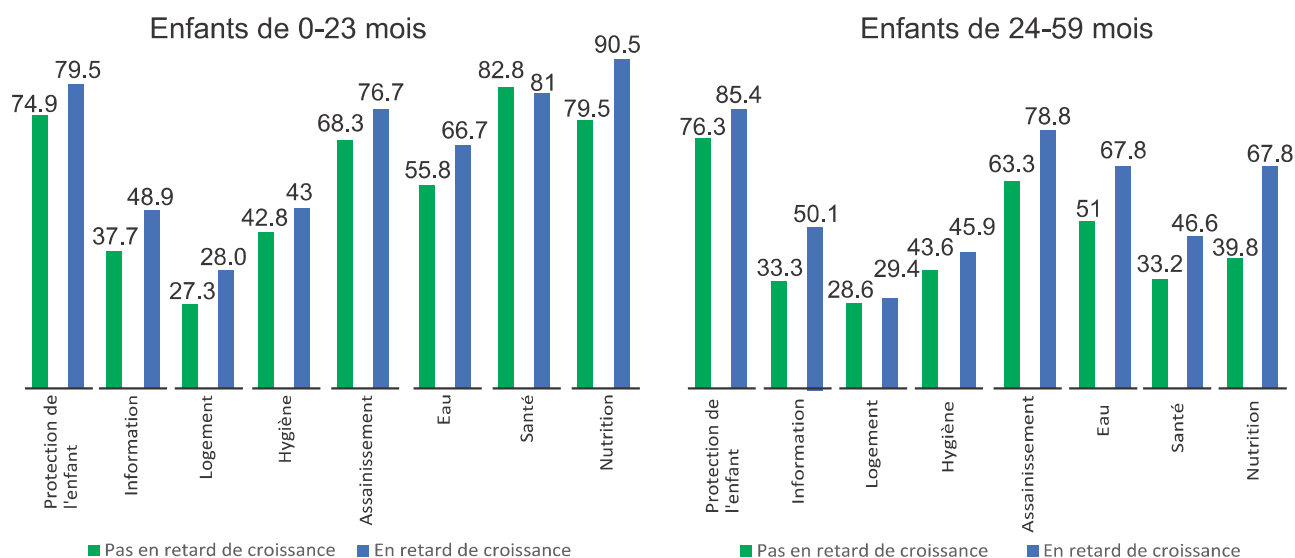


Source : Calculs des auteurs en utilisant la base de données MICS-Palu (2018).

Les enfants en retard de croissance (malnutrition chronique ou « stunting ») ont tendance à subir plus de privations multiples que ceux ne souffrant pas de retard de croissance. La Figure 13 montre que cette différence est accentuée surtout parmi les enfants de 24 à 59 mois. Pour ce groupe d'âge, environ 91% des enfants en retard de croissance souffrent de privations dans au moins 3 dimensions à la fois, tandis que ce taux est de 72% pour les enfants qui ne sont pas en retard de croissance. **Cela montre que la prise en charge du retard de croissance ne peut être que multidimensionnelle afin de réduire de manière significative le retard de croissance dans le pays.** Selon l'UNICEF, le retard de croissance toucherait environ 8,5 millions d'enfants de moins de 5 ans en RDC. Le retard de croissance pose un vrai problème de développement, aussi bien social qu'économique, étant donné ses impacts, parfois permanents, sur la santé et le développement de l'enfant (développement cognitif, moteur et du langage), ainsi que sur ses capacités productives, arrivé à l'âge adulte.

Au niveau des dimensions, **la différence entre les 2 groupes d'enfants est importante surtout pour les dimensions nutrition, eau, assainissement et accès à l'information pour le bien-être de l'enfant** (Figure 14). Par exemple, parmi les enfants de 24 à 59 mois, environ 68% des enfants en retard de croissance souffrent de privations dans la dimension nutrition¹³; ce taux est de 40% pour les enfants qui ne souffrent pas de retard de croissance.

Figure 14. Le taux de privation, par dimension, si l'enfant est en retard de croissance ou non.



Source : Calculs des auteurs en utilisant la base de données MICS-Palu (2018).

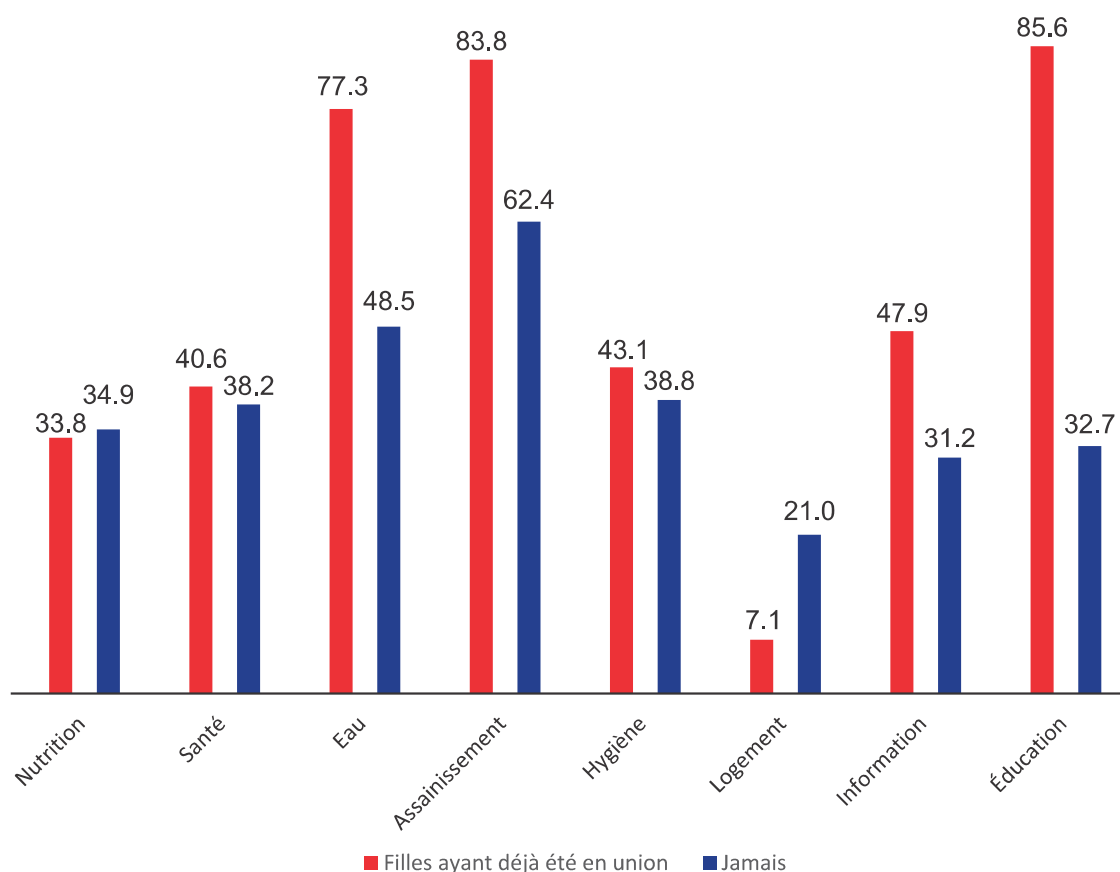
¹³ Les indicateurs « insuffisance pondérale » et « consommation de sel iodé » fournissent des informations sur la privation pour cette dimension pour les enfants de 24-59 mois.

- **Une analyse selon le genre**

Une analyse de la pauvreté multidimensionnelle basée sur le genre montre qu'il y a plus d'enfants subissant des privations dans les ménages dont le chef est une femme (76,7%) que dans ceux dont le chef est un homme (73,9%). Lorsque le sexe de l'enfant est pris comme variable de profil, la différence entre garçon et fille n'est perceptible que parmi les adolescents de 15 à 17 ans et dans l'analyse sectorielle. Pour cette tranche d'âge, les taux de privation sont plus élevés parmi les garçons que les filles, exception faite de la dimension éducation, où les jeunes filles ont un taux de privation de 37% contre 31% pour les garçons.

L'analyse du genre montre également que certains événements qui sont les plus fréquents chez les filles, tels que le mariage ou l'union précoce,¹⁴ ont un impact négatif sur le bien-être des adolescentes. En effet, le taux de pauvreté multidimensionnelle est nettement plus élevé parmi les filles de 15 à 17 ans en union ou ayant déjà été en union (86%) que parmi les filles n'ayant jamais été en union (57%). Quand on pousse l'analyse jusqu'au niveau des dimensions, pour la quasi-totalité des dimensions, les filles de 15 à 17 ans actuellement en union ou l'ayant déjà été ont tendance à subir plus de privations que celles n'ayant jamais été en union (Figure 15). **L'éducation est la dimension la plus corrélée au phénomène du mariage des enfants, avec 85,6% des jeunes filles subissant des privations lorsqu'elles sont en union ou ayant déjà été en union, contre 33% pour les jeunes filles qui n'ont jamais été en union.**

Figure 15. Le taux de privation, par dimension, si la fille de 15 à 17 ans selon le statut d'union.



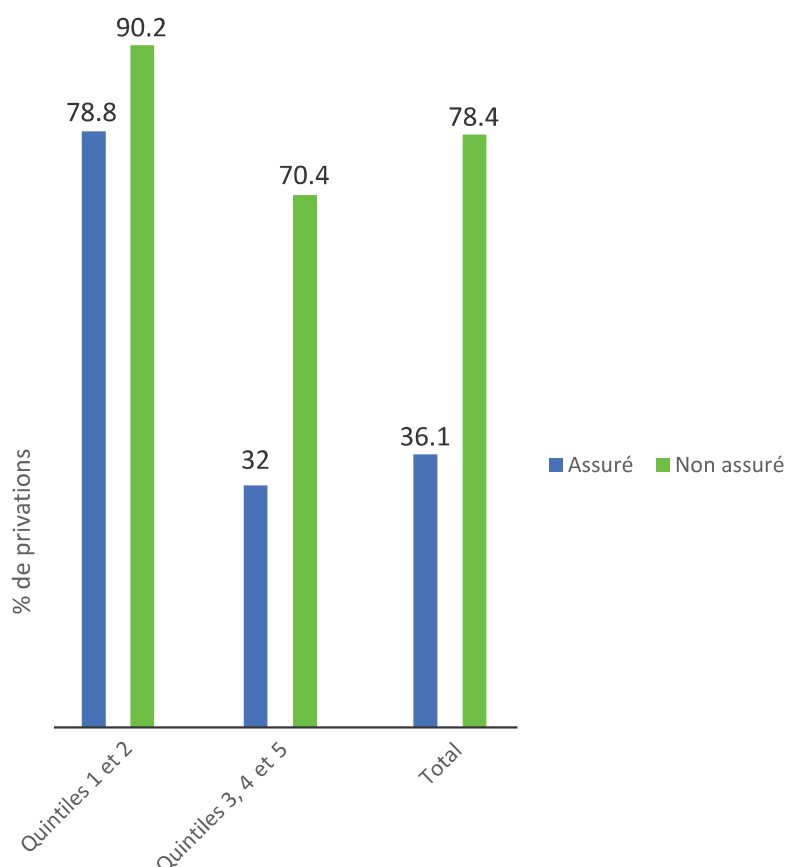
Source : Calculs des auteurs en utilisant la base de données MICS-Palu (2018).

¹⁴ Selon les résultats du MICS 2018, 31% des femmes de 20 à 49 ans étaient mariées avant l'âge de 18 ans, contre 7% pour les hommes de la même tranche d'âge.

Les niveaux de pauvreté multidimensionnelle sont élevés peu importe le niveau d'éducation de la mère. Les résultats montrent toutefois que le niveau d'éducation de la mère est positivement associé avec le bien-être des enfants. Avec un niveau d'éducation secondaire ou supérieur de la mère, plus d'un enfant sur deux est pauvre (59%). Ce taux reste cependant nettement en dessous du taux de pauvreté des enfants lorsque la mère n'a pas reçu d'éducation formelle (91%).

- Les enfants bénéficiant d'une assurance maladie sont beaucoup moins exposés à la pauvreté multidimensionnelle.

Figure 16. Taux de pauvreté multidimensionnelle, par quintiles de bien-être et si l'enfant est assuré ou non, enfants de 0-17 ans.



Source : Calculs des auteurs en utilisant la base de données MICS-Palu (2018).

Seulement 3,5% des enfants de 0 à 17 ans sont couverts par une assurance maladie. Les trois quarts de ces enfants vivent en zones urbaines, et en particulier à Kinshasa qui regroupe environ 35% des enfants assurés. **Les enfants assurés ont un taux de pauvreté multidimensionnelle deux fois moins élevé que les enfants ne bénéficiant d'aucune couverture d'assurance maladie.** La Figure 16 présente le taux de pauvreté multidimensionnelle pour les enfants des deux premiers quintiles et les autres, selon qu'ils soient couverts par une assurance santé ou pas. Les enfants assurés ont des taux de privation toujours moins élevés que les enfants sans assurance avec le même statut de bien-être. Par exemple, parmi les enfants des quintiles trois, quatre et cinq, le taux de pauvreté multidimensionnelle est de 70% quand l'enfant n'est pas assuré contre 32% lorsque l'enfant est assuré. Instaurer une couverture sanitaire universelle permettrait d'améliorer significativement l'accès à des soins de santé essentiels de qualité à des coûts abordables, tout au long de la vie des individus. Pour les enfants, cela signifie un meilleur accès aux soins de santé, y compris les soins de santé maternelle.



4. Impact du COVID-19 sur le bien-être des enfants

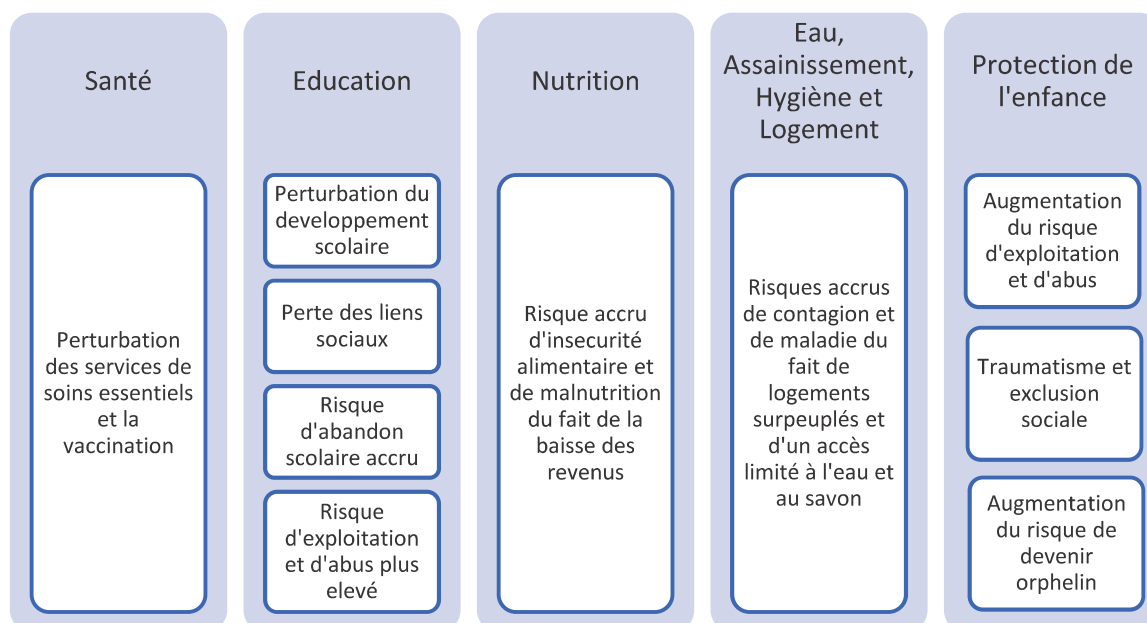
Les risques directs de la COVID-19 sur la santé des enfants ne sont pas très importants (Nations Unies, 2020). Cependant, ceux-ci courent un risque élevé de faire face aux conséquences directes et indirectes de la maladie. Les conséquences directes sont la perte des parents ou des tuteurs, tandis que les conséquences indirectes sont la perturbation et le manque d'accès aux services essentiels tels que la santé, la nutrition, l'éducation, l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Les effets indirects proviennent des conséquences de la saturation du système de santé, des fluctuations économiques, des politiques gouvernementales et des confinements, et de la réallocation budgétaire en défaveur des secteurs liés au bien-être des enfants. En plus de tous ces effets de la pandémie, l'enfant peut être plus vulnérable au stress, aux traumatismes, aux abus et à l'exploitation.

La COVID-19 a fait son apparition en RDC le 10 mars 2020.¹⁵ Afin d'endiguer la propagation de la pandémie, le gouvernement a mis en place plusieurs mesures, dont entre autres la fermeture des frontières intérieures et extérieures, la fermeture des écoles et universités, un couvre-feu nocturne, l'interdiction des déplacements non essentiels, etc.

La COVID-19 et les mesures mises en place ont affecté le système de santé du pays qui a dû s'adapter ainsi que les revenus des ménages. **Ces changements ont eu à leur tour un effet négatif sur le bien-être des enfants, surtout les plus pauvres et les plus vulnérables, qui souffraient déjà de privations multiples.** La Figure 17 présente les impacts potentiels de la pandémie sur les enfants. Ces impacts sont discutés dans les paragraphes suivants par dimension de bien-être de l'enfant.

¹⁵ A la date du 13 février 2021, le pays comptait 24.292 cas confirmés dans 23 des 26 provinces que compte le pays, et 693 décès. Kinshasa est la province la plus touchée, avec 18.888 cas confirmés, suivi du Kongo-Central (1.463 cas) et du Nord Kivu (1.406 cas) (Ministère de la santé & OMS, 2021).

Figure 17. Les impacts de la COVID-19 sur les enfants

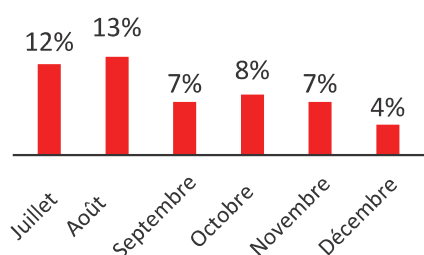


Source : Adapté de SPRI (2020), *Les victimes cachées de la pandémie*

• Les impacts de la COVID-19 sur la santé et la nutrition

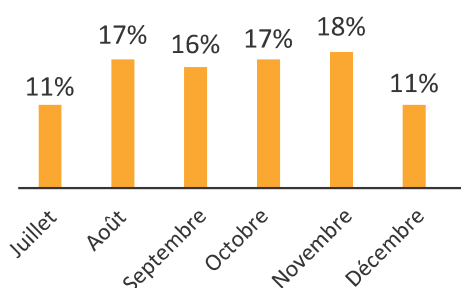
Le risque de mortalité due à la COVID-19 parmi les enfants est faible. Cependant, **la surcharge des systèmes de santé, débordés par la prise en charge d'autres épidémies en plus de la COVID-19 (Ebola, la rougeole, le cholera), pourrait avoir un impact négatif sur l'accès aux soins des enfants en perturbant davantage l'offre de service de santé de base** (vaccination de routine, santé reproductive, prévention et prise en charge du paludisme, de la diarrhée, de la pneumonie, les services de nutrition, etc.), **et en augmentant ainsi le nombre de décès parmi les enfants dus aux maladies évitables et traitables** (République Démocratique du Congo, 2020; Save the Children, 2020b).

Figure 18. Pourcentage de ménage n'ayant pas pu acheter un médicament parce que ce produit était en rupture de stock.



Source : Enquête des conditions de vie à Kinshasa (2020)

Figure 19. Pourcentage de ménages n'ayant pas pu accéder à un traitement médical en cas de besoin, 2020.



Source : Enquête des conditions de vie à Kinshasa (2020)

Selon l'enquête réalisée à Kinshasa¹⁶ en juillet 2020, 12% des ménages déclaraient n'avoir pas pu acheter un médicament parce que ce produit était en rupture de stock (voir Figure 18). Le pourcentage est cependant descendu à 4% en décembre 2020 lorsque la situation s'est stabilisée. Entre juillet et décembre 2020, 11% à 18% des ménages n'ont pas pu bénéficier d'un traitement médical en cas de besoin (voir Figure 19). La principale raison évoquée pour expliquer ce non-accès était le manque d'argent.

En effet, selon une étude de la Cellule d'analyse en sciences sociales – CASS, la fréquentation des structures de santé a baissé essentiellement pour cause de manque de moyens financiers, plutôt que de craintes liées à la COVID-19. En outre, les femmes hésitent souvent à se rendre dans les structures pour elles-mêmes ou pour leurs enfants de peur d'être mises en quarantaine. Selon une étude sur les conditions de vie des ménages à Kinshasa durant la pandémie de la COVID-19, il a été observé que parmi les 26,6% des ménages qui n'ont pas pu accéder aux soins, des raisons d'ordre pécuniaire ont été évoquées par la totalité (100%).¹⁷ Il faut également souligner certaines situations particulières comme la réduction des visites prénatales, qui ne sont souvent pas considérées comme urgentes par les femmes, surtout par celles qui ont déjà accouché (Cellule d'Analyse en Sciences Sociales, 2020a).

L'impact négatif de la pandémie sur les revenus des ménages et les perturbations au niveau du système de santé pourraient également affecter négativement le taux de privation des enfants dans la dimension nutrition. En effet, l'utilisation des services liés à la nutrition a baissé dans le pays, cela en dépit d'une augmentation du nombre de personnes confrontées à l'insécurité alimentaire depuis le début de la pandémie (ibid.). **Selon l'enquête menée à Kinshasa,¹⁸ il est observé que la pandémie de la COVID-19 et ses mesures connexes telles que les périodes de confinement ont eu de graves conséquences sur la nutrition et la sécurité alimentaire.**

Le Tableau 2 montre le pourcentage des ménages qui n'ont pas eu assez de nourriture ou dans la crainte de ne pas avoir suffisamment de nourriture pour tous leurs membres en raison du manque d'argent ou de ressources pour la période allant de juillet à novembre 2020.

Tableau 2. Pourcentage de ménages qui n'ont pas assez de nourriture ou qui craignent de ne pas avoir suffisamment de nourriture pour tous les membres du ménage en raison du manque d'argent ou d'autres ressources, 2020.

	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre
Inquiet de ne pas avoir suffisamment de nourriture par manque d'argent ou d'autres ressources	85%	85%	81%	81%	77%
Pas pu manger une nourriture saine et nutritive par manque d'argent ou d'autres ressources	74%	70%	70%	71%	70%
Sauter un repas parce que vous n'aviez pas assez d'argent ou d'autres ressources	66%	63%	69%	64%	62%
Mangé moins (en quantité) à cause d'un manque d'argent ou d'autres ressources	81%	79%	79%	78%	77%
Manqué de nourriture parce qu'il n'y avait pas assez d'argent ou d'autres ressources	60%	53%	43%	42%	47%
Passé toute une journée sans manger par manque d'argent ou d'autres ressources	36%	28%	18%	20%	19%

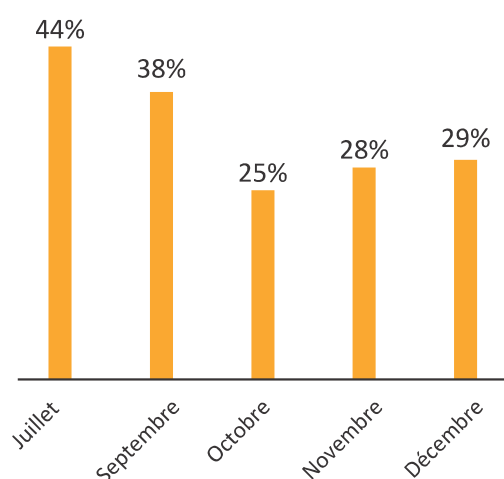
Source: Enquête des conditions de vie à Kinshasa (2020)

¹⁶ L'Institut National de la Statistique (2021). Enquête sur les conditions de vie des ménages à Kinshasa – Mesure de l'impact de la COVID-19. <https://www.ins.cd/base-de-donnees/>

¹⁷ Conditions de vie des ménages à Kinshasa, Mesure de l'impact de la COVID-19 de l'INS avec l'appui de la Banque Mondiale. Bulletin Numéro 05 : Novembre 2020. http://www.ins.cd/wp-content/uploads/2021/01/05_COVID19-RDC-Snapshot_ECVm.pdf

¹⁸ L'Institut National de la Statistique (2021). Enquête sur les conditions de vie des ménages à Kinshasa – Mesure de l'impact de la COVID-19. <https://www.ins.cd/base-de-donnees/>

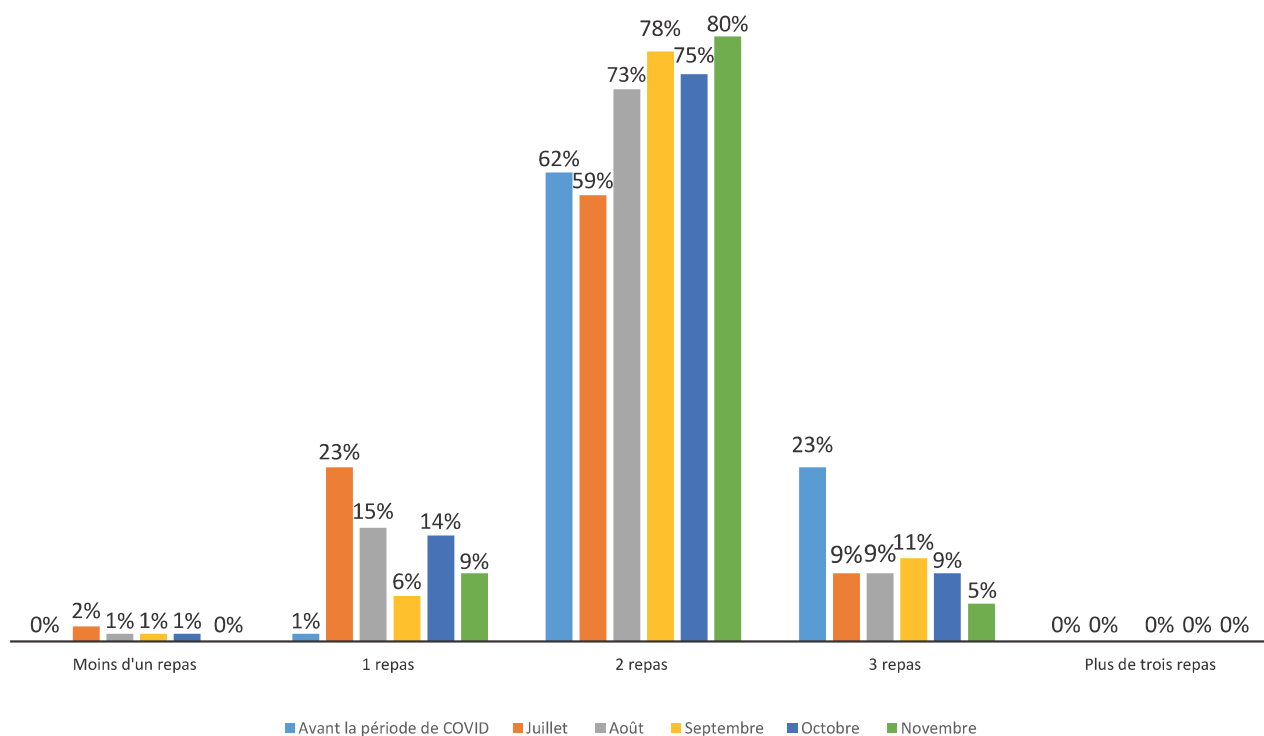
Figure 20.. Pourcentage de ménages n'ayant pas régulièrement accès au marché local pour s'approvisionner en nourriture, 2020.



Source : Enquête des conditions de vie à Kinshasa (2020)

En juillet 2020, 44% des ménages interrogés dans cette enquête ont aussi déclaré n'avoir pas régulièrement accès au marché local pour s'approvisionner en nourriture (voir Figure 20). Ce pourcentage, en baisse, a atteint 29% en décembre mais reste toujours significatif. Plus de 80% des ménages ont mentionné qu'ils ne pouvaient pas s'approvisionner en nourriture parce qu'ils n'avaient pas suffisamment d'argent. La deuxième raison la plus évoquée pour le nonaccès à la nourriture (par moins de 5% des répondants) est le manque de transport.

Figure 21.. Nombre de repas pris avant et pendant la période de l'enquête, 2020.



Source : Enquête des conditions de vie à Kinshasa (2020)

De plus, afin de faire face à la réduction des revenus et à l'augmentation de la demande alimentaire par les enfants qui restent confinés à la maison (présence des enfants et absence d'un repas journalier sain à la cantine), **beaucoup de familles ont dû adapter leur consommation alimentaire, en réduisant la quantité et la fréquence des repas** (ibid.). Selon l'enquête de Kinshasa, pendant la période de la COVID-19, les gens mangeaient moins de repas qu'auparavant. Avant la crise, 23% des personnes interrogées déclaraient prendre trois repas par jour et entre juillet et octobre, le pourcentage est descendu à 9-11% et encore plus bas en novembre à 5% (voir Figure 21).

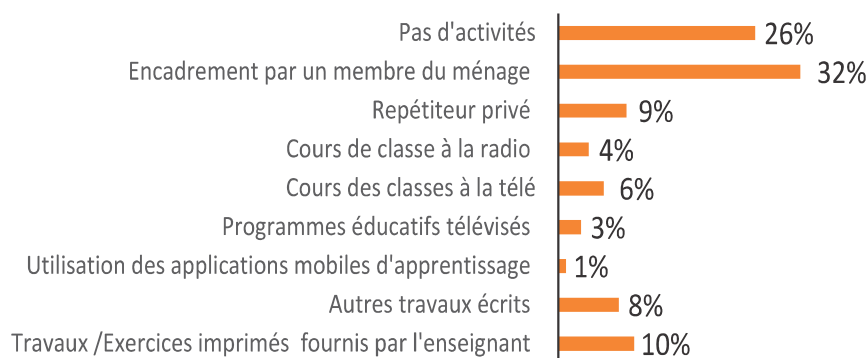
- **Les impacts de la COVID-19 sur l'éducation et la protection de l'enfant**

Ces deux dimensions sont traitées ensembles, car elles sont très liées. En effet, au-delà de l'apprentissage scolaire, **la fermeture des écoles peut avoir des impacts sur la protection des enfants, en particulier, les grossesses et les mariages précoces, le travail des enfants et d'autres formes d'abus et d'exploitation** (Save the Children, 2020a).

Pour ralentir la propagation du virus, le gouvernement a décidé la fermeture temporaire des écoles et la réorganisation du calendrier scolaire. De mars à septembre 2020, puis de mi-décembre 2020 à février 2021, plus de 18 millions d'enfants âgés de 3 à 17 ans ont dû rester à la maison (Cluster Education en RDC, 2020). La fermeture de l'école augmente le risque de décrochage scolaire, surtout pour les enfants vivant dans les milieux les plus défavorisés, qui ont moins d'opportunité d'apprentissage en dehors du cadre scolaire.

Selon l'enquête des conditions de vie à Kinshasa,¹⁹ pendant la période de fermeture des écoles, environ 26% des ménages ont déclaré que les enfants ne participaient à aucune activité d'apprentissage ou liées à leur éducation. Dans environ un tiers des ménages (32%), les enfants étaient encadrés par des membres du ménage pour des activités éducatives. Moins de 10% des ménages ont déclaré que leurs enfants ont été engagés dans d'autres d'activités décrites dans la Figure 22.

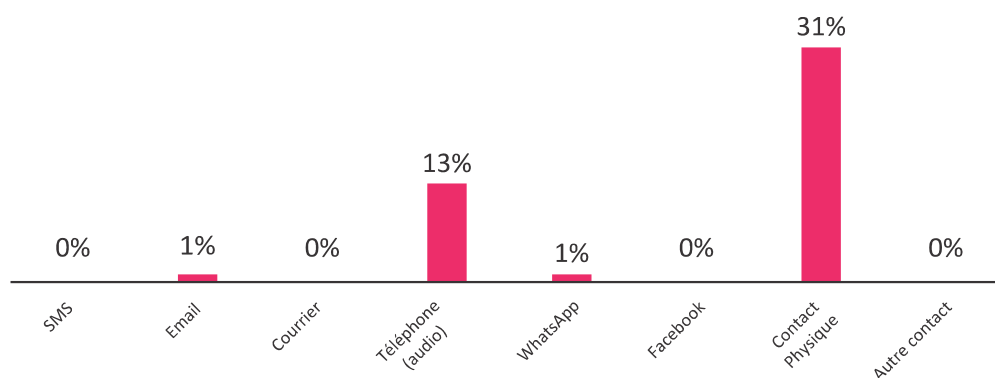
Figure 22. Types d'activités éducatives les enfants qui étaient scolarisés ont pratiqué pendant que les structures éducatives étaient fermées.



Source : Enquête des conditions de vie à Kinshasa (2020)

¹⁹ L'Institut National de la Statistique (2021). Enquête sur les conditions de vie des ménages à Kinshasa – Mesure de l'impact de la COVID-19. <https://www.ins.cd/base-de-donnees/>

Figure 23. Moyens de contacter les enseignants.



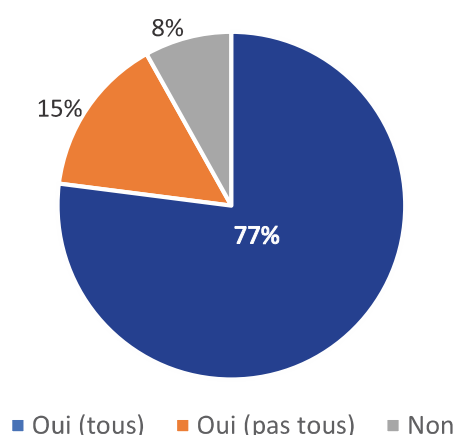
Source : Enquête des conditions de vie à Kinshasa (2020)

Seuls 50% des ménages ont été en contact avec les enseignants pendant la période de fermeture des écoles. Parmi ceux qui ont contacté leurs enseignants, la majorité l'ont fait par contact physique (31%) ou par téléphone (audio) (13%). D'autres moyens de contact tels que le SMS, l'Email, le Courrier, Whatsapp ou Facebook ont été utilisés par moins de 1% des ménages.

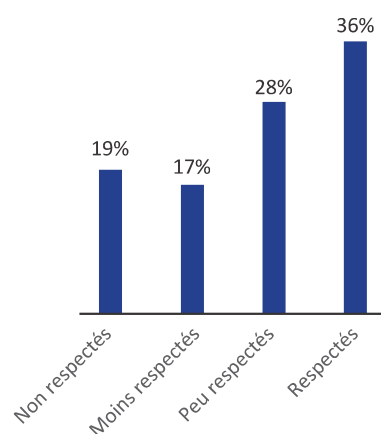
En novembre 2020, les enfants de 93% des ménages enquêtés à Kinshasa ont repris les cours. Pour ceux qui ne sont pas retournés à l'école, les raisons les plus souvent évoquées sont le manque de moyens pour l'inscription (70%) et le manque de fourniture scolaire (23%). En décembre 2020, 99% des enfants qui fréquentaient l'école avant la pandémie de la COVID-19 étaient inscrits dans des écoles. En outre, avec la réouverture des écoles, il est important que les enfants prennent toutes les mesures nécessaires pour se protéger du coronavirus. D'après l'enquête menée à Kinshasa, 77% des ménages ont déclaré que les enfants portent des masques dans les écoles, 15% d'entre eux ont déclaré que seuls certains d'entre eux portent des masques tandis que 8% disaient que les enfants ne portent pas de masque. Environ 10% des ménages ont révélé qu'il n'y avait pas de points de lavage des mains dans les écoles fréquentées par leurs enfants et 53% des ménages ont déclaré que la prise de température (par thermo flash) à l'entrée des écoles n'était pas effectuée. 36% des ménages interrogés ont déclaré que les autres gestes barrières sont respectés à l'école, tandis que les autres ont dit qu'ils le sont peu, moins ou non respectés (voir Figure 24).

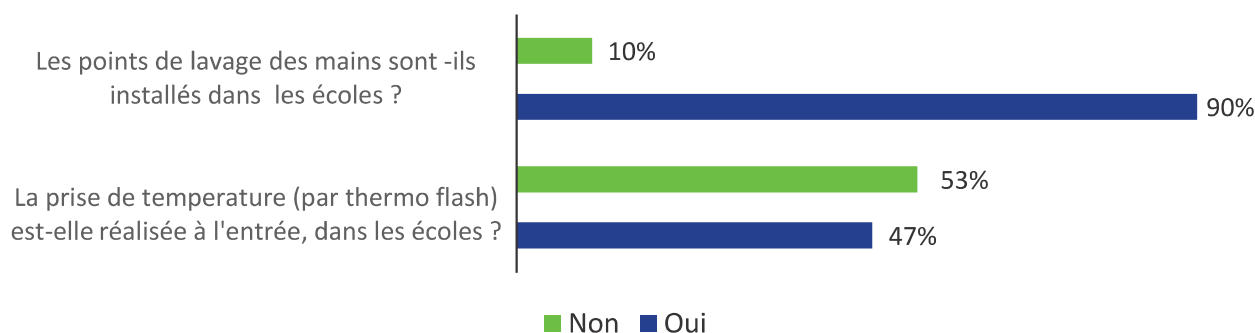
Figure 24. L'adoption des mesures sanitaires à l'école (port du masque, lavage des mains et prise de température).

Les enfants portent-ils des masques à l'école ?



Les autres gestes barrières sont-ils respectés à l'école ?

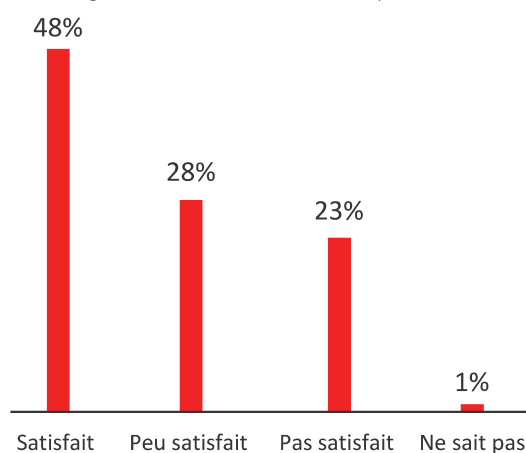




Source : Enquête des conditions de vie à Kinshasa (2020)

Près de la moitié des ménages (48%) dont les enfants ont participé aux examens d'État de l'année scolaire 2019-2020 sont satisfaits des conditions dans lesquelles ces examens se sont déroulés. Environ 51% ont exprimé un certain niveau d'insatisfaction. Les principales raisons de l'insatisfaction sont que le programme scolaire n'était pas terminé (68%) et que le niveau de la formation était en baisse (31%) (voir Figure 25).

Figure 25. Le niveau de satisfaction des ménages sur les conditions dans lesquelles les examens d'État pour l'année scolaire 2019-2020 se sont déroulés.



Source : Enquête des conditions de vie à Kinshasa (2020)

Bien que la plupart des ménages de Kinshasa aient mentionné que leurs enfants étaient de retour à l'école,²⁰ il est probable que les enfants des autres provinces les plus défavorisées ne soient pas retournés à l'école. En plus de l'abandon scolaire, la fermeture des écoles et la baisse des revenus des ménages exposent les enfants à la délinquance juvénile, au travail des enfants, et à toutes sortes d'abus et d'exploitation. Dans une étude menée dans l'est du pays, la CASS montre que les impacts de la fermeture des écoles sont ressentis par toute la population, et que ces impacts sont différents pour les filles et les garçons. Les enfants, les adolescents en particulier, ont dû chercher du travail afin de compenser la perte de revenu au sein du ménage. Malgré la réouverture des classes, les adolescents, et surtout les filles, ne sont pas retournés à l'école. La raison principale de cet abandon scolaire, en plus du manque de moyens financiers, était les grossesses précoces pour les filles, et l'adhésion aux groupes armés pour les garçons (Cellule d'Analyse en Sciences Sociales, 2020b). Cette situation est similaire à l'expérience vécue dans d'autres pays lors d'autres pandémies. Au sortir de la crise d'Ébola en Sierra Leone par exemple, le pays avait enregistré un surcroît de 11.000 grossesses d'adolescentes, ce qui a eu pour conséquence la chute des taux de scolarisation des filles âgées de 12 à 17 ans dans de nombreux villages, des filles qui ne pouvaient

²⁰ Selon l'OCDE (2019), la fermeture des écoles accentue le risque d'abandon scolaire, en particulier parmi les élèves en situation socio-économique défavorisée.

plus reprendre le chemin de l'école parce qu'elles étaient enceintes ou mariées (Save the Children, 2020b). De plus, la pression économique et la promiscuité associées à la réduction des déplacements ou au confinement, pourraient engendrer un stress supplémentaire chez les adultes, donnant lieu à une augmentation des violences physiques et psychologiques à l'encontre des enfants (UNICEF, 2020).

- **Les conséquences des privations dans les dimensions logement, assainissement, eau et hygiène**

Les dimensions du logement, de l'assainissement, de l'eau et de l'hygiène sont au cœur des mesures barrières pour limiter la propagation du coronavirus. En effet, le lavage des mains et donc la disponibilité d'eau et de savon, la distanciation physique et la réduction des déplacements sont des mesures difficilement applicables pour les enfants vivants dans les ménages qui cumulent ces privations. Les membres d'un ménage privé d'eau auront du mal à se laver les mains régulièrement, et la promiscuité au sein des logements rend difficile le confinement. En ce qui concerne l'assainissement, le type de toilettes, et si celles-ci sont partagées ou non, influencent le degré de propagation du coronavirus. Encore une fois, les enfants souffrant de privations dans les dimensions du logement, de l'assainissement, de l'eau et de l'hygiène sont ceux qui sont plus susceptibles d'être le plus affectés par la pandémie et les mesures restrictives pour la contenir.

- **L'importance de la privation en Information dans la lutte contre le coronavirus**

L'accès à l'information revêt une importance particulière dans le contexte de la COVID-19. En effet, bon nombre d'informations concernant la pandémie, sa prise en charge, les mesures de restriction et la sensibilisation aux mesures barrières sont communiquées par le biais de moyens de communication tels que la télévision, la radio ou les journaux. L'accès à la bonne information permet aux familles de se protéger contre la maladie, et d'en ralentir la propagation. Les enfants appartenant aux ménages les plus pauvres et ceux vivants dans les zones rurales sont ceux avec le plus faible accès à l'information, ce qui les rend davantage vulnérables à la maladie et à ses conséquences.

Avec la fermeture des établissements scolaires, l'accès à l'information et aux moyens de communication devient primordial pour la continuité des apprentissages scolaires. La privation dans la dimension information peut donc avoir comme conséquence directe une privation dans l'accès à l'éducation. Selon une étude de Save the Children menée à Kinshasa, au Kasai oriental, à Lomami, en Ituri, au Nord-Kivu et au Sud-Kivu, seulement 15% des enfants de 11 à 17 ans ont eu accès à l'enseignement à distance initié par le gouvernement central, du fait principalement d'un manque de moyens d'information, notamment de téléviseur et de radio (Save the Children, 2020a).



5. Conclusion

La deuxième étude sur la pauvreté et les privations de l'enfant en République Démocratique du Congo, NMODA-RDC-2020, constitue un référentiel de base visant la production d'indicateurs fiables et à jour pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des programmes et des politiques sectoriels du Gouvernement. Les résultats de cette étude tombent à point nommé en fournissant la possibilité d'apprécier les progrès qui seront réalisés par la mise en œuvre du PNSD 2019-2023 et conduira certainement à évaluer le progrès réalisé en ce qui concerne le Programme de développement durable à l'horizon 2030 de la RDC. L'étude a traité les sujets comme : (i) la mesure de la pauvreté et les privations de l'Enfant en RDC, (ii) la privation dans les dimensions composant l'indice multidimensionnel de pauvreté infantile, (iii) le chevauchement des privations dans divers dimensions, (iv) le profil des enfants pauvres en RDC et (v) l'impact de la pandémie COVID-19 sur les biens être des enfants de la RDC.

Il résulte de notre étude que, malgré les efforts fournis, beaucoup reste à faire pour garantir les droits fondamentaux des enfants et réduire de façon significative leur pauvreté. En effet, 96,6% des enfants souffrent de privations dans au moins une dimension ayant trait à leur bien-être. Diverses actions sectorielles et également certaines à portée plus large sont donc nécessaires dans le court, moyen et long terme. Le prochain chapitre est consacré aux recommandations que nous pouvons émettre suite à cette analyse pour améliorer la situation des enfants en RDC.



6. Recommandations pour lutter contre la pauvreté multidimensionnelle des enfants

Les résultats de l'étude montrent que les taux de privations des enfants sont élevés dans la majorité des domaines et pour plusieurs d'entre eux à la fois. Ainsi, pour atténuer cette pauvreté, il faut, à long terme, traiter les causes profondes et structurelles de la privation et dans l'immédiat identifier les besoins d'urgence et les satisfaire. Plus spécifiquement, il est souhaitable de prendre en compte les mesures suivantes :

Actions pour améliorer les services de base : Accès, la qualité et utilisation

- ❖ Accélérer la mise en œuvre des politiques et programmes prioritaires du gouvernement de la RDC, en particulier : la couverture de santé universelle et la gratuite de l'éducation afin de permettre aux enfants d'accéder facilement à des services de santé et d'éducation de qualité à travers toute l'étendue du territoire (**Acteurs : Ministère de la santé, éducation et budget**), ceci passerait par :
 - Un accroissement considérable du budget des secteurs de la santé et de l'éducation à atteindre les normes internationales (15% pour la santé conformément à la déclaration d'Abuja et 21% comme part du budget de l'éducation en 2021).
 - L'accroissement de l'offre des services de santé et d'éducation notamment les personnels et les infrastructures surtout dans les endroits les plus reculés
- ❖ Mettre en œuvre les politiques et programmes visant à améliorer le cadre de vie et l'environnement des populations en assurant un meilleur accès à l'eau, l'assainissement et les services d'hygiène surtout chez les plus démunis (**Acteur : Direction de l'hygiène et salubrité Publique**).

- ❖ Promouvoir et systématiser l'intégration des programmes sectoriels au niveau provincial sur la base d'un ensemble d'interventions visant à maximiser et /ou accélérer l'impact sur la réduction de la pauvreté des enfants (**Acteur : Ministère du Plan, et Ministères sectoriels**).

Intégration de la pauvreté et privations des enfants dans les cadres de planification, suivi et évaluation

- ❖ S'assurer que les résultats mis en avant par l'analyse MODA soient systématiquement intégrés dans les outils des planifications et de budgétisation au niveau national et provincial, y compris durant les revues et formulations prochaines du PNSD, du PDP (Plan de Développement Provinciaux), et des politiques et programmes sectoriels (**Acteurs clés : Ministère Plan**).
- ❖ Conduire des études et analyses complémentaires sur l'efficacité des politiques nationales et des programmes sectoriels (santé, éducation, nutrition, protection, etc.) relatifs aux enfants en vue d'identifier les principaux obstacles à l'accélération des cibles des ODDs relatifs à ces secteurs (**Acteurs clés : Ministère Plan, Ministère budget et Ministère finance**).
- ❖ Assurer une régularité du calendrier de la collecte des données statistiques socio-économiques et démographiques (EDS 2021, enquête Budget/consommation, MICS) tout en assurant une désagrégation au niveau des territoires. (**Acteurs clés : Ministère Plan et INS**)

Actions pour tendant à briser le cycle de pauvreté et de privation chez les enfants

- ❖ Généraliser l'accès à des services de protection sociale de qualité pour tous les enfants multi-dimensionnellement pauvres tel qu'identifiés dans ce rapport afin de réduire durablement la pauvreté et la vulnérabilité (**Acteurs clés : Ministère Plan, Ministère finance, Ministère des Affaires Sociales**).
- ❖ Intégrer la résilience dans les politiques afin de sortir les enfants de la pauvreté et de la vulnérabilité (**Acteurs clés : Ministère Plan, Ministère finance, Ministère des Affaires Sociales**).
- ❖ Promouvoir l'équité dans la mise en œuvre des politiques et programmes visant les enfants en priorisant davantage les provinces les plus démunies telles que le Kasai, Maniema, Tshuapa, Kasai central et Sankuru (**Acteurs clés : Ministère Plan, Ministère budget, Ministère finance, ministères sectoriels et décentralisation**).
- ❖ Faciliter l'accès des populations et particulièrement des femmes aux opportunités économiques d'accroissement et de diversifications des revenus telles que l'accès à la terre, les AGR, l'accès aux intrants de production et aux ressources, l'entrepreneuriat (PME/PMI) (**Acteurs clés : Ministère agriculture, PME**).

Actions pour réduire l'impact de la COVID-19 sur la pauvreté des enfants

- ❖ Assurer une couverture vaccinale de maximale de façon à renforcer l'immunité générale de la population.
- ❖ Renforcer le système de santé à travers l'équipements systématique des hôpitaux et centres de santé, des infrastructures appropriées et des personnels pour faire face à une explosion de contamination au COVID-19.
- ❖ Assurer une résilience des systèmes des services sociaux (Santé, Education, WASH, Protection) de façon à pouvoir garantir la continuité de la fourniture des services essentiels même pendant les périodes de pic (exemple : apprentissage à distance, continuité de service de santé, service d'eau, d'assainissement, appui psychosocial, etc.)



7. Bibliographie

Cellule d'Analyse en Sciences Sociales. (2020a). Impacts de la réponse COVID-19 sur la santé communautaire en RDC: Analyses multidisciplinaires intégrées des épidémies. www.ipcinfo.org/ipc-country-analysis/details-map/en/c/1152857/

Cellule d'Analyse en Sciences Sociales. (2020b). Impacts des fermetures des écoles sur l'éducation, la santé et la protection des adolescent(e)s dans lest de la RDC.

Cluster Education en RDC. (2020). La réponse au COVID 19 : Cluster éducation RDC.

de Neubourg, C., J. Chai, M. de Milliano, I. Plavgo, et Z. Wei (2012), « Directives étape par étape pour l'analyse du chevauchement des privations multiples (MODA) », Document de travail n° 2012-10, Bureau de recherche de l'UNICEF, Florence.

INS, Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, rapport de résultats de l'enquête. Kinshasa, République Démocratique du Congo.

La Banque Mondiale. (2016). République démocratique du Congo RDC-Évaluation de la pauvreté. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/341621571238168904/pdf/Congo-Democratic-Republic-of-Poverty-assessment.pdf>

La Banque Mondiale. (2020). République démocratique du Congo - Vue d'ensemble. <https://www.banquemondiale.org/fr/country/drc/overview>

Ministère de la santé & OMS. (2021). Mise à jour de la situation épidémiologique: Quelques chiffres-clés.

Nations Unies. (2020). Note de synthèse: L'impact de la COVID-19 sur les enfants.

Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE). (2019). Éducation et COVID-19 : Les répercussions à long terme de la fermeture des écoles. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/education-et-covid-19-les-repercussions-a-long-terme-de-la-fermeture-des-ecoles-7ab43642/>

Programme des Nations Unies pour le Développement. (2018). Table 1. Human development index and its components. New York.

République Démocratique du Congo. (2020). Impacts sanitaires et socioéconomiques de la covid-19 en république démocratique du congo: Analyse prospective et orientations de la riposte multisectorielle. Gouvernement de la république démocratique du congo. Kinshasa.

Save the Children. (2020a). L'impact de la COVID-19 et EBOLA chez les enfants en République Démocratique du Congo: Résumé du rapport. Save the Children. (2020b). Les impacts de la COVID-19 sur les enfants Africains: Comment protéger une génération en danger.

UNICEF. (2016a). Analyse des privations multiples des enfants en Republique Democratique du Congo selon le modèle N-MODA.

UNICEF. (2016b). Rapport de l'étude sur la pauvreté et les privations de l'enfant au Bénin.

UNICEF. (2018). UNICEF RDC en 2018. <https://www.unicef.org/drcongo/media/2521/file/COD-COAR-2018.pdf>

UNICEF. (2018b). 2018 Annual report. <https://www.unicef.org/wca/media/3516/file/UNICEF WCARO Annual Report 2019 ENG.pdf>

UNICEF. (2020). "Protecting Children from Violence in the Time of COVID-19: Disruptions in prevention and response services". <https://www.unicef.org/media/74146/file/Protecting-children-from-violence-in-the-time-of-covid-19.pdf>

UNDP-CD-RNPODD_RDC du 20 Octobre 2016, Rapport national sur la Contextualisation et Priorisation des Objectifs de Développement Durable (ODD) en République Démocratique du Congo

Oasis Kodila Tedika. (2011). République Démocratique du Congo: la pauvreté est-elle irréversible? /RDC Développement Liberté économique.

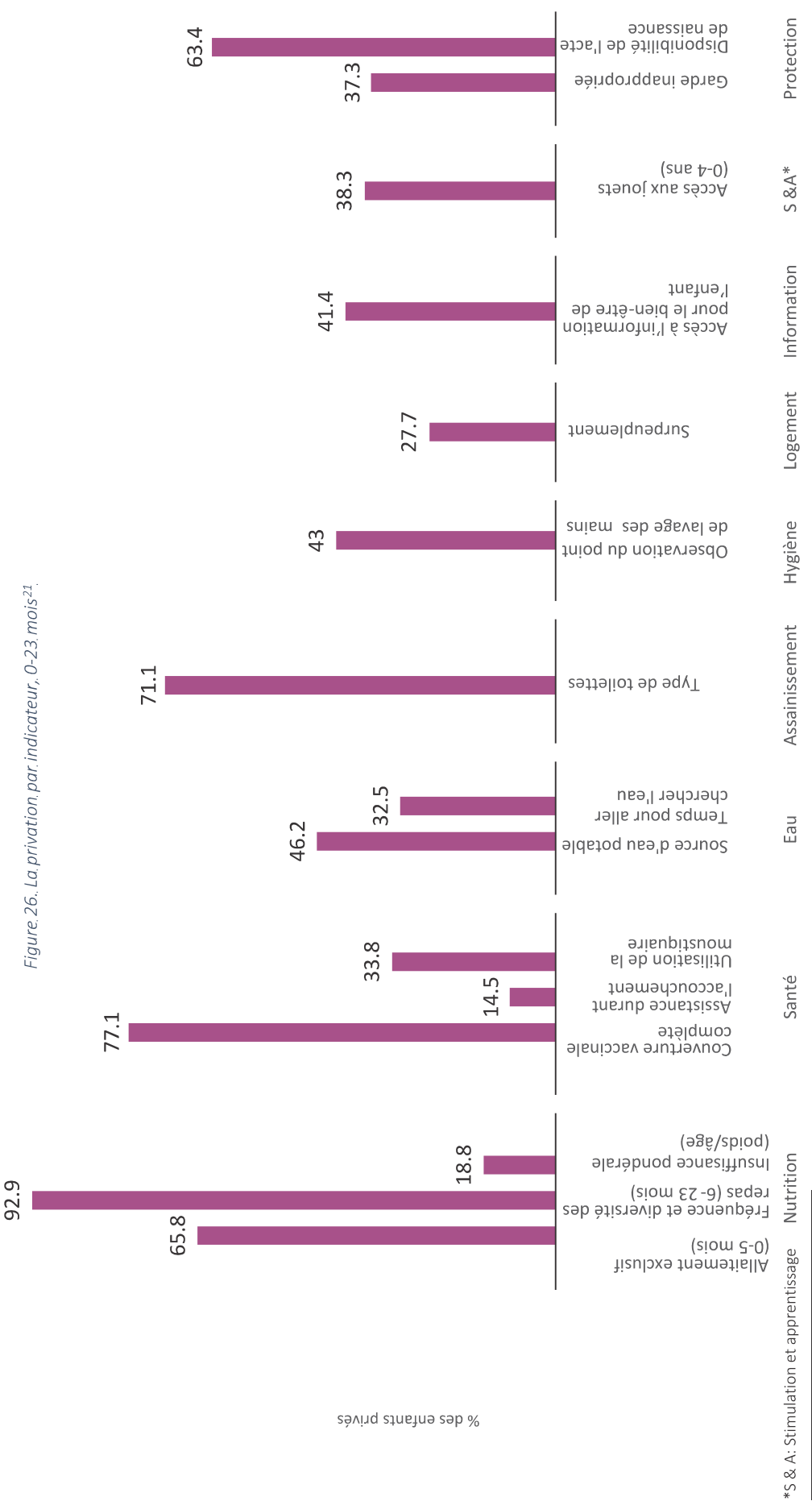
Annexe 1. Liste des indicateurs par dimension

			Groupe d'âge			
Dimension	Indicateur	Seuil de privation	0-23 mois	24-59 mois	5-14 ans	15-17 ans
Nutrition	Allaitement exclusif	Enfant n'étant pas exclusivement allaité au sein.	x (0-5 mois)			
		Enfant n'ayant pas reçu de repas suffisamment divers et fréquents le jour précédent l'enquête. Enfants âgés de 6-8 mois et allaités : au moins deux repas par jour incluant des aliments d'au moins 4 groupes divers Enfants âgés de 9-23 mois et allaités : au moins trois repas par jour incluant des aliments d'au moins 4 groupes divers Enfants âgés de 6-23 mois et non allaités : au moins trois repas par jour incluant des aliments d'au moins 4 groupes divers ainsi que deux produits laitiers par jour.				
	Fréquence et diversité des repas	Groupes d'aliments : 1. Produits laitiers 2. Céréales et autres sources de carbohydrates 3. Fruits et légumes riches en vitamine A (à feuille vert foncé ou à chair orange) 4. Autres fruits et légumes 5. Œufs 6. Viande, volaille, abats, poisson, fruits de mer 7. Légumineuses et noix	x (6-23 mois)			
	Insuffisance pondérale (poids-pour-âge)	Enfant avec rapport poids/âge inférieur à 2 écarts-types par rapport au poids médian international de référence (selon l'OMS)	x	x		
	Consommation de sel iodé	Enfant vivant dans un ménage ne consommant pas de sel avec une teneur en iode adéquate (sel testé à plus de 15 PPM)		x	x	x
Santé	Couverture vaccinale complète	Enfant n'ayant pas reçu toutes les vaccinations recommandées dans le calendrier national de vaccination : 1. Tuberculose (BCG)	x			

Dimension	Indicateur	Seuil de privation	Groupe d'âge			
			0-23 mois	24-59 mois	5-14 ans	15-17 ans
Eau		2. 3 doses du Pentavalent (DTCHeqBHib)				
		3. 3 doses du trivalent (VPO) ou le vaccin inactivé (VPI) contre la Poliomyélite				
		4. 3 doses du Pneumococcal conjugué (PCV13)				
		5. Rougeole (VAR)				
		6. Fièvre jaune (VAA)				
	Assistance durant l'accouchement	Enfant n'a pas reçu d'assistance qualifiée (docteur, infirmière ou sage-femme) durant l'accouchement :	x			
	Utilisation de la moustiquaire	Enfant ne dormant pas sous une moustiquaire de n'importe quel type	x	x	x	x
		Enfant vivant dans un logement où la source principale d'eau potable n'est pas adéquate (selon l'OMS)				
	Source d'eau potable	Source d'eau adéquate : robinet dans le logement, robinet dans la concession/parcelle, robinet chez le voisin, robinet public ou borne de fontaine, puits à pompe ou forage, puits creusés protégés, sources protégées, eau de pluie, eau conditionnée (en sachet ou en bouteille/bidon)	x	x	x	x
	Temps pour aller chercher l'eau	Enfant vivant dans un logement où le temps nécessaire pour aller chercher l'eau et revenir est supérieur à 30 minutes (OMS).	x	x	x	x
		Enfant vivant dans un logement utilisant des toilettes non améliorées				
Assainissement	Type de toilettes	Toilettes adéquates : chasse d'eau reliée à un système d'égout, chasse d'eau reliée à une fosse septique, chasse d'eau reliée à des latrines, chasse d'eau reliée à un endroit inconnu, latrine à fosse améliorée ventilée, latrine à fosse avec dalle, toilette à compostage	x	x	x	x
Hygiène	Observation du point de lavage des mains	Enfant vivant dans un ménage ou l'installation de lavage des mains n'a pas été observée	x	x	x	x
Logement	Surpeuplement du logement	Enfant vivant dans un ménage où il y a 4 ou plus de personnes (adultes et enfants) par pièce.	x	x	x	x

Dimension	Indicateur	Seuil de privation	Groupe d'âge			
			0-23 mois	24-59 mois	5-14 ans	15-17 ans
Information	Accès à des dispositifs d'information	Enfant vivant dans un ménage n'ayant pas accès aux dispositifs d'information suivants : radio, télé, téléphone portable, internet	x	x	x	x
	Fréquentation scolaire	Enfant en âge de scolarité mais n'étant pas à l'école			x (6-14 ans)	x
Éducation	Niveau d'étude par rapport à l'âge	Enfant ayant 2 ans de retard de niveau scolaire (ou plus) par rapport à son âge			x (8-14 ans)	
	Achèvement du 1er cycle	Enfant n'ayant pas achevé le 1er cycle scolaire				x
Protection de l'enfant	Garde inappropriée	Enfant étant laissé seul ou sous la garde d'un autre enfant de moins de 10 ans durant plus d'1 heure	x	x		
	Disponibilité de l'acte de naissance	Enfant n'ayant pas d'acte de naissance	x	x		

Annexe 2 : La privation par indicateur par groupe d'âge



²¹ A noter que bien que les taux de privation des indicateurs de la dimension « stimulation et apprentissage » soient présentés dans les figures 17 et 18, ils n'ont pas été utilisés pour construire l'indice de pauvreté multidimensionnelle pour des raisons techniques (La méthodologie MODA nécessite une variance suffisante des taux de privation d'un indicateur pour pouvoir l'inclure dans l'indice: dans le cas de cette dimension, presque tous les enfants en RDC sont privés, ce qui rend techniquement difficile de l'inclure dans l'indice). Cependant, nous comprenons que la privation dans cette dimension est un problème sérieux qui doit être résolu.

Figure 27. La privation par indicateur, 24-59 mois

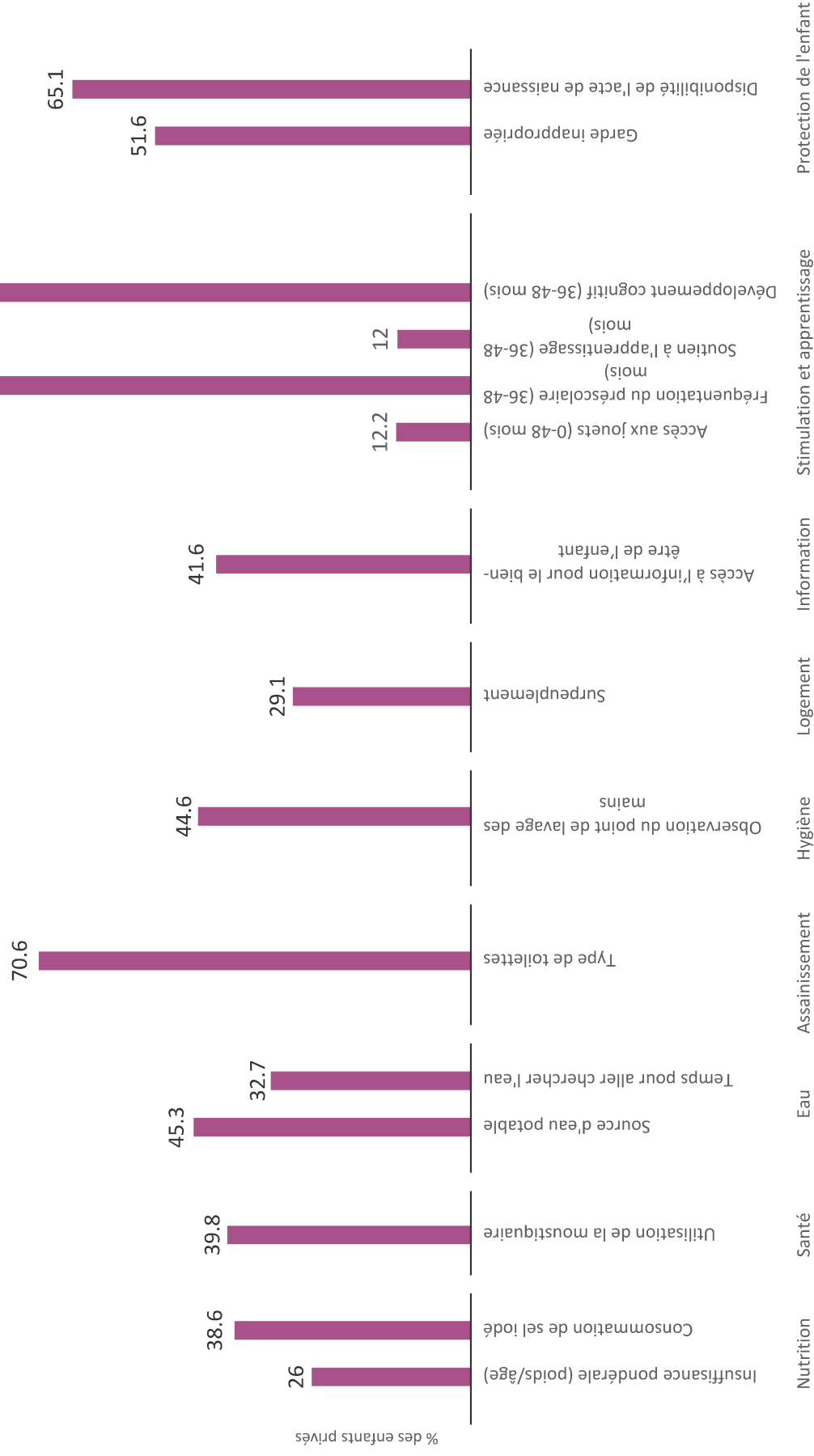


Figure 28. La privation, par indicateur, 5-14 ans

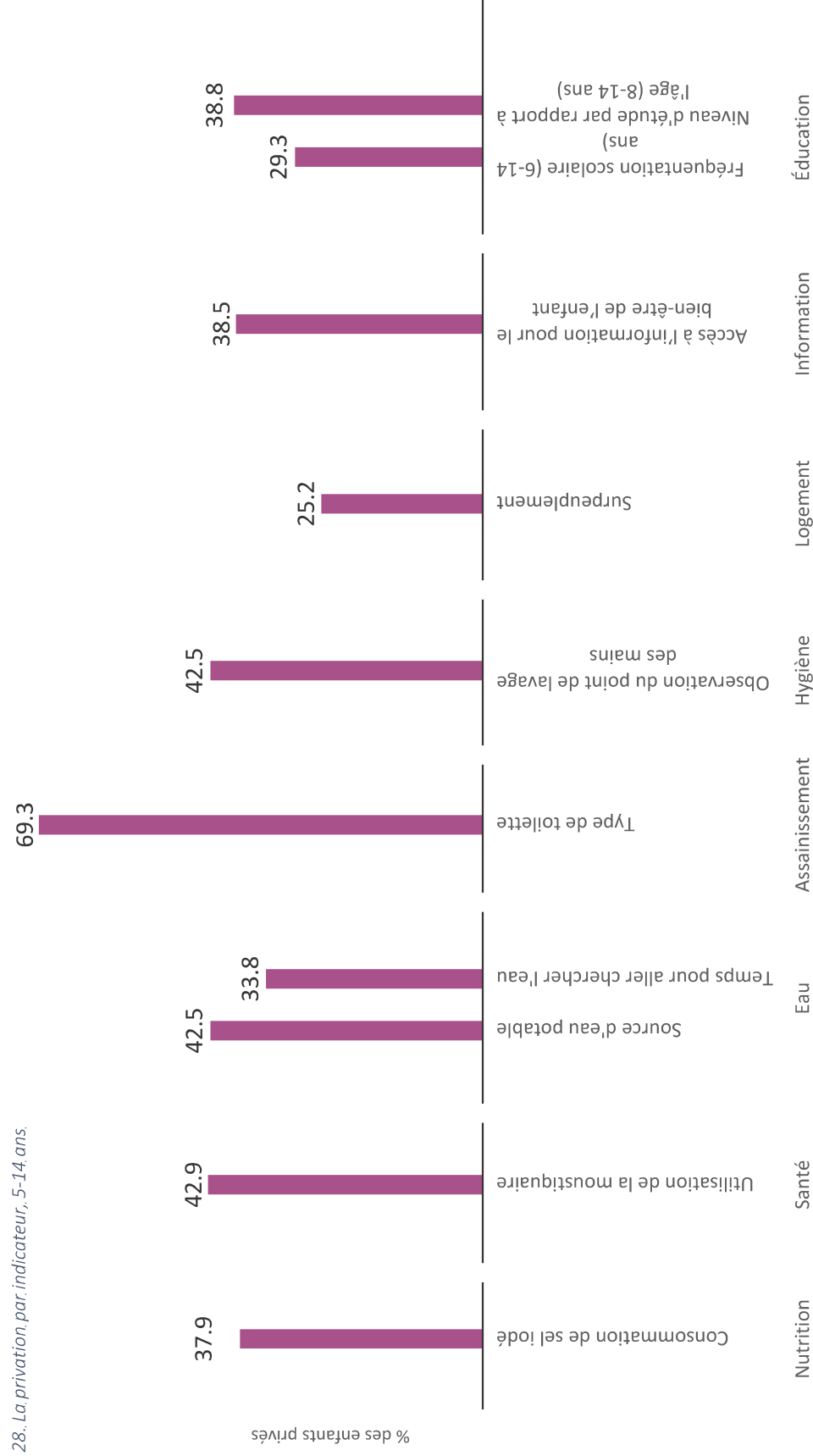
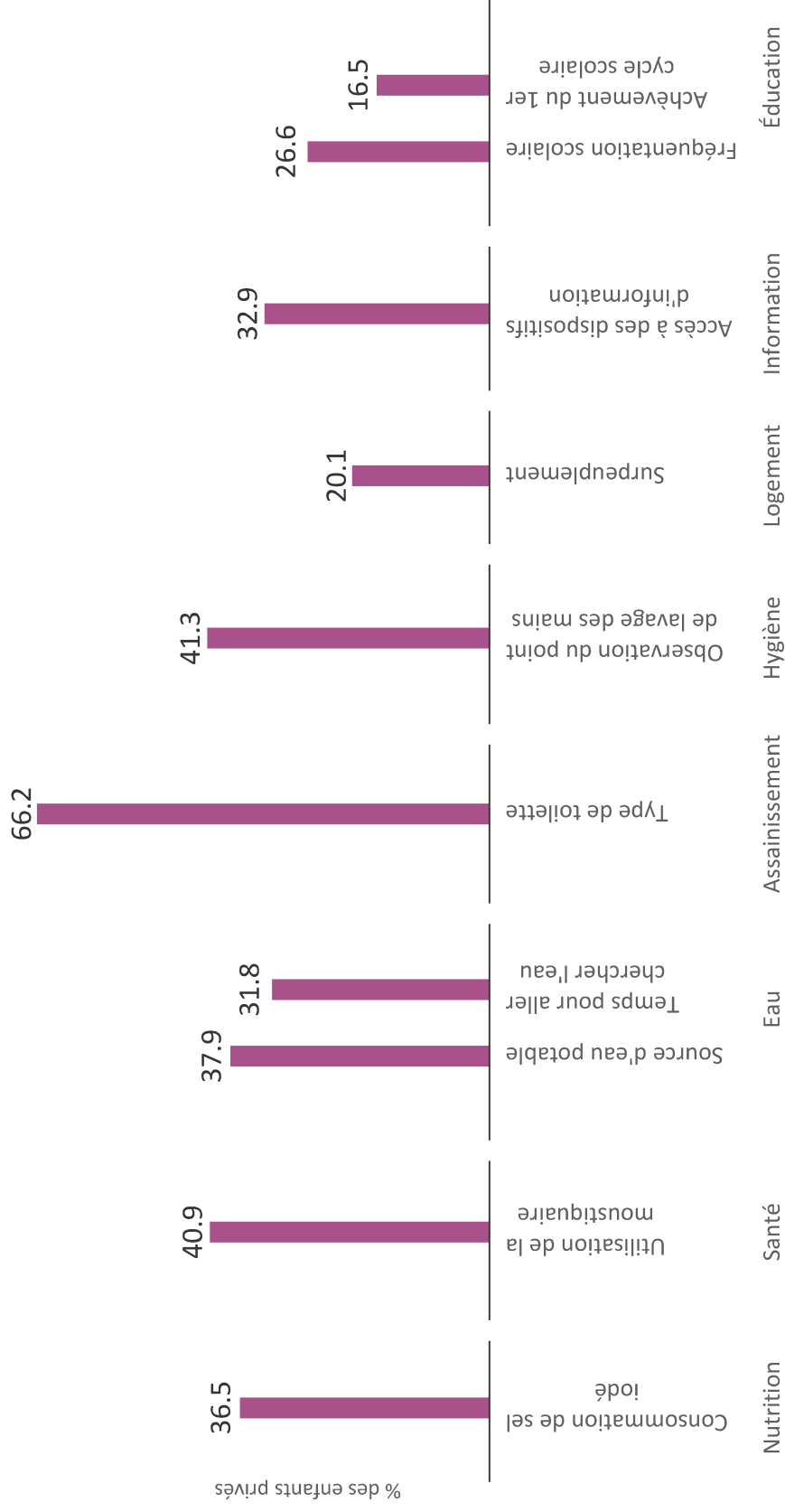


Figure 29. La privation, par indicateur, 15-17 ans.



Annexe 3 : La privation par dimension selon la province de résidence pour tous les groupes d'âge

Table 1. La privation par dimension selon la province de résidence, 0-23 mois

	Nutrition	Santé	Eau	Assainissement	Hygiène	Logement	Information	Protection de l'enfant
<i>National</i>	83.1	82.3	59.6	71.1	43	27.7	41.4	76.2
<i>Kasai</i>	91.3	97.8	90.4	92.5	92.7	28	63.2	89.5
<i>Kasai Central</i>	87	83.6	94	93.2	94.2	20.6	58.2	86.8
<i>Sankuru</i>	83.7	99.5	91.3	88.3	62.7	37.3	58.2	94.9
<i>Kasai Oriental</i>	85.3	91.8	61.9	66	6.55	23.2	47.3	86.7
<i>Lomami</i>	82.3	89.5	76.8	92.6	11.5	39.7	40.3	91.6
<i>Tanganyika</i>	84.2	88	37.5	80.7	71.8	37.7	41	95.1
<i>Haut Lomami</i>	89.8	84.1	70.1	54.9	32.5	30.6	43.2	92
<i>Lualaba</i>	83.4	89.2	74.6	75.4	75.1	25.7	40	84.9
<i>Haut Katanga</i>	87.4	75.7	39.4	44	23.6	28.1	35.9	89.5
<i>Maniema</i>	78.6	97.4	87	95.3	96.5	35.5	48.6	98.5
<i>Sud Kivu</i>	80.8	81	32.4	79.8	6.18	24	26	62
<i>Nord Kivu</i>	77.6	73.4	67.4	88.1	5.4	12.3	46	54
<i>Ituri</i>	76.8	92.6	39.5	29.9	70.4	24.6	34	67.3
<i>Haut Uele</i>	74.6	85	61.5	80.1	96.7	33.1	39.5	77.8
<i>Bas Uele</i>	69.1	88.4	76	63.6	77.5	33.6	39.5	84.8
<i>Tshopo</i>	78	85.8	69.9	58.1	79.4	11.7	39	85.8

<i>Tshuapa.</i>	86.5	94.7	93	88.1	49.5	34.6	67.9	95.4
<i>Mongala.</i>	83	91.3	98.9	38.3	95.1	12.9	76.2	96.5
<i>Nord Ubangi.</i>	83.7	91.7	93.2	74.6	88.6	23.5	70.5	87.6
<i>Sud. Ubangi.</i>	74.2	80	88.7	31.7	89.3	22.6	61.7	85.2
<i>Equateur.</i>	85.8	82.5	81.7	62.5	82	21.4	55.8	90
<i>Mai Ndombe.</i>	78.7	79	67.2	99.5	22.4	19.6	60.1	86.9
<i>Kwilu.</i>	81.7	90.2	87.8	99.9	18.3	26.8	58.1	87.6
<i>Kwango.</i>	88.1	87	89.1	97.8	31.5	43.6	61.6	78.3
<i>Kongo. Central.</i>	84.6	65.4	57.1	88.2	45.3	29.4	28.8	56.6
<i>Kinshasa.</i>	87.7	69.1	3.91	28.5	37.5	46.7	9.17	47.8

Table 2. La privation par dimension selon la province de résidence, 24-59 mois

	Nutrition	Santé	Eau	Assainissement	Hygiène	Logement	Information	Protection de l'enfant
<i>National</i>	53.6	39.8	58.9	70.6	44.6	29.1	41.6	80.7
<i>Kasai</i>	57.2	80.1	89.4	94	95.6	30.8	65.4	92.2
<i>Kasai Central</i>	67.5	18.2	92.2	91	92.4	22.4	64.7	92.4
<i>Sankuru</i>	47.8	77.8	90.8	90	63.5	33.6	60.3	96.2
<i>Kasai Oriental</i>	55.9	66.2	60.8	63.3	7.33	26.9	44.5	90.9
<i>Lomami</i>	69.6	58.6	74.9	90.9	10.3	37.6	40.3	92.9
<i>Tanganyika</i>	41.6	50.7	37.6	82.3	68.2	40.4	42.2	93.5
<i>Haut Lomami</i>	77.8	15.5	73.6	57.2	36.4	32.9	43.1	90.6
<i>Lualaba</i>	51.4	41.3	75.2	78	79	29.5	40.4	88.6
<i>Haut Katanga</i>	81.5	21.8	37.8	40.5	26.4	30.6	29.7	89.1
<i>Maniema</i>	43.9	63	90.5	95.7	97.8	32	47.6	96.9
<i>Sud Kivu</i>	54.2	57.2	35.8	87.2	5.09	29.7	30.6	72.3
<i>Nord Kivu</i>	25.7	56.9	67.7	84.5	3.79	14.8	46.8	66.7
<i>Ituri</i>	34.9	83	42	29.6	70.5	22.7	37.2	79.4
<i>Haut Uele</i>	27.9	15.6	69.4	71.4	98.4	28.7	34.7	79.5
<i>Bas Uele</i>	36.5	39.5	72.1	68.3	71	37.8	42.7	89.7
<i>Tshopo</i>	57.2	18.2	67.5	60.5	83	18.2	41.4	84.2
<i>Tshuapa</i>	75.3	51.9	91.3	89.6	49.1	30	70.2	96.9

<i>Mongala.</i>	36.2	35.3	98.3	34.7	96.3	17.7	72.9	97
<i>Nord Ubangi.</i>	44.6	42.6	92.5	67.7	88.2	22.9	71.4	93.7
<i>Sud Ubangi.</i>	40.8	12.7	86.3	29.7	83.2	22.4	58.6	93.2
<i>Equateur.</i>	64.5	43.1	79.9	63.3	84	22.4	55	94.3
<i>Mai Ndombe.</i>	80.6	27.9	70.1	99.4	28	24.1	58.7	88.4
<i>Kwilu.</i>	76.3	28.7	87.9	100	24.1	27.9	60.9	90.6
<i>Kwango.</i>	67.2	52.3	90.4	98.9	36	35	59.9	88.7
<i>Kongo Central.</i>	45.8	3.65	50.3	81.8	48	24.3	29	68.8
<i>Kinshasa.</i>	36.1	18.4	1.96	26.5	39	48.9	6.21	50.5

Table 3. La privation, par dimension selon la province de résidence, 5-14 ans

	Nutrition	Santé	Eau	Assainissement	Hygiène	Logement	Information	Éducation
<i>National</i>	37.9	42.9	57.2	69.3	42.5	25.2	38.5	52.9
<i>Kasai</i>	37.1	90	90.8	94	95.7	30.4	63.7	74.6
<i>Kasai Central</i>	53	27.1	91	89.8	91.1	14.3	62.8	69.2
<i>Sankuru</i>	34.2	79	89.4	86.7	59.6	29.5	57.4	46.7
<i>Kasai Oriental</i>	39.9	74.4	56.4	60.1	6.22	29.5	37.5	61.9
<i>Lomami</i>	60.5	68.6	73.8	91.3	11	30	34.8	52.4
<i>Tanganyika</i>	32.9	59.1	40.7	85.3	64	31.1	43	60.6
<i>Haut Lomami</i>	68.2	18	70.2	52.8	30	26.5	41.4	58.5
<i>Lualaba</i>	41	49.5	68.1	70.4	76.7	26.1	36.2	63.5
<i>Haut Katanga</i>	72.7	24.8	37.6	41	24.1	27.6	29.5	55.4
<i>Maniema</i>	30.5	65.6	87.4	93.9	97.6	26.2	44.5	49.9
<i>Sud Kivu</i>	36.5	60	37.5	87.1	8.4	28.2	30.6	51
<i>Nord Kivu</i>	3.64	66.8	63.3	84.7	3.91	10.7	43.7	49.5
<i>Ituri</i>	4.61	85.4	41.3	26.8	65.5	20.6	37.8	68.5
<i>Haut Uele</i>	13.8	22.3	61.4	80.8	97.9	29.8	32.3	62.4
<i>Bas Uele</i>	11.4	44.4	73.1	65.5	67.8	29	32.4	43.9
<i>Tshopo</i>	45.1	22.9	61.7	57.8	81.2	12.4	34.5	49.1
<i>Tshuapa</i>	57.8	60.5	91.1	88.7	48.8	27.5	68.9	73.7

<i>Mongala.</i>	8.96	40	97.8	31.8	96.4	12.1	68.3	74.5
<i>Nord Ubangi.</i>	20	41.5	90.8	66.8	84.5	20.5	67.3	56.6
<i>Sud Ubangi.</i>	14.7	13.9	81.6	27.2	84.6	21.3	53.4	66.5
<i>Equateur.</i>	53.1	52.6	82.5	60.7	84.3	17.7	53.6	59.2
<i>Mai Ndombe.</i>	72.7	30.8	72.2	99.2	26.5	9.51	55.5	51.1
<i>Kwilu.</i>	63.2	33.2	85.7	99.9	21.1	26.5	55.9	55
<i>Kwango.</i>	36.9	47.5	88.3	98.5	29	35.6	57.9	65.4
<i>Kongo. Central.</i>	22	2.18	55.9	84	45.9	19.2	25.5	50.5
<i>Kinshasa.</i>	26.6	20.2	2.54	24.4	38	44.2	6.42	20.9

Table 4.. La privation, par dimension, selon la province de résidence, 15-17 ans

	Nutrition	Santé	Eau	Assainissement	Hygiène	Logement	Information	Éducation
<i>National</i>	36.5	40.9	52.8	66.2	41.3	20.1	32.9	34.1
<i>Kasai</i>	36.2	88	83.3	93.3	98.1	22.8	60.3	57
<i>Kasai Central</i>	51.4	18.9	85.9	87.4	84.9	9.92	64.4	40
<i>Sankuru</i>	27.4	81.5	90.4	87.2	53.9	14.4	52.5	29.6
<i>Kasai Oriental</i>	39.5	76.6	57	57.6	7.8	29.6	41.7	37.7
<i>Lomami</i>	62.6	75.6	73.6	85.9	9.63	27.8	32.9	30.8
<i>Tanganyika</i>	33.1	54.8	41.2	82.2	62.3	24	36.8	50.3
<i>Haut Lomami</i>	64.3	22.4	69.3	45.3	30.2	15.3	38.8	35.6
<i>Lualaba</i>	45.2	49.6	70	71.8	71.4	26.8	43.2	51.7
<i>Haut Katanga</i>	68.5	27.1	38.4	42.1	28.5	21.3	27.9	39.5
<i>Maniema</i>	26.8	70	87.6	94.5	100	26.6	44.6	35.9
<i>Sud Kivu</i>	33.3	62.4	29.6	82.4	5.91	17	19.2	23.6
<i>Nord Kivu</i>	3.78	59.1	57.4	81.8	1.88	8.27	35.1	42.6
<i>Ituri</i>	4.23	81.6	46.6	26.8	64.2	20.1	32.5	49.4
<i>Haut Uele</i>	8.36	17.5	58.9	70.6	95.2	8.66	22.9	45.9
<i>Bas Uele</i>	11.9	59	71.8	63.8	64.8	15.2	24.1	40.1
<i>Tshopo</i>	48.3	16.8	52.6	56.9	75.6	11	27.3	29.9
<i>Tshuapa</i>	60.6	65.4	92.9	85.2	45.1	21.6	69.6	53.5
<i>Mongala</i>	6.86	48.8	98.9	37.3	95.8	4.71	67.7	37
<i>Nord Ubangi</i>	23.6	38.5	89.2	62.4	83.6	13.9	56.7	39.8

<i>Sud. Ubangi.</i>	13.5	14	73.8	22.2	79.5	16.1	38.6	36.7
<i>Equateur.</i>	51.3	44.9	77.5	58.7	77.9	13.5	43	22.4
<i>Mai. Ndombe.</i>	72.3	40	69.5	98.9	28.3	3.24	53.2	29.4
<i>Kwilu.</i>	60.6	30.7	87.2	100	23.7	16.9	53.5	29.2
<i>Kwango.</i>	36.8	57.1	84	98.4	35	37.4	58.9	38.4
<i>Kongo. Central.</i>	20.6	2.26	55.1	82.4	47.3	15.1	19.4	31.4
<i>Kinshasa.</i>	22.7	22.2	3.2	26.3	37.6	36.3	5.05	19

Annexe 4 : Liste des membres du comité technique de l'étude N-MODA

Ministère du Plan

NOMS, POSTNOMS & PRENOMS	FONCTION
1. EPEMBE MOSANGO Daniel	Secrétaire Général
2. BOKUMA ONSITI Serge	Conseiller Ministre du Plan
3. LUKIKA DEMBO FARIALA Marie Jeanne	Directeur Chef de service / DSS
4. MATA MBAKI Ferdinand	Chef de Division Education / DSS
5. BAMBEDI MUKISHI Augustin	Chef de division Femme, Famille et Enfant / DSS
6. KASONGO LUKAUSHA Jean	Chef de division Unique / Secrétariat Général
7. MALOBA RITHA TRESOR	Chef de Bureau communication / Secrétariat Général
8. MUKALA WA KANGA Hortense	Assistante technique Direction des Secteurs Sociaux (DSS)
9. MWAMBA MUKWATSHILA JOEL	Assistant technique Direction des Secteurs Sociaux (DSS)

Institut National de la Statistique (INS)

NOMS, POSTNOMS & PRENOMS	FONCTION
1. PAKA KUABITUKA Blanchard	Assistant des travaux
2. KIBA MVIKA THEOS	Assistant des travaux
3. NAKASILA MUYEYE Philippe	Directeur

Observatoire Congolais du Développement Durable (OCDD)

NOMS, POSTNOMS & PRENOMS	FONCTION
1. KODILA TEDIKA OASIS	Expert OCDD

Ministère du Genre, Famille et Enfant

NOMS, POSTNOMS & PRENOMS	FONCTION
1. KANGI MUYA VICTOR	Directeur de la DEP/ Ministère du Genre, Enfant et Famille
2. LUSAMBA GILBERT	Chef de Division
3. KENDA ANNIE	Directeur chef de service
4. ILULA BOSIYO	Directeur
5. MPAKA KIANSIKU Smith	Expert GENRE

Ministère Affaires Sociales (MINAS)

NOMS, POSTNOMS & PRENOMS	FONCTION
1. MUSATU KAPANZI Fernand	Directeur de la Direction des Interventions Sociales pour la Protection de l'Enfant (DISPE)
2. MATONDO KIANGEBENI Camille	Chef de division

Ministère de la Décentralisation

NOMS, POSTNOMS & PRENOMS	FONCTION
1. NGANDU TSHIBEMBA Christophe	Chef de Division

Ministère de la Justice

NOMS, POSTNOMS & PRENOMS	FONCTION
1. LUKOMBO SAMBI MICHEL	Directeur Protection Enfant/Justice

Ministère de l'intérieur

NOMS, POSTNOMS & PRENOMS	FONCTION
1. KALAMA KAPITA Freddy	DEP

Ministère du Budget

NOMS, POSTNOMS & PRENOMS	FONCTION
1. NZAZI MANKOBELE Ginette	Chef de Bureau

Société Civile

NOMS, POSTNOMS & PRENOMS	FONCTION
1. Sarah DUNGA	Assistante technique REEJER

Ministère de la Santé

NOMS, POSTNOMS & PRENOMS	FONCTION
1. MULUBU Joel	Chef de Bureau Programme Elargi de la Vaccination (PEV)
2. MBULA KAMBULU Marie-Louise	Chef de Service / Directeur Programme National de la Santé et de la Reproduction (PNSR)
3. MONGANI MPOTONGWE	Directeur

Programme National de Nutrition (PRONANUT)/Ministère de la Santé Publique (MSP)

NOMS, POSTNOMS & PRENOMS	FONCTION
1. BINDAMBA Bruno	Directeur
2. VANGU NGOMA Dieudonne	Chef de Service des études

Direction Nationale de l'hygiène et salubrité Publique (DNH)

NOMS, POSTNOMS & PRENOMS	FONCTION
1. NSAMBI BOKOMBO Gertrude	Chef de Division
2. DIYABANZA MANDALE Jean-Jacques	Spécialiste Hygiène

Comité National d'Action de l'Eau, d'Hygiène et Assainissement (CNAEHA)

NOMS, POSTNOMS & PRENOMS	FONCTION
1. MIAKALA LUSAKU Vicky	Technicien analyste

Direction d'assainissement (DAS)

NOMS, POSTNOMS & PRENOMS	FONCTION
1. NTADI KAYIKO Steve	Specialist Assainissement,

Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Technique (EPST)

NOMS, POSTNOMS & PRENOMS	FONCTION
1. BOKWANGO WISONI JEROME	DEP/ EPST
1. NGONGO ABDULU	Directeur de la DEP
2. MUTENA BANTU Jean Pierre	Directeur de la DEP/JEUNESSE
3. LEMA KITA Jacob	Directeur de la DIGE/EPST

UNICEF RDC

NOMS, POSTNOMS & PRENOMS	FONCTION
1. BEIGBEDER Edouard	Représentation UNICEF
2. NIANG Ousmane	Chef de la section Politiques Sociales et Evaluation
3. CISSOKHO Robert	Spécialiste en Evaluation
4. NYOTA BUUNDA Gyslaine	Chargée de Suivi et Evaluation
5. MUTI PENAY Nora	Associée au programme
6. NABINTU Solange	Consultant WASH
7. KAZADI Thierry	Spécialiste en Santé
8. MALELA Nelly	Spécialiste en Nutrition
9. BOOTO Florent	Spécialiste en Protection
10. MBOUP Issa	Spécialiste en Education
11. NDAO GNING Oumar	Spécialiste en suivi et évaluation
12. NDAHANWA Damien	Chef de Bureau Zone Ouest

Equipe SPRI

NOMS, POSTNOMS & PRENOMS	FONCTION
1. Prof. DE NEUBOURG Chris	Directeur
2. DANGEOT Anaïs	Chercheur senior
3. RAMFUL Nesha	Chercheur senior
4. BAKOUAN TRAORE Aminata	Chercheur senior
5. MBOBLE Jean	Collaborateur national

NB : DEP : Direction d'Etudes et de Planification

DIGE : Direction d'Information pour la Gestion de l'Education

La République Démocratique du Congo à l'image de plusieurs pays africains a souscrit à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD). Cet engagement a tout simplement créé une obligation au pays de mesurer la pauvreté et privations des enfants et d'y répondre, en incluant explicitement les enfants (ODD 1, cible 1.2). La mesure de la pauvreté et des privations chez les enfants permet non seulement à la RDC de mesurer les progrès réalisés, mais aussi d'appuyer le plaidoyer et la formulation de politiques et des programmes susceptibles d'atteindre les cibles des ODD.

L'approche MODA (Analyse du Chevauchement des Privations Multiples) utilisée dans la présente étude est une méthodologie d'analyse de la pauvreté multidimensionnelle des enfants sur la base de données statistiques qui place l'enfant au cœur de l'analyse. La pauvreté faisant référence par essence à un manque, celle des enfants se décline en privations rencontrées en termes d'accès ou de manque d'accès (privations) aux services sociaux de base. C'est donc une approche d'analyse de la pauvreté qui va au-delà des aspects monétaires et non monétaires dans la mesure où un enfant peut connaître des privations dans des domaines importants pour son épanouissement même s'il appartient à un ménage non pauvre du point de vue monétaire.

En outre, elle étudie les privations dont souffrent les enfants relativement à plusieurs dimensions, notamment dans les domaines de la santé, la nutrition, l'eau, l'hygiène et l'assainissement, l'éducation, la protection et l'information. De ce fait, l'approche N-MODA permet de mieux appréhender la situation des enfants en adoptant une approche multisectorielle et en cernant les privations qui se cumulent pour un enfant selon son âge, son sexe et ses origines socio-économique et géographique.

Pauvreté et privations de l'enfant en République Démocratique du Congo