

# *ASSITANCE AUX VICTIMES DE MINES ANTIPERSONNEL*

## *PRÉSENTATION DE LA RDC*

*Par MASUGA MUSAFIRI*

*Point focal National*

### *I. PROGRÈS RÉALISÉS ET PERSPECTIVES 2009*

#### **A. BASE DES DONNÉES**

- Continuation dans la collecte des données sur les victimes des mines qui sont à 1850 tout en soulignant le nombre croissant des victimes de la tranche d'âge de 0-20 ans.
- Faiblesse dans la fiabilité des données dûs à :
  - Formation des acteurs sur l'outil de collecte, l'analyse, la validation et la transcription des données, calculer des indicateurs.
  - La non vulgarisation des directives et standards sur la collecte des données.
  - Diversité des sources
- Définition du cadre normatif incluant :
  - Les données à collecter
  - Les indicateurs de base
  - Les outils de collecte
  - Le contenu de la formation

## ***I. PROGRÈS RÉALISÉS ET PERSPECTIVES 2009 (2)***

- Mener une enquête nationale d'évaluation des besoins d'assistance des victimes d'ici fin 2006
- Former les acteurs nationaux à l'utilisation de l'outil de collecte IMSMA par rapport à son adaptation aux autres données pays.
- Organiser des sessions de formation des acteurs impliqués dans la base des données dans les provinces pilotes d'ici fin 2007.
- Doter les provinces pilotes des moyens logistiques pour la collecte, l'analyse et la transmission des données:
  - Matériel de communication
  - Outils informatique
  - Canevas, fiches
  - Autres Intrants
- Activités d'appui à la collecte: suivi, supervision, monitoring, évaluation
- contrat de performance

## **B. SOINS MEDICAUX ET REHABILITATION**

- Principes directeurs définis, basés sur les soins holistique intégrant le système de santé

## ***I. PROGRÈS RÉALISÉS ET PERSPECTIVES 2009 (3)***

### **• Objectif assigné**

Réduire de 25% d'ici fin 2009, la mortalité et la morbidité dûs aux accidents par mines antipersonnel et UXOS en RDC

### **• Stratégie**

Implanter le PMA et PCA en rapport à l'assistance aux victimes dans les provinces pilotes (Kinshasa, Bas-Congo, Nord-Kivu, Sud-Kivu et Province Orientale)

- Réalisation à ce jour :Définition du PMA et PCA

Par PMA on sous-entend:

- Sensibilisation de la population aux risques des mines par le CCC
- Évacuation et soins médicaux d'urgence pour les victimes
- Référence des cas

Par PCA on sous entend :

- Soins de Chirurgie d'amputation et post opératoire (Chirurgie correctrice)
- Rééducation physique et psychologique

- Port des prothèses ou autres gadgets
- Autre assistance médicale

**N.B.** PMA et PCA soutenus par les activités d'appui

- Formation des acteurs
- Suivi, supervision, monitoring et évaluation
- Appui à l'équipement , à la réhabilitation/ construction des infrastructures et à la logistique

Choix des provinces pilotes et des acteurs- clés pour la prise en charge sanitaire.

Tenir compte des certains critères :

- Ampleur , pertinence...
- Présence des infrastructures
- Présence des prestataires clés
- Expérience acquis dans la CBR
- Présence des partenaires qui travaillent dans la prise en charge des handicapés
- Organisation des personnes handicapées
- Etc ...

- Pour les personnels –clés : Médecins orthopédistes, Médecins généralistes pratiquant la chirurgie traumatique, infirmiers , kinésithérapeutes, techniciens orthopédistes, relais communautaires ( croix-rouge) , psychologues et assistants sociaux
- La prise en charge rudimentaire continue à être assurée aux victimes par les structures des soins tant public que privé, il faut noter aussi l'appui des partenaires dans ce domaine à savoir le CICR qui a déclaré avoir appareillé 139 victimes, HI a orienté les victimes vers CARITAS pour une assistance alimentaire...

Perspectives d'ici 2009

- Organisation des sessions de formation de :  
10 Médecins traumatologues, Médecins Chef de Zone, et des Médecins de District  
10 Infirmiers  
10 Kinésithérapeutes  
5 Techniciens orthopédistes  
5 Psychologues

Avec un appui technique international.

- Dotation en équipements , consommables et autres intrants aux services de soins traumatologie, aux services de rééducation et appareillage orthopédique des 10 structures identifiées.
  - Centre SHIRIKA la UMOJA de Goma/Nord-Kivu
  - Hôpital Général de Bukavu et Heri Kwetu par le Sud-Kivu
  - Hôpital Saint-Jean Baptiste de Mbuji-Mayi et l'atelier orthopédique MIBA

- Hôpital Général de Kisangani/ Bunia et centre SIMAMA/ Province Oriental
- L'IME Kimpese et centre Nzo Asalalani du Bas-Congo
- Centre de rééducation pour Handicapés physiques et centre Kalembe-Lembe de Kinshasa
- Organisation des activités de sensibilisation/ Éducation aux dangers des mines antipersonnels et plaidoyer
- Prestation des soins
- Activités de suivi, supervision, monitoring et évaluation
- Appui à la prime de performance

### **C. RÉINSERTION SOCIO-ECONOMIQUE**

Objectif : d'ici fin 2009 , avoir réinsérer au moins 15% des victimes pris en charge médicalement.

Énoncé des principes directeurs

- La définition de la santé ALMA ATA 1972
- La prise en charge médical prépare la réinsertion socioéconomique
- La promotion des droits de l'homme
- L'indépendance / autonome
- Égalisation des chances des tous
- Intégration et soutien économique au cas par cas

- Expérience réussie à copier

Progrès réalisés

- Elaboration d'un projet d'assistance médico , socioéconomique des enfants de 0 –20 ans victimes des mines antipersonnels
- Mobilisation des ressources en cours pour ce projet.
- Plaidoyer / Sensibilisation des organisation des personnes vivant avec handicap.

Perspectives 2009

- Choix par provinces pilotes des OAC pouvant encadrer les victimes
- Renforcement des capacités des OAC
- Octroi des crédits pour les victimes
- Formation des victimes sur la réinsertion psychosocial
- Detraumatisation de la population affectés

## ***POLITIQUE ET LOIS***

- La stratégie d'assistance aux victimes est déjà définie reste à intégrer dans le cadre global
- Le cadre institutionnel de la lutte antimines a été discuté par les acteurs de la lutte, un consensus a été dégagé
- L'avant projet de la loi a été élaboré

### Perspectives

- Elaboration des stratégies sectorielles ( ex. déminage...)
- Tenue d'un atelier national de production de la politique nationale et son adoption
- Vulgarisation

II. Cadre institutionnel pour l'assistance aux victimes pilotage : Ministère de la Santé

Mise en place TASK FORCE RBC ( acteurs nationaux et partenaires)

Comité technique de pilotage : santé, affaire sociales, aff. humanitaires, droits humains, travail et prévoyance sociale, condiffa

- Toutes les décisions importantes doivent être adoptées par le TASK FORCE , voie suivie pour la validation du plan stratégique

### **Conclusion**

L'assistance vient renforcer le système de santé car notre vision est de soutenir un système existant pour une perénité des interventions et pas l'achat des services. L'action est inscrit dans un sens de développement et pas en terme des urgences.

