

ATELIER DE BRAZZAVILLE SUR LA MISE EN APPLICATION DE LA CONVENTION D'OTTAWA (Brazzaville du 7 au 8 mai 2003)

Assistance sanitaire des victimes des MiAP en RDC: problématique et état de la question

Dr Mobile Kampanga
 Directeur du PNUAH
 Programme National des Urgences et Action Humanitaire
 Ministère de la Santé - RDC

Le contexte particulier de la RDC

- 32 ans de mauvaise gouvernance
- 7 ans de guerre et conflits armés
- Destruction des infrastructures physiques (sanitaires...)
- Pauvreté absolue, insécurité, problèmes d'accessibilité
- Plus de 2.500.000 personnes déplacées
- Plus de 100.000 blessés du fait de la guerre
- Graves problèmes de santé mentale
- Situation sanitaire et humanitaire déplorable
- 12 à 28 % de prévalence du VIH/SIDA
- 3 % de sécurité transfusionnelle

Le système sanitaire en RDC

Pyramide à 3 niveaux :

- 1-Niveau central : rôle conceptuel et normatif
 - Le ministère et le cabinet
 - Directions centrales
 - Programmes spécialisés
- 2-Niveau intermédiaire : répercussion et suivi
 - Inspection médicale provinciale
 - Inspection médicale de district
- 3-Niveau périphérique : niveau opérationnel
 - la zone de santé (ZS) =

MiAP et Santé Publique: état de la question en RDC

- Plusieurs cas d'accidents dus aux MiAP signalés, mais peu sont documentés.
- Victimes principales : personnel humanitaire, femmes, enfants, cultivateurs, jeunes militaires
- 2 victimes sur 3 meurent faute des soins adéquats
- 26,6 % d'amputés appareillés au COK sont des victimes des MiAP (Statistique 2001 du COK)
- ZS de Kalonda-Est (Kasaï Oriental) : MiAP suspectées autour des villages : Taux de malnutrition: 80 % avec 2 enfants de moins de 5 ans sur 3 en kwashiorkor avéré
- Les MiAP augmentent la morbi-mortalité générale et aggravent la pauvreté

MiAP et Santé Publique : Problématique

- Données sur les victimes imprécises et/ou insuffisantes
- Absence de système de collecte des données (Système National d'Information Sanitaire inopérant dans plusieurs ZS du pays ou peu performant là où il existe)
- Insuffisance criante de personnel soignant qualifié dans les zones concernées
- Équipement, intrants spécialisés et médicaments absents ou insuffisants
- Structures de réhabilitation physique : peu et inégalement réparties

OPPORTUNITES (points forts)

- 1- Volonté et engagement politiques du Gouvernement
- création d'un programme national qui gère les urgences
- existence d'un programme national de réhabilitation à base communautaire
- les soins d'urgence et la réhabilitation font partie des axes prioritaires de notre politique sanitaire nationale
- 2- Ressources humaines disponibles: traumato, kinés et prothésistes
- 3- Existence dans les ZS sinistrées d'infrastructures sanitaires exploitables moyennant réhabilitation
- 4- Partenariat international engagé, certains avec des programmes d'assistance en cours
- 5- Perspectives réelles de paix et de réunification du pays

Axes prioritaires de notre plan d'action

- Renforcement des programmes spécialisés du Ministère de la santé ayant en charge la gestion des catastrophes et la réhabilitation physique
- État des lieux national sur les MiAP (cartographie des sites, du risque, de l'handicap conséquent et des ressources)
- Formation et partage d'expérience avec d'autres pays confrontés au même drame
- IEC (information et sensibilisation)
- Renforcer l'arsenal juridique qui vise l'aide et la protection des personnes vivant avec handicap

Notre objectif principal

« Car je connais les projets que j'ai formés sur vous, dit l'Éternel, projets de paix et non de malheur, afin de vous donner un avenir et de l'espérance »

Jérémie. 29:11