

# Problématiques d'ordre psychosocial relatives à la démobilisation et à la réintégration des ex-combattants

## Introduction

*Cette note d'information est issue des délibérations d'une réunion du Groupe de coordination technique (GCT) du MDRP sur les effets psychosociaux des conflits sur les ex-combattants, tenue à Kigali au Rwanda du 28 au 30 juin 2007. Les représentants de sept pays MDRP participèrent à la réunion qui rassembla des experts internationaux et nationaux et les exécutants de programmes portant sur la question importante de l'appui psychosocial.*

*Le GCT a fait suite à une conférence nationale au Rwanda qui se pencha sur l'impact des traumatismes psychosociaux chez les personnes appartenant à diverses catégories de vulnérabilité, dont les ex-combattants. La conférence du Rwanda donna lieu à une stratégie et à des actions nationales préliminaires qui seront entreprises par la Commission rwandaise de démobilisation et de réintégration (CRDR).*

Lorsque les ex-combattants retournent dans leurs communautés d'origine, ils réalisent souvent que leur absence prolongée et les actes antisociaux dont ils sont soupçonnés provoquent une certaine méfiance à leur égard de la part de la communauté, pouvant

même aller jusqu'à leur exclusion dans certaines situations. Face aux difficultés qu'ils éprouvent à réintégrer leurs communautés, certains ex-combattants nécessitent une assistance psychosociale.

Le plus souvent, les capacités locales requises pour traiter les préoccupations d'ordre psychosocial des communautés et des ex-combattants sont insuffisantes. Parfois, les activités des prestataires de services ne sont pas coordonnées. Les difficultés de réintégration rencontrées par les ex-combattants affectent aussi les communautés locales – pauvreté, manque d'information et méconnaissance des ressources disponibles en réponse aux préoccupations d'ordre psychosocial.

Il apparaît clairement que la création de capacités en matière d'assistance psychosociale ou leur renforcement, ainsi que la coordination des diverses entités responsables de l'appui psychosocial, permettraient de réhabiliter davantage d'ex-combattants. Le processus devrait être conçu de sorte à inspirer la confiance des ex-combattants et à affecter favorablement leur comportement au sein de la société.

Les interventions d'ordre psychosocial requièrent la participation de la communauté à tous les niveaux : gou-

vernement, ministères, institutions scolaires et de formation, les ex-combattants eux-mêmes, leurs familles, leurs communautés, les prestataires internationaux et nationaux de services et les institutions religieuses et civiles.

## Bonnes pratiques internationales: un cadre de travail pour les interventions d'ordre psychosocial

Au cours de la réunion du GCT, des représentants de Vivo<sup>1</sup>, un réseau international de cadres spécialisés en questions de santé mentale en milieu d'après-guerre, ont proposé des modalités de mise en place d'un cadre de travail en vue de la réhabilitation et de la réintégration des ex-combattants au Rwanda. Ceci pourrait servir de point

<sup>1</sup>[www.vivo.org](http://www.vivo.org)

de référence pour les programmes semblables de l'ensemble de la région.

Les participants de Vivo ont présenté une analyse historique des conséquences économiques, politiques, sociales et psychosociales de la guerre et les conclusions d'études qu'ils ont réalisées en Ouganda, au Soudan, en Somalie, en Afghanistan et au Sri Lanka au cours des sept dernières années. Citant une étude de comorbidité de Prigerson réalisée en 2001, ils ont mentionné que le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est le plus souvent lié aux traumatismes provenant des combats. Son apparition est souvent différée et porte généralement de lourdes conséquences, dont le chômage, le divorce et la violence domestique. Selon une enquête auprès des anciens combattants réalisée en 2002, près de 300.000 anciens combattants des forces armées des États-Unis d'Amérique (USA) sont sans logis chaque nuit et 60% des personnes sans logis aux USA sont des hommes, anciens combattants.

Vivo a également cité l'étude de la CRDR<sup>2</sup> qui incita à porter attention aux traumatismes psychosociaux chez les ex-combattants dans les pays où agit le MDRP – Angola, Burundi, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République du Congo, Rwanda et Ouganda. **Selon l'étude, jusqu'à 30% des ex-combattants rwandais présentent des invalidités physiques et près de 5% des ex-combattants non handicapés présentent des symptômes de SSPT.** Des travaux de recherche antérieurs réalisés par Vivo au sujet des ex-combattants de Somalie ont produit des niveaux similaires de traumatisme.

Selon les représentants de Vivo, la « cascade de défense » psychobiologique est un phénomène qui permet de faire le diagnostic physique du SSPT, ainsi que le suivi des modifications physiologiques et de la mémoire chez les individus. Ils ont aussi présenté les

## Encadré 1 : Interventions complémentaires

Les trois interventions décrites ci-dessous s'ajoutent à l'appui proposé aux individus après leur diagnostic. Ces interventions peuvent être maîtrisées par des personnes non-initiées :

- (i) Thérapie narrative par exposition (TNE) pour le traitement du SSPT
- (ii) Thérapie interpersonnelle (TIP) pour le traitement de la dépression
- (iii) « La sociothérapie », pour renforcer le capital social en général (par ex., confiance, cohésion communautaire) et en matière de compétences en réintégration plus particulièrement.

Les conseillers expérimentés devraient former et superviser en permanence les autres conseillers et les psychologues. Les psychiatres devraient veiller à ce que les services offerts restent adéquats et efficaces en réalisant en permanence des travaux de recherche orientés sur l'action pour informer les prestations de services, ce qui permet d'ajuster les programmes en temps opportun et de façon adéquate. Pour que le public ait accès aux soins de santé mentale, des centres de conseil basés dans les communautés devraient être mis en place. Le public doit être sensibilisé aux symptômes des traumatismes et encouragé à trouver de l'aide. Ceci aurait aussi pour effet de réduire la stigmatisation.

éléments de la thérapie narrative par exposition (TNE), un traitement du SSPT. Plaçant les conclusions scientifiques dans le contexte rwandais, Vivo récapitula qu'une structure efficace de services de santé mentale serait fondée sur deux piliers d'intervention : (1) le niveau psychologique individuel, et (2) le niveau social collectif.

**Au niveau psychologique individuel, le diagnostic exact de la santé mentale des individus est une condition préalable nécessaire pour toute intervention efficace.** Ceci peut commencer à être réalisé par une évaluation et un dépistage actifs des anciens combattants tout en veillant à ce que l'ensemble des autres personnes gravement affectées dans la communauté puissent obtenir un diagnostic dans une structure sanitaire. Deuxièmement, des conseillers locaux doivent être formés aux différentes formes d'intervention (voir encadré 1).

Le second pilier du rétablissement vient de la communauté. Les récits

individuels, qui commencent au cours de l'intervention de soutien psychologique (TNE), peuvent devenir des récits collectifs en transmettant les informations éducatives par le biais de la presse et des programmes éducatifs. Un dialogue entre les victimes et les auteurs de violence peut accentuer la compréhension, la tolérance, la réduction des stigmatisations et mener à une ouverture et une confiance accrues ; ceci peut donner un nouveau sens collectif aux incidents traumatisants.

Selon les conclusions de la recherche empirique, la cohérence des valeurs et convictions peut influencer les symptômes traumatiques au niveau individuel et empêcher le développement des troubles mentaux. Ce processus collectif d'analyse et de réécriture de l'histoire est aussi supposé atténuer les symptômes traumatiques de la communauté, améliorer la santé

<sup>2</sup> Évaluation de base et d'impact de la réhabilitation médicale des ex-combattants invalides et souffrant de maladies chroniques – Commission rwandaise de démobilisation et de réintégration – mai 2005

mentale des individus, favoriser davantage une réintégration réussie et consolider une identité collective nouvelle et cohérente. Ce processus doit être suivi étroitement afin d'en mesurer les effets et de l'adapter aux besoins de la société bénéficiaire de façon durable.

## L'expérience du Rwanda: extrait de la Conférence nationale et de l'Atelier stratégique

Dans le cadre du suivi des activités du programme réalisées en 2005/2006, la CRDR trouva un taux de prévalence des symptômes de stress psychosocial de 4,8% dans son groupe de bénéficiaires et un taux allant jusqu'à 30% chez les ex-combattants invalides et souffrant de maladies chroniques. La CRDR a ensuite entamé des discussions avec le Ministère de la santé du Rwanda pour discuter comment : (i) procéder à une analyse plus étendue de la situation psychosociale des ex-combattants ; (ii) réaliser une cartographie de tous les prestataires de services d'intervention psychosociale (PS) au Rwanda ; (iii) élaborer un modèle d'intervention PS au Rwanda ; (iv) tenir une conférence nationale réunissant tous les intervenants du pays ; et (v) préparer une stratégie nationale et un plan de travail, et formuler un module normalisé de formation aux interventions PS. Ces éléments peuvent servir d'exemple pour les autres pays où les interventions PS n'ont pas encore démarré.

La CRDR et le Ministère de la santé ont présenté les résultats de leur évaluation des capacités actuelles du Rwanda. Outre les ex-combattants, ils ont aussi discuté des autres groupes vulnérables qui seraient pareillement susceptibles de souffrir d'un traumatisme PS. Ils

ont identifié les intervenants avec lesquels le Ministère de la santé doit renforcer la collaboration et la coordination, y compris la police, le Ministère de l'éducation, le Ministère de la jeunesse, des sports et de la culture, les organisations non gouvernementales et les organisations à base communautaire.

## Démarches psychosociales pour les enfants ex-combattants au Rwanda

La pauvreté expose les enfants au stress psychosocial. La présence d'un conflit intensifie les facteurs traumatisants. Les deux conditions étaient présentes lors des événements du génocide rwandais, au cours desquels les enfants subirent les effets de la violence, et par la suite commencèrent à présenter des troubles physiques et mentaux. Le nombre d'orphelins, d'enfants de la rue et d'enfants délinquants est élevé. Le nombre d'enfants qui porteraient encore les armes en RDC est estimé à 3.000.

Un certain nombre de facteurs mène au recrutement d'enfants combattants. Pour certains, particulièrement les orphelins ou les enfants séparés de leurs familles, il s'agit d'un choix calculé de survie, d'un moyen de gagner leur vie, d'une façon de se protéger, et dans certains cas, d'un moyen de se venger. Les enfants et les adolescents sont aussi activement recrutés par les dirigeants des groupes armés à l'aide d'incitations idéologiques ou politiques. Les enfants combattants en RDC peuvent être des combattants, des bandits, des esclaves sexuels, des espions ou des cuisiniers.

Les effets des traumatismes viennent de l'exposition des enfants à des situations qui mettent leur vie en danger comme les combats, la mort et les

blesures des combattants, la violence sexuelle et la torture. Ces enfants voient aussi d'autres enfants que l'on tue ou qui sont blessés. La CRDR estime que près de 150 filles rwandaises seraient membres des groupes armés de la RDC, tenant divers rôles militaires et logistiques, et également en tant qu'esclaves sexuelles.

Les enfants ne peuvent quitter les groupes armés de l'est de la RDC qu'en s'échappant et en prenant le risque d'être capturés et punis, par la torture ou l'exécution. Cet effort exige une préparation et, avec de la chance, les enfants parviennent jusqu'à la MONUC<sup>3</sup>, qui les aide à retourner au Rwanda. Une fois enregistrés auprès de la CRDR, les enfants ex-combattants sont placés dans un centre de réhabilitation où ils reçoivent un soutien psychologique et ont l'occasion de retrouver un sentiment d'enfance en étant en contact avec d'autres enfants et le personnel du centre. Dans les centres se font, entre autres, l'identification, les recherches et regroupements familiaux, la médiation familiale, les soins médicaux, l'alphabétisation, l'éducation civique et, finalement, la réintégration. Diverses techniques de conseil et de thérapie sont employées, dont: l'écoute active, la thérapie artistique, le théâtre et la danse, les sports et la préparation à la vie active.

## Interventions psychosociales dans les pays du MDRP

### Angola

L'Angola s'appuie sur le Ministère de la santé pour procéder au dépistage des ex-combattants présentant des symptômes de traumatisme psychosocial et pour leur fournir le soutien

<sup>3</sup> MONUC, Mission des Nations Unies en République Démocratique du Congo. [www.monuc.org](http://www.monuc.org)

## Encadré 2 : Comment le suivi et l'évaluation peuvent orienter la programmation d'ordre psychosocial. L'exemple de la Somalie

Des interventions et des travaux de recherche sur les questions d'ordre psychosocial ont été réalisés dans le cadre des efforts de démobilisation et de réintégration en Somalie, de 2002 à 2004.

En général, les combattants de Somalie ont longtemps vécu au sein des milices et furent beaucoup exposés à la violence ; leurs taux de toxicomanie (surtout au khat) sont élevés et ils sont issus du milieu rural, avec peu d'éducation et d'expérience professionnelle. Différentes milices étaient affiliées aux chefs de guerre, aux entreprises, aux groupes religieux, aux groupes d'autodéfense et aux opérations autonomes.

Les travaux préparatoires de recherche réalisés en Somalie ont décomposé les milices par région, catégorie et affiliation. Ils ont permis d'identifier (à l'aide de plus de 7.000 entretiens) des informations sociales et démographiques, les niveaux de participation aux combats, le type d'éducation, les informations relatives aux armes légères, les informations relatives à la santé et à la consommation de drogues, les niveaux de SSPT et d'invalidité physique, ainsi que les souhaits des combattants en termes d'assistance et d'activité économique future.

Le programme démontre l'importance d'un ensemble de mesures de soutien exhaustif incorporant :

- assistance socioéconomique précédée par des études de faisabilité des différentes interventions et discussions individuelles et groupées avec les bénéficiaires
- formation à la gestion d'entreprise
- un soutien psychosocial comportant une formation en conseil, ainsi qu'en thérapie, nutrition et hygiène pour les personnes soignantes chargées des cas de troubles mentaux graves, avec suivi et évaluation des progrès thérapeutiques.

psychologique requis. Le processus commence au stade de l'identification et est arbitré par le biais d'un système national de coordination des questions psychosociales ; l'adaptation aux besoins se fait en formant davantage de conseillers au fur et à mesure que le nombre de personnes dans le besoin est établi.

### Burundi

Les interventions psychosociales destinées aux ex-combattants adultes souffrant de traumatismes relèvent

du Programme national de démobilisation, réinsertion et réintégration (PNDRR) du Burundi qui a recruté deux ONG chargées des services de réhabilitation médicale et de l'appui économique et psychosocial. Cependant, étant donné la courte durée de la programmation en DDR, une assistance supplémentaire devrait être apportée aux ex-combattants souffrant de troubles de stress post traumatique par la mise en place d'une structure nationale à cet effet. Cette structure devrait disposer d'un personnel adéquat en mesure d'apporter un soutien

psychosocial aux ex-combattants après la clôture du programme.

Les ex-combattants identifiés et enregistrés au moment de la démobilisation sont orientés vers les centres spécialisés chargés des personnes invalides du PNDRR. Cependant, aucune étude n'a encore mesuré de façon exhaustive l'étendue et la distribution des conditions psychologiques au sein de cette population. Certaines pathologies associées aux traumatismes de guerre, comme la schizophrénie, la dépression ou la démence, sont plus aisément identifiées que d'autres conditions sur lesquelles peu d'informations existent. En outre, en l'absence d'une structure nationale bien établie et de systèmes de suivi, les individus qui ont des besoins spéciaux d'ordre psychologiques ne peuvent pas bénéficier d'un soutien adéquat.

Pour les enfants ex-combattants de retour dans les communautés d'accueil, les agents sociaux employés par les organisations partenaires ont procédé à un suivi psychosocial sous la direction technique de l'UNICEF. Ces agents suivent une formation leur permettant de faire le diagnostic des problèmes mentaux et comportementaux et de les traiter à leur niveau de compétence. Les enfants nécessitant un traitement qui dépasse les capacités des agents sociaux sont orientés vers le Secrétariat exécutif de la Commission nationale de démobilisation, réinsertion et réintégration (SE/CNDRR), puis vers les centres spécialisés. Ce suivi a pris fin une fois achevées les activités contractuelles de ces partenaires. Bien que ces réalisations aient été généralement favorables, une certaine préoccupation persiste au sujet du mécanisme qui viendrait en appui aux enfants dont les symptômes feraient leur apparition plus tard. Ces anciens enfants-soldats, de retour dans le système d'éducation formelle, pourraient tirer profit d'une supervision plus élargie, non seulement de la part de leurs familles, mais encore de la part des enseignants et des autorités scolaires. Toutefois, les possibilités d'assistance seraient rares pour d'autres.

## République Centrafricaine (RCA)

La République centrafricaine n'a pas tenu compte des besoins psychosociaux des ex-combattants, dont un grand nombre a pourtant vécu des expériences traumatisantes qui ont donné lieu à la dépression, l'insomnie, l'agression et la consommation de narcotiques.

La RCA a connu plus d'une décennie de troubles politiques et militaires répétés, avec la création de diverses milices appartenant aux parties respectives du conflit. Le Projet de réinsertion des ex-combattants et d'appui aux communautés (PRAC) n'a pas anticipé la nécessité des interventions d'ordre psychosocial, malgré les réalités suggérant le contraire. Ceci fut particulièrement apparent au moment de l'identification et de la vérification, au cours desquelles les ex-combattants ont donné des signes d'agression physique et verbale. Rien n'ayant été fait pour traiter ces manifestations de traumatisme psychosocial, le besoin reste urgent, non seulement pour les ex-combattants, mais aussi pour les communautés où ils se sont réintégrés.

Bien que la nécessité des interventions soit reconnue, le nombre de prestataires de services en mesure de traiter les traumatismes psychosociaux reste insuffisant.

## République Démocratique du Congo (RDC)

La nécessité des interventions psychosociales à l'intention des combattants démobilisés fut reconnue et planifiée au début du Programme national de désarmement, démobilisation et réintégration (PNDDR) en RDC. De nombreux combattants démobilisés souffrent de troubles psychosociaux (insomnie, fatigue, pessimisme, manque de confiance en soi et d'estime de soi, crises de colère répétées), aggravées par les guerres successives que le pays a endurées.

En fin d'année 2005, un atelier fut organisé pour examiner les soins psychosociaux à l'intention des combattants démobilisés, avec les objectifs suivants:

- Identifier et former les intervenants qualifiés en nombre suffisant pour couvrir l'ensemble du pays.
- Déterminer la prévalence des troubles psychosomatiques chez les combattants démobilisés.
- Définir les modalités d'intervention.
- Fournir le budget requis pour cette activité.

Malheureusement, aucune des activités ne fut réalisée par manque de ressources financières.

Les enfants-soldats bénéficièrent d'un soutien psychosocial convenable au cours de la période de transition. Tous les agents sociaux chargés de superviser les enfants et de tenir leurs dossiers ont été formés par une équipe nationale de formateurs, dans des domaines comme l'identification des enfants gravement traumatisés, le dialogue et l'écoute afin de leur donner confiance en eux-mêmes, l'éducation en matière de paix à l'aide de jeux éducatifs, la formation en matière de droits de la personne, ceux des enfants en particulier, et la formation sur les objectifs du PNDDR.

Les soins furent apportés en deux phases :

- Pendant la période de transition, depuis la vérification du statut de l'enfant en tant qu'enfant affilié aux groupes armés, jusqu'à la réintégration sociale (regroupement familial ou autonomie) ; et
- Pendant la période de réintégration économique (formation, activités génératrices de revenus, éducation).

La formation des formateurs nationaux fut organisée par l'UNICEF et donnée

par des consultants internationaux qui disposaient d'une grande expérience de travail avec des enfants vulnérables et affectés par les conflits armés. En deux ans, plus de 1.010 conseillers pour enfants-soldats ont été formés dans l'ensemble de la RDC. Jusqu'à présent, 30.219 enfants ont bénéficié d'une assistance psychosociale.

Le PNDDR de la RDC continue à ressentir vivement la nécessité d'organiser les soins psychosociaux afin de renforcer les chances de réintégration favorable des ex-combattants démobilisés en RDC.

## République du Congo

En République du Congo (RdC), l'importance d'une démarche exhaustive en matière de réintégration sociale et économique des ex-combattants est reconnue. Elle commence par la sensibilisation des autorités politiques, de la société civile, des communautés locales et internationales et des ex-combattants eux-mêmes.

Le processus d'identification inclut une évaluation préliminaire de la santé qui sert à orienter l'assistance à apporter en phase de réintégration. Le programme traite la réintégration sociale et économique simultanément. Dans le cadre du processus de socialisation, les préoccupations d'ordre médical et mental sont prises en compte ; l'éducation civique et morale, ainsi que l'orientation professionnelle, est proposée pour veiller à ce que la démarche de réintégration soit bien équilibrée.

Pour ce qui est des interventions psychosociales, la RdC a mis en place un centre médical disposant de cliniciens psychologiques formés au conseil traumatique par le Ministère des affaires sociales, avec l'assistance de l'UNICEF. Des visites médicales systématiques sont suivies, le cas échéant, d'un traitement, avec une assistance spécialisée pour les personnes invalides. Le conseil en groupe est suivi de conseil individuel dans les cas de SSPT.

Cependant, les soins à long terme ne sont pas disponibles par manque de personnel spécialisés dans cette forme de traitement.

L'Organisation internationale du travail (OIT) aide à la réintégration des enfants ex-combattants et emploie des experts des ministères et de l'UNICEF qui sont bien équipés pour traiter les soins psychosociaux. Ceci inclut l'identification, la réintégration socio-économique et les soins psychosociaux. Des débriefings psychologiques sont également réalisés dans les diverses milices, ce qui permet d'identifier les individus souffrant du SSPT. Leurs symptômes consistent, entre autres, en la crainte des personnes armées, l'irritabilité, des sentiments persistants de revanche, l'hypersensibilité aux bruits d'hélicoptère, le refus de réintégrer la sphère familiale, des troubles du sommeil et la boulimie chez les filles victimes de viol.

## Ouganda

En Ouganda, les sources diverses de traumatisme psychosocial incluent : la pauvreté, la faim et la famine, les tueries, le chômage, l'emprisonnement, la stigmatisation, le viol, les profanations, la violence familiale, les violences faites aux enfants et le divorce. Les symptômes de traumatisme chez les enfants consistent, entre autres, en des cauchemars, des souvenirs traumatiques provoqués par divers stimuli,

l'inaptitude à se concentrer; chez les hommes adultes, les symptômes incluent l'angoisse, la consommation excessive d'alcool et de drogues, l'agression, le stress, l'isolement; chez les filles et les femmes, les symptômes incluent le déni des besoins des enfants, la stigmatisation et les soucis face à leur avenir et celui de leurs enfants.

Chez les filles et les filles-mères, la présence de viol intensifie habituellement les traumatismes. Pour beaucoup d'entre elles, leurs grossesses ont été involontaires et causées par le traumatisme, ce qui peut les rendre amères et prolonger la période de rétablissement.

Nombreuses sont les communautés d'accueil qui adoptent des activités encourageant le soutien psychosocial. Ceci peut avoir un effet favorable sur le bien-être des enfants, si le conseil, la sensibilisation et l'assistance sont maintenus. Certaines activités, auxquelles les personnes affectées sont encouragées à participer, peuvent appuyer le développement psychosocial. Certains programmes proposent aussi aux membres de la communauté une formation permettant d'identifier les personnes qui ont besoin d'un appui. À ceci peuvent ensuite s'ajouter les services fournis par des prestataires psychosociaux expérimentés, la formation des enseignants et l'incorporation aux institutions d'apprentissage formelles et informelles d'un programme pédagogique sur les questions psychosociales.

Les enfants peuvent être identifiés en organisant des centres de réception ou au niveau des écoles et des camps, pour être ensuite orientés vers les prestataires de services adéquats pour traitement. En encourageant la sensibilisation à tous les niveaux du Gouvernement et de la société, davantage de mesures peuvent être prises pour identifier et aider les personnes souffrant de traumatismes. Il peut être aussi très utile de faire participer la presse, ainsi que les dirigeants culturels, aux programmes de sensibilisation.

## Conclusion

Tous les participants à la réunion du GCT ont convenu que la démarche à deux niveaux, individuel et communautaire, décrite par Vivo propose un modèle réaliste pour répondre aux besoins identifiés et à l'ampleur de l'intervention. Ainsi, ce système de soins par étapes est la réponse recommandée aux défis que tous les pays MDRP rencontrent en matière de soutien psychosocial.

Une analyse plus approfondie de la situation psychosociale des ex-combattants des pays MDRP est requise, à commencer par une cartographie de tous les prestataires de services en matière d'interventions psychosociales. Cette étape initiale aidera à établir la base des autres interventions.

Pour de plus amples informations sur les questions psychosociales dans le cadre des programmes de démobilisation et de réintégration des ex-combattants, visitez le site internet [www.mdrp.org](http://www.mdrp.org)



Le Programme multi-pays de démobilisation et réintégration (MDRP) est un partenariat de plusieurs pays et organisations qui soutient la démobilisation et la réintégration des ex-combattants de la région élargie des Grands Lacs en Afrique centrale. Le MDRP est financé par la Banque mondiale et 13 bailleurs de fonds – l'Allemagne, la Belgique, le Canada, le Danemark, la Finlande, la France, l'Irlande, l'Italie, la Norvège, les Pays-Bas, le Royaume Uni, la Suède, et la Commission européenne. Il collabore avec les gouvernements et commissions nationaux et avec plus de 30 organisations partenaires, dont les agences des Nations Unies et les organisations non gouvernementales.