

#I / 21

Vieilles Assistance

COLLECTION

**mines**

*Agir contre les mines*

**La prise en  
charge des  
traumatismes  
et handicaps  
par mine  
antipersonnel**

*Mars 2000*

**HANDICAP  
INTERNATIONAL**

*Vivre debout*

# **La prise en charge des traumatismes et handicaps par mine antipersonnel**

## **Un cas d'étude : le Mozambique**

*Questions des spécificités  
en termes de besoins et de capacités  
de réponse, dans le cadre d'une  
stratégie globale de prévention  
et de prise en charge sanitaire et  
sociale du handicap dans un pays  
en reconstruction*

**Première version**

*Mars 2000*

**Enquête réalisée par :** *Bénédicte Mourou et Dr Bernard Trouwé*

**Appui technique :** *Emmanuelle Amar, Marie Chuberre,  
Handicap International  
Dr Jean-Christophe Touré, Inserm*

**Directeur de la publication :** *Pascal Dreyer*

**Directeur de collection :** *Bill Howell*

**Établissement et révision du texte :** *Marie Chuberre*

**Mise en page :** *Frédéric Escoffier*

**Suivi de fabrication :** *Élodie Chanrion*

**Impression :** *Vilton copie*

**ISBN :** *2-909064-40-9*

**Dépôt légal :** *1<sup>er</sup> trimestre 2000*

*L'assistance aux personnes victimes d'accidents par mines antipersonnel est partie intégrante de la stratégie opérationnelle de la lutte contre les mines et leur impact humain, économique et social.*

*Elle ne peut toutefois être dissociée des stratégies globales de prévention et de prise en charge sanitaire et sociale des traumatismes et des handicaps, menées par les pays concernés. Se pose toutefois la question des spécificités en terme de besoins des victimes de mines, et des capacités de prise en compte de ces spécificités au sein des systèmes, structures, programmes sanitaires et sociaux.*

*C'est cette question que nous avons voulu aborder au Mozambique, auprès des victimes, auprès des professionnels et autres acteurs de l'accompagnement sanitaire et social, dans un pays qui, près de sept ans après la fin de la guerre, finit de panser ses plaies, consrruit, se reconstruit.*

*Nous remercions vivement nos partenaires et interlocuteurs au Mozambique, en particulier au sein du ministère et du système de Santé, au sein du ministère de la Coordination pour l'action sociale, de la Commission nationale de déminage au sein de l'Ademo et de l'Ademimo qui ont accepté d'abord que nous puissions mener cette enquête, puis de répondre à toutes nos questions. Ce document est particulièrement dédié à toutes les personnes qui ont accepté de raconter l'accident, qui, un jour, a fait basculé leur vie, de raconter l'avant, puis ce qu'ils sont devenus, leurs difficultés, leurs espoirs, leurs attentes. À nous, au-delà des tableaux, des analyses, de les entendre, de les écouter.*

# sommaire

## **1. Introduction**

1.1. Des constats, des hypothèses.....	page	11
1.2. Un cas d'étude, le Mozambique.....	page	13
1.3. Présentation de l'étude.....	page	15
A. Objectifs.....	page	15
B. Définition de la victime dans le cadre de l'étude.....	page	15
C. Méthode et population.....	page	15

## **2. Résultats de l'enquête auprès des personnes handicapées**

2.1. Les résultats.....	page	19
2.2. Analyse des résultats.....	page	27

## **3. Réponses apportées par les institutions locales et internationales, leurs limites, point de vue des professionnels**

3.1. Le recueil d'informations.....	page	33
3.2. La prévention.....	page	34
3.3. La prise en charge médicale.....	page	34
3.4. L'assistance à la réinsertion sociale et professionnelle.....	page	36
3.5. La législation en faveur des personnes handicapées et des victimes des accidents par mine.....	page	40
3.6. Recommandations pour une amélioration de la prise en charge.....	page	41

<b>4. Conclusion.....</b>	page	43
---------------------------	------	----

<b>5. Annexes.....</b>	page	47
------------------------	------	----

<b>Bibliographie.....</b>	page	57
---------------------------	------	----

# **Introduction**

*c h a p i t r e*

<b>1.1. Des constats, des hypothèses</b> .....	page	11
<b>1.2. Un cas d'étude, le Mozambique</b> .....	page	13
<b>1.3. Présentation de l'étude</b> .....	page	15

Les mines antipersonnel, apparues sur les champs de bataille de la première guerre mondiale pour protéger les champs de mines antichars, ont vu leurs caractéristiques techniques et leur utilisation largement développées tout au long du XX<sup>e</sup> siècle.

Aujourd'hui, cette arme de faible coût, conçue pour mutiler celui qui l'actionne en marchant dessus, est utilisée dans tous les conflits qui ensanglantent notre planète, pour protéger des sites et installations militaires ou pour interdire l'usage et l'accès d'infrastructures telles que ponts, routes, puits et points d'eau, écoles, hôpitaux et centres de santé, locaux administratifs, etc. aux populations civiles prises en otage par les belligérants.

Posées soit manuellement, soit par canons, avions ou hélicoptères, leur dissémination incontrôlée interdit toute estimation précise de leur nombre, comme celui des sites pollués. Et les mines antipersonnel, dont la durée de vie moyenne est de cinquante ans, continuent de tuer et de mutiler longtemps après la fin des conflits. Leur nombre dans le monde oscillerait entre soixante et quatre-vingts millions. Le nombre des victimes des mines antipersonnel durant ces vingt dernières années atteint un million, et chaque jour qui passe voit s'y ajouter deux mille victimes supplémentaires.

Beaucoup de pays sont touchés. Cambodge, Afghanistan, pays de l'ex-Yougoslavie, Angola, Mozambique sont parmi les pays les plus minés au monde.

Le Mouvement international de la lutte contre les mines antipersonnel, initié au début des années 1990 par un groupe d'organisations de solidarité internationale particulièrement concernées par les conséquences humaines de cette pollution, a abouti en décembre 1997 à la signature du traité d'Ottawa par plus de cent pays. Ce traité engage les états signataires à respecter l'interdiction totale de fabrication, vente, transfert, utilisation et stockage des mines antipersonnel et à apporter leur contribution au déminage et à la prise en charge des victimes. Au-delà des aspects de lobbying politique d'Ottawa, un débat s'est ouvert et a été amplifié sur les aspects plus opérationnels du déminage et de l'assistance aux victimes. Débat sur des options techniques et stratégiques diverses, des compétences, des savoir-faire, entre acteurs (pays touchés, bailleurs de fonds, organismes internationaux, ONG) soucieux de s'impliquer dans des actions concrètes, pertinentes et efficaces, visant à réduire le risque, les impacts humains et socioéconomiques dans les pays minés.

L'assistance aux victimes de mines est un sujet que nous connaissons bien. Handicap International est sans doute un des opérateurs internationaux ayant accumulé le plus d'expérience dans ce domaine, tout en écartant des actions qui seraient exclusivement réservées aux amputés par mines (ou à toute autre validité due à un accident par mine) et qui entraîneraient une marginalisation de ce groupe par rapport à l'ensemble des personnes handicapées.

De même, pour Handicap International, la notion de "victime de mine" dépasse largement la simple définition de la personne directement affectée physiquement et psychologiquement par l'explosion d'une mine. Elle doit en effet également intégrer, d'une part, les communautés confrontées quotidiennement à la présence de mines dans leur environnement immédiat, présence qui, au-delà de l'état de peur permanente, constitue un frein au développement humain, social et économique durable des individus et des familles ; et d'autre part, les personnes proches, les familles subissant l'impact de la survenue d'un handicap sur l'un des leurs, voire le décès.

L'élargissement de la notion de victimes de mines et le refus de les marginaliser justifient alors une approche exhaustive et globale, d'une part de la problématique des mines antipersonnel et de leur impact direct et indirect sur les communautés affectées, d'autre part de la prise en charge du traumatisme et du handicap dus à un accident par mine ainsi que des processus d'accompagnement, non plus seulement sur le plan individuel, mais également collectif.

La nécessaire intégration de la prise en charge des traumatismes et incapacités dus aux accidents par mines antipersonnel dans les programmes nationaux existants d'épidémiologie, de prévention, de traitement d'urgence des blessés ainsi que de réadaptation physique et psychologique, semble admise. De même, les spécificités des traumatismes et incapacités dus aux accidents par mines antipersonnel doivent être prises en compte à tous les niveaux de la chaîne des prises en charge et d'accompagnement des victimes.

Pour Handicap International, l'identification claire de ces spécificités et des moyens à mettre en œuvre pour y répondre, non seulement d'un point de vue médico-sanitaire, mais également social, doit permettre de formaliser l'approche intégrée qui est la nôtre, c'est-à-dire la prise en compte des besoins particuliers des victimes d'accident par mine dans le cadre d'une stratégie globale de prévention et de prise en charge médicale et sociale du handicap.

## 1.1. Des constats, des hypothèses

La question préalable, à laquelle nous devons apporter une réponse aussi précise et argumentée que possible, est : existe-t-il des spécificités en termes de besoins et de prise en charge sanitaire et sociale des victimes d'accidents par mines ?

Plusieurs hypothèses avancées au sein de Handicap International doivent être confirmées ou infirmées dans le cadre de l'étude :

- La planification en termes de stratégie, actions, mobilisation de moyens pour la prévention et l'assistance aux victimes d'accidents présuppose une bonne connaissance du problème, d'un point de vue quantitatif aussi bien que qualitatif. Des données précises permettent également de juger du caractère prioritaire du problème par rapport à d'autres enjeux de santé publique et/ou d'action sociale, ainsi que de la nécessité de prendre en compte les besoins particuliers des victimes d'accident par mine dans le cadre d'une stratégie globale de prévention et de prise en charge médicale et sociale du handicap. D'une manière générale, il est difficile d'obtenir des données précises et exhaustives sur les accidents par mines, leurs nombre, localisation et circonstances de survenue, sur le nombre et le profil des victimes, le nombre de décès, les lésions (traumatismes physiques et psychologiques), déficiences, incapacités consécutives aux accidents, les situations de handicap des victimes survivantes (devenir des victimes, capacités de réintégration professionnelle, intégration familiale et communautaire, représentations, impact socioéconomique sur les familles et les communautés).

- La prévention est le premier niveau d'intervention d'une démarche de santé publique, en réponse à une fréquence d'accidents significative. Au-delà des actions politiques visant l'obtention de l'interdiction totale de la production, de la vente, de l'exportation, de l'utilisation et du stockage des mines antipersonnel, les programmes plus opérationnels de déminage et d'éducation pour la prévention des accidents doivent être développés en priorité pour les groupes à risque, parmi les communautés les plus exposées et dans les zones à forte incidence d'accidents.

- L'évacuation hors de la zone minée constitue la première difficulté de l'assistance à la victime d'un accident par mine. Elle nécessite, pour éviter les risques d'accidents surajoutés dont pourraient être victimes les sauveteurs professionnels

ou assimilés (démineurs, sécurité civile/police, militaires ou anciens militaires...), un apprentissage précis sur les procédures de pénétration en zone minée. Pour les familiers, le voisinage, les secouristes non spécialisés, et en l'absence de professionnels, des mesures d'information sur les dangers existants, les gestes et comportements adéquats pour diminuer les risques au cours des manœuvres d'évacuation doivent être développées auprès des communautés affectées par la présence de mines.

- La traumatologie liée aux accidents par mines constitue un tableau clinique très spécifique, pour lequel des moyens médico-chirurgicaux lourds et complexes (premiers secours, chirurgie, soins post-opératoires) sont nécessaires. Ceux-ci se traduisent par la nécessité d'un savoir-faire spécifique pour les professionnels de santé concernés (personnels de santé de proximité, chirurgiens, infirmiers) et par une plus-value en terme de mobilisation des ressources thérapeutiques, matérielles et financières (moyens de transport des blessés, matériel de premier secours, médicaments, transfusions sanguines, séjours d'hospitalisation prolongés, polytraumatisés...).<sup>1</sup>

- La prise en compte du traumatisme psychique consécutif à l'accident et à l'annonce de la mutilation, de la perte d'un membre et/ou d'une fonction nécessiterait d'une attention particulière, sinon de personnels spécialisés, au moins de l'équipe hospitalière et de réadaptation. L'équipe des psychologues et psychiatres de Handicap International<sup>2</sup> émet par ailleurs l'hypothèse, non encore validée, d'un trauma psychique spécifique qui serait dû à plusieurs facteurs :

- la victime est l'artisan de son propre accident en actionnant la mine ; elle peut développer un sentiment de culpabilité du fait d'avoir transgressé d'une manière ou d'une autre une interdiction ;

- il lui est par ailleurs impossible d'identifier un responsable ;

- de plus, le fait que l'accident par mine arrive aussi en temps de paix, alors que c'est une arme de guerre, donnerait à ce type d'accident une aura de terreur et d'incompréhension particulière, faisant renaître la peur vécue en temps de conflit ("La paix, c'est encore la guerre"). L'hypothèse d'un rejaillissement spécifique des accidents par mines est également avancée, sur le personnel soignant d'une part, sur toute la vie et la pensée de la famille et de la communauté de la victime d'autre part.

(1) Le CICR, qui a une longue pratique de la chirurgie de guerre et de la prise en charge médicale des accidentés par mines, a développé une littérature de référence sur le sujet. Lire en particulier Assistance for victims of antipersonnel mines : Needs, constraints and strategy, 1997, Coupland RM.

(2) Handicap International mène actuellement une étude sur le traumatisme psychique lié aux mines antipersonnel. Après une première phase de recherche basée sur la bibliographie existante et sur l'étude de transcriptions d'histoires et de témoignages de victimes, une seconde phase de validation des hypothèses (existence d'un trauma spécifique, impact psychique de la présence de mines pour les communautés concernées, impact psychique de l'accident sur la victime et son entourage...) est actuellement réalisée en Bosnie, dans le cadre d'un programme de soin et d'accompagnement d'enfants victimes de mines. Lire également Le Traumatisme psychique consécutif aux mines antipersonnel, Eleftheria Salame/HI, oct. 1997, et Mines antipersonnel, la guerre en temps de paix, Handicap International, Éditions GRIP

- Le processus de réadaptation fonctionnelle et de compensation, outre une bonne maîtrise de la rééducation et de l'appareillage des amputés, doit tenir compte des séquelles et complications post-traumatiques spécifiques fréquentes, telles que problèmes de cicatrices, fragments métalliques résiduels, infections, lésions associées... Elles impliquent des protocoles de traitement kinésithérapique complexes et prolongés (lors de la phase de préparation à l'appareillage et lors de la phase d'entraînement à la marche), ainsi qu'un processus d'appareillage compliqué (phase d'appareillage provisoire prolongée, difficultés de moulage des zones d'appui et chaussage du moignon, prise en compte des déficiences et incapacités associées fréquentes telles qu'amputation d'un autre membre, inférieur ou supérieur, cécité, déformations dues à des fractures associées...).
- Il existe un grand vide juridique, au niveau des législations nationales des pays concernés, sur la définition des responsabilités et sur les mécanismes de prise en charge des coûts liés aux dommages subis par les personnes civiles<sup>3</sup> victimes d'accidents par mines. Défaut de législation<sup>4</sup>, mais aussi manque d'assistance juridique aux victimes.
- La problématique de réintégration sociale et professionnelle (formation, aide à la recherche d'emploi, reprise de l'activité professionnelle antérieure à l'accident, appui aux initiatives génératrices de revenus) rejoint sans doute celle de toute personne présentant un handicap acquis d'origine traumatique, c'est-à-dire la remise en question du parcours professionnel et des sources de revenu, non seulement pour l'individu mais aussi pour sa famille (paupérisation de la famille, transfert de "compensation" sur les autres membres de la famille au détriment de leur développement individuel...), le sentiment de dévalorisation, d'inutilité, de surcharge, de culpabilité vis-à-vis de son entourage, la dévalorisation de l'image de soi, la remise en cause des liens familiaux, en particulier par rapport au conjoint (risque de divorce ou d'incapacité à construire une famille, en particulier pour les femmes). Dans certaines zones à forte prévalence de handicaps dus aux mines, il existe un risque de banalisation de ces derniers dans les mécanismes de représentation pouvant entraîner une diminution des processus de solidarité à l'égard des personnes touchées.
- L'accompagnement psychologique tout au long du processus de soins, de réadaptation et d'aide à l'intégration est rarement développé, faute de professionnels compétents et/ou de savoir-faire de la part des différents acteurs amenés à intervenir à un moment ou un autre dans l'assistance à la victime. D'autre part, au-delà des représentations et des croyances qui s'attachent à rechercher l'explication de l'accident non pas dans la présence de la mine elle-même, mais plus dans une faute (non respect d'un rite, d'une règle sociale) de la victime ou de quelqu'un de son entourage, les mécanismes de "soins traditionnels" et leurs effets sont mal connus. Toutefois, l'impact des soins de médecine traditionnelle sur les problèmes psychiques et psychologiques est de moins en moins nié.

(3) Les militaires victimes d'accidents par mines pendant un conflit bénéficient en général d'un statut légal d'ancien combattant handicapé de guerre définissant les mécanismes de prise en charge et d'assistance médicale et sociale. Les personnels civils de déminage bénéficient souvent également d'une assurance spécifique leur garantissant une bonne couverture en cas d'accident lié à leur activité.

(4) Défaut de législation spécifique, de réglementations et de normes d'application, qui se vérifie d'ailleurs souvent pour l'ensemble des personnes handicapées.

## 1.2. Un cas d'étude : le Mozambique

### Justification du choix

Après quinze années de guerre civile et six ans après la signature des accords de paix, le Mozambique a réussi à atteindre une certaine stabilité permettant une réelle dynamique de reconstruction et de développement. Toutefois, un des défis laissés par la guerre et que le pays doit affronter encore aujourd'hui est celui des mines antipersonnel, de leur impact humain et socioéconomique.

Le Mozambique est en effet un des pays les plus minés du monde. Les agences de déminage travaillant dans le pays estiment que le nombre de mines laissées sur le terrain se situe entre 400 000 et 600 000. Dans la seule province d'Inhambane, plus de 500 sites minés ont été identifiés. Depuis les accords de paix signés en 1992, un peu plus de 50 000 mines ont été neutralisées par les 1 700 démineurs travaillant dans le pays.

Il n'existe pas de données exhaustives sur le nombre des personnes ayant été victimes d'un accident par mines. Cependant, deux sources d'information peuvent permettre d'appréhender l'importance du problème et son évolution :

- Dans le cadre des programmes d'éducation pour la prévention des accidents par mines développés par Handicap International pour la Commission nationale de déminage, un recueil systématique des informations sur les accidents par mines a pu être mis en place dans six provinces<sup>5</sup> du pays à partir de 1995<sup>6</sup>. Celui-ci met en évidence une diminution nette du nombre d'accidents et de leur incidence, alors que la morbidité (nombre de victimes par accident) diminue dans une moindre mesure ;
- Les victimes d'accident par mine antipersonnel constituent par ailleurs une population bien connue des services de réadaptation et d'orthoprothèse du pays. Le ministère de la Santé précisait que 29 % des nouveaux patients enregistrés dans les centres orthopédiques au cours de l'année 1997 étaient des victimes d'accident par mine (319 victimes d'accidents par mines sur 1084 nouveaux patients).

Handicap International est présent au Mozambique depuis 1986. Ses programmes ont d'abord été orientés sur l'assistance et l'accompagnement des personnes handicapées, avec la mise en place d'un réseau national de centres d'appareillage

orthopédique et de services de kinésithérapie, ainsi que la formation de techniciens de réadaptation, en partenariat avec le ministère de la Santé. Au-delà de la prise en charge paramédicale, nous avons développé des actions d'éducation pour la prévention des situations de handicap et d'appuis aux associations locales de personnes handicapées, ainsi que des mesures d'accompagnement pour l'intégration socioprofessionnelle des personnes handicapées. Après une première phase opérationnelle au niveau des provinces, nous sommes maintenant dans une phase d'appui technique et de transfert de responsabilité de la coordination, du suivi, et du développement de ces actions, au niveau des ministères de la Santé et de l'Action sociale.

En 1992, à la fin de la guerre, alors que des milliers de personnes réfugiées, déplacées, s'apprêtaient à regagner leurs villages d'origine, Handicap International a été sollicité pour mettre en œuvre des programmes d'éducation pour la prévention des accidents par mines, puis, à la demande des autorités de la province d'Inhambane, y a développé un programme de déminage en réponse aux préoccupations des communautés villageoises directement confrontées à la présence de mines antipersonnel dans leur environnement.

En 1998, les différents secteurs d'intervention de Handicap International au Mozambique sont les suivants :

- Appui au ministère de la Santé pour le développement d'une capacité nationale de coordination, gestion, supervision et extension des ateliers de fabrication d'appareillages orthopédiques et des services de rééducation fonctionnelle / Appui technique aux techniciens orthoprothésistes et kinésithérapeutes locaux/Finalisation de la formation d'une promotion de kinésithérapeutes locaux de niveau basique ;
- Appui au ministère de la Coordination de l'action sociale, pour l'amélioration de l'accès des personnes handicapées aux structures d'aide ainsi que pour la reconnaissance et l'application de leurs droits (carte nationale d'invalidité) ;
- Soutien aux associations locales de personnes handicapées ;
- Programme de réadaptation à base communautaire pour les enfants dans les zones périurbaines de Maputo ;
- Coordination nationale des programmes d'éducation des populations rurales pour la prévention des accidents par mines

(5) Provinces de Tete, Zambeze, Inhambane, Maputo, Manica, Sofala.

(6) Données concernant les accidents par mines antipersonnel (source réseau PEPAM/HI/CND)

Année	Population des six provinces en millions	Nombre d'accidents	Nombre de victimes	dont nombre de blessés	dont nombre de décès
1995	9,6	?	650	?	?
1996	9,9	126	212	113	99
1997	10	61	110	66	44
1998	10,3	60	108	84	24

antipersonnel/Appui à la Commission nationale de déminage ;  
- Mise en œuvre d'une étude d'identification des zones minées et d'impact socioéconomique/Poursuite du programme de déminage de proximité dans la province d'Inhambane

Cet éventail d'activités, développées depuis dix ans, nous permet aujourd'hui d'avoir une bonne connaissance de la problématique de l'assistance et de l'accompagnement des personnes handicapées, et de celle des mines antipersonnel que le pays doit affronter. Problématiques sur lesquelles nous travaillons en partenariat avec les institutions gouvernementales, les organisations émergentes de la société civile, les professionnels, les communautés et les personnes ayant directement souffert d'un accident par mines.

Ces contacts privilégiés nous permettent de mener à bien une étude sur l'assistance aux victimes de mines, dans le respect des principes d'approche globale (de la prévention à l'intégration sociale des victimes) et de non-discrimination que défend Handicap International, avec une certaine "légitimité" vis-à-vis des professionnels, planificateurs, personnes handicapées, communautés avec lesquels nous avons, tout au long de ces années, mené des actions concrètes.

Les institutions, organisations, acteurs mozambicains ont eux-mêmes, aujourd'hui, six ans après la fin de la guerre, une meilleure connaissance du problème des mines antipersonnel et de leurs conséquences, et ont développé des stratégies et/ou mécanismes de réponse, tout en ayant une bonne appréhension de leurs capacités et de leurs limites.

## 1.3. Présentation de l'étude

### A. Objectifs

Il s'agit d'objectiver l'existence de spécificités inhérentes aux accidents par mine antipersonnel afin de prendre en compte les besoins particuliers de leurs victimes dans le cadre d'une stratégie globale de prévention et de prise en charge médicosociale du handicap.

#### Objectifs intermédiaires

- Définir les caractéristiques des personnes handicapées par un traumatisme physique et identifier leurs besoins spécifiques.
- Déterminer le lien entre l'exposition à un accident par mine antipersonnel et l'augmentation du risque :
  - de complications médicales ;
  - de difficultés psychologiques ;
  - de complexité rééducative ;
  - de problèmes de prise en charge financière (soins, transport, hébergement...) ;
  - de difficultés de réinsertion sociale, professionnelle ou scolaire ;
  - de handicaps associés (lésions multiples), par rapport aux victimes de traumatismes physiques indépendants des mines antipersonnel.
- Décrire les actions existantes et les actions à mener pour une assistance satisfaisante des victimes d'accident par mines au Mozambique.

### B. Définition de la "victime" dans le cadre de l'étude

Par "victime d'un accident par mine", nous entendons, dans le cadre de l'étude, toute personne ayant subi, de manière directe, des dommages corporels du fait de l'explosion d'une mine antipersonnel ou de tout autre engin non explosé<sup>7</sup>.

### C. Méthode et population

L'étude a été réalisée au Mozambique pendant une durée de deux mois, d'avril à mai 1999, dans les provinces de Maputo et d'Inhambane, avec l'autorisation du ministère de la Santé et du ministère de la Coordination de l'action sociale. Elle comportait deux volets.

#### 1. Une enquête auprès des personnes handicapées

Elle a été effectuée au moyen d'un questionnaire<sup>8</sup> comportant cent soixante-six items (questions "fermées" uniquement), auprès de personnes devenues handicapées suite à un accident.

*Les personnes interrogées ont été recrutées sur quatre sites pour les deux régions :*

Dans la région de Maputo, au sein de structures organisées :

- Matola : anciens combattants handicapés pensionnés, regroupés dans un centre (adhérents de l'Ademimo : Associação dos Deficientes Militares Moçambicanos) ;
- Maputo-ville : personnes amputées consultant au centre orthopédique de l'hôpital central ;
- Manhica : personnes handicapées adhérentes de l'Ademimo (Associação dos Deficientes Moçambicanos).

Dans la région d'Inhambane :

- au domicile des personnes handicapées.

Ces régions ont été choisies en raison de l'existence et de la bonne couverture des services et programmes de prise en charge et d'accompagnement des personnes handicapées, développés par les institutions et les associations nationales avec la participation d'organismes internationaux. Ce choix a été guidé par le souci de ne pas induire, à partir des questions posées, des attentes qui ne pourraient raisonnablement être satisfaites compte tenu du contexte.

*Les critères d'inclusion de la population de cette étude ont porté sur :*

- la présence d'au moins une invalidité majeure : perte d'un membre inférieur ou supérieur, perte de la vue. Tous les handicaps associés à ce handicap majeur ont été inclus (perte partielle de la vue ou de l'ouïe, autres déficiences) ;
- la notion de traumatisme : seules les personnes accidentées par une mine antipersonnel (y compris les mines antichars ou antigroupes), ayant subi un accident de la vie civile ou une blessure consécutive à des faits de guerre ont été incluses ;
- la notion d'ancienneté du handicap : la période retenue, pendant laquelle le traumatisme doit avoir eu lieu, est comprise entre 1986 et 1998, soit six ans avant la fin de la guerre (1992) et six ans après.

Ont été exclus de l'enquête toutes les personnes porteuses d'un handicap génétique ou résultant d'une maladie.

(7) Certains autres engins explosifs, tels les obus, mortiers, roquettes, grenades, lancés à distance, conçus pour exploser au moment de l'impact, peuvent alors fonctionner de la même manière qu'une mine en cas de défaillance du système d'allumage. Le système d'allumage, activé au moment du lancement, s'il n'a pas fonctionné à l'impact, peut en effet devenir très sensible. Le simple fait de toucher ou de déplacer ce type de munitions peut alors déclencher l'explosion. C'est pourquoi les "engins non explosés" sont systématiquement pris en compte dans les programmes de prévention des accidents par mines.

(8) Lire le questionnaire complet en annexe.

Après accord des personnes ou de leurs parents pour les mineurs, les personnes retenues ont ensuite été classées en deux catégories : accidents par mines/accidents "non mines".

Les questions, formulées oralement et traduites par un interprète, ont porté sur quatre axes principaux :

- les caractéristiques des victimes ;
- l'accident et sa prise en charge ;
- les conséquences sociales ;
- les besoins exprimés, doléances, revendications des victimes ou de leurs parents.

Les résultats ont été analysés avec le logiciel EPIINFO (CDC, Atlanta).

## **2. Des entretiens auprès des acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes handicapées et des personnes ayant eu un accident par mine**

Ces entretiens ont été menés auprès des acteurs (personnels techniques, planificateurs, décideurs) des systèmes et services de prévention et de prise en charge médico-sanitaire et sociale des personnes handicapées et des personnes victimes d'un accident par mines antipersonnel. Il s'agit essentiellement :

- Des acteurs du système de santé : premiers secours, chirurgie, soins infirmiers, rééducation, appareillage orthopédique ;
- Des professionnels de santé mentale et de psychiatrie exerçant dans le cadre du système public de santé ou au sein d'associations ;
- Du réseau national de la Coordination pour l'action sociale dans son mandat d'appui social aux personnes handicapées (politique nationale de l'action sociale pour les personnes handicapées, propositions de législation et mesures spécifiques pour ces personnes, carte nationale d'invalidité, centres de transit, identification, référence et transport des personnes handicapées vers les services spécialisés) et aux personnes en situation difficile (micro-projets générateurs de revenus, allocations...);
- Des associations locales de personnes handicapées (Ademo, Ademimo...) dans leur composante de défense des droits des personnes qu'elles représentent ;
- La Campagne mozambicaine contre les mines (CMCM) ;
- La Commission nationale de déminage (CND) : base de données sur les sites minés et les accidents par mines, système de détermination des zones à déminer en priorité, éducation pour la prévention des accidents par mines.

**Résultats de l'enquête  
auprès des personnes  
handicapées**

<b>2.1. Les résultats</b> .....	page	19
<b>2.2. Analyse des résultats</b> .....	page	27

## 2.1. Les résultats de l'enquête auprès des personnes handicapées

251 personnes ont été interrogées, 162 correspondaient aux critères d'inclusion et ont été retenus. Parmi elles, 116 présentaient une incapacité due à un accident par mine, 46 présentaient une incapacité due à un fait de guerre (autre que mine) ou à un accident de la vie civile.

### Caractéristiques des personnes interrogées

#### • Sexe

Les personnes interrogées étaient majoritairement des hommes (140 hommes et 22 femmes), 36 hommes pour 10 femmes victimes de faits de guerre ou d'accidents de la vie civile (soit 46 personnes) et 104 hommes pour 12 femmes victimes de mines<sup>9</sup>.

#### • Âge

L'âge moyen des personnes était le même dans les deux groupes : 34 ans, avec des âges extrêmes allant de 3 à 74 ans.

#### • Niveau scolaire

Les deux groupes de personnes avaient un niveau scolaire équivalent :

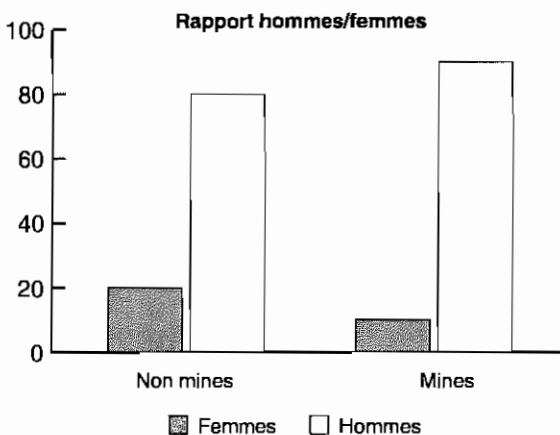
- 12 % d'entre elles n'ont pas fréquenté d'école ;
- la majorité (71 % des victimes de mines et 65 % des autres victimes) ont fréquenté l'école primaire ;
- seules 8 % des victimes de mines et 11 % des autres victimes ont poursuivi leurs études dans le secondaire.

Aucune n'a atteint le niveau d'enseignement supérieur, par contre 17 % des victimes toutes causes confondues ont déclaré avoir reçu une formation professionnelle avant l'accident.

#### • Situation socioprofessionnelle

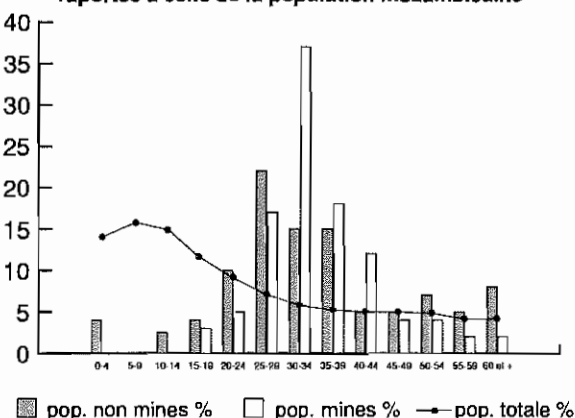
La majorité des personnes interrogées étaient des militaires au moment de l'accident (68 % des victimes de mines et

Graph.1 :



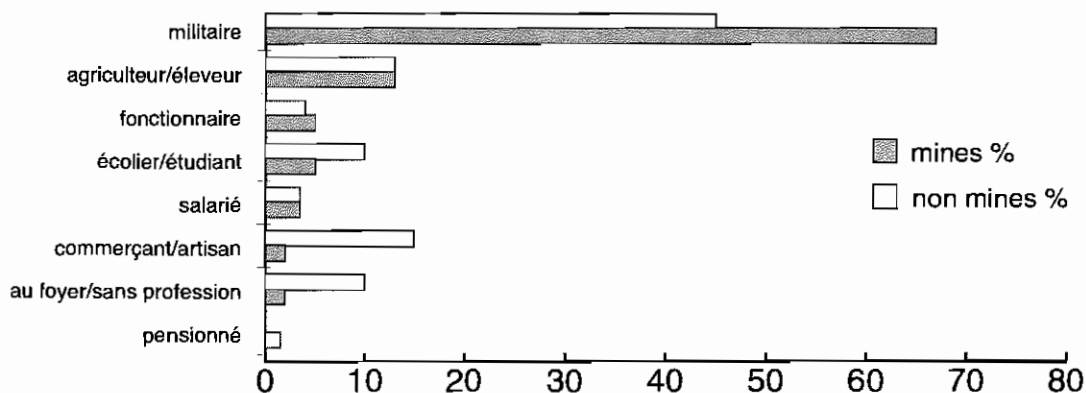
Graph.2 :

Répartition par classes d'âge des victimes de traumatismes rapportée à celle de la population mozambicaine



Graph.3 :

Situation professionnelle des victimes avant l'accident



(9) Pour rendre la lecture plus aisée, nous ferons mention dans la présentation des résultats, des "victimes de mines" et des victimes "autres".

46% des autres victimes), le graphique 3 montre les différents secteurs d'activité occupés par ces personnes au moment de leur accident.

• **Responsabilités familiales**

76 % des personnes interrogées, quelle que soit l'origine de l'accident, se sont déclarées chef de famille, c'est-à-dire qu'elles supportaient financièrement les charges du foyer.

Par contre le nombre de personnes à charge par chef de famille a été plus important pour les chefs de famille victimes de mines : de 6 à 7 personnes à charge en plus que les autres victimes (4 à 5 personnes à charge).

**Le traumatisme et la prise en charge médicale**

• **Nature des blessures**

Parmi les critères d'inclusion des personnes interrogées figurait la notion d'amputation et/ou de perte totale de la vue. Ainsi, plus de 60 % des personnes, toutes causes confondues, ont déclaré avoir été amputées d'un membre inférieur (MI) : 70 % des victimes de mines et 61 % des autres victimes (graphique 4). À cette amputation ont pu s'ajouter l'amputation de l'autre membre inférieur (2 MI) : 5 % des victimes de mines et 6,5 % des autres victimes.

Les amputés d'un membre supérieur (Msup), peu nombreux chez les victimes de mines (3 %) ont toutefois représenté 22 % des autres victimes. Il n'a été observé aucune amputation des deux membres supérieurs (2 Msup) chez toutes les personnes interrogées.

Enfin, la perte totale de la vue a concerné à elle seule 2 % des victimes des mines et 11 % des autres victimes.

Par contre, les déficiences associées à une amputation (amputation du ou des membres inférieurs et/ou des membres supérieurs et déficit sensoriel, perte totale de la vue et déficit auditif) n'ont concerné que les victimes de mines : 17 % de ces dernières ayant "cumulé" au moins une amputation avec une déficience.

• **Prise en charge médico-chirurgicale**

Quelles que soient l'étiologie et la nature des blessures, la durée moyenne (pondérée) du séjour hospitalier après l'accident a été sensiblement la même pour toutes les personnes, soit 110 jours pour les victimes de mines et 122 jours pour les autres victimes (graphique 5).

La durée moyenne d'hospitalisation pour amputation d'un membre inférieur, pathologie la plus fréquemment observée chez les 162 personnes interrogées, a été elle aussi identique dans les deux groupes (graphique 6).

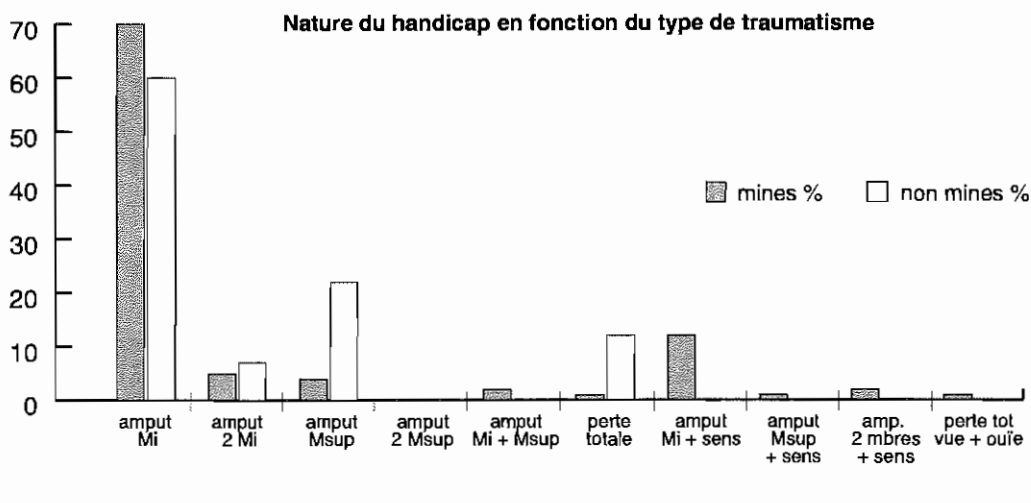
• **La souffrance des personnes après l'accident ayant entraîné une amputation**

Les personnes ont été interrogées sur la façon dont elles ont réagi dans les suites immédiates de l'amputation (tableau 1). Dans les deux groupes, la douleur a été mise en avant pour 26 % des victimes de mines et pour 17,4 % des autres victimes, à égalité du "désespoir" pour ces dernières (17,4 %).

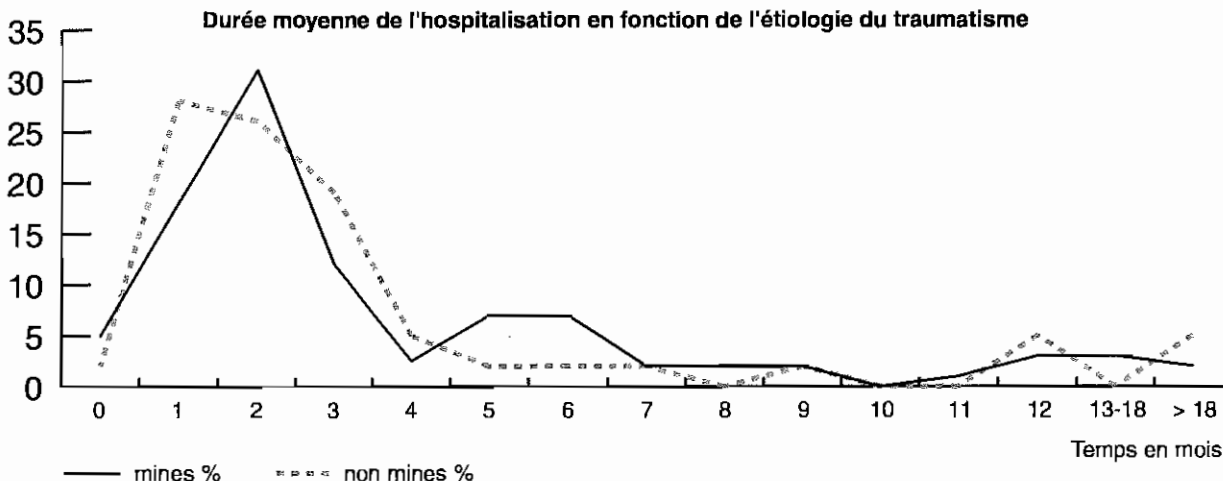
Réaction après l'amputation	Mines		Non mines	
	n = 116	100 %	n = 46	100 %
Rien, je souffrais trop.	30	26	8	17,4
Ouf ! Je ne souffre plus.	0	0	1	2,2
Désespoir : que vais-je devenir ?	8	6,9	8	17,4
Je suis vivant.	4	3,4	6	13
Je suis mort.	20	17,2	4	8,7
Je suis handicapé.	10	8,6	4	8,7
Comment vais-je continuer à travailler, gagner de l'argent, nourrir ma famille ?	18	15,5	6	13
Comment récupérer ce que j'ai perdu ?	1	0,9	1	2,2
Autres réponses	11	9,5	5	10,9
Pas de réponse	14	12	3	6,5

Tableau 1 : Réaction des personnes après l'amputation

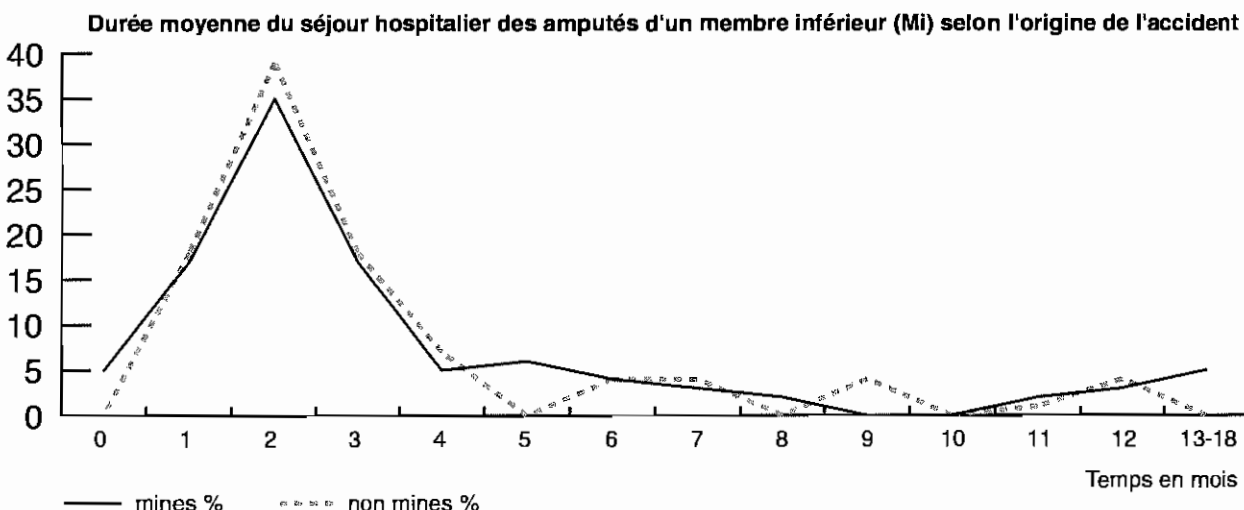
Graph. 4 :



Graph. 5 :



Graph. 6 :



**La réadaptation**

**• Appareillage**

Sur les 162 personnes interrogées, toutes causes confondues, 37 % n'ont pas été appareillées (43 personnes), 80 % des victimes de mines (93 personnes) et 57 % des autres victimes (26 personnes) ont déclaré porter ou avoir porté une prothèse.

**• Délai d'attente de la prothèse après la chirurgie**

Le délai entre l'amputation et l'appareillage conditionnant, entre autres facteurs, la "réussite" de l'appareillage en termes d'adaptation, de compliance et d'absence d'effets secondaires préjudiciables, les réponses des personnes interrogées ont été réparties en trois catégories (graphique 7) :

1. délai inférieur à 6 semaines : durée jugée "idéale" par les spécialistes ;
2. délai compris entre 7 et 12 semaines : durée "acceptable" ;
3. délai supérieur à 12 semaines : facteur favorisant "l'échec" de l'adaptation à la prothèse. Ce délai permet de présager que la prothèse ne sera éventuellement pas portée, qu'elle ne satisfera pas son utilisateur ou enfin qu'elle générera des problèmes secondaires diagnostiqués plus tardivement.

**• Adaptation de la prothèse**

Toutes les personnes appareillées ou qui l'ont été, ont été interrogées sur le degré d'adaptation de leur prothèse (tableau 2).

Vous considérez la prothèse...	Mines		Non mines	
	n = 93	100 %	n = 26	100 %
Bien adaptée	43	46,2	14	54
Inadaptée	47	50,6	11	42
Aucune réponse	3	3,2	1	4

Tableau 2 : Adaptation de la prothèse

Les 58 personnes insatisfaites de leur prothèse ont ensuite été interrogées sur la cause attribuée à l'inadaptation de la prothèse (tableau 3). Du fait de la possibilité de donner plusieurs réponses, la somme des réponses a été supérieure au nombre de personnes interrogées.

Raison	Mines n = 74	Non mines n = 14
Mal conçue	23	5
Trop lourde	12	1
Peu esthétique	6	0
Douleur	16	3
Blessure	17	5

Tableau 3 : Raisons invoquées pour expliquer l'inadaptation de la prothèse (n = nombre de réponses)

Quant à la fréquentation du centre d'appareillage pour effectuer les réparations/changements de prothèse, elle s'est avérée identique pour les deux groupes de personnes interrogées (tableau 4).

Faites-vous suivre votre prothèse régulièrement ?	Mines n = 93 100 %		Non mines n = 26 100 %	
	Oui	68	73	19
Non	25	27	7	27

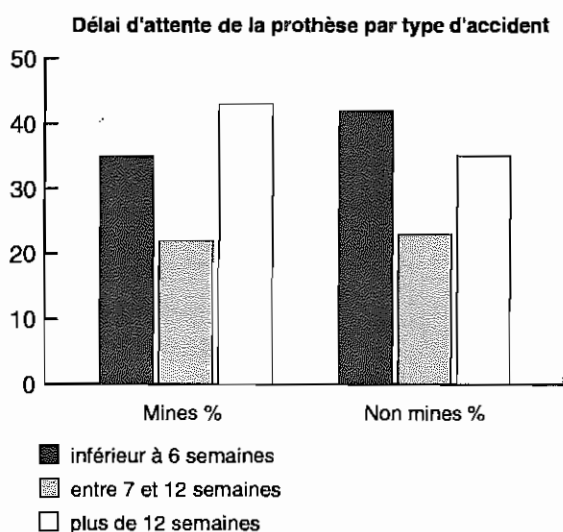
Tableau 4 : Suivi de la prothèse

Parmi les raisons justifiant le suivi irrégulier de la prothèse au centre d'appareillage, la non-utilisation de la prothèse a été invoquée en première position (graphique 8).

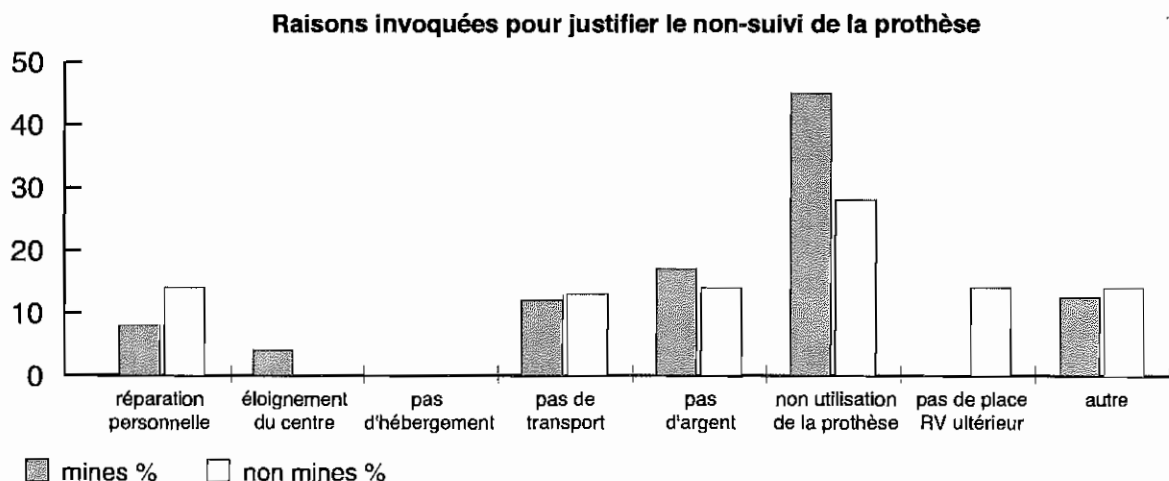
• Rééducation

Les personnes amputées qui ont été appareillées n'ont pas toutes bénéficié de rééducation pré- et post-appareillage (graphique 9). Globalement, sur 93 victimes de mines et sur 26 autres victimes, toutes appareillées, respectivement 74 (80 %) et 18 (70 %) d'entre elles ont bénéficié de séances de rééducation.

Graph. 7 :



Graph. 8 :



### Les conséquences du handicap

#### • La perception de la cause

Les personnes ont d'abord été interrogées sur l'origine de leur accident au-delà de ses causes directement attribuables (explosion, accident de voiture...) pour identifier la représentation qu'elles en avaient (graphique 10). Ensuite, elles ont été questionnées sur l'identification possible des responsables de leur accident (graphique 11) et enfin, lorsque la réponse avait été positive pour cette dernière question, il leur a été demandé de désigner nommément ces responsables (graphique 12).

Aucune des personnes interrogées ne s'est attribuée une part de responsabilité personnelle dans son accident. La guerre, par contre, a été citée majoritairement dans les deux groupes de victimes (102 sur 116 victimes de mines et 25 sur 46 autres victimes). Seules les victimes non mines ont attribué leur accident à une personne bien identifiée lors de la première question (graphique 10), bien que par la suite 3 victimes de mines ont affirmé identifier le responsable.

#### • L'impact familial et communautaire

C'est surtout la diminution ou la perte de l'aptitude à travailler et à gagner de l'argent qui a occasionné le plus de difficultés à assumer pour les personnes handicapées. À la question "Dans ce qui a changé depuis le handicap, qu'est-ce qui est le plus difficile ?" 47 % des victimes de mines et 54 % des autres victimes ont avancé leur difficulté de subvenir aux besoins de la famille (graphique 13). Les difficultés liées à la mobilité, aux déplacements, ainsi que les difficultés relationnelles ont été évoquées dans le même ordre et les mêmes proportions par les deux groupes de victimes. 15 % des victimes toutes causes confondues ont déclaré n'avoir constaté aucun changement dans leur vie sociale et familiale depuis la survenue du handicap.

#### • Réinsertion professionnelle

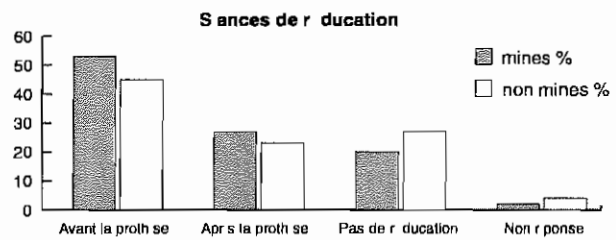
Avant l'accident, 19 victimes de mines et 8 autres victimes avaient suivi une formation professionnelle, soit 17 % de l'ensemble des personnes interrogées (ces dernières n'étant pas encore des victimes). Après l'accident, 20 victimes de mines (17 %) et 5 autres victimes (11 %) ont suivi une formation professionnelle.

Les modifications dans l'activité professionnelle ou scolaire ont concerné 59 % des victimes de mines et 39 % des autres victimes (tableau 5).

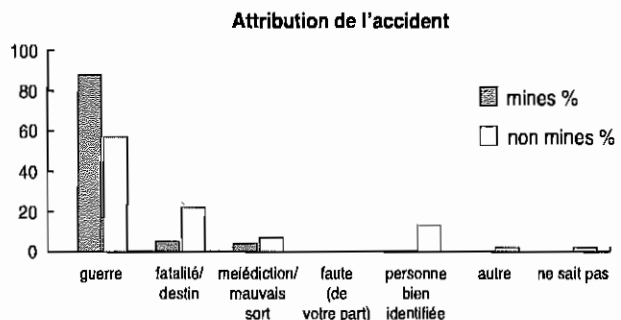
Qu'est-ce que le handicap a changé dans votre travail ?	Mines		Non mines	
	n = 116	100 %	n = 46	100 %
Rien	13	11,2	10	22
Arrêt des études	19	16,4	5	11
Changement de travail	14	12,1	3	6
Perte de travail	36	31	15	33
Aucune réponse	34	29,3	13	28

Tableau 5 : Les modifications consécutives au handicap survenues dans le travail

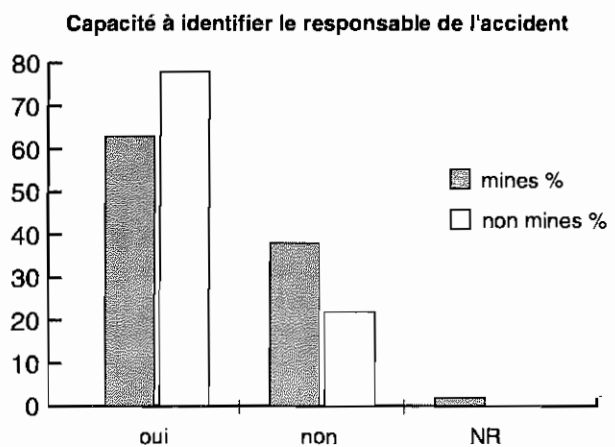
Graph. 9 :



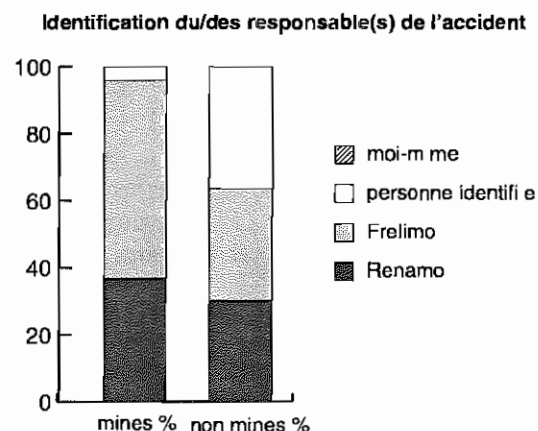
Graph. 10 :



Graph. 11 :



Graph. 12 :



Quant à l'activité actuellement exercée, elle a été considérée aussi bien ou mieux que la précédente pour 43 % des victimes de mines et pour 28 % des autres victimes (tableau 6).

Vous considérez votre activité actuelle...	Mines		Non mines	
	n = 116	100 %	n = 46	100 %
Moins bien*	49	42	21	45,5
Aussi bien*	24	21	9	19,5
Mieux*	26	22	4	9
Aucune réponse	17	15	12	26

**Tableau 6 : Satisfaction professionnelle après l'accident**  
\* ...que votre activité avant l'accident.

Et pourtant, ils ont été 22 % et 26 %, respectivement victimes de mines et autres victimes, à signaler une diminution de la capacité de travail liée à une perte de force et/ou une limitation de mouvement.

• **Les compensations financières**

Les personnes interrogées ont affirmé dans leur majorité (87 % des victimes de mines et 86 % des autres victimes) ne pas avoir perçu d'aide financière directe d'aucune origine (Etat, assurance, entreprise, ONG ou association, autre...). Les anciens militaires ne considèrent pas leur pension comme une aide financière.

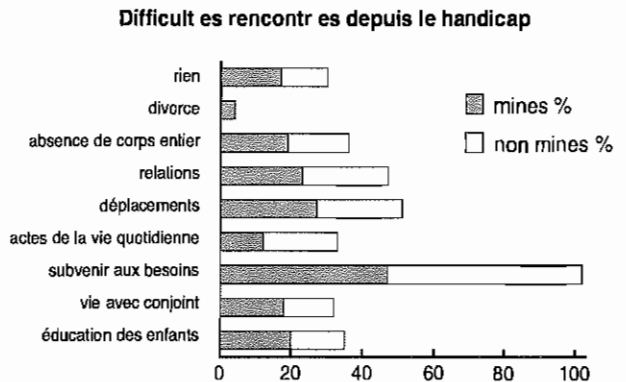
**Les attentes des victimes**

• **Les relations sociales et l'écoute**

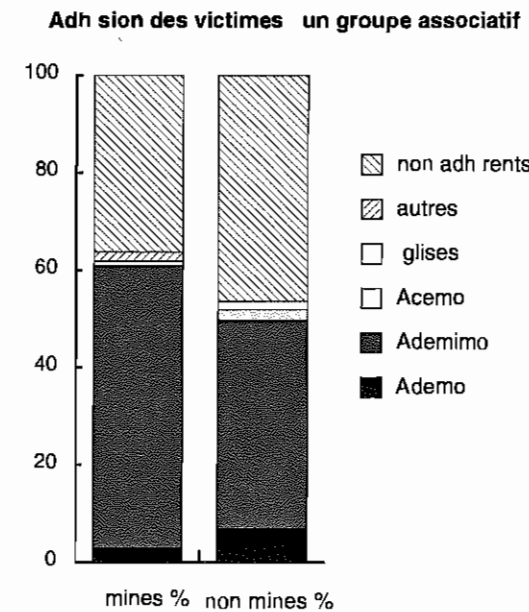
Les personnes ont déclaré souhaiter rencontrer régulièrement quelqu'un qui les aide à surmonter moralement leurs difficultés (91 % des victimes de mines et 87 % des autres victimes). Mais ce n'est pas l'appui moral qui est recherché prioritairement dans l'adhésion (64 % des victimes de mines et 54 % des autres victimes) à une association ou à un groupe de type associatif (graphique 14). Les demandes d'appuis financiers sont avancés par la majorité des victimes (64 % des victimes de mines et 52 % des autres victimes) adhérant à une association (graphique 15). Par contre, parmi les adhérents des associations, seulement 7 % des victimes de mines et 4 % des autres victimes ont dit en attendre des informations concernant leurs droits, alors que par la suite, toutes les victimes interrogées ont avoué ne pas connaître de loi(s) concernant les personnes handicapées (67 % des victimes de mines et 70 % des autres victimes).

Néanmoins, malgré le très faible pourcentage de personnes aidées financièrement, une victime de mines sur deux (49 %) a dit espérer une pension de la part du gouvernement, souhait moins fréquemment émis par les autres victimes (39 %) (tableau 7).

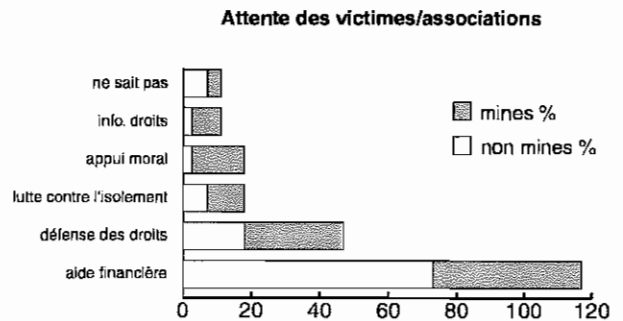
**Graph. 13 :**



**Graph. 14 :**



**Graph. 15 :**



Qu'attendez-vous du gouvernement ?	Mines	Non mines
	n = 74	n = 14
Une pension	57	18
Un appui matériel/financier	37	14
Un emploi	3	2
Une formation	6	6
Une loi sur le handicap	15	3
Le respect des droits des personnes	8	4
N'importe quelle aide	13	7

**Tableau 7 : Les attentes des personnes handicapées vis-à-vis du gouvernement**

## 2.2. Analyse des résultats de l'enquête Commentaires

### La répartition par sexe

Les femmes ne représentaient que 9,5 % de l'ensemble de la population interrogée dans le cadre de cette étude.

Cette faible représentation pourrait être reliée au fait que la majorité des personnes interrogées était militaire au moment de l'accident. Elle ne peut totalement être expliquée par les contextes dans lesquels les personnes interrogées ont été recrutées. En effet, seul le centre des anciens combattants de Matola aurait pu constituer un biais de recrutement sur ce point.

Les données du CICR concernant les victimes de mines blessées et soignées à l'hôpital de Beira en 1990-1992 rapportent une population de femmes de 18,5 %. Par ailleurs, "Human Rights Watch" a réalisé une étude randomisée sur un échantillon de 160 victimes de mines au Mozambique qui a révélé un rapport équivalent de femmes et d'hommes.

Dans les relevés statistiques des accidents par mines et des victimes réalisés par Handicap International au Mozambique en 1996, 1997, 1998, dans le cadre des programmes d'éducation pour la prévention des accidents par mine, sur 181 adultes blessés, 139 (76,5 %) sont des hommes et 42 (23,5 %) sont des femmes.

La question de la faible représentation des femmes (que l'on retrouve par ailleurs au niveau des relevés statistiques des centres orthopédiques du pays) doit être posée. L'étiologie des incapacités et des handicaps, qu'il s'agisse des accidents par mines ou d'autres pathologies invalidantes ne peut à elle seule expliquer cette faible représentation. Quels facteurs sociaux, économiques, culturels freinent l'accès des femmes aux services et programmes d'assistance et d'accompagnement des personnes handicapées ?

### L'âge des personnes interrogées et la situation familiale

La majorité des personnes interrogées, quelle que soit la cause du handicap, est jeune, appartenant à la tranche d'âge de la population active, dans un pays où la moitié de la population est âgée de moins de 20 ans.

La grande majorité des personnes interrogées est en charge de famille. La question des conséquences de la survenue du handicap dans la famille est posée. Nous verrons plus loin que la capacité de réponse aux besoins de la famille arrive en première position des préoccupations pour la majorité des personnes interrogées.

### Le niveau scolaire

Bien que légèrement supérieur à la moyenne nationale<sup>10</sup>, il reste cependant relativement faible et laisse augurer de difficultés pour la reconversion professionnelle des victimes et pour l'accès à des organismes d'aide gouvernementaux ou autres, et à recevoir l'info, à utiliser les services.

### Situation socioprofessionnelle au moment de l'accident

Le fait que la majorité des personnes interrogées ait été des anciens combattants semble lié au fait qu'ils sont mieux organisés, en particulier à travers leur adhésion à l'Association nationale des anciens combattants mutilés de guerre (Ademimo), et mieux informés également des services disponibles et des lieux de concentration, principaux contextes des entretiens menés.

### La nature des blessures

La prévalence des handicaps associés à l'amputation consécutive à un accident par mine était importante, alors qu'elle n'a pas été observée chez les autres victimes. Cet aspect pourrait donc constituer une spécificité des victimes d'accident par mines, mais on ne peut conclure à une différence significative entre les deux groupes en raison de la taille trop modeste de l'échantillon des victimes "non mines".

En ce qui concerne les complications médicochirurgicales (les risques d'infection en particulier) observées tout particulièrement chez les victimes de mines et rapportées par les professionnels de santé du CICR, le seul indicateur dont nous disposons se révèle être la durée de l'hospitalisation après l'accident. Elle s'avérait identique pour les deux groupes, mais cela ne suffit pas à infirmer l'hypothèse d'une spécificité médicale des accidentés par mines. En effet, la durée rapportée dans l'enquête provient des personnes interrogées elles-mêmes, avec les biais de mémoire et d'approximation inévitables. Cette information doit être précisée à partir de l'examen des dossiers médicaux (utilisation des antibiotiques, reprises chirurgicales, durée exacte du séjour hospitalier...).

### La souffrance ressentie après l'amputation

L'évaluation de la douleur physique est d'autant plus importante qu'elle marque durablement les victimes avec des conséquences maintenant documentées dans la littérature, alors qu'elle est accessible à une thérapie. Mesurer

(10) Taux de scolarisation de l'ensemble de la population mozambicaine par niveau atteint et par sexe, données 1997 (PNUD : Rapport national du développement humain, 1998).

Niveau	Pas d'instruction	Niveau primaire	Niveau secondaire	Niveau non connu
Femmes	47,5 %	47,4 %	2,3 %	2,8 %
Hommes	26,2 %	63,7 %	5,1 %	4,9 %

la douleur des victimes de mines et la comparer à celle d'autres victimes nécessite d'utiliser, dès la prise en charge médicochirurgicale, des outils de mesure permettant une interprétation objective et fiable, telle que l'échelle visuelle analogique de la douleur. Cela n'était pas l'objet de cette étude, qui reposait sur les témoignages des personnes bien au-delà de la période de prise en charge médicochirurgicale. Toutefois, la douleur, immédiatement après l'amputation, a été évoquée en première place par les deux groupes de personnes interrogées, sans qu'il soit possible de conclure à une souffrance plus importante en fonction de l'étiologie.

La douleur, par ailleurs mentionnée pour la non-utilisation de la prothèse (sans qu'il soit là encore possible de conclure à une spécificité liée à l'étiologie), doit être prise en compte pour l'orientation des actions de prise en charge des patients.

### La réadaptation

37 % des personnes interrogées ont déclaré ne pas avoir été appareillées.

L'appareillage de compensation des amputations du membre supérieur (8,6 % des personnes interrogées, avec un taux plus important de 21,8 % parmi les "victimes non mines" est encore marginal au Mozambique. Le manque d'information sur les possibilités et la gratuité de l'appareillage, les difficultés de transport sont par ailleurs les explications avancées par les personnes interrogées non appareillées qui auraient pu bénéficier d'une prise en charge.

Le délai d'attente entre la chirurgie et l'application de la prothèse ne révélait pas de différence significative entre les deux groupes. Le délai de prise en charge de la réadaptation fonctionnelle est indifférent à l'étiologie de l'accident. Toutefois, ce délai, exprimé par les personnes elles-mêmes, mérite d'être confirmé par la consultation des dossiers médicaux et des registres des centres orthopédiques.

La compliance exprimée à l'usage de la prothèse (degré d'adaptation) reste faible, avec un taux de satisfaction moindre des personnes victimes de mines. Toutefois, 73 % des personnes interrogées ayant une prothèse, quelle que soit l'étiologie de l'amputation, déclarent revenir régulièrement au centre orthopédique pour la maintenance de la prothèse. Une majorité semble donc utiliser sa prothèse malgré les insatisfactions exprimées. La question des causes exprimées de non-compliance et le recensement des causes de réparation et de maintenance enregistrées dans les centres orthopédiques devraient être posés pour chaque type de prothèse disponible au Mozambique.

### L'impact familial et communautaire du handicap

Les personnes interrogées des deux groupes plaçaient la difficulté de subvenir aux besoins de leur famille en première position des problèmes générés par leur incapacité. Le désavantage social résultant de la déficience ou de l'incapacité à accomplir un travail générateur de revenu pour la famille

représente la doléance majeure des victimes, mais n'est pas influencée par l'étiologie.

De même, il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes sur les questions de déplacements, qui arrivaient en deuxième position des difficultés exprimées par les personnes interrogées. Les limites d'accès aux transports en commun, liées au coût élevé et à l'inadaptation des moyens, ont souvent été évoquées.

Les difficultés relationnelles, l'acceptation du corps "amputé" venaient ensuite dans le même ordre et sans différence significative entre les deux groupes.

La question de l'éducation des enfants gagnerait à être précisée. S'agit-il d'une difficulté à assurer les frais de scolarité des enfants, qui rejoindrait les difficultés financières évoquées plus haut ? S'agit-il d'une contrainte directement liée à la nécessaire compensation par le ou les enfants des incapacités d'un des deux parents à assurer les tâches de la vie quotidienne au sein de la famille ? Il semble que les enfants soient amenés à participer aux tâches lorsqu'un des parents est lourdement handicapé (aveugles en particulier).

### La réinsertion professionnelle

Les modifications dans l'activité professionnelle après l'accident ont été plus fréquentes chez les personnes qui ont souffert d'un accident par mine. Ce résultat doit être pondéré par le fait que 68 % des victimes de mines interrogées étaient militaires au moment de l'accident.

Un effort de formation en faveur des personnes handicapées est réalisé dans le pays. Il semble toutefois qu'il profite plus aux anciens militaires (qui bénéficient de plans d'appui à la réinsertion professionnelle, mis en place par le gouvernement et les organismes internationaux) qu'aux "civils".

Le degré de satisfaction dans le changement d'activité professionnelle (42 % des victimes de mines et 45,5 % des autres victimes considèrent leur nouvelle activité plutôt moins bien que leur ancienne activité) est à confronter avec la diminution ressentie de la capacité de travail (respectivement 22 % et 26 %).

### Les attentes et espoirs

Les personnes interrogées ont déclaré adhérer de manière significative à une association (64 % des victimes de mines, 54 % des autres victimes). La prédominance de l'Ademimo (Association des anciens combattants mutilés de guerre) sur les autres associations semble liée au fait que la majorité des personnes interrogées étaient militaires au moment de l'accident. De plus, l'Ademimo a vu son organisation, sa légitimité et sa représentation renforcées à travers les programmes de démobilisation et de réintégration de ses membres dans la vie civile, après les accords de paix. L'aide financière est l'attente principale de l'ensemble des adhérents vis-à-vis de leur association, avant la défense de leurs droits et la lutte contre l'isolement et l'appui moral. Dans le même temps, la grande majorité des personnes interrogées ont répondu

affirmativement à la question du besoin d'aide morale et psychologique.

Les associations de personnes handicapées sont-elles en mesure de répondre à l'attente principale de leurs membres ? Il semble qu'elles ne peuvent le faire de manière directe.

Par contre, les espaces de rencontre et d'écoute, les actions de soutien moral qu'elles ont ou pourraient développer et qui répondraient à un besoin fortement exprimé ne semblent pas correspondre aux attentes prioritaires des personnes interrogées vis-à-vis de leur association.

Il serait intéressant pour les associations d'évaluer plus avant les motivations et les attentes de leurs membres au moment de l'adhésion, ainsi que leur niveau de connaissance de l'objet et des domaines d'activités développés.

Les attentes vis-à-vis du gouvernement étaient avant tout d'ordre financier et matériel. La demande de pension était d'autant plus forte que les personnes ont été victimes de mines.