

**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 (ONG, ministère de la Coordination de l'action sociale, associations locales)	page	36
3.5. La législation en faveur des personnes handicapées et des victimes d'accidents par mine	page	40
3.6. Recommandations pour une amélioration de la prise en charge	page	41

3.1. Le recueil d'informations et de données sur les mines et leurs victimes

Le recueil de données est un élément pivot de l'action contre les mines. Des moyens ont été mis en œuvre au niveau national dans ce domaine, avec une couverture plus ou moins satisfaisante.

On distingue parmi les principales sources :

- les comptes rendus par provinces, réalisés par l'ONG Halo Trust en 1993-1994. Halo Trust avait en effet procédé pour les Nations unies à un premier travail de recensement des champs de mines à l'échelon national. Ce travail a été réalisé sur la base de témoignages des autorités administratives et militaires locales, des principaux acteurs économiques et sociaux et de quelques agences de déminage opérationnelles. Ce travail a permis d'établir une première carte générale des axes de communication, périphéries de villages et principales infrastructures minées ;

- la Commission nationale de déminage, créée en 1995, centralise au niveau national toutes les données concernant le déminage, la localisation des mines et des accidents, l'état des routes. C'est à partir de ces données que sont définies les priorités en terme de marquage et de déminage ;

- le réseau des animateurs du programme d'éducation sur le danger des mines, qui a désormais une couverture nationale, collecte depuis 1995 les informations relatives aux sites minés identifiés par les communautés locales, aux accidents par mines et à leurs victimes. Au-delà de l'intérêt d'analyser ce type d'informations pour pouvoir adapter les choix stratégiques et techniques du programme d'éducation, les données recueillies, à défaut d'être exhaustives, permettent néanmoins de comparer l'évolution de l'incidence des accidents et des victimes sur une même province et sur plusieurs années ;

- les statistiques des centres orthopédiques du secteur de réadaptation du système public de santé notifient clairement, parmi les causes des déficiences traitées, les mines antipersonnel.

La notification des accidents par mines (qui fait pourtant l'objet d'une codification spécifique dans la Classification internationale des maladies) dans les dossiers et registres des patients soignés dans les différentes structures de santé n'est pas systématique.

Il n'est pas possible d'avoir des données quantitatives exhaustives et fiables sur les personnes ayant souffert d'un accident par mine. Difficile donc de connaître l'impact humain de la présence des mines que ce soit en terme de décès, ou en terme d'incapacités et de handicap.

Au-delà des personnes handicapées du fait d'un accident par mine, c'est en fait toute la population handicapée qui est mal connue. Une première tentative d'inclusion de questions sur la population handicapée dans le dernier recensement national n'aurait pas donné de résultats probants.

La planification des services et des programmes est réalisée sur la base d'estimations. Le dispositif ainsi amorcé répond à des critères de proximité et s'améliore en fonction des besoins exprimés et évalués des usagers.

3.2. La prévention

Plusieurs niveaux sont à considérer

Un niveau politique

Au-delà de l'engagement fort de l'État mozambicain dans le processus d'Ottawa, un niveau "militant" s'est développé par le biais de la CMCM, Campagne mozambicaine contre les mines.

La CMCM comprend onze membres actifs : trois ONG internationales et huit locales constitués en six groupes de travail (information, documentation, relations avec le gouvernement, relations extérieures, assistance aux victimes, questions financières).

Malgré un certain nombre de problèmes et dysfonctionnements récents, la Campagne a largement contribué à l'organisation, à Maputo en mai 1999, de la première conférence internationale des pays signataires du traité d'Ottawa¹¹.

Un niveau opérationnel de lutte contre les mines

Coordonné par la Commission nationale de déminage, il regroupe les actions de recensement et d'information sur les

sites minés, les opérations de marquage et de déminage, les actions d'éducation pour la prévention des accidents de mines antipersonnel (PEPAM). Ce programme d'éducation, mis en œuvre par Handicap international, est basé sur la mobilisation des réseaux institutionnels, associatifs et communautaires.

Les actions de recensement, de marquage et de déminage sont réalisées par deux types d'acteurs :

- les ONG et organismes internationaux (Norwegian People Aid, Halo Trust, Handicap International, le PNUD) qui, en menant des programmes de formation d'unités de déminage nationales, contribuent au développement des capacités pérennes nécessaires à l'éradication du problème des mines dans le pays ;
- les compagnies privées et commerciales, qui agissent le plus souvent en réponse à des appels d'offre pour le déminage de sites et d'infrastructures à fort impact économique (chemins de fer, lignes à haute tension, usines, sites d'implantation touristique...).

3.3. La prise en charge médicale

Le ramassage et le transport

Le ramassage dans la zone minée et l'évacuation des victimes d'accidents semblent maintenant maîtrisés, assurés par la police formée à cet effet. Toutes les personnes interrogées connaissent la procédure.

Toujours d'après les personnels médicaux interrogés, le transport serait assuré dans les mêmes conditions que pour les autres traumatisés et les délais d'acheminement seraient semblables (maximum six heures).

La prise en charge médicochirurgicale

Aujourd'hui, la prise en charge des accidentés par mines antipersonnel semble constituer une activité marginale des services de chirurgie (à titre d'exemple, l'hôpital d'Inhambane a traité deux amputés en 1998, aucun au cours du premier trimestre 1999 ; l'hôpital central de Maputo accueilleraient en moyenne une victime par mois, alors qu'il en recevait quatre en moyenne jusqu'en 1996).

Le personnel interrogé ne voit pas de différence significative avec les autres amputés post-traumatiques. Le phénomène de criblage n'est pas évoqué comme un problème particulier.

Les problèmes de surinfection, déclarés comme mineurs, seraient liés aux délais de transfert à l'hôpital. Ces délais d'acheminement seraient aujourd'hui raccourcis.

La durée moyenne de séjour (DMS) est de deux à trois mois,

le temps d'obtenir une cicatrisation du moignon et des plaies. La kinésithérapie commence durant cette période, puis le patient rentre chez lui pour deux à trois mois encore, le temps nécessaire pour une cicatrice de bonne qualité et la disparition totale de l'œdème.

La phase d'appareillage commence ensuite.

La réadaptation

Le Mozambique possède dans ce domaine, en quantité et en qualité, des infrastructures remarquables par rapport à des pays au développement équivalent. En effet, grâce à l'appui des organisations internationales, chaque hôpital provincial possède un service de kinésithérapie et un service d'orthoprothèse, à l'exception de deux provinces. Ces services semblent aujourd'hui suffisants pour répondre aux besoins. Des services de kinésithérapie existent également dans certains hôpitaux ruraux. Ce réseau de services est coordonné au niveau du ministère de la Santé par la section nationale de médecine physique et réadaptation.

Toutefois, depuis le désengagement des organisations internationales, des ruptures de stock en matériel et consommables au niveau des centres orthopédiques sont signalées. Ces ruptures paralyseraient la production pendant environ deux mois par an. Ces ruptures semblent dues d'une part à une faiblesse

(11) Le Mozambique a fait partie du premier groupe de pays signataires du traité d'interdiction des mines, à Ottawa en décembre 1997, qui fut ensuite ratifié par le Conseil des ministres en mai 1998.

de gestion des stocks au niveau des structures provinciales (difficultés à respecter les stocks de sécurité, retards dans le passage des commandes), d'autre part à un déficit de réponse, en particulier d'ordre financier, et de supervision du niveau central.

Deux centres de formation du ministère de la Santé sont aptes à mener des formations qualifiantes en kinésithérapie et en orthoprothèse, un au nord du pays à Pemba, l'autre au sud à Maputo. Ces formations sont intégrées dans les plans de formations du ministère et validées par l'obtention d'un diplôme d'État. Les besoins en formation sont définis à partir des besoins des infrastructures et non des usagers, en particulier des personnes handicapées.

De gros efforts continuent d'être faits par le département de formation du ministère pour améliorer la qualité de ces formations : des modules de pédagogie, de psychologie et de santé dans la communauté seront intégrés aux cours à partir de l'année prochaine. Par contre, les critères de sélection sévères du ministère (niveau scolaire supérieur à la dixième classe et âge inférieur à 40 ans pour tout recyclage qui entraînerait une évolution de classification professionnelle et donc de salaire), interdisent à la grande majorité du personnel en place de suivre les stages de recyclage.

Les personnes amputées des suites d'un accident par mine sont des usagers bien connus des services de réadaptation.

Pour les kinésithérapeutes, le succès de la rééducation des amputés semble plus dépendre de facteurs tels que la qualité de cicatrisation, le niveau d'amputation, la musculature, l'âge, la coopération, l'origine et le statut social des usagers que de l'étiologie.

Ainsi, les sujets âgés de plus de trente ans seraient moins coopératifs. Les personnes âgées de plus de 60 ans auraient tendance à refuser l'appareillage.

Le traitement de kinésithérapie semble beaucoup plus long pour les amputés fémoraux (au-dessus du genou), que les amputés tibiaux (en dessous du genou).

Certaines personnes amputées seraient particulièrement difficiles à appareiller, d'après les techniciens orthoprothésistes rencontrés. Ce seraient en particulier des personnes ayant subi un accident par mine ou autre, durant la guerre, dans les zones de guérilla et n'ayant pu bénéficier d'une reprise chirurgicale correcte, faute de personnel qualifié.

Les amputations traumatiques avec arrachement du membre et cicatrices multiples entraînent des suites opératoires compliquées et une mauvaise tolérance à l'appareillage.

Le suivi

Le suivi des patients est assuré à la demande de ceux-ci, que ce soit pour des problèmes de moignon ou d'appareillage. Il n'y a pas de suivi systématique et régulier des amputés. Les techniciens

orthoprothésistes rencontrés considèrent que la maintenance d'une prothèse devrait être réalisée deux fois par an.

L'accompagnement psychosocial

L'assistance psychologique est une tradition inexistante et un besoin ignoré des institutions nationales.

Malgré l'immense besoin d'accompagnement psychologique des personnes handicapées suite à un accident traumatique et donc des victimes de mines¹², et au-delà de l'accompagnement que peuvent développer les familles et les équipes médicales et sociales, les services, structures et compétences dans ce domaine sont quasiment inexistantes.

Il n'existe pas de tradition de médecine psychiatrique au Mozambique : il y a deux psychiatres pour tout le pays ; la situation est la même pour les psychologues, jusqu'à aujourd'hui. Seuls quelques professionnels ont été formés en ex-Allemagne de l'Est, en nombre insuffisant pour répondre de manière satisfaisante aux besoins.

Toutes les personnes blessées pendant la guerre ont été traitées dans des services souvent surchargés au sein desquels le personnel médical, qui devait gérer l'urgence des situations et la pénurie des moyens, n'avait ni le temps ni la disponibilité de les écouter, de les accompagner psychologiquement et de les informer.

La psychologie a été depuis peu introduite dans les cursus de formation des infirmiers et agents de l'action sociale.

Toutefois, il n'existe toujours pas au Mozambique de programmes d'assistance psychologique spécifiques provenant d'organismes sanitaires d'État ou privés, que ce soit pour les victimes de mines et leur entourage proche ou pour les victimes d'autres événements traumatisants.

Au niveau des services de l'action sociale, le suivi psychologique est très limité, voire inexistant. Les antennes de district sont pourtant les seuls services organisés pour un accompagnement de proximité des personnes handicapées, et ce dans toutes les provinces du pays. Les travailleurs sociaux sont toutefois surchargés, et surtout non formés pour répondre aux besoins psychologiques des personnes handicapées du fait d'un traumatisme.

Les associations de personnes handicapées nationales ne développent pas non plus de programmes d'assistance psychologique pour leurs membres. Là encore, le manque de moyens et de formation, ajouté au manque de tradition et d'expérience dans ce domaine, sont évoqués.

Les seuls endroits où une certaine "écoute" spécifique semble

(12) D'après une psychologue rencontrée au ministère de la Santé, il n'existerait pas, au Mozambique, de traumatisme spécifique aux accidents par mines, mais l'on préfère parler de traumatisme de guerre. Cela serait, par exemple, une des causes de désocialisation de certains anciens militaires. L'accompagnement des personnes amputées serait avant tout une problématique sociale.

possible sont les centres orthopédiques et centres de kinésithérapie, ainsi que les centres de transit dans lesquels peuvent séjourner les patients durant leur traitement de réadaptation. C'est dans ces centres que les patients découvrent de nouvelles possibilités fonctionnelles avec la prothèse, reprennent confiance en eux. Ils sont dans un climat favorable pour s'exprimer sur leur accident et leurs difficultés, leurs doutes sur l'avenir, mais aussi pour reconstruire une image positive d'eux-mêmes, pour envisager un avenir où ils seraient plus productifs, grâce à une mobilité physique retrouvée.

Nous n'avons pu appréhender le rôle des tradipraticiens dans l'accompagnement des personnes ayant été victimes d'accidents. Par manque de temps, mais aussi à cause des difficultés d'aborder ce domaine avec les personnes rencontrées.

Le recouvrement des coûts

Le système national de santé a longtemps appliqué le principe de la gratuité des soins. Le budget général de l'État ne couvre que très partiellement les coûts de production des soins. En effet, seuls 3 à 4 % de la population payent des impôts alors que 100 % ont accès aux soins.

Le budget de la santé est actuellement financé à 86 % par l'aide internationale.

Une stratégie de recouvrement des coûts est en cours d'élaboration. À l'heure actuelle, la participation financière des usagers couvre moins de 1 % des coûts. Dans le même temps, une part significative du budget familial semble consacré à la médecine traditionnelle. Il faudrait arriver à un recouvrement des coûts de 25 % pour que le système de santé soit viable. Une des options

serait la mobilisation effective des systèmes de tiers payant.

Deux sources de tiers payant existent aujourd'hui au Mozambique :

- L'Institut national de Sécurité sociale, l'INSS, financé par les contributions des salariés et des entreprises. Ce système ne prend en charge que les dépenses de santé des salariés, c'est-à-dire d'une partie infime de la population ;
- la couverture sociale des accidents du travail, financée par les entreprises publiques et privées.

Une législation spécifique de gratuité des soins et de réadaptation existe également pour les anciens combattants handicapés.

Ces différents systèmes permettent la prise en charge financière des coûts de réadaptation des personnes handicapées qui relèvent de leurs régimes.

Malheureusement, peu de personnes handicapées ont accès à l'ouverture de ces droits. Si tous reconnaissent la nécessité de mettre en place une stratégie de recouvrement des coûts de la santé, elle risque de se développer au détriment des plus pauvres, parmi lesquels les personnes handicapées. Les soins spécifiques que représentent la réadaptation et le matériel orthopédique représentent en effet un surecoût pour le système de santé. Il n'est pas imaginable qu'il puisse être supporté par les seules personnes handicapées, en l'absence de tout mécanisme financier compensatoire, en particulier pour la grande majorité ne relevant d'aucun système de couverture sociale.

3.4. L'assistance à la réinsertion sociale et professionnelle

1. Le travail mené par le ministère de la Coordination de l'action sociale

Le ministère de la Coordination de l'action sociale est chargé de la coordination, de la supervision et du développement des programmes d'assistance et d'accompagnement des groupes en situation de vulnérabilité (personnes en situation de pauvreté, enfance en situation difficile, personnes âgées, personnes handicapées...). Depuis peu, un institut national de l'Action sociale a été créé, constituant le secteur opérationnel du ministère.

Une politique nationale de l'action sociale a été approuvée en avril 1998. Un texte de politique nationale en faveur des personnes handicapées est en cours d'approbation.

Le ministère a un mandat large et ses domaines d'intervention sont nombreux. Mais c'est aussi un ministère pauvre, qui a trop peu de moyens au regard des besoins et des défis auxquels il doit faire face. Ses ressources financières dépendent largement

de la communauté internationale. Les ressources humaines qualifiées sont insuffisantes. Des formations existent ; formation d'assistants sociaux de niveau basique, moyen et supérieur, formations d'anthropologie et de sociologie à l'université Eduardo-Mondlane. La rareté des moyens financiers ne permet toutefois pas de former des techniciens en nombre suffisant par rapport aux besoins.

Les programmes spécifiques menés par le ministère pour l'accompagnement des personnes handicapées sont les suivants :

- un programme de réadaptation communautaire ;
- l'animation et la gestion de centres de transit ;
- un système d'information, référence et transport (SIRT) des personnes handicapées en lien avec les structures de réadaptation ;
- la mise en place d'une carte d'accès aux droits.

Le ministère gère par ailleurs un programme d'appui financier

pour les groupes en situation de grande vulnérabilité¹³. Il s'agit des femmes seules à charge de cinq familles avec plus de cinq enfants, des personnes âgées de plus de 60 ans avec un revenu inférieur à 10 dollars par mois, des familles dont un enfant souffre de malnutrition et dont le revenu est inférieur à 10 dollars par mois, des personnes handicapées de plus de 18 ans et de moins de 60 ans sans revenu. Ce programme touchait environ 56 000 familles pour 1998, la prévision étant de 90 000 pour 1999 (soit 6 millions de dollars pour l'État). Des négociations sont en cours avec la Banque africaine de revenus, pour la mise en œuvre de programmes de micro-crédit pour ces groupes.

L'objectif prioritaire du ministère reste l'accessibilité, pour tous, aux opportunités de scolarisation, formation, réintégration, amélioration des conditions de vie. Il convient en particulier d'éviter les programmes de réinsertion trop spécifiques aux personnes handicapées.

Pour les responsables et les travailleurs sociaux rencontrés, les spécificités à apporter dans l'accompagnement individuel des personnes handicapées, trouveraient leur justification dans les niveaux d'acceptation sociale de l'incapacité ou du handicap (par exemple, les personnes souffrant d'épilepsie, les infirmes moteurs cérébraux et les albinos seraient l'objet de rejet, de crainte de contagion..., alors que les personnes amputées seraient mieux acceptées), dans le fait que l'incapacité résulte d'une maladie chronique, longue évolutive ou au contraire d'un événement brutal, accidentel, dans le statut de la personne (les ex-militaires handicapés, bénéficiaires de pensions, bien organisés, plus revendicateurs aussi, ont des besoins différents des personnes handicapées de statut "civil"), voire le sexe (des femmes devenues handicapées suite à un accident sont parfois abandonnées avec leurs enfants par le conjoint). La spécificité de besoins de personnes devenues handicapées des suites d'un accident par mine n'a été évoquée qu'une seule fois, lorsque cet accident a entraîné la mort d'un autre membre de la famille, le choc psychologique étant alors plus important. D'une manière générale, les personnes rencontrées ont évoqué les problèmes affrontés par les personnes amputées, les personnes aveugles, lorsque nous leur posions la question de la prise en charge des personnes handicapées suite à un accident par mine.

L'accompagnement basé dans la communauté

Depuis 1993, le ministère¹⁴ a mis en place des programmes d'"accompagnement basé dans la communauté" (ABC)¹⁵ pour les personnes handicapées, ayant pour but une réinsertion progressive ancrée dans leur communauté de vie. Diverses

activités (dans les secteurs de l'éducation et de la sensibilisation communautaire, l'accompagnement dans le processus de réadaptation physique et l'accompagnement psychologique, l'intégration scolaire des enfants...) sont menées dans ce cadre, et impliquent les familles dans la recherche de solutions locales pour les problèmes des personnes handicapées.

Une centaine d'opérateurs communautaires a été formée. Plus de 4 000 personnes ont été identifiées, dont 750 et leurs familles sont régulièrement suivies. 325 enfants handicapés ont été scolarisés grâce au programme.

Les centres de transit

Ce sont des centres d'accueil et de logement des personnes handicapées (ainsi que les accompagnants éventuels) venant se faire appareiller dans les centres orthopédiques. Il existe cinq centres de transit dans le pays, à proximité des centres orthopédiques (Inhambane, Vilanculos, Beira, Nampula, Maputo). Dans les autres provinces pourvues d'un centre orthopédique, les usagers sont logés dans une infirmerie de réadaptation de l'hôpital.

Handicap International a été étroitement impliqué dans la création et l'organisation des premiers centres, puis, en appui au ministère, dans la définition et la mise en place des mécanismes et procédures de gestion et de fonctionnement de l'ensemble des centres du pays. Ces centres sont maintenant gérés par le ministère et financés pour partie sur le budget de l'État, pour partie par des organismes internationaux¹⁶.

Les centres de transit constituent un environnement favorable à l'acceptation de soi, à l'apprentissage d'une nouvelle autonomie avec l'acquisition d'un dispositif orthopédique de compensation. Ils mettent les personnes handicapées en présence les unes des autres et leur permettent d'échanger, dialoguer, partager de l'information. Au-delà de la participation de tous aux tâches quotidiennes du centre, certaines activités occupationnelles sont organisées. Maraîchage, petits élevages, ateliers artisanaux... autant d'activités qui, outre la place importante qu'elles ont dans le processus de réadaptation physique, révèlent à la personne handicapée sa capacité à être productive.

Les centres de transit fonctionnent plutôt bien et apportent une assistance indispensable aux usagers durant leur traitement et appareillage. Toutefois, certaines difficultés demeurent :

- la principale difficulté concerne le financement des centres de transit, qui reste précaire. Cette incertitude budgétaire a considérablement réduit en 1998 la capacité des centres à pourvoir aux besoins élémentaires des personnes handicapées durant leur séjour, en particulier pour l'alimentation ;

(13) Au Mozambique, le seuil de pauvreté absolue correspond à un revenu inférieur à 10 USD par mois, le seuil de pauvreté à un revenu inférieur à 14 USD par mois, le seuil de vulnérabilité à 20 USD par mois.

(14) Référence : document sur le Mozambique présenté par le ministère de la Santé à la conférence de Kampala en septembre 1998.

(15) Cette approche "ABC" est largement inspirée du concept de "réadaptation à base communautaire" de l'Organisation mondiale de la santé.

(16) Le personnel est fourni par le ministère de la Coordination de l'action sociale. Le Programme alimentaire mondial fournit la nourriture pour certains centres. Plusieurs organismes internationaux participent au financement des coûts du fonctionnement et des activités des centres.

- la "rentabilité" du centre de transit dépend uniquement des capacités d'accueil du centre orthopédique voisin. Si ce dernier est en rupture de stock ou en ralentissement d'activité, le centre de transit n'accueille plus personne, ce qui est regrettable vu son coût de fonctionnement et son personnel. Une diversification du mandat des centres permettrait sans doute d'optimiser les ressources allouées ;

- les centres de transit pourraient avoir un rôle d'accompagnement plus efficace dans le processus de réintégration socioprofessionnelle des usagers. Au-delà des activités occupationnelles, des formations et appuis à la création d'activités génératrices de revenus pourraient être dispensés, en particulier pour les "longs séjours". Là encore, le principal obstacle est d'ordre financier.

La qualité de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées par les personnels pourrait être améliorée en offrant à ces derniers des formations complémentaires appropriées. En effet, les travailleurs sociaux des centres, s'ils ont pu bénéficier de formations spécifiques en gestion et administration, restent démunis face au besoin d'écoute et d'accompagnement psychologique des personnes handicapées.

L'information

Le manque d'information a souvent été évoqué lors de notre étude :

- par les personnes handicapées elles-mêmes, qui ne connaissent pas bien les services disponibles et les conditions d'accessibilité ;

- par les travailleurs de l'action sociale, en particulier ceux que nous avons pu rencontrer dans les districts, qui reconnaissent que les personnes handicapées sont mal informées, mais qui eux-mêmes avouent être mal informés des programmes et services existants, avoir des difficultés de communication à l'intérieur même du réseau d'action sociale, avoir du mal à se coordonner avec les réseaux de la santé.

Le système d'information, de référence et de transport et le programme ABC mis en place par le ministère de la Coordination pour l'action sociale, se révèlent de ce point de vue, tout à fait nécessaires et justifiés.

La diffusion de l'information sur les services doit être individualisée et contrôlée en fonction des capacités de réponses et d'accueil de ces services. Par exemple, dans certains endroits où le SIRT est relativement bien implanté et efficace, l'information sur les centres orthopédiques a été volontairement limitée pour endiguer la vague de demandes qui dépassait largement les capacités d'absorption du centre orthopédique voisin. Le manque d'information concerne également les possibilités de formation et d'accès au marché du travail.

Les choix stratégiques du ministère (SIRT, ABC) semblent appropriés. Toutefois, ils ne pourront réellement être efficaces que si les moyens financiers et les ressources humaines (renforcement du réseau des travailleurs sociaux de proximité)

sont attribués en quantité et nombre suffisants. Le succès de l'information auprès des personnes handicapées ne peut d'autre part être dissociée d'une forte composante de coordination avec les autres secteurs d'activités, en particulier celui de la santé.

Les associations des personnes handicapées, si elles pouvaient développer leurs représentations au niveau communautaire pourraient constituer d'excellent relais de proximité.

Le transport

Le transport est un problème souvent évoqué par les personnes handicapées. C'est en fait un problème pour tous les Mozambicains, dans un pays dont la géographie rend complexe le développement routier au-delà de l'indispensable axe nord sud, alors que beaucoup de services spécialisés et d'administrations restent très centralisés au niveau des capitales des provinces. Les transports en commun existants, souvent de statut privé, restent onéreux, voire inabordable, pour beaucoup.

L'aide au transport est une des composantes du programme SIRT du ministère de la Coordination de l'action sociale. Cette aide ne concerne que les déplacements des districts jusqu'aux centres d'appareillage situés dans les capitales de province.

Basée sur les principes de la gratuité et du volontariat, cette aide passe par la mobilisation de l'ensemble des institutions, entreprises, particuliers d'une province possédant un véhicule et se déplaçant dans les districts : ONG, transporteurs privés, agences intergouvernementales, églises... Le but est de constituer et de s'appuyer sur un réseau national le plus stable possible, pour une pérennisation du système.

Un accord est signé avec chaque interlocuteur qui accepte le principe de gratuité et de volontariat. Les travailleurs sociaux de proximité possèdent une base de données des "transporteurs volontaires" de leurs districts respectifs et font l'interface entre ces derniers et les personnes handicapées devant se rendre dans le centre orthopédique le plus proche.

Dans certains districts, un petit budget a été alloué à l'action sociale pour pouvoir financer les voyages qui ne pourraient être assurés sur le mode volontaire. Ces allocations budgétaires sont toutefois très aléatoires.

Le référencement au centre orthopédique

Ce processus complexe est en fait le pivot central du système SIRT, dont il va conditionner les autres composantes que sont l'information et le transport. Il s'agit en effet de s'assurer que le centre orthopédique puisse accueillir des patients, de même que le centre de transit, puis prévenir la personne handicapée et le conducteur susceptible d'être disponible, les mettre en relation...

Le référencement nécessite une parfaite coordination des services de l'action sociale avec ceux de la santé, en particulier les centres orthopédiques, depuis le niveau du district jusqu'au niveau provincial. Il nécessite également de pouvoir fournir aux travailleurs sociaux un minimum de moyens de communi-

cation (téléphone) ainsi qu'un mode de déplacement local (moto). Autant de conditions remplies de manière très inégale selon les districts. Le système dépend alors largement de la motivation et de la bonne volonté des travailleurs sociaux locaux.

Le SIRT a été mis en place il y a à peine deux ans ; les premiers résultats sont encourageants malgré la complexité de la tâche entreprise, des différents niveaux d'intervention requis, et du peu de moyens disponibles.

2. Les réponses apportées par les associations locales

Le mouvement associatif est relativement récent au Mozambique. Plusieurs associations de personnes handicapées existent toutefois. Nous avons rencontré les deux plus importantes dans le cadre de l'étude, l'Ademo et l'Ademimo

L'Ademo (Association des personnes handicapées mozambicaines)

C'est une association officielle reconnue d'utilité publique qui représente, à l'origine, les personnes handicapées civiles. L'Ademo a été parmi les toutes premières associations enregistrées dans le pays.

Elle a de nombreuses branches (notamment une pour les femmes handicapées), des antennes de représentation dans toutes les provinces, des espaces de création et d'expression, et des projets divers de réinsertion et de promotion des droits des personnes handicapées.

Elle mène un certain nombre de programmes d'appui à la réinsertion des personnes handicapées, notamment des activités génératrices de revenus. Ces derniers sont développés dans le cadre d'un "comité de projet" qui a pour fonction d'analyser et d'accompagner des micro-projets présentés par des personnes handicapées, d'accompagner leur mise en œuvre et leur viabilité, et d'assurer le retour des fonds à l'association. Ces projets sont concentrés sur la province de Maputo. Il s'agit pour la plupart de mise en place de productions ou de prestations de services (production animale, mise en place de salles de projection vidéo, atelier de couture ou de coiffure...). Les bénéficiaires disposent librement de l'utilisation de leur crédit, mais le comité les oriente plutôt vers des prestations de services ou de petites productions que vers des activités commerciales. Le type de crédit proposé est en général à moyen terme, de douze à dix-huit mois, avec une personne garante pour le bénéficiaire. Le comité finance aujourd'hui trente micro-projets générateurs de revenus, individuels ou collectifs, et les visite en moyenne trois fois par mois.

L'Ademo développe également des activités sportives en faveur des personnes handicapées. Elle est à l'initiative des activités du département Sport pour tous de l'Association académique sportive de Maputo (au sein de l'université Eduardo

Mondlane), où une vingtaine de personnes handicapées se rendent régulièrement aux entraînements.

L'association tente de développer de façon plus générale les activités sportives à travers la mise en place de la fédération handisport. Une conférence s'est d'ailleurs tenue à ce sujet avec les pays d'Afrique australe (SADC), à Maputo, en avril 1998, pour définir une stratégie globale de développement du handisport.

Elle a attribué huit bourses d'étude à des étudiants handicapés, en novembre 1997, pour leur permettre de suivre des cours à l'université pendant un an.

Un séminaire national des associations de personnes handicapées a été organisé au mois d'avril 1998 à Maputo, durant lequel il a été décidé de créer un forum des associations. À terme, la création d'une fédération des associations est envisagée pour la promotion des droits des personnes handicapées.

L'Ademo a récemment lancé un projet de recensement des personnes handicapées suite à un accident par mines dans la province de Maputo, et a aidé vingt-cinq familles à monter un projet d'élevage de petits animaux. Néanmoins, il semble que ces activités n'aient pas été organisées en réponse à des besoins spécifiques, mais plutôt en réponse à la situation économique précaire de ces familles.

L'Ademo prône pour une politique de non-discrimination dans l'aide apportée à la réintégration des personnes handicapées. Elle reconnaît toutefois que les conséquences psychosociales sont plus importantes chez les personnes devenues handicapées du fait d'un accident (guerre, accident de la circulation, du travail) par rapport aux personnes devenues handicapées du fait d'une maladie (poliomyélite, ostéite, ulcères...). Elle mentionne en particulier les difficultés d'acceptation de l'amputation chez les victimes de guerre, en précisant que les hommes ont plus de difficultés à surmonter ce choc. En l'absence de suivi et d'accompagnement pour la réinsertion, le risque est alors grand pour eux de sombrer dans l'alcoolisme et la drogue.

L'Ademo était peu mentionnée par les personnes handicapées que nous avons rencontrées. En particulier, en zone rurale, beaucoup semblent ignorer son existence, et, quand ils la connaissent, se plaignent de l'absence concrète d'assistance. Les organisations d'envergure nationale telles que l'Ademo rencontrent en fait les mêmes difficultés que les institutions publiques, à développer un réseau le plus proche possible de l'ensemble des personnes qu'elles pourraient aider.

L'Ademimo (Association des ex-militaires handicapés mozambicains)

Cette association, créée dans la mouvance de l'application des accords de paix, alors que des milliers de soldats allaient être démobilisés, centralise les initiatives pour la réinsertion des

handicapés militaires.

Les handicapés militaires (pour leur immense majorité des amputés suite à des faits de guerre, mines ou armes à feu) représentent une population de sept à dix mille personnes sur tout le pays, et sont membres de fait de l'Ademimo.

Le gouvernement verse des pensions aux ex-combattants handicapés. Ces pensions vont de trois cent cinquante mille à six millions de Meticais par mois (suivant le taux d'incapacité et le grade dans l'armée). Environ 70 % de la population handicapée militaire touche effectivement sa pension. D'après l'Ademimo, le niveau des pensions permet d'assurer la subsistance d'une famille de cinq à six personnes.

Les priorités de l'Ademimo sont de plusieurs ordres :

- obtenir le paiement des pensions pour les ayants-droit (les

ex-combattants handicapés non enregistrés lors du processus de démobilisation) ;

- informer les adhérents de leurs droits ;
- militer pour l'application des lois spécifiques existantes ;
- faire prendre en charge les personnes "lourdement handicapées" (trois cent cinquante adhérents nécessiteraient d'une prise en charge continue) ;
- appuyer la réintégration psychosociale des ex-militaires handicapés.

Après la démobilisation, plusieurs programmes d'aide à la réintégration socioprofessionnelle des handicapés militaires avaient été menés, avec formations, distribution de kits d'installation, etc. Les résultats semblent peu probants. Des initiatives plus récentes semblent également avoir échouées.

3.5. La législation en faveur des personnes handicapées et des victimes d'accident par mine

Les dispositifs existants, au-delà des lois spécifiques au statut d'ex-militaire handicapé, concernent l'ensemble de la population handicapée et sont basés sur la non-discrimination. Ils sont donc applicables aux personnes handicapées suite à un accident par mines.

Une série de lois existait au Mozambique en matière de handicap, datant des périodes de pré- et post-indépendance, qui concernait tous les droits fondamentaux en matière de santé d'éducation, de fiscalité, de travail... Ces lois n'avaient néanmoins pour la plupart pas d'effet concret, en raison de l'inexistence de décrets d'application ou en raison des manques de motivation et de moyens pour les faire appliquer.

Le ministère de la Coordination de l'action sociale a réalisé ces dernières années un important travail de définition d'un cadre juridique pour l'assistance aux personnes handicapées. Après un premier travail de recensement des lois, décrets-lois et décrets d'application touchant de près ou de loin le handicap, une mise à jour du cadre juridique a été réalisée et envoyé à chaque ministère concerné (Santé, Travail, Éducation, Défense, etc.). Une politique nationale sur le handicap a été élaborée et validée par le gouvernement. Au-delà des définitions et des grands principes d'action sociale pour les personnes handicapées (non-inclusion des personnes handicapées dans des institutions spécialisées, égalité d'opportunité, droit à l'éducation, la formation...), elle définit les responsabilités et les stratégies sectorielles. Les secteurs concernés sont la santé, l'éducation, le transport, l'action sociale et le secteur fiscal.

Au delà de son travail de recensement et de définition d'une politique nationale, le ministère de la Coordination de l'action sociale a proposé la mise en place d'une "carte d'accès aux droits", véritable outil d'application et de faire-valoir des lois existantes¹⁷. Elle incite en effet l'État à reconnaître un certain nombre de droits et à en définir les limites, et elle permet aux personnes handicapées de faire valoir ces droits en ayant accès à des services référents.

La carte a fait l'objet d'un décret validant sa création et d'un règlement administratif régissant les critères d'attribution et d'utilisation.

Pour l'instant, seules les personnes ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %¹⁸ pourront obtenir cette carte¹⁹. Elle sera ensuite progressivement étendue à tous les degrés d'incapacité.

Les victimes de mines ont, dans leur immense majorité, un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % (amputation, cécité, surdité...) et seront donc parmi les premiers bénéficiaires de la carte d'accès aux droits.

Pour conclure, il est important de signaler la mobilisation des associations de personnes handicapées pour la sensibilisation, la promotion et la défense de leurs droits. Réunies en un séminaire national en avril 1999, elles ont en effet défini un plan d'action commun pour la promotion des droits des personnes handicapées. La création d'une fédération de toutes les associations est par ailleurs envisagée.

(17) La carte d'accès aux droits n'a pas pour but de créer de nouveaux droits mais de faire appliquer ceux qui existent.

(18) Ce taux est déterminé à partir d'un barème unique des incapacités, défini à partir des anciens barèmes pour les accidentés du travail et les handicapés militaires.

(19) Les enfants mineurs ne peuvent être porteurs de la carte. La carte est alors attribuée aux tuteurs légaux.

3.6. Recommandations pour une amélioration de la prise en charge

Ces quelques orientations sont la synthèse des propositions de tous les acteurs concernés par la problématique étudiée : les victimes, les ONG, et les institutions locales.

A. En matière de prévention

L'ensemble des victimes de mines et des entités impliquées dans l'assistance s'accordent à donner comme première priorité la poursuite du déminage, notamment de proximité, et l'amélioration du marquage. Travail de longue haleine qui nécessite la consolidation des compétences nationales.

En matière de sensibilisation et d'éducation, malgré les résultats obtenus, un gros travail est encore à faire pour mieux pénétrer les provinces et atteindre toute la population, surtout dans les districts déclarés comme prioritaires et qui, de part leur éloignement des grands centres urbains et les difficultés d'accès, restent en marge des actions d'éducation.

B. En matière de surveillance et d'information

Le manque de données précises ne concerne pas seulement la population ayant souffert d'un accident par mines, mais bien toute la population handicapée, quelle que soit la cause des déficiences et des incapacités ayant entraîné la situation de handicap. Une meilleure connaissance de la population handicapée (nombre, types de handicaps, répartition géographique) grâce à des enquêtes par sondage devrait permettre une meilleure distribution et rationalisation des services et des ressources tout en permettant une amélioration des prestations.

C. En matière de santé

La prise en charge chirurgicale et médicale des victimes des accidents par mines antipersonnel semble constituer aujourd'hui une activité marginale des services hospitaliers. Le nombre d'accidents par mines a en effet diminué. Toutefois, les services d'urgence doivent faire face à de nouveaux défis. Les accidentés de la route, en particulier, semblent en augmentation constante.

Des mesures telles que l'amélioration des soins infirmiers, le renforcement des règles d'asepsie et l'utilisation rationnelle des antibiotiques pourraient permettre de raccourcir la durée moyenne de séjour (DMS). Par ailleurs, lors du ramassage des blessés, l'usage du garrot devrait être proscrit et la technique des pansements compressifs enseignée. La prise en compte

de la douleur et la divulgation de traitements simples et peu coûteux, déjà initiés dans les structures hospitalières et auprès des personnels médicaux, doivent être encouragées.

Au-delà de la prise en charge médicochirurgicale, la réadaptation physique constitue un maillon indispensable au processus de réintégration des personnes devenues handicapées des suites d'un traumatisme, quelle qu'en soit la cause. Si les réponses des personnes handicapées interrogées et des professionnels n'ont pas permis de mettre en évidence des problématiques spécifiques à la réadaptation des personnes victimes d'accidents par mines, elles ont fait état de difficultés communes à l'ensemble des personnes handicapées utilisant les services de réadaptation.

Plus du tiers des patients appareillés se plaignent de la mauvaise compliance de leur prothèse : il serait utile de procéder à une évaluation technique plus précise pour en connaître les causes (mauvaise conception, matériaux inadaptés, entretien insuffisant ou mauvaise utilisation ?) et pouvoir apporter des solutions techniques adaptées.

Le manque de suivi des patients appareillés et le manque d'information aux personnes qui pourraient bénéficier d'un appareillage orthopédique sont deux problèmes souvent évoqués, auxquels les efforts de coordination entre réseaux locaux de santé et d'action sociale devraient en partie répondre. À condition que des moyens puissent être fournis. Comme nous l'avons vu précédemment, il s'agit essentiellement d'un développement des ressources humaines, en particulier pour renforcer les réseaux d'action sociale de proximité et de moyens de communication et de transports. Les associations de personnes handicapées pourraient également jouer un rôle relais important, à condition qu'elles puissent étendre leurs représentations au niveau local, dans les districts en proximité.

Les ruptures de stock de matériel pour la production des appareillages orthopédiques, si elles deviennent trop fréquentes, risquent d'entraîner la désaffection et la perte de confiance d'une part non négligeable des usagers. Elles risquent également de rendre cadues tous les efforts déployés en amont par les services sociaux et de santé pour améliorer l'information et le référencement des personnes pouvant bénéficier d'un appareillage. Si les structures et les mécanismes de contrôle et de supervision peuvent être améliorés, le problème principal semble toutefois être la précarité des financements de tels services.

L'adjonction de modules de psychologie et de pédagogie aux formations de base des kinésithérapeutes et orthoprothésistes devrait améliorer l'accueil et la prise en charge des patients et de leur famille. Ces modules devraient également être accessibles au personnel en poste.

D. En matière sociale et juridique

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. De même, 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 "mutilé" venaient ensuite dans le même ordre et sans différence significative entre les deux groupes. Plus que la difficulté à se déplacer, c'est la dégradation de l'image corporelle qui est insupportable. Accepter de rencontrer le regard des autres sur ce corps mutilé nécessite un véritable travail psychologique de "renaissance". Aucune valorisation sociale ne vient soutenir la victime qui ne reçoit aucun soutien.

Il semble de ce point de vue que les anciens combattants handicapés, au-delà de la reconnaissance de leur statut par l'État, ressentent les effets bénéfiques d'une solidarité développée au sein de leur association.

La question de la réinsertion sociale et professionnelle implique de prendre en compte le retentissement du handicap sur la cellule familiale dans sa globalité et les caractères spécifiques de la réintégration des anciens militaires, de développer des micro-projets de réinsertion sur les lieux mêmes de vie des personnes, de rendre accessible la formation de base et la formation professionnelle aux personnes handicapées, en évitant autant que possible de créer des structures d'emploi ou d'activités réservées.

Le ministère de la Coordination pour l'action sociale, tout en reconnaissant les besoins spécifiques de certains groupes de personnes handicapées, axe ses priorités sur l'accessibilité pour tous aux opportunités de scolarisation, de formation, de lutte contre la pauvreté, de travail, d'amélioration des conditions de vie... Les instruments juridiques (proposition de politique nationale en faveur des personnes handicapées, proposition de carte d'accès aux droits) et opérationnels développés par le ministère vont dans ce sens. Leur effectivité dépendra cependant de la capacité du ministère à obtenir les moyens suffisants, en particulier en terme de ressources humaines qualifiées.

Au-delà du travail de lobbying qu'elles mènent pour la défense et la promotion des droits des personnes handicapées, les associations de personnes handicapées pourraient constituer un relais important dans l'appui psychosocial, en réponse au besoin d'écoute et de parole exprimé par une grande majorité des personnes handicapées rencontrées, ainsi que dans l'accompagnement du processus d'acceptation de la différence et de dignité retrouvée. Elles ont besoin toutefois de se faire connaître, de se rapprocher physiquement et d'asseoir leur légitimité auprès des personnes qu'elles représentent.

Conclusion

L'étude menée au Mozambique auprès des personnes devenues handicapées des suites d'un accident par mine ou d'un autre événement traumatique n'a pas permis de mettre en évidence des spécificités significatives en terme de besoin et de prise en charge du traumatisme et du handicap dus aux accidents par mines. Plusieurs facteurs devraient toutefois moduler ce constat :

- l'étude s'est déroulée sur une période relativement courte. Elle repose essentiellement sur la mémoire des personnes handicapées interrogées, avec tous les biais que cela peut entraîner dans la relation de l'événement traumatique et de ses suites immédiates ;
- les deux groupes de personnes interrogées ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population dont ils sont extraits. En effet, il s'agit d'une étude transversale. En l'absence de données exhaustives sur le nombre et les caractéristiques de la population handicapée des suites d'un événement traumatique (mines, non mines) au Mozambique, il était difficile de définir un échantillonnage représentatif ;
- le Mozambique a ses caractéristiques historiques, politiques, économiques et socioculturelles propres, interdisant toute généralisation à partir des résultats constatés au cours de cette étude. En particulier, près de sept ans après la fin des hostilités, alors que le pays et ses habitants ont retrouvé une certaine stabilité, c'est le traumatisme de guerre qui est le plus souvent évoqué, sans pouvoir, sans vouloir aller plus avant dans l'expression et les descriptions de spécificités.

Interroger la spécificité des besoins des victimes d'accidents par mine antipersonnel au sein d'une population qui, si elle construit, si elle se reconstruit, n'a pour autant pas encore pu surmonter et résoudre son traumatisme de guerre, est sans doute prématuré.

Des entretiens réalisés avec les professionnels et autres acteurs de l'accompagnement des victimes, il ressort que la prise en charge est nécessairement globale et intégrée. Les moyens à mettre en œuvre pour répondre aux désastres humains causés par les mines ne peuvent, ne doivent pas éclipser les autres priorités du pays. Les efforts fournis dans ce domaine doivent être intégrés à l'ensemble des programmes contribuant à la reconstruction et à la réorganisation des systèmes de protection, de soins, d'action sociale et de développement socioéconomique mis à mal par des années de conflit.

Ces entretiens mettent également en évidence les nécessaires chaînes et liens qu'il faut préserver, favoriser entre les différents niveaux, programmes, actions procédant du soin et de l'accompagnement des personnes devenues handicapées. Toute initiative trop focalisée sur un seul des maillons ferait prendre le risque d'un déséquilibre, d'une destruction d'une chaîne de prise en charge difficile à créer et fragile.

À travers l'attention spécifique portée aux personnes victimes d'accidents par mine, c'est une population beaucoup plus large qui bénéficie du développement et de l'amélioration des services et des dynamiques d'accompagnement. Cette attention particulière, à défaut de répondre à des besoins spécifiques difficilement mis en évidence, difficilement reconnus, voire oubliés, y compris par les victimes elles-mêmes, permet par contre d'identifier les "manques", les faiblesses dans les processus de réparation, d'accompagnement des personnes en "souffrance". Au Mozambique, pays qui a pourtant eu le souci de développer un processus de prise en charge des personnes handicapées relativement complet, l'étude a en effet mis en évidence le nécessaire questionnement sur la faible accessibilité des femmes handicapées aux services et processus de réadaptation et d'accompagnement, l'importance de la prise en compte de la douleur dans la chaîne de soins, le manque de soutien d'accompagnement psychologique à visée thérapeutique faute de professionnels formés, l'insuffisance d'écoute à la souffrance psychologique de la part des autres personnels soignants ou d'action sociale, faute de temps, faute de préparation, le souci largement exprimé et la difficulté de la personne handicapée à retrouver une capacité satisfaisante à subvenir aux besoins de sa famille, la faiblesse, voire l'échec, des processus d'appui à la réinsertion professionnelle, le peu de moyens dont disposent les réseaux d'action sociale, le rôle potentiel que pourraient jouer les associations nationales de personnes handicapées..., les demandes de "pensions", en particulier chez les victimes de mines, sont autant de secteurs souvent relégués à la marge des programmes de prise en charge des "victimes", des personnes handicapées, et qui pourtant, pour Handicap International, sont partie intégrante de l'approche globale du handicap, de la "reconstruction" de l'individu et à travers lui, de son entourage.

L'enjeu de la prise en charge des victimes de guerre, parmi lesquelles les personnes victimes d'accidents par mines, et plus largement les personnes handicapées, semble avoir été bien compris par le Mozambique, qui a la volonté de proposer un système de prise en charge, d'accompagnement et de reconnaissance des droits spécifiques relativement complet. Le système est très certainement perfectible, encore fragile du fait de la situation socioéconomique du pays. L'objectif des dispositifs mis en œuvre est toutefois clair : c'est la restauration du statut social de la personne.

Lorsqu'il aura su répondre aux besoins essentiels du plus grand nombre, ce système, et à travers lui la société mozambicaine, autorisera sans doute, dans un futur plus ou moins proche, l'expression et la prise en compte des spécificités car il pourra les assumer. La question des spécificités en terme de besoins et de prise en charge du traumatisme et du handicap dus aux accidents par mines antipersonnel, pourra alors être reposée.

Annexes

c h a p i t r e

5

- Combien de temps avez-vous été informé avant l'accident ? _____ mois
- À quelle fréquence avez-vous été informé ?
 - Une fois 1
 - Deux fois ou plus 2
- Avez-vous été témoin d'autres accidents de mines ?
 - Oui 1
 - Non 0
- Connaissiez-vous les localisations des mines dans la zone où s'est produit l'accident ?
 - Oui 1
 - Non 0
- Si oui, pour quelles raisons avoir pris le risque ?
 - Obligation 1
 - Oubli 2
 - Par jeu 3
 - Manque de confiance dans les informations 4
 - Mauvais balisage 5
 - Inattention 6
 - Autre 7

Deuxième partie : L'accident et sa prise en charge

- Lieu de l'accident
 - Près du domicile 1
 - Loin du domicile 2
- Cause de l'accident
 - Mine antipersonnel 1
 - Autre accident de guerre 2
 - Autre accident civil 3
- Si c'est un accident par mine, y a-t-il eu d'autres victimes ?
 - Aucune 1
 - Une ou deux 2
 - Plus de trois 3
- Type d'invalidité
 - Perte d'un membre inférieur 1
 - Perte des deux membres inférieurs 2
 - Perte d'un membre supérieur 3
 - Perte des deux membres supérieurs 4
 - Perte partielle de la vue 5
 - Perte totale de la vue 6
 - Perte partielle de l'ouïe 7
 - Perte totale de l'ouïe 8
 - Autres 9

Prise en charge sur le terrain

- Combien de temps entre l'accident et le premier secours ? heures
- Quels ont été les premiers soins que vous avez reçus ?
 - Un pansement 1
 - Une perfusion 2
 - Un garrot 3
 - Ne sait pas 4

- Par quel moyen s'est effectuée ensuite votre évacuation ?
- À dos d'homme 1
 - Sur une civière 2
 - Dans une charrette attelée 3
 - En voiture 4
 - En ambulance 5
 - Par hélicoptère ou par avion 6
 - Ne sait pas 7

- Qui vous accompagnait pendant votre évacuation ?
- Personnel médical ou paramédical 1
 - Un membre de la famille 2
 - Un compagnon 2
 - Autre personne 3
 - Seul 4
 - Ne sait pas 5

Prise en charge hospitalière et suivi

- Durée du séjour à l'hôpital en chirurgie : jours

- Aviez-vous un accompagnateur durant votre hospitalisation ?
- Oui 1
 - Non 0

- Avez-vous eu une prothèse?
- Oui 1
 - Non 0

- Si oui, combien de temps a duré votre attente de l'appareillage ? _____ mois

- Vous faites-vous suivre régulièrement au centre d'appareillage ?
- Oui 1
 - Non 0

- Si non, pourquoi le suivi de votre prothèse est-il irrégulier ?
- Je la répare moi-même 1
 - Éloignement du centre d'appareillage 2
 - Manque de centre d'hébergement 3
 - Manque de moyen de transport 4
 - Manque d'argent 5
 - Je n'utilise pas ma prothèse 6
 - Manque de place, rendez-vous trop loin 7
 - Autre 8

- La prothèse est-elle bien adaptée ?
- Oui 1
 - Non 0

- Si non, pour quelles raisons serait-elle inadaptée ?
- Marche difficile, prothèse mal conçue 1
 - Prothèse inesthétique 2
 - Prothèse trop fragile 3
 - Trop lourde 4
 - Source de douleurs, de blessures 5

- | | | |
|---|------------------------------|----------------------------|
| - Avez-vous fait de la kinésithérapie | Non | <input type="checkbox"/> 0 |
| | Avant le port de la prothèse | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Après le port de la prothèse | <input type="checkbox"/> 2 |
| - Quels soins avez-vous reçus après l'hôpital ? | Médecine | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Médecine traditionnelle | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Cérémonies | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Autres | <input type="checkbox"/> 4 |

Troisième partie : La souffrance des victimes

Le handicap psychologique

- | | | |
|--|---|----------------------------|
| - Parlez-vous de votre handicap et de votre accident ? | Oui | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Non | <input type="checkbox"/> 0 |
| - Si oui, qui a pu être votre interlocuteur ? | Famille, amis, entourage | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Médecin, tradithérapeute | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Associations ou église | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Autres handicapés | <input type="checkbox"/> 4 |
| | Autres | <input type="checkbox"/> 5 |
| - Si non, quelles sont les raisons de votre silence ? | Personne pour en parler | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Refus d'en parler | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Inutile d'en parler | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Ne se prononce pas | <input type="checkbox"/> 4 |
| - Quelle est pour vous la cause de l'accident ? | La guerre | <input type="checkbox"/> 1 |
| | La fatalité, la destinée | <input type="checkbox"/> 2 |
| | La malédiction, le mauvais sort, un fétiche | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Une faute de ma part | <input type="checkbox"/> 4 |
| | Une personne bien identifiée | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Autres | <input type="checkbox"/> 6 |
| | Ne sait pas | <input type="checkbox"/> 7 |

Le handicap dans la vie familiale

- | | | |
|--|--|----------------------------|
| - Depuis votre accident, quelle détérioration avez-vous constatée dans votre vie ? | Aucune | <input type="checkbox"/> 0 |
| | M'occuper de mes enfants | <input type="checkbox"/> 1 |
| | Vivre avec mon (ma) conjoint(e) | <input type="checkbox"/> 2 |
| | Continuer à travailler et gagner de l'argent | <input type="checkbox"/> 3 |
| | Les actes de la vie quotidienne | <input type="checkbox"/> 4 |
| | Les déplacements à la maison | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Les relations avec les autres | <input type="checkbox"/> 6 |
| | Ne plus avoir un corps entier | <input type="checkbox"/> 7 |
| | Divorcer | <input type="checkbox"/> 8 |

Le handicap dans la vie en société

Mobilité

- Quels sont vos problèmes de transport et de déplacement ?
- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---|
| Aucun | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Trop cher | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Incommode | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Refus des personnes handicapées | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Moyens inadaptés | <input type="checkbox"/> | 4 |
- Vous est-il possible de voyager seul ?
- | | | |
|-----|--------------------------|---|
| Oui | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Non | <input type="checkbox"/> | 0 |
- Si non, qui vous aide à vous déplacer ?
- | | | |
|----------------------------|--------------------------|---|
| La famille ou l'entourage | <input type="checkbox"/> | 1 |
| L'action sociale | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Des transporteurs locaux | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Une association ou une ONG | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Autre | <input type="checkbox"/> | 5 |

Vie professionnelle

- Qu'est-ce que le handicap a modifié dans votre travail ?
- | | | |
|--|--------------------------|---|
| Rien | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Arrêt des études | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Changement de travail | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Perte du travail | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Perte de force, diminution de la capacité de travail | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Limitation des mouvements, perte d'autonomie | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Autre | <input type="checkbox"/> | 6 |
- Avez-vous eu une formation professionnelle ?
- | | | |
|------------------|--------------------------|---|
| Jamais | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Avant l'accident | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Après l'accident | <input type="checkbox"/> | 2 |
- Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle après la survenue du handicap ?
- | | | |
|---|--------------------------|---|
| Chômeur | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Agriculture/élevage/pêche | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Artisanat (tailleur, forgeron, cordonnier, mécanicien...) | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Commerce | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Secrétariat, comptabilité | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Autre | <input type="checkbox"/> | 5 |
- Votre nouvelle activité professionnelle est-elle
- | | | |
|------------|--------------------------|---|
| Aussi bien | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Moins bien | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Mieux | <input type="checkbox"/> | 2 |
- De qui avez-vous eu une aide dans votre recherche de travail, d'activité ou de formation après votre accident ?
- | | | |
|----------------------------------|--------------------------|---|
| Personne | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Un privé | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Un projet d'ONG, une association | <input type="checkbox"/> | 2 |
| La famille, un ami | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Le gouvernement | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Autres | <input type="checkbox"/> | 5 |

Le handicap chez les enfants

- Le handicap vous a-t-il empêché de faire des études ?

- Oui 1
Non 0

- Quels sont les problèmes qui vous ont empêché d'aller à l'école ?

- Difficultés de transport 1
Écoles trop loin 2
Manque d'intégration des handicapés 3
Manque de prothèse 4
Autres 5

- Avez-vous d'autres activités hors de l'école ?

- Oui 1
Non 0

- Avez-vous des difficultés particulières à l'école ?

- Oui 1
Non 0

- Comment sont les autres enfants avec vous ?

- Normaux 1
Différents 2
Pas de contact 3

Quatrième partie : Les besoins, les attentes, les espoirs

Pour la réinsertion professionnelle

- Quelle aide aimeriez-vous pour travailler aujourd'hui ?

- Retourner à l'école ou suivre une formation 1
Emprunter de l'argent pour étendre/démarrer une activité 2
Être informé sur les possibilités de travail 3
Avoir un appui matériel/financier 4
Autre 5

- Espérez-vous toujours obtenir un nouveau travail ?

- Oui 1
Non 0

- Souhaiteriez-vous avoir une aide psychologique et morale régulière ?

- Oui 1
Non 0

Pour la réinsertion sociale

Vous êtes membre de quelle association ?

- Aucune 0
Ademo 1
Ademimo 2
Acamo 3
Églises 4
Autres 5

- Si oui, quels sont les mobiles de votre vie associative ?

- Pour obtenir une aide financière/matérielle 1
- Avoir des informations, connaître mes droits 2
- Pour la défense de nos droits 3
- Se réunir entre handicapés, sortir de notre isolement 4
- Avoir un appui moral 5
- Ne sait pas 6
- Autre 7

Besoins d'information

- Avez-vous connaissance des lois et droits concernant les personnes handicapées ?

- Oui 1
- Non 0

- Quels sont vos attentes du gouvernement ?

- Rien 0
- Une pension 1
- Un appui matériel/financier 2
- Un emploi 3
- École, formation 4
- La création de lois pour les personnes handicapées 5
- N'importe quelle aide 6
- Autres 7

Attentes et espoirs

- À votre avis, que peut-on faire pour améliorer l'assistance aux handicapés ?

- Donner un appui matériel/financier 1
- Garantir une assistance médicale, avoir une prothèse 2
- Garantir un emploi 3
- Appui pour faciliter la reprise du travail ou créer une autre activité 4
- Appui pour avoir un moyen de transport (âne, tricycle, vélo, mobylette, chaise roulante) 5
- Favoriser l'accès à l'éducation et à la formation professionnelle des déficients et de leurs enfants 6
- Emprunter de l'argent pour démarrer ou développer une activité 7
- Être informé sur les possibilités de travail 8
- Autre 9
- Ne sait pas 10

- A quelle catégorie socioprofessionnelle désireriez-vous appartenir aujourd'hui ?

- Sans profession 0
- Agriculteur/éleveur 1
- Commerçant/artisan 2
- Salarié 3
- Fonctionnaire 4
- Femme au foyer 5
- Écolier/étudiant 6
- Militaire 8
- Pensionné 9
- Autre 10

- Quelle aide souhaiteriez-vous pour travailler aujourd'hui ?

- Retourner à l'école ou suivre une formation 1
- Emprunter de l'argent pour étendre/démarrer une activité 2
- Être informé sur les possibilités de travail 3
- Avoir un appui matériel/financier 4
- Autres 5

Bibliographie

- *Assistance for victims of anti personnel mines : Needs, constraints and strategy*, Coupland RM, ICRC, 1997.
- *Coordination nationale des activités d'éducation pour la prévention des accidents par mines terrestres et autres engins explosifs - Phase II, Rapport narratif final, du 1^{er} juillet 1996 au 31 décembre 1997*, Handicap International, Maputo, avril 1998.
- *Estatísticas da Secção da Medicina Física e Reabilitação para o ano 1997*, Ministerio da Saude /SMFR, Maputo, Junho de 1998.
- *Estatísticas da Secção da Medicina Física e Reabilitação para o ano 1998*, Ministerio da Saude /SMFR, Maputo, Junho de 1999.
- *Hidden Killers, the Global landmine crisis, Country profile Mozambique*, Office of Humanitarian Demining Programs, US departement of State, Bureau of Political - Military Affairs, septembre 1998.
- *Landmines in Mozambique*, Human Rights Watch Arms Project, HRW/Africa, march 1994.
- *Le traumatisme psychique consécutif aux mines antipersonnel*, Elefthéria Salame, Handicap International, Octobre 1997.
- *Mines antipersonnel, "la guerre en temps de paix"*, HI, Editions GRIP.
- *Mozambique : Rapport national du développement humain*, 1998, PNUD.
- *Report of the inter regional workshop on a concerted public health approach response to landmines*, Kampala 28-30 september 1998, World Health Organisation, and "Mozambique" presented by the Ministry of health during the conference.

Sections et bureaux de représentation de Handicap International

LYON

Siège : ERAC - 14 avenue Berthelot
69361 Lyon Cedex 07
Tél. : (33) (0)4 78 69 79 79 - Fax : (33) (0)4 78 69 79 94
E-mail : handicap-international@infonie.fr
Web : www.handicap-international.org

PARIS

Bureau : 104-106 rue Oberkampf
75011 Paris
Tél. : (33) (0)1 43 14 87 00 - Fax : (33) (0)1 43 14 87 07
E-mail : hiparis@compuserve.com
Web : www.handicap-international.org

COPENHAGUE

Bureau : Suntuvedsgade 2, 4 TV
DK - 1751 Copenhagen V
Tél. : (45 33) 24 88 00 - Fax : (45 33) 24 88 69
E-mail : otto.rungby@image.dk

GENÈVE

Section : 11, avenue de Joli-Mont
CH - 1209 Genève
Tél. : (41 22) 788 70 33 - Fax : (41 22) 788 70 35
E-mail : 100731.1225@compuserve.com

MUNICH

Section : Landsbergerstrasse 205-C
80687 München
Tél. : (49 89) 13 03 98 00 - Fax : (49 89) 13 03 98 01
E-mail : himunich@compuserve.com

LUXEMBOURG

Section : Centre sociétaire du Cents
167 rue de Trèves
2630 Luxembourg
Tél./Fax : 352 42 80 60
E-mail : hilux@pt.lu

BOSTON

Bureau : BP 815 Frychurg
Maine 04037
Tél. : (1 207) 935 42 17 - Fax : (1 207) 935 40 42
E-mail : sbwhandicap@igc.apc.org

LONDRES

Section : 32 Dukas Ride
Silchester Berkshire - RG 72 PY
Tél./Fax : (44) 1 189 700 500
E-mail : lc58@dial.pipex.com

COLLECTION

conçue et éditée par
Handicap International

ERAC

14 avenue Berthelot
69361 Lyon cedex 07 FRANCE
Tél. : (33) 04 78 69 79 79
Fax : (33) 04 78 69 79 94
E-mail : handicap-international@infonie.fr

PRIX : 60 FF

ISBN : 2-909064-40-9

**HANDICAP
INTERNATIONAL**

Vivre debout