

19-05-1997 Déclaration par Chris Giannou

Assistance aux victimes des mines

Conférence de l'OUA: vers une Afrique sans mines. Déclaration présentée par Dr Chris Giannou, Division des opérations de santé, Comité international de la Croix-Rouge, Johannesburg, 19 mai 1997

Algérie, Angola, Botswana, Burundi, Congo, Djibouti, Egypte, Erythrée, Ethiopie, Guinée-Bissau, Libéria, Libye, Malawi, Mali, Mauritanie ... Non ! Il ne s'agit pas de la liste des Etats membres de l'Organisation de l'Unité africaine. Maroc, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Sahara occidental, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Swaziland ... Ces pays ou régions du continent africain ont tous été - ou sont encore aujourd'hui - plus ou moins pollués par les mines terrestres. Tanzanie, Tchad, Tunisie, Zaïre, Zambie, Zimbabwe. Beaucoup de ces mines ont été posées pendant la Seconde Guerre mondiale, d'autres datent des guerres d'indépendance, de l'époque de la décolonisation ou de conflits plus récents. En fait, il serait plus facile de dresser la liste des quelques rares pays africains n'ayant pas été confrontés, à un moment ou à un autre de leur histoire, au fléau des mines terrestres.

Les conflits évoqués ci-dessus ont eu lieu à différentes périodes, les circonstances et les enjeux politiques étaient chaque fois différents. Par contre, sur le plan humanitaire, le coût est toujours le même - et terrible. Des vies et des corps sont brisés. Des soldats et des combattants, des paysans et des bergers, des femmes et des enfants ont le bras ou la jambe arraché. Tous restent physiquement, psychologiquement et socialement meurtris. Des sociétés entières - bien trop souvent déjà frappées par la misère - sombrent dans une situation économique désastreuse et doivent se débattre pour reprendre le chemin de la réadaptation et de la reconstruction. Des communautés restent plongées dans le dénuement, la faim rôde, les champs et les villages sont vides. La présence des mines antipersonnel rend dangereuses les activités les plus normales de la vie quotidienne telles que le travail, les déplacements ou le jeu.

La guerre est moche. Les blessures de guerre le sont plus encore, et les blessures causées par les mines antipersonnel ont un caractère particulièrement odieux. Ces quelques mots de l'un de mes collègues, un chirurgien qui a travaillé dans un hôpital du CICR à la frontière khméro-cambodgienne, en témoignent. "Chaque fois que nous étions appelés pour une urgence, nous n'avions qu'une prière : ne pas nous trouver à nouveau en face d'une victime des mines - un enfant, une femme ou un paysan - au corps affreusement mutilé." C'est l'indignation du personnel médical du CICR, pourtant déjà habitué aux horreurs de la guerre, qui a poussé l'organisation à s'élever publiquement contre les mines antipersonnel. Une telle démarche est inhabituelle, puisque la dernière intervention de ce type remonte à la condamnation des gaz toxiques en tant que moyen de combat, au lendemain de la Première Guerre mondiale.

Nous parlons souvent, pour décrire la situation actuelle, *d'épidémie mondiale de blessures provoquées par les mines antipersonnel*. Il s'agit là d'un exemple classique de pathologie qui n'est pas exclusivement de caractère biologique. Comme toutes les épidémies, tant par les causes que par les conséquences, elle constitue un phénomène social, économique, sanitaire et politique qui touche en premier lieu les innocents, les individus les plus faibles et les moins préparés. Comme pour toutes les épidémies, il convient d'adopter une approche intégrée qui couvre l'ensemble des activités de santé - des actions de prévention et de l'éducation du public aux soins curatifs et aux efforts visant, grâce à la rééducation, à permettre aux victimes des mines de retrouver un rôle productif et socialement acceptable.

Les actions de prévention revêtent différents aspects et consistent non seulement à créer une volonté politique qui débouche sur la décision d'interdire les mines antipersonnel, mais aussi à faire en sorte que les zones minées soient clairement signalées et que le déminage humanitaire puisse avoir lieu. L'éducation du public, par le biais des campagnes de sensibilisation aux dangers des mines, vise à décourager les comportements à risques. La prise en charge médicale des victimes commence avec leur évacuation et se termine à leur

sortie de l'hôpital. La rééducation et la réinsertion sociale passent par la physiothérapie, la pose d'un membre artificiel en cas d'amputation et la formation professionnelle, le but étant de permettre aux victimes des mines de retrouver un rôle productif et socialement acceptable. Tous ces efforts doivent être déployés en gardant à l'esprit un élément primordial : ce sont les mines antipersonnel qui doivent être stigmatisées, et non leurs victimes !

Les besoins sont immenses, les coûts gigantesques. La tâche consistant à débarrasser la planète des dizaines de millions de mines terrestres qui la polluent représente un travail de Titan alors même que le nombre de nouvelles mines mises en place est bien supérieur à celui des mines détectées et détruites. Le déminage joue un rôle crucial et la communauté internationale peut indéniablement faire bien davantage pour libérer de ce fléau les sociétés et les communautés qu'il accable. En outre, à l'échelon local, en visant à donner aux communautés et à chacun de leurs membres les informations et les connaissances nécessaires pour diminuer au minimum le risque d'accident dû aux mines, les programmes de sensibilisation aux dangers des mines peuvent réellement contribuer à réduire le nombre de personnes tuées ou blessées et permettre à la population de mener une vie à peu près normale. Malheureusement, tout risque n'est pas écarté pour autant : il faut cultiver les champs, puiser de l'eau et aller chercher du bois et pour cela, parfois, pénétrer dans une zone minée.

A court terme, donc, le nombre global de blessures et d'amputations dues aux mines va continuer à augmenter. Depuis janvier 1995, dans sa *base de données sur les incidents dus aux mines*, le CICR a enregistré plus de 9 000 victimes, dans plus de 40 pays. Sur le seul continent africain, ce sont 234 incidents distincts, ayant fait 330 morts et 749 blessés, qui ont été enregistrés, soit 36% du nombre total d'incidents répertoriés dans la base de données. Il est impossible de savoir quel pourcentage les personnes enregistrées représentent par rapport à la totalité des victimes, mais une chose est sûre : elles ne constituent qu'une petite minorité, car d'innombrables victimes meurent dans les champs ou les montagnes avant d'avoir pu atteindre un centre de soins. L'accès aux blessés demeure donc un obstacle important et beaucoup de victimes ne reçoivent pas l'assistance requise. Les blessures dues aux mines restent un problème de grande ampleur. Néanmoins, comme le problème se pose, de manière spécifique, dans différentes régions du globe, il attire peu l'attention. Rassembler des données précises constitue donc la première étape de la lutte contre l'épidémie des mines. Il est très important d'améliorer l'obtention et la transmission de renseignements fiables, car il sera ainsi possible non seulement de subvenir aux besoins des victimes, mais aussi de fixer les priorités pour les programmes de déminage et de prévention à l'échelon communautaire.

Quand ils ne sont pas tués sur le coup, les blessés par mine présentent des lésions appartenant à trois grandes catégories. Le premier type de blessure survient lorsque la victime pose le pied sur une mine à effet de souffle : elle a le pied ou la jambe arraché et de graves lésions à l'autre jambe, aux parties génitales et aux bras. Le deuxième type de blessure intervient lorsque la victime déclenche l'explosion d'une mine à fragmentation : comme dans le cas de toutes les armes à fragmentation, les blessures peuvent être situées sur toutes les parties du corps. Le troisième type de blessure est dû à l'explosion accidentelle d'une mine que la victime en train de manipuler : le démineur, ou l'enfant qui a pris la mine pour un jouet, souffre alors inévitablement de graves lésions aux mains et au visage.

La prise en charge médicale et sociale des victimes des mines impose de lourdes charges au système de santé publique, à tous les points de vue et à tous les niveaux. Lorsqu'une personne est blessée par une mine, la première priorité consiste à la mettre en sécurité, hors de la zone minée (les personnes qui lui portent secours s'exposant alors elles-mêmes au danger) et tenter de stopper l'hémorragie. Ces "premiers secours" se résument souvent à un pansement épais. En cas d'amputation traumatique, cependant, un garrot doit être posé, le plus bas possible, et desserré à intervalles réguliers. Il arrive souvent qu'un membre ne puisse être sauvé ou qu'il doive être amputé plus haut parce que le garrot a été posé trop haut et laissé en place plus de six heures.

Plus vite le blessé atteint un centre de soins et peut être pris en charge, mieux cela vaut. Dans de nombreuses régions rurales d'Afrique, les transports - difficiles tout au long de l'année -

sont parfois pratiquement impossibles pendant la saison des pluies et beaucoup de blessés succombent avant d'atteindre un dispensaire ou un hôpital.

Les blessés par mine doivent souvent être mis sous perfusion. En leur administrant à temps de simples antibiotiques, il est possible d'éviter de graves infections telles que la gangrène. Ils doivent également être protégés contre le tétanos car l'ensemble de la population n'est pas toujours immunisée (notamment dans les régions rurales de l'Afrique). La présence des mines terrestres risque par ailleurs - comme ce fut le cas en Angola et au Mozambique - de gêner l'action des équipes mobiles de vaccination.

Quand le blessé arrive à l'hôpital, certaines procédures doivent être systématiquement suivies. Tout d'abord, il faut enregistrer le patient ainsi que, si possible, des informations sur les circonstances dans lesquelles il a été blessé. Pourtant très importante, cette première étape de la saisie d'informations est trop souvent négligée. Si l'état du patient le permet, il faut le laver (avec de l'eau et du savon), surtout lorsque les blessures ont été provoquées par une mine antipersonnel qui était enfouie dans le sol. Des tests doivent ensuite être effectués pour déterminer le taux d'hémoglobine et le groupe sanguin du blessé. Le chirurgien et l'anesthésiste devraient toujours examiner le blessé avant que celui-ci n'entre en salle d'opération.

A la fois longue et complexe, la prise en charge chirurgicale des blessés par mine peut être une véritable épreuve, même pour le plus expérimenté des praticiens. L'effet de souffle déchire les tissus, l'explosion entraîne des brûlures et la coagulation du sang. De la terre, de l'herbe, du gravier, des morceaux de métal ou de matière synthétique provenant de l'enveloppe de la mine, ainsi que des débris de chaussures et des brisures des os du pied, sont projetés à l'intérieur de la jambe, creusant leur sillon entre les plans tissulaires, provoquant des contusions diffuses et la contamination des muscles. Par conséquent, l'amputation chirurgicale qui s'impose doit être pratiquée plus haut qu'il ne semble à première vue. Les chirurgiens ne rencontrent pas ce type de blessures dans la vie civile et aucune des spécialités chirurgicales modernes ne prépare à leur prise en charge. Il faut donc que le praticien possède déjà une solide expérience en matière de chirurgie générale. Les effets des mines antipersonnel constituent un sujet assez nouveau dans la littérature médicale. Jusqu'à ces derniers temps, aucune distinction n'était faite entre les blessures provoquées par les mines et les blessures dues aux autres armes classiques. Pourtant, les mines provoquent des lésions beaucoup plus graves que toutes les autres armes - ce qui est en fait le but recherché. Les blessés ont donc des besoins spécifiques sur le plan médical. Dans les hôpitaux du CICR, la prise en charge des victimes des mines est ainsi devenue une véritable spécialisation. Les chirurgiens du CICR ont recours à un minimum de technologie et respectent un certain nombre de principes de base, largement reconnus, en matière de chirurgie des plaies.

Toutes les blessures de guerre sont considérées comme étant sales et contaminées. Les tissus nécrosés ou contaminés doivent être enlevés, la plaie restant ensuite ouverte sous un pansement bien fixé. La plaie ne doit être fermée qu'au terme d'une période de 4 ou 5 jours (technique appelée *suture primaire retardée*). Si la plaie est très importante, une greffe de peau est parfois nécessaire. En cas de fracture, la plaie est traitée de la même façon, une fois la fracture réduite. Qu'elle soit nécessaire parce que le membre tout entier est perdu, ou qu'elle soit pratiquée au dessus d'une amputation traumatique, toute amputation chirurgicale doit être pratiquée selon ces principes et doit être fermée après quelque temps. Certaines techniques d'amputation (*amputation myoplastique*) conviennent particulièrement bien aux blessures dues aux mines. Le CICR a mis au point du matériel didactique pour pouvoir faire bénéficier de son expérience les chirurgiens civils et militaires.

Du fait de l'extrême gravité de leur état et de leur longue hospitalisation, les blessés par mine accaparent une grande partie des ressources disponibles pour l'ensemble des patients. En outre, leurs besoins spécifiques ne sont pas toujours reconnus par les autorités ou les organismes d'assistance. Cela est dû au fait que, contrairement aux soldats blessés au combat, les victimes des mines arrivent à l'hôpital en petit nombre, sur une longue période. Leur séjour à l'hôpital est plus long et ils nécessitent davantage d'interventions et de transfusions sanguines. Le sang joue un rôle essentiel dans leur traitement, notamment dans

le cas de ceux qui doivent subir une amputation chirurgicale. L'expérience du CICR montre qu'en moyenne, un patient qui a été victime d'une mine à effet de souffle a besoin de six fois plus de sang qu'un blessé par balle ou par fragments.

Après chaque intervention, le patient doit rester au moins 24 heures sous étroite surveillance car il peut y avoir des complications. Ayant la lourde charge de gérer l'hôpital avec toute l'efficacité requise, le personnel soignant joue un rôle essentiel auprès des patients. Dans l'espoir d'aider ainsi les autres organismes, les organisations non gouvernementales et même les ministères de la Santé, des infirmiers et infirmières chevronnés travaillant dans les hôpitaux du CICR ont rédigé un ouvrage intitulé "*Hospitals for War Wounded*", à paraître avant fin 1997.

En matière de physiothérapie, également, les blessés par mine ont des besoins spécifiques. Pendant la première phase de la rééducation, le membre atteint doit être mobilisé par des mouvements passifs et des exercices isométriques (en faisant toutefois attention aux plaies). Il ne faut pas laisser le blessé au lit, mais au contraire le faire lever le plus tôt possible et l'inciter à se déplacer en s'aidant de béquilles. Dès que les plaies sont fermées, la physiothérapie active doit permettre au blessé de retrouver mobilité et force musculaire du membre atteint, surtout en cas d'amputation. Un genou bloqué risque, par exemple, de rendre impossible la pose d'une prothèse.

Quatre ou cinq semaines après la fin du traitement chirurgical, lorsque toutes les plaies sont cicatrisées et que l'oedème du moignon a disparu, le patient est prêt à être appareillé. Pour tout amputé, la pose d'une prothèse constitue une étape cruciale de la rééducation. Non seulement, le membre artificiel est synonyme de mobilité, mais - en contribuant à lui rendre sa dignité - il hâte la guérison du blessé sur le plan psychologique. La prothèse, dont l'amputé aura besoin jusqu'à la fin de sa vie, devra être régulièrement remplacée.

Dans ses centres d'appareillage orthopédique, le CICR se conforme à la politique dite "de la technologie appropriée". Dans de nombreux pays affectés par les mines, la technologie moderne, trop sophistiquée, risque en effet d'être à la fois difficile à mettre en oeuvre et trop coûteuse. Les ateliers du CICR ne fabriquent donc désormais que des prothèses en polypropylène car cette matière plastique thermoformable est bon marché et recyclable - les membres artificiels sont faciles à réparer et faciles à remplacer. En Colombie, par exemple, l'introduction de la technologie du polypropylène a permis de réduire considérablement le coût total d'une prothèse fémorale par rapport à la méthode traditionnelle (390 dollars US au lieu de 936). En fait, le coût de l'intervention du physiothérapeute, du prothésiste, du psychologue et de l'assistant social reste le même, seule la technique employée explique la différence de prix de revient de la prothèse. Depuis 1979, dans le cadre de 45 programmes orthopédiques réalisés dans 22 pays, le CICR a assuré la fabrication de plus de 100 000 prothèses, destinées à quelque 80 000 amputés, ainsi que de 140 000 paires de béquilles et de 7 000 fauteuils roulants

Le CICR attache beaucoup d'importance à l'enseignement de cette technologie. Des techniciens locaux reçoivent la formation nécessaire et de nombreux amputés, victimes des mines, trouvent un emploi dans les centres d'appareillage orthopédique de l'organisation. Ainsi, le programme orthopédique peut se poursuivre lorsque le CICR quitte le pays. Ces dernières années, en continuant, dans la majorité des cas, à fournir une assistance, le CICR a réussi à remettre ses programmes à des organismes locaux (organes gouvernementaux, pour la plupart, mais aussi fondations privées compétentes ou Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge). Parmi les anciens projets du CICR figurent des centres orthopédiques en Erythrée, au Mozambique, au Soudan, au Tchad et au Zimbabwe.

Un programme du CICR est toujours en cours en Angola, tandis que 15 projets sont financés par le Fonds spécial du CICR pour les handicapés (Cameroun, Ethiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Nigéria, Ouganda, Rwanda, Somalie, Somaliland, Tanzanie, Zaïre, Zambie et Zimbabwe). Le centre orthopédique d'Addis Abeba joue un rôle important sur le plan de la formation. Des techniciens prothésistes venus d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine y sont accueillis et c'est également là qu'a été mis au point un nouvel assortiment orthopédique : les composantes en

polypropylène qu'il contient permettent de réaliser 100 prothèses, au prix de revient - pour le matériel - de 21 dollars US l'unité.

Naturellement, l'assistance médicale prodiguée aux blessés par mine coûte cher. Séjour et soins à l'hôpital, prothèse, logistique, équipement sont autant de facteurs entrant en ligne de compte. Chaque année, le coût de l'assistance en faveur de milliers de victimes des mines terrestres - prise en charge chirurgicale, rééducation physique, réadaptation psychologique et réinsertion sociale - représente au total plusieurs dizaines de millions de dollars US. Or, toutes les organisations d'assistance manquent chroniquement de fonds et aucune d'entre elles ne peut répondre aux besoins de l'ensemble des victimes.

Toute stratégie efficace en matière d'assistance aux victimes des mines antipersonnel se résume en ceci : répondre aux besoins du plus grand nombre possible de personnes blessées ou mutilées par les mines, tout en permettant au reste de la population de se nourrir, de se loger et de s'instruire. Une telle stratégie ne peut être mise en oeuvre que s'il existe un processus de prise de décision basé sur une évaluation objective et précise non seulement des besoins, mais aussi des ressources disponibles et des obstacles qui risquent d'apparaître. Des priorités doivent être fixées car autant les besoins sont immenses, autant l'argent est rare. Les victimes des mines ne sont que l'une des catégories de blessés et les blessés ne sont que l'une des catégories de personnes ayant besoin d'assistance. De nombreuses contraintes pèsent sur l'action dans les zones de conflit. L'accès aux blessés et aux personnes démunies est primordial mais, dans une zone de guerre, la sécurité des blessés et de ceux qui les soignent est une nécessité absolue. Au cours de l'année écoulée, comme un certain nombre de membres d'organisations humanitaires non gouvernementales et d'observateurs des droits de l'homme des Nations Unies, des collaborateurs du CICR ont été victimes (au Burundi et en Tchétchénie) de tragiques incidents de sécurité.

Si les besoins immédiats des victimes ne sont que partiellement couverts par le CICR et les autres organisations, c'est pour plusieurs raisons :

- insuffisance manifeste de fonds pour les projets déjà en cours ;
- caractère pratiquement insurmontable des contraintes spécifiques qui entravent l'action dans chacun des pays affectés par le problème des mines ;
- absence de conception globale et coordonnée du problème de l'assistance aux victimes *dans une perspective à long terme*.

Trois séries de mesures, à la fois réalistes et pouvant être immédiatement mises en oeuvre, permettraient d'améliorer l'assistance aux victimes des mines. Premier objectif : faire en sorte que toutes les victimes des mines aient accès aux soins chirurgicaux et à la rééducation. Deuxième objectif : répondre de manière efficace aux besoins psychologiques et sociaux des personnes blessées ou mutilées par les mines. Troisième objectif : mesurer l'impact véritable de la présence des mines sur le développement social et économique des pays touchés par ce fléau.

Représentant la première étape du processus qui devrait permettre d'atteindre les trois objectifs ci-dessus, les initiatives suivantes sont proposées par le CICR :

1) Pour être le plus efficace possible, toute assistance concrète dans les pays affectés par les mines doit être conçue selon un schéma prévoyant l'intégration des différentes mesures envisagées, celles-ci devant être à la fois préventives, correctrices et réparatrices. Le CICR est convaincu qu'il n'existe, à long terme, qu'une manière d'accroître qualitativement et quantitativement l'assistance aux victimes des mines : faire en sorte que les informations sur le problème des mines, tel qu'il se présente dans son intégralité dans un contexte donné, soient diffusées et analysées de manière structurée.

Il devrait donc exister, dans chaque région ou pays touché par ce fléau, un Système de renseignements sur les mines (SRM) permettant l'échange d'informations entre les gouvernements, les autorités locales, le CICR, les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du

Croissant-Rouge, les institutions des Nations Unies et l'ensemble du réseau des organisations non gouvernementales, tant locales qu'internationales. En rassemblant, et en diffusant, des informations sur tous les aspects de l'assistance et de la prévention, il sera ensuite possible de mieux coordonner les activités humanitaires et de déterminer les besoins et les priorités opérationnelles : sensibilisations aux dangers des mines, déminage, accès aux victimes, soins chirurgicaux appropriés aux blessés, rééducation et réinsertion sociale.

Toute société affectée par le problème des mines traverse différentes phases (au cours desquelles les priorités opérationnelles varient) à mesure qu'elle doit relever les multiples défis liés non seulement à la présence des mines antipersonnel, mais aussi au conflit, puis aux efforts de reconstruction et de réconciliation. Grâce à une meilleure coordination, il sera possible de mieux définir les priorités à tout moment et d'allouer de manière optimale les ressources (extérieures ou locales) aux différents volets de l'action de prévention et d'assistance.

2) Sur le plan régional, les soins et la rééducation des blessés par mine devraient faire régulièrement l'objet de sessions de formation organisées à l'intention du personnel de santé, tant civil que militaire.

3) Davantage d'efforts devraient être déployés afin d'évaluer, puis de couvrir, les besoins spécifiques des victimes des mines sur le plan psychologique et social, ces aspects étant bien trop souvent oubliés ou négligés dans la situation difficile que traverse toute société au sortir d'un conflit.

4) Toutes les organisations, tous les gouvernements et organismes préoccupés par le problème des mines devraient se mobiliser en vue d'obtenir un meilleur accès aux victimes des mines et, si possible, fournir un appui logistique aux blessés pour leur permettre de recevoir des soins et une assistance appropriés dans des établissements médicaux ou des centres orthopédiques.

Si le CICR est présent aujourd'hui à cette conférence, ce n'est pas seulement pour faire connaître son action et son engagement en faveur des victimes des mines. C'est aussi pour déterminer de quelle manière l'échange d'informations, qui revêt une telle importance, peut être réalisé dans la pratique. Aucun organisme, aucune organisation ne peut répondre aux besoins des centaines de milliers de personnes mutilées par les mines à travers le monde. Cependant, un meilleur flux des informations, une coopération renforcée, la mise à disposition de ressources accrues et la création de la volonté politique nécessaire sont autant de facteurs qui permettront de renforcer et d'améliorer considérablement l'assistance aux victimes des mines.