

COLLECTION

mines

Agir contre les mines

**Les victimes
de mines
en Casamance
(Sénégal)**

1988-1999

Novembre 2000

**HANDICAP
INTERNATIONAL**

Vivre debout

Summary Landmine victims in Casamance (1988 - 1999)

Casamance is a region located in the South of Senegal. It has faced a conflict, during which antipersonnel landmines have been used. This document shows the results of a study aiming at identifying the incidence and characteristics of these accidents, during the period 1988 - 1999. The study is descriptive, and only direct victims (people injured or killed) have been considered.

During the period studied, 433 victims have been reported. Between 1988 and 1996, only 14 cases have been reported, but at that time, there was no data collection mechanism. There have been 159 victims in 1997, 195 in 1998, and 59 in 1999, which represented a 70% decrease.

Among these 433 victims, 355 were civilians, representing more than 80% of the accidents. Three quarters (3/4) of the victims were men (329 men, 104 women), but women died nearly twice as often than men from landmine accidents. Although this higher vulnerability has also been noted in other countries, no study was able to give a scientific explanation to it at the moment.

Landmine victims in Casamance were young : half of them (49.7%) were aged between 15 and 29 at the time of the accident (both men and women).

Most of the victims have suffered multiple injuries¹ (28.2%), whereas 17.3% have been amputated ; most of these amputations (92%) concerned inferior limbs, and half of them were realized above the knee. An indication of the future needs of the victims, in terms of rehabilitation, prostheses and reintegration was given by the number of amputations.

Accidents usually occur when people were far from where they lived (76%), and for 67% of them, the victim was in a car or other vehicle. 70% of the accidents took place in inhabited zones.

No specific professional activity has been identified as being more risky than another : all active people appeared vulnerable to a similar degree. Moreover, victims were both active (63%) and inactive (37%) people. It was better to say that there were risky-activities, which was to say anything that lead somebody to get out of home (family visit, food, etc.).

Most of the accidents took place in the Ziguinchor region (80%), which was in a central location in the conflict.

In most of the cases (70%), the place where the accident occurred was not marked as being mined, and 61% of the victims have said that the zone where they were injured was not suspected to be mined. Globally, victims were not well informed about the risk of landmines. The Mine Risk Education program therefore responded to the basic and essential requirements for this information ■

¹ A multiple injury is a combination of injuries of varying severity. It does not include amputation.

1. Introduction

1.1. Contexte géographique et démographique

La Casamance est une zone située au sud du Sénégal et est enclavée entre la république de la Gambie et celle de la Guinée Bissau². Elle est constituée de deux régions administratives ; celle de Ziguinchor à l'ouest et celle de Kolda à l'est.

La région de Ziguinchor compte une population évaluée à 398 337 Hbts en 1988 et s'étend sur 7 339 Km² , soit une densité moyenne de 54 Hbts au Km² . Cette région comporte 3 départements : Ziguinchor, Bignona et Oussouye.

La région de Kolda s'étend sur une superficie de 21 011 Km² et a une population estimée à 591 833 Hbts, soit une densité moyenne de 28 Hbts/Km². La région de Kolda comporte 3 départements : Kolda, Sédhiou et Vélingara.

1.2. Objectifs

Avec le conflit, des accidents par mines antipersonnel (MAP) ont été signalés. Handicap International, à travers son Programme d'Education pour la Prévention des Accidents par Mines (PEPAM), tente de prévenir ces accidents en attendant qu'une solution de déminage puisse être mise en place. Ce programme nécessite d'appréhender la situation des accidents et des victimes pour pouvoir orienter, moduler, doser les actions à entreprendre dans ce sens.

Dans cette mesure, les objectifs de cette étude ont été les suivants :

1. Connaître l'incidence³ et les caractéristiques des accidents par MAP.
2. Etudier leurs dynamiques spatiale, temporelle et sociale:
 - où ont-ils eu lieu ?
 - A-t-on observé une recrudescence ou un fléchissement du nombre total de victimes au cours des onze dernières années (1988-1999)?
 - Existe-t-il une typologie sociale des victimes ?
3. Disposer de systèmes et d'indicateurs d'alerte en cas de recrudescence des accidents ou de dysfonctionnement dans leur prise en charge.
4. Connaître les facteurs et les groupes à risque afin de proposer les mesures de prévention et les recommandations les plus adaptées.
5. Disposer d'une base de données à partager avec les partenaires intervenants dans la zone.
6. Fournir un support aux études ultérieures mesurant l'impact socio-économique de la présence des mines sur ce territoire

² Voir carte en annexe

³ Incidence : nombre de nouveaux cas sur une période donnée. Cette mesure donne un aperçu de l'ampleur du phénomène observé.

2. Population et méthode

2.1. Population

Seules les victimes directes des mines antipersonnel (MAP), de mines antigroupe (MAG), de mines antichar (MAC) et d'UXO (engins non explosés) ont été incluses dans l'étude. Ont été considérées comme victimes uniquement les personnes blessées et/ou tuées lors de l'explosion d'une mine.

Aucun degré de gravité de la blessure n'a été constitutif de critère d'inclusion : toute victime blessée, même légèrement, a été retenue. En ce qui concerne le décès, seules les victimes décédées des suites de l'accident dans les deux semaines qui l'ont suivi ont été enregistrées comme décédées. Les victimes décédées à distance de l'accident, soit plus de deux semaines après ce dernier, ont été enregistrées comme victimes blessées.

Six listes constituées d'informations d'origines différentes, ont été entrées la base de données et leur fusion a débouché sur une liste d'ensemble qui a servi de référence à l'identification des victimes. Au total 433 victimes ont été identifiées et interrogées (elles-mêmes ou un témoin en cas de décès).

2.2. Méthode

2.2.1. Sources de données

Après identification des structures ressources pouvant faciliter l'organisation de la collecte de données, il a été décidé de procéder à des entretiens avec toutes les victimes identifiées, les victimes décédées étant représentées par un de leur proche (parent ou témoin visuel de l'accident). Pour ce faire, une liste des victimes entrées à l'hôpital de Ziguinchor a été fournie par le service des urgences qui les a accueillies. D'autre part, des procès verbaux de gendarmerie permettant l'identification de ces victimes et d'autres qui n'étaient pas passées par l'hôpital de Ziguinchor (non hospitalisées ou décédées sur place), ont complété la liste des personnes à rencontrer. Enfin, l'enquête elle-même s'est « auto-nourrie » des témoignages de victimes relatant d'autres accidents qui ont permis l'identification de nouvelles victimes. Par ailleurs, des entretiens avec Rencontre Africaine pour la Défense des Droits de l'Homme (RADDHO), l'Association pour la Promotion de la mère et de l'enfant (KAGAMEN) et l'Ong italienne COSPE ont été organisées dans le but d'obtenir des renseignements sur des éventuelles victimes. Ces opérations ont permis de créer une liste d'ensemble de victimes présumées qui a servi de point de départ dans l'organisation de la collecte.

2.2.2. Outil de recueil

Il s'agit d'une enquête par questionnaire⁴. Hormis une question, toutes les questions ont été de type « fermé ». Un travail de codification des variables s'en est suivi pour rendre possible l'analyse statistique des données recueillies. Le logiciel utilisé pour le traitement des données a été SPSS for Windows, chaque questionnaire rempli étant, au moment de la saisie, rendu anonyme par l'utilisation d'un numéro de code.

⁴ Voir questionnaire en annexe

2.2.3. Formation à l'utilisation du questionnaire

Des actions ont été entreprises en vue d'organiser le travail de collecte des agents, de les familiariser avec l'approche individuelle des entretiens (aspects psychologiques et déontologiques – consentement des personnes et confidentialité).

Après avoir été familiarisé avec l'outil de collecte, chaque agent s'est trouvé en possession d'une liste présentant, par département, arrondissement et communauté rurale, des victimes présumées de la zone.

De plus, des visites de terrain dans les deux régions (dans les départements et les arrondissements), ont été effectuées afin de prendre contact avec les autorités locales (gouverneur, préfets, sous – préfets, élus locaux, gendarmerie, structures sanitaires). Ces visites ont permis de préparer le terrain pour faciliter la collecte des informations.

Enfin, les agents ont été affectés dans les arrondissements.

3. Résultats

◆ Caractéristiques démographiques et socio-économiques des victimes.

Tableau 1: Répartition des victimes par sexe

Sexe	Effectif	%
Masculin	329	76
Féminin	104	24
Total	433	100

Tableau 2 : répartition des victimes par âge

Groupe d'âge	Sexe victimes				Total	
	Masculin		Féminin			
	n	%	n	%	n	%
0-4 ans	3	1,0	3	3,2	6	1,5
5-9 ans	9	2,9	5	5,4	14	3,4
10-14 ans	36	11,4	5	5,4	41	10,0
15-19 ans	46	14,6	14	15,1	60	14,7
20-24 ans	68	21,6	12	12,9	80	19,6
25-29 ans	55	17,5	8	8,6	63	15,4
30-34 ans	23	7,3	10	10,8	33	8,1
35-39 ans	30	9,5	9	9,7	39	9,6
40-44 ans	9	2,9	8	8,6	17	4,2
45-49 ans	11	3,5	4	4,3	15	3,7
50-54 ans	7	2,2	9	9,7	16	3,9
55-59 ans	7	2,2	2	2,2	9	2,2
60-64 ans	3	1,0	3	3,2	6	1,5
65-69 ans	8	2,5	1	1,1	9	2,2
Total pour âge déclaré	315	100	93	100	408	100
Non déclaré	14	4,3	11	10,6	25	-

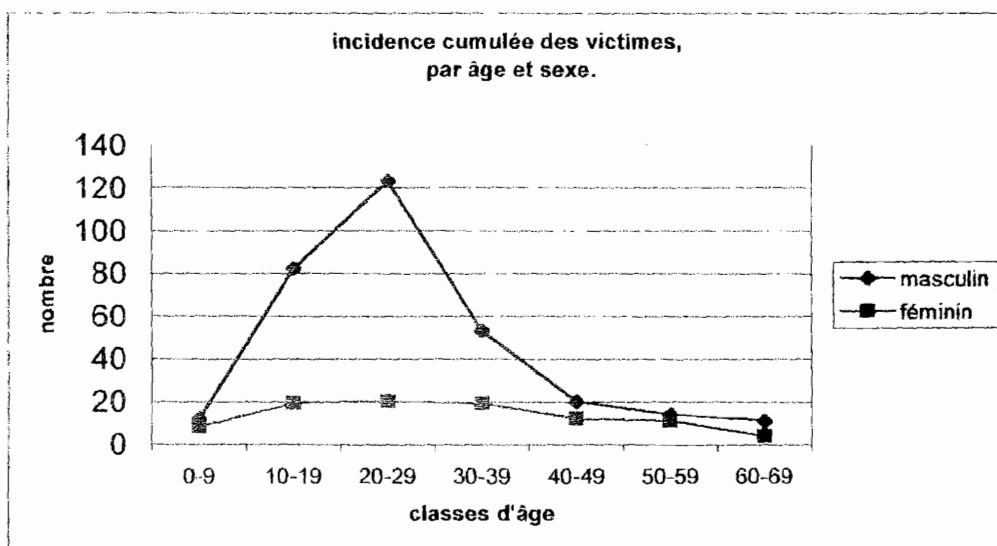


Figure 1

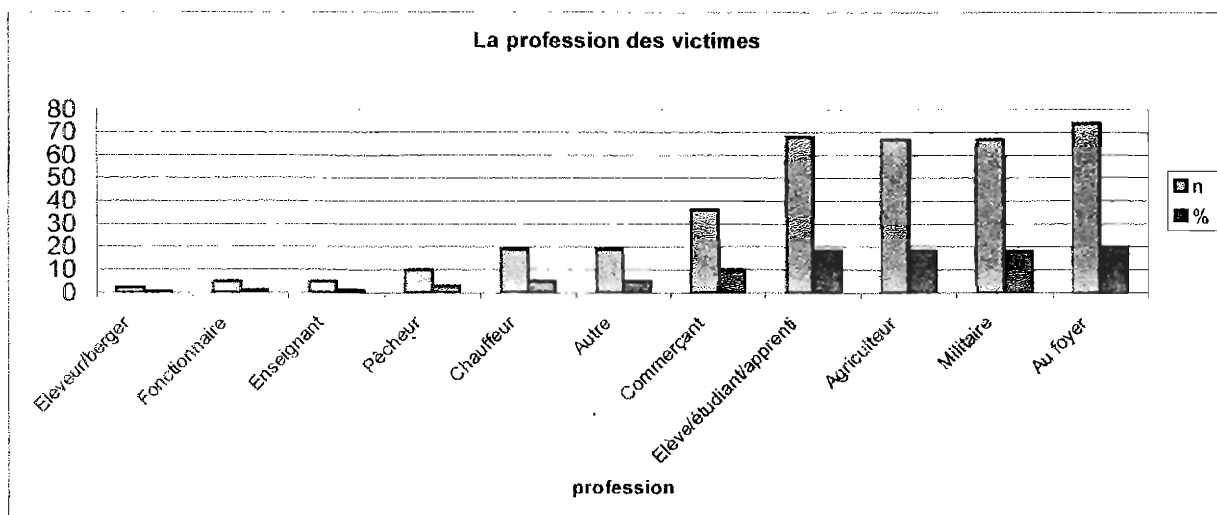


Figure 2

Sur les 433 victimes identifiées, 355 victimes des deux sexes étaient des civils soit 82% du total des victimes, les autres victimes (18%) étant constituées de militaires.

Sur les 329 hommes victimes, 78, soit 31% des hommes, étaient militaires (uniquement masculins) au moment de l'accident.

◆ Caractéristiques géographiques et temporelles des accidents par mines.

Tableau 3: Répartition régionale des accidents

Régions où ont eu lieu les accidents	Effectif	%
Ziguinchor	342	79
Kolda*	91	21
Total	433	100

* Pour la région de Kolda, seul le département de Sedhiou a été concerné par des accidents

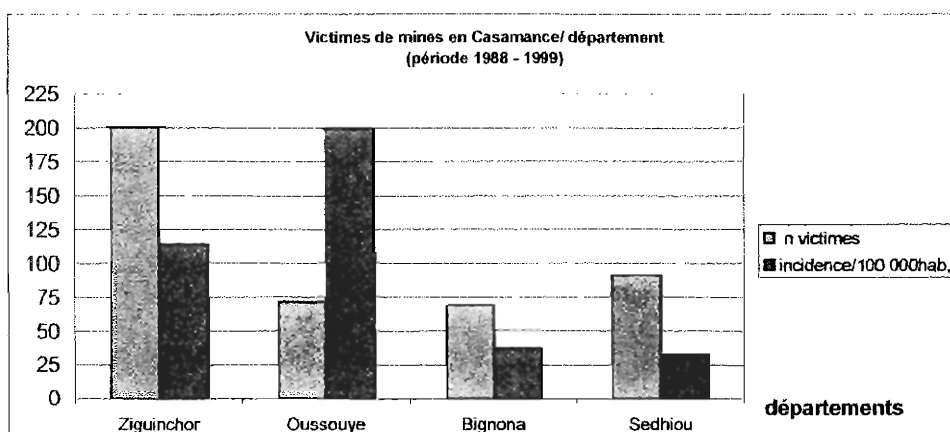


Figure 3

Tableau 4 : Répartition des victimes de mines par localités géographiques (commune/village)

localités du département de Ziguinchor

Département	Code géographique	Village/commune	Nombre de victimes
Commune de Ziguinchor			
Département de Ziguinchor	21110	Lyndiane	8
	21120	Kandialang	1
	21130	Soucoupapaye/Ziguinchor	1
	21140	Gd Dakar	2
Arrondissement de Niaguis			
	21210	Adéane	1
	21211	Diagnon	8
	21212	Sindone	13
	21213	Baghagha	4
	21216	Agnak	3
	21220	Boutoupa	13
	21221	Bourofaye	1
	21222	Mpack	1
	21223	Niadiou	1
	21224	St louis Mancagne	2
	21225	Petit camp	1
	21226	Camaracounda	7
	21230	Niaguis	2
	21231	Mandina mancagne	2
	21232	Soucouta	5
	21233	Boutoute	15
	21234	Boulome	10
	21235	Gouraff	2
	21238	Kantène	1
	21239	Kitor	2
Arrondissement de Nyassia			
	21320	Nyassia	25
	21321	Kaguitte	40
	21322	Dar Salam	4
	21323	Bacounoum	2
	21324	Dioher	1
	21325	Dialang	3
	21326	Babonda	16
	21327	Bademe	4

(Pour des raisons de sécurité, les victimes résidant dans la communauté rurale de Santhiaba Manjac du département de Oussouye et dans les arrondissement de Niaguis et Nyassia du département de Ziguinchor, n'ont pas été investiguées.)

Tableau 4 (suite) : Répartition des victimes de mines par localités géographiques.

Localités du département d'Oussouye

Département	Code géographique	Village/commune	Nombre de victimes
Département d'Oussouye	Commune d'Oussouye		
	22100	Oussouye	1
	Arrondissement de Cabrousse		
	22221	Djirack	4
	22223	Effok	4
	22224	Youtou	2
	Arrondissement de Loudia Oualof		
	22310	Oukout	37
	22314	Emaye	2
	22321	Siganar	2
	22322	Boukitingho	2
	22325	Mlomp	18

Localités du département de Bignona

Département	Code géographique	Village/commune	Nombre de victimes
Département De Bignona	Commune de Bignona		
	23110	Bignona	19
	Commune de Thionck-essyl		
	23200	Thionck-essyl	8
	Arrondissement de Diouloulou		
	23311	Néma	2
	23315	Kataba 1	2
	Arrondissement de Sindian		
	23411	Boulinghoye	2
	23412	Diaboudior	1
	23413	Madiadian	3
	23414	Sitoukène	2
	23430	Sindian	1
	23432	Leufeu	28
	23441	Katinong	1

Tableau 4 (suite) : Répartition des victimes de mines par localités géographiques (commune/village)

Localités du département de Sédhiou

Département	Code géographique	Village/commune	Nombre de victimes
Département de Sédhiou	Commune de Goudomp		
	92200	Goudomp	5
	Arrondissement de Diattacounda		
	92410	Diattacounda	4
	92411	Thiar	2
	92412	Sincaptildji	1
	92413	Manécounda	1
	92415	Safane	1
	92416	Athioufa	1
	92417	Bondali	1
	92418	Djimbana	4
	92419	Kanampar	1
	92420	Djibanar	3
	92421	Bindaba	4
	92422	Saliote	9
	92423	Bafata	2
	92424	Singhère	8
	92425	Birkama	4
	92427	Mangacounda	1
	92428	Kaour	7
	92429	Pontados	2
	92431	Samine	9
	92432	Sathioum	10
	92433	Djidadji manding	8
	92435	Madina samine	2
	??	?	1

* Une personne a été victime d'un accident par mine dans cet arrondissement mais la commune où il a eu lieu précisément n'a pas été notifiée.

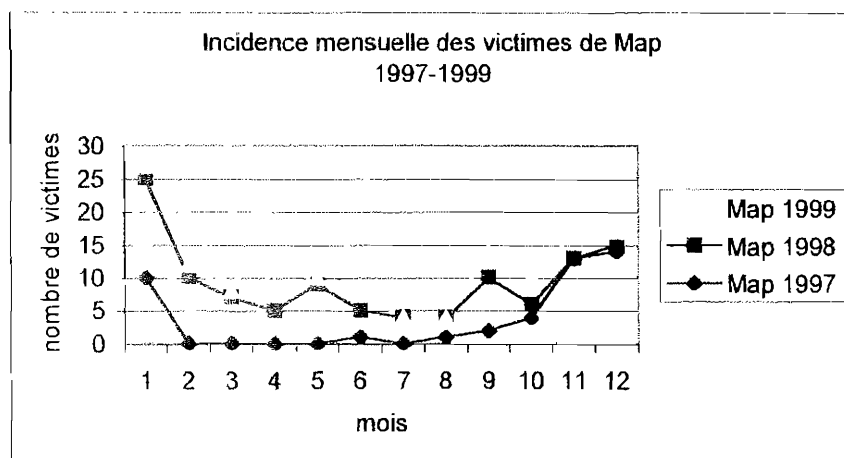


Figure 4

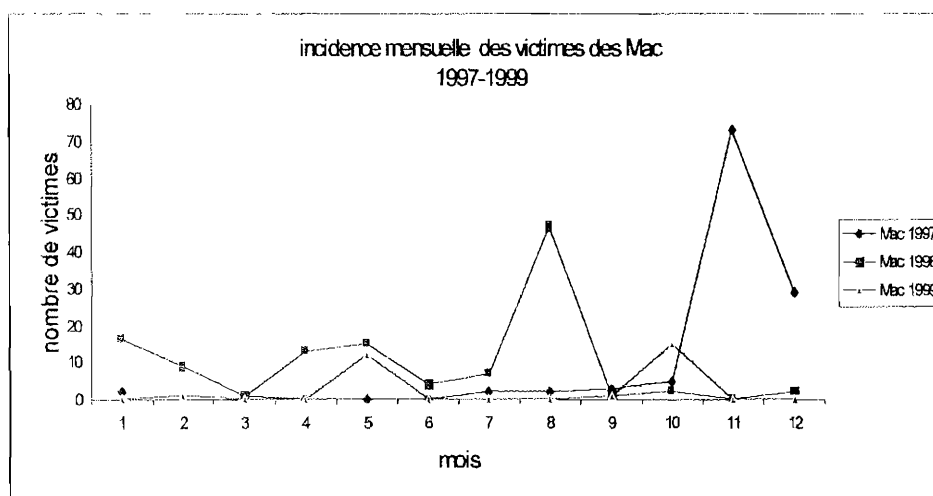


Figure 4 bis

Tableau 5 : Répartition des victimes selon l'année d'accident

Années	Effectif	%
De 1988 à 1996*	14	3,3
1997	159	36,7
1998	195	45,0
1999	59	13,6
Non déclaré	6	1,4
Total	433	100

* Pendant ces 9 années, aucun dispositif de recueil de données n'avait été mis en place.

◆ **Modes de survenue et circonstances des accidents**

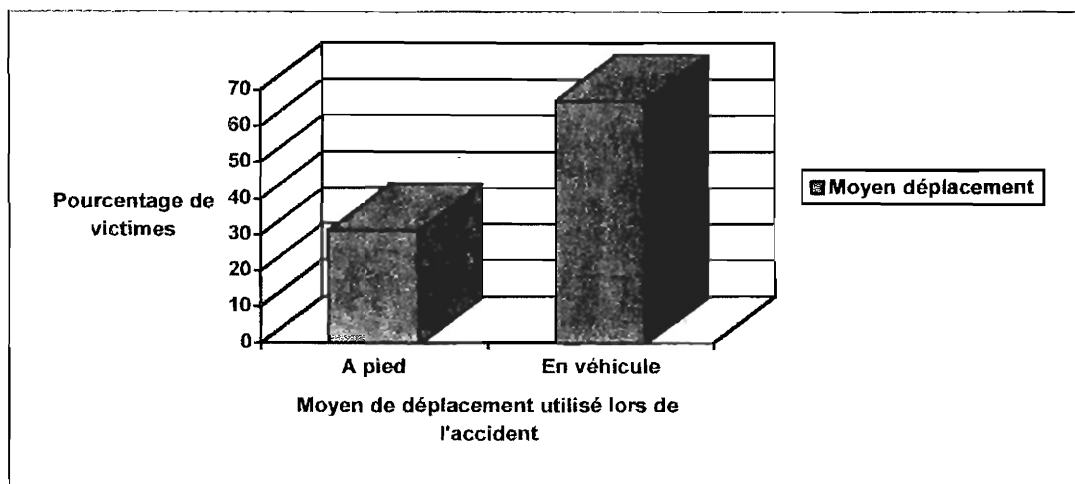


Figure 5

Tableau 6 Activité exercée au moment de l'accident

Activité lors de l'accident	Sexe victimes				Total	
	Masculin		Féminin		n	%
	n	%	n	%		
Voyage d'agrément	44	13,4	39	37,5	83	19,2
Ramassage du Bois	16	4,9	3	2,9	19	4,4
Garde du troupeau	6	1,8	-	-	6	1,4
Dans les champs	15	4,6	5	4,8	20	4,6
Jeux d'enfant	2	0,6	1	1,0	3	0,7
Aller/retour de l'école	3	0,9	2	1,9	5	1,2
Aller/retour du champs	19	5,8	1	1,0	20	4,6
Aller/retour de la pêche	6	1,8	1	1,0	7	1,6
Aller/retour de cueillette	19	5,8	5	4,8	24	5,5
Autres*	87	26,4	10	9,6	97	22,4
Aller secourir une victime	1	0,3	1	1,0	2	0,5
Voyage sans précision	20	6,1	7	6,7	27	6,2
Voyage d'affaire†	81	24,6	21	20,2	102	23,6
Non réponse	10	3,0	8	7,7	18	4,2
Total	329	100	104	100	433	100

* Parmi ces « autres » activités, ont été incluses les activités militaires

† On entend par « voyage d'affaire » tout voyage motivé par des raisons économiques (déplacements en vue d'acheter ou de vendre des produits de commerce, etc.)

◆ Conséquences des accidents

Tableau 7 : Nature des blessures causées par l'accident

Description Blessure	Sexe victimes				Total	
	Masculin		Féminin			
	n	%	n	%	n	%
Brûlures	19	5,7	8	7,6	27	6,2
Criblage	21	6,4	6	5,8	27	6,2
Traumatisme*	28	8,5	9	8,7	37	8,5
Atteinte à l'œil	5	1,5	1	1	6	1,4
Troubles de l'audition	3	0,9	4	3,9	7	1,6
Décès	62	19	33	31,7	95	22
Lésions multiples	103	31,3	19	18,3	122	28,2
Rachis	13	3,9	3	2,9	16	3,7
Amputation	54	16,4	21	20,2	75	17,3
Non précisé †	21	6,4	-	-	21	4,8
Total	329	100	104	100	433	100

* La notion de traumatisme correspond aux définitions de la Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} édition (CIM 10) , Chapitre V, paragraphes F43 (43.0 et 43.1) et F62 (62.0) relatifs respectivement à « l'état de stress post-traumatique », à la « réaction aiguë à un facteur de stress » et à la « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe ». (voir annexe)

† Il s'agit ici le plus souvent de blessures légères n'ayant pas entraîné d'hospitalisation systématique. Par ailleurs, certaines victimes de blessures abdominales n'ayant pas voulu faire état de leurs lésions en raison du caractère confidentiel qu'elles leur ont attribué (blessures uretères, lésions génitales), ces blessures ont été codées « non précisé ».

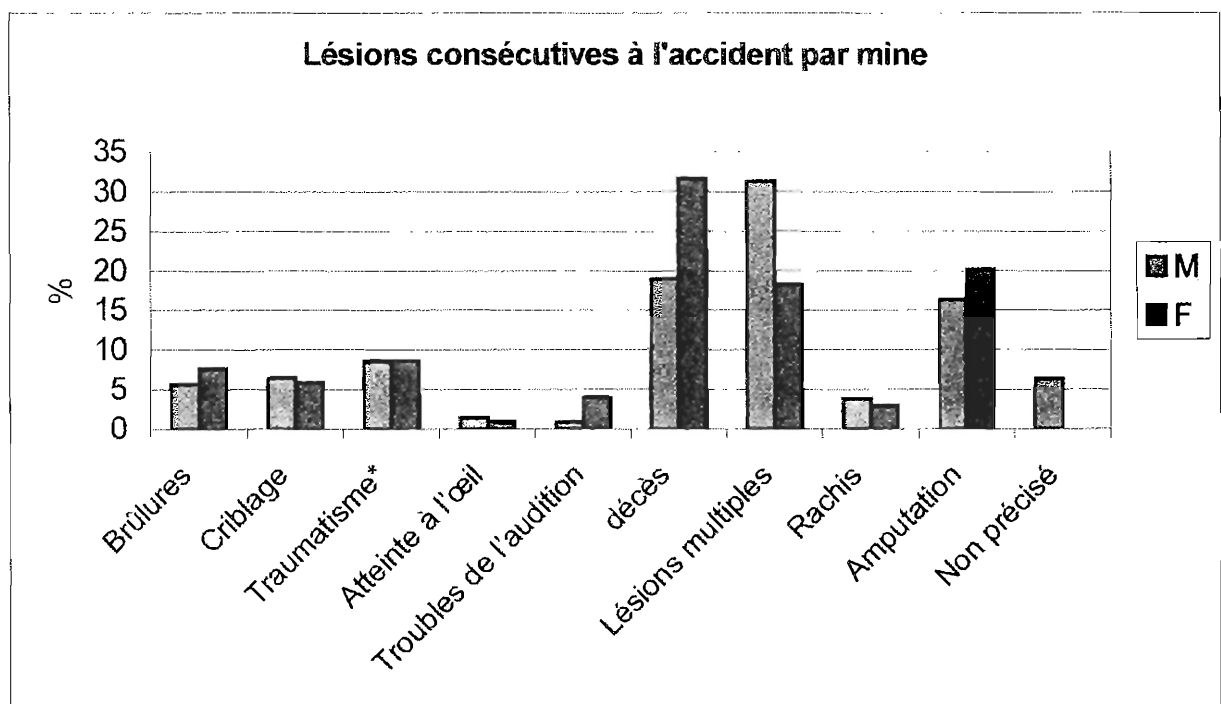


Figure 7

Tableau 8 : Répartition des victimes amputées selon le type d'amputation

Type d'amputation	Sexe victimes				Total	
	Masculin		Féminin		Total	
Type d'amputation	n	%	n	%	n	%
Deux jambes	12	22,2	8	38,1	20	26,7
Une jambe	38	70,4	11	52,4	49	65,3
Un bras	4	7,4	-	-	4	5,3
Autres*	-	-	2	9,5	2	2,7
Total des amputés	54	100	21	100	75	100

* ex : main, doigts...

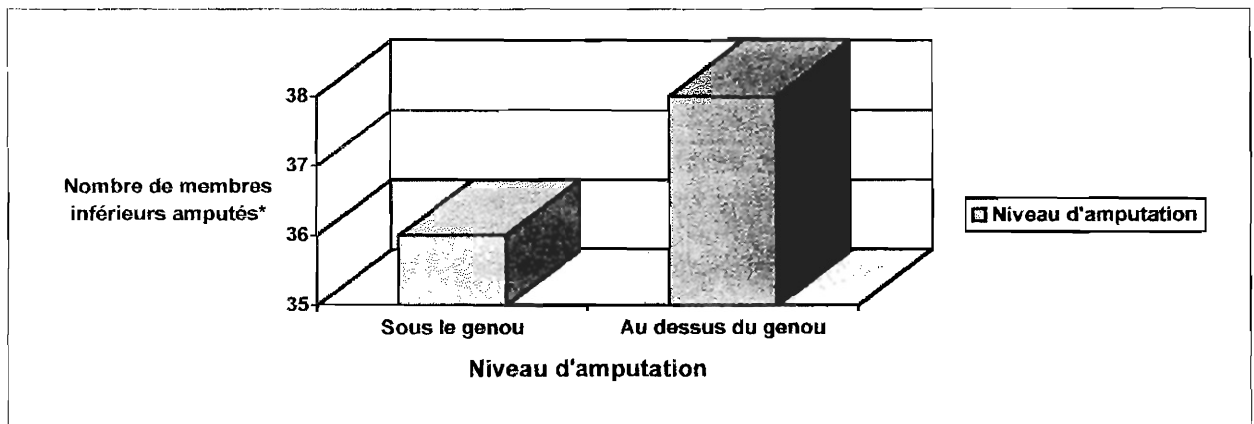


Figure 8 : Répartition des victimes selon le niveau de l'amputation

* Les données ont pu être recueillies sur 74 des 89 membres inférieurs amputés. Plus d'une amputation sur deux (51,4%) a été réalisée au dessus du genou.

Tableau 9 : létalité des accidents par mines selon le sexe des victimes

Sexe	Décédé	Non décédé	Total
Hommes	62 (18.8%)	267	329
Femmes	33 (31.7%)	71	104
Total	95 (21.9%)	338	433

Tableau 10 : Létalité des accidents par mines par classe d'âge des victimes

Conséquences de l'accident	Classes d'âge des victimes					
	0-14	15-29	30-44	45-59	60 et plus	Total
Décès	13	34	18	18	7	90
Survie	47	140	68	22	8	285
Total	60	174	86	40	15	375*

* 58 victimes n'ont pas été rapportées dans ce tableau : 5 décédées et 53 blessées, en raison du manque d'information concernant la classe d'âge auxquelles elles appartenaient

- **Caractéristiques des zones d'accidents et des types de mines utilisés**

Tableau 11 : Répartition des victimes selon le type de mine

Type de mine	n	%
MAP	135	31,2
MAC	264	61,0
MAG	17	3,9
UXO	6	1,4
Autres	8	1,8
Ne sait pas	6	0,7
Total	433	100

MAP : Mine Antipersonnel

MAC : Mine Anti Char

MAG : Mine Anti Groupe

UXO : Unexploded Ordnance = engin non explosé

A toutes les questions suivantes (tableaux 12, 13, 14, 15, 16, 17), les victimes ont répondu en fonction des connaissances qu'elles avaient au moment de l'accident :

Tableau 12 : La zone était-elle abandonnée par les villageois ?

La zone était-elle abandonnée par les villageois ?	Total	
	n	%
Oui	22	5,1
Non	304	70,2
Ne sait pas	107	24,7
Total	433	100

Tableau 13 : La zone était-elle répertoriée minée ?

Zone répertoriée minée	Total	
	n	%
Oui	55	12,7
Non	266	61,4
Ne sait pas	112	25,9
Total	433	100

Tableau 14 : Présence de combat dans les lieux

Présence de combats*	Total	
	n	%
Oui	99	22,9
Non	224	51,7
Ne sait pas	110	25,4
Total	433	100

Tableau 15 : Présence de positions ou campements proches de la zone

Présence de campements	Total	
	n	%
Oui	114	26,3
Non	211	48,7
Ne sait pas	108	25,0
Total	433	100

Tableau 16 : La zone était-elle marquée lors de l'accident

Marquage Zone	Total	
	n	%
Oui	17	3,9
Non	305	70,5
Non déclaré	111	25,6
Total	433	100

Tableau 17 : Type de marquage de la zone

Type de marquage	Total	
	n	%
Militaire	15	88,3
local de circonstance	2	11,8
Total	17	100

Les pourcentages ont été calculés avec les effectifs des victimes ayant déclaré que la zone était marquée.

◆ **Connaissances du risque**

Tableau 18 : La victime savait-elle que la zone était à risque ?

Connaissance du risque dans cette zone	Total	
	n	%
Oui	39	9,0
Non	284	65,6
Non réponse	110	25,4
Total	433	100

Les informations concernant la connaissance du risque rapporté à cette zone ont été tout d'abord analysées selon le sexe des victimes. Pour interpréter les comparaisons observées entre les différents pourcentages obtenus, un test statistique (Khi carré) a été effectué. Ce test n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes d'hommes et femmes.

Les 39 personnes qui ont pris le risque de passer dans la zone réputée minée et qui ont été victimes d'un accident ont ensuite été interrogées sur leurs motivations (tableau 19). Seules 14 personnes ont répondu, ce qui n'a pas permis d'évaluer si la différence entre les réponses masculines et féminines était significative (effectifs calculés < à 5).

Tableau 19 : Sachant que la zone était à risque, pourquoi y être allé ?

Motivations	Sexe victimes				Total	
	Masculin		Féminin		n	%
	n	%	n	%		
Recherche de gain pour la survie	8	29,6	2	16,7	10	25,6
Obligations sociales (Cérémonies....)	2	7,4	2	16,7	4	10,2
Non déclaré	17	63,0	8	66,6	25	64,2
Total	27	100	12	100	39	100

Tableau 20 : D'autres accidents ont-ils été signalés dans la zone ?

Autres accidents dans la zone	Total	
	n	%
Oui	86	19,9
Non	241	55,7
Ne sait pas	106	24,4
Total	433	100

Tableau 21 : Des explosions ont-elles été entendues dans la zone ?

Explosions entendues	Total	
	n	%
Oui	117	27
Non	208	48
Ne sait pas	108	25
Total	433	100

Tableau 22 : Des animaux ont ils été tués par les mines dans la zone ?

Des animaux ont ils été tués par les mines dans la zone ?	Total	
	n	%
Oui	54	12,5
Non	266	61,4
Ne sait pas	113	26,1
Total	325	100

Tableau 23 : Sensibilisation par PEPAM

Avez-vous été sensibilisé par PEPAM ?	Total	
	n	%
Oui	15	3,5
Non	172	39,7
Non réponse	246	56,8
Total	433	100

4. Analyse des résultats et recommandations

1. Sexe, âge, morbidité, létalité :

➤ Sur-représentativité des hommes chez les victimes

Les trois quarts des victimes sont des hommes. Cette proportion est retrouvée dans de nombreuses études⁵ sans qu'une explication validée par une étude scientifique n'ait encore été donnée. Cet état de fait a permis de soulever plusieurs hypothèses parmi lesquelles :

❖ Les militaires qui sont des hommes « biaisent » les résultats. Si l'on soustrait les militaires du nombre des victimes, le sex-ratio diminue en faveur des femmes.

❖ Les déplacements augmentant le nombre d'accidents, les hommes sont plus vulnérables car leurs activités professionnelles (chasse, pêche, conduite de camions, etc.) les conduisent loin de leur domicile, en zone peu connue d'eux, alors que les femmes ont un périmètre d'activité

⁵ CICR : Assistance for victims of antipersonnel mines : needs, constraints and strategy ; Coupland RM, 1997.
Handicap International : Etude Mozambique, 1999.

plus restreint. En somme, en multipliant les expositions, les hommes multiplieraient les risques.

❖ Les femmes s'approprient davantage les messages de prévention, cela est conforté par les comportements plus responsables des femmes observés dans d'autres domaines (maladies sexuellement transmissibles, planification familiale par exemple).

❖ A la différence des jeunes garçons, les femmes ont moins de conduites « hardies », prennent moins de risques que les hommes. Dans cette mesure, certains accidents par mine peuvent être rapprochés des accidents domestiques : un garçon trouve un objet inconnu et le manipule ou bien franchit par jeu, par défi, les barrières d'une zone interdite et c'est une nouvelle victime.

Ce dernier point ne semble pas constituer la réalité de la Casamance : le pic d'âge des victimes masculines (**figure 1**) se situe dans la tranche des 20 –29 ans, soit après l'adolescence et ses « prises de risques ». Ce ne sont donc certainement pas les conduites spécifiques aux adolescents masculins qui peuvent expliquer la supériorité du nombre des victimes masculines à elles seules.

Quant à l'hypothèse des messages de prévention que les femmes s'approprieraient davantage, il ne peut être mis en évidence dans le cadre de cette étude puisque seulement 3,5% des victimes ont déclaré en avoir bénéficié (**tableau 23**). Toutefois, la question posée aux victimes ne renvoyait qu'aux messages de prévention diffusés dans le cadre du PEPAM. D'autres médias ont pu être mis en œuvre (« bouche à oreille », connaissances d'une victime ou de sa famille, etc.) sans que l'on puisse déterminer la part des victimes qui en ont bénéficié.

Il reste que les victimes militaires ont représenté 18% du total des victimes et 31% des victimes masculines (**figure 2**). Dès lors, une fois ces victimes militaires déduites, on retrouve un sex-ratio de 70% en faveur des hommes, les femmes restant toujours minoritaires puisqu'elles ont alors représenté 30% des victimes civiles (251 hommes et 104 femmes).

S'agissant d'une étude descriptive, les données ne permettent pas d'expliquer pourquoi l'on constate plus de deux fois plus de victimes masculines que féminines dans la population civile. Pourtant cette question nécessite d'être approfondie pour améliorer les messages de prévention en direction des groupes dits « à risque ». Pour ce faire, des hypothèses doivent être avancées pour qu'une enquête spécifique permette de confirmer ou non la sur-représentativité des hommes constatée, et l'explique.

➤ Sur-mortalité féminine

Les femmes décèdent presque deux fois plus que leurs congénères masculins (**tableau 9**) et cette différence est significative ($\chi^2 = 5,66$; ddl =1, $\alpha = 0,02$). Cela a aussi été constaté en Angola, au Mozambique et au Cambodge⁶. Les raisons invoquées pour expliquer cette surmortalité féminine se rapportent habituellement à la constitution physique des victimes : de corpulence plus réduite que les hommes, elles ont moins de chances de survivre qu'eux. En effet l'artère fémorale ou l'aorte abdominale étant plus fréquemment touchées par l'explosion (en raison de la petite taille des femmes), elles décèdent d'hémorragie d'autant plus vite que leur masse sanguine s'avère inférieure à celle des hommes.

Mais là encore, si cette étude ne permet pas d'expliquer les raisons de la surmortalité féminine, elle permet de contester l'explication relative à leur constitution physique. En effet, convenir d'une surmortalité liée à la taille et à la masse sanguine revient à considérer le risque de décès des enfants (de corpulence inférieure à celle des femmes) « au moins superposable » à celui

⁶ Statistiques internes Handicap International

des femmes. Or, la mortalité est significativement liée à l'âge mais cela ne concerne que la classe d'âge des plus de 45 ans (**tableau 10**). Les enfants de 0 à 14 ans ont les mêmes risques de décès que les 15 – 44 ans. On ne peut donc pas conclure que ce sont la proximité des organes vitaux et la faible masse sanguine qui sont responsables des décès des femmes.

Pour comprendre ce phénomène il s'avère nécessaire d'avancer des hypothèses considérant les délais de prise en charge (1ers secours), les pathologies sous-jacentes (comme l'anémie fréquente chez les femmes) mais aussi une éventuelle carence de prise en charge sanitaire des femmes.

Seule une étude épidémiologique dite de « capture - recapture » pourrait « régler » la question à la fois de la surmortalité et de la sous représentativité féminine dans l'enregistrement des victimes.

Dans tous les cas, l'étude (éventuelle) de la mortalité des victimes de mines des deux sexes devra intégrer le fait qu'en pays musulman, les personnes qui décèdent sont enterrées immédiatement et, dans le cas de la Casamance, échappent à l'enregistrement statistique en raison de l'absence de registre de décès.

➤ **Des victimes jeunes.**

La moitié des victimes (49,7%), des deux sexes confondus, avait entre 15 et 29 ans au moment de l'accident (**tableau 2, figure 1**).

Les données recueillies ne font pas état de leurs éventuelles charges de famille, de ce fait l'impact de l'accident en termes économique mais aussi affectif n'a pu être mesuré (ex : nombre d'orphelins, etc.)

En tout état de cause, l'extrême jeunesse de ces victimes laisse présager des soins longs (leur vie durant) et lourds (réadaptation, appareillage).

Par ailleurs, il faut aussi envisager le jeune âge des victimes sous son aspect socio-économique : s'il est de bon augure quant aux capacités de réorientation professionnelle très tôt réalisée, il n'en va pas de même pour les victimes incapables de travailler après l'accident et qui restent à la charge de la famille. L'étude réalisée pendant les événements ne permet pas de déterminer les conséquences à long terme des accidents sur ces victimes jeunes, elle autorise seulement à prendre en compte ces données pour cibler des actions sanitaires et sociales en direction de ces personnes.

➤ **Une morbidité caractérisée par des lésions multiples.**

En raison de l'absence de formation médicale des enquêteurs mais aussi de dossier médical, les fiches ont été remplies d'après les déclarations des victimes. C'est ainsi que les plaies ayant nécessité suture, les fractures, hématomes, traumatismes crâniens, à condition de ne pas être associés à une amputation, une atteinte à l'œil ou à l'oreille, ont été notifiés comme des « lésions multiples ». Cette démarche a facilité le travail des enquêteurs, a évité les erreurs puisque la lésion la plus facilement identifiable ayant seulement été prise en compte, on retrouve autant de lésions que de victimes. Il ne faut pas pour autant perdre de vue les inconvénients de cette saisie : les personnes amputées, ou aveugles, par exemple, ont souffert aussi d'autres lésions (fractures, plaies, stress post-traumatique etc.). Ce système de

classification ne permet donc pas de mesurer l'importance des lésions associées aux pathologies citées, ni le degré de gravité de ces lésions (ex : brûlures).

Par ordre de fréquence les amputations arrivent juste après les lésions multiples (tout en étant souvent associées à d'autres lésions). Ces amputations concernent le plus souvent (92%) le membre inférieur (**figure 8**) et sont réalisées plus d'une fois sur deux (51,4%) au dessus du genou. Outre la gravité de ces lésions, ces données font apparaître les besoins à venir, tant en terme de réadaptation, appareillage que de réinsertion professionnelle.

En ce qui concerne la douleur liée aux blessures causées par les mines (amputation, brûlures, etc.), dont on connaît maintenant l'impact sur le devenir à court et long terme des victimes, elle n'a pas été évaluée. Pourtant, la prise en compte de la douleur dans la prévention des complications physiques, psychiques mais aussi sociales s'avère aussi capitale que n'importe quelle autre mesure sanitaire ou sociale. Le suivi ultérieur des victimes devra intégrer cette donnée.

2. Profession et activité exercées au moment de l'accident

> Il n'y a pas une profession, mais des activités à risque d'accident.

Il ressort de cette étude que les mines frappent aussi les « non-actifs », c'est à dire les personnes au foyer, les enfants âgés de moins de 5 ans et les adultes âgés de plus de 65 ans (appelés « dépendants » ou « sourgas ») ainsi que les élèves, étudiants, apprentis, qui constituent 37 % des victimes (**figure 2**). En ce qui concerne ces personnes, toutes les activités qui les amènent à s'éloigner de leur domicile constituent un risque. C'est ainsi que les activités de loisir comme les voyages d'agrément (visites de famille, promenades, etc.) et les jeux d'enfant représentent 20% des activités menées au moment de l'accident (**tableau 6**).

Quant aux « actifs », ce n'est pas obligatoirement dans le cadre de leurs activités professionnelles strictes qu'ils ont eu un accident. Il y a eu en effet plus d'accidents survenus à l'occasion d'un déplacement motivé par des raisons commerciales (23,6%) que de commerçants (qui représentent 10 % des actifs). En l'absence de possibilité de « croiser » la profession exercée avec l'activité pratiquée au moment de l'accident, il est impossible de déterminer avec exactitude le risque inhérent à chaque profession. Il apparaît cependant que les militaires n'ont pas fait état de leur activité au moment de l'accident, c'est ce qui explique le pourcentage élevé (22,4%) des « autres » activités sans que ces dernières soient forcément attribuables aux militaires (18% des victimes).

Néanmoins, une constante subsiste : 76% des accidents surviennent loin du domicile, et pour 67% d'entre eux, la victime se trouvait à bord d'un véhicule (**figure 5**). A la différence des accidents de la voie publique, il semble que plus les personnes s'éloignent des zones connues par elles, plus le risque est important. Ce constat est capital dans l'appréhension des messages de prévention qui doivent insister sur une majoration de la vigilance à partir du moment où la zone fréquentée n'est pas coutumière (en Europe, dans le cadre de la prévention routière où l'on constate le phénomène inverse, on recommande aux conducteurs d'augmenter leur vigilance dès lors qu'ils se sentent en terrain familier). Le risque encouru par les personnes qui circulent à bord d'un véhicule est d'autant plus important que les accidents par mines sur la voie publique ont pour responsables les mines anti char. Ces mines anti char ont causé deux fois plus de victimes que les mines antipersonnel (**tableau 11**).

3. Caractéristiques géo-temporelles des accidents

➤ Des variations saisonnières peu documentées

On constate une recrudescence du nombre des victimes pendant les mois de novembre, décembre et janvier 1997, 1998 et 1999 (**figure 4**) et à un degré moindre, en mai et septembre de ces trois années. Les deux « pics » de victimes observés en août et novembre (**figure 4 bis**) ont été le fait des mines anti-char qui, en une seule explosion ont blessé et tué des dizaines de

personnes (« accident » d'autobus par exemple). Le pic du mois d'août est à relativiser dans la mesure où par ailleurs, pour la période de trois ans observée, le nombre de victimes des mines antipersonnel est resté stable, en dessous des moyennes mensuelles. Par contre, indépendamment des accidents par mines anti-char, le nombre de victimes des mines antipersonnel augmente à partir de novembre sur les trois années observées. En Casamance, le mois de novembre marque le début des moissons et par conséquent des déplacements de personnes. Mais les activités liées à des périodes bien définies dans l'année, comme la cueillette et l'agriculture ne concernent que 10% des activités déclarées par les victimes au moment de leur accident. Quant aux mois de mai et septembre, ils ont connu en 1998 et 1999, une augmentation du nombre des victimes de mines antipersonnel que ce type d'étude ne permet pas non plus d'explorer. En l'état actuel des données on ne peut que conseiller d'intensifier la prévention à ces périodes et d'émettre des hypothèses pour expliquer ce phénomène (augmentation significative des déplacements, intensification des poses de mines, « relâchement » de la vigilance...?)

➤ Une diminution significative du nombre des victimes en 1999

Au cours de la période observée, le nombre des victimes a fortement diminué en 1999, passant de 195 victimes en 1998 à 59 victimes en 1999, soit une réduction de 70% sans qu'aucune activité de déminage n'ait été réalisée. Sans pouvoir affirmer que l'effet de la campagne de sensibilisation a été grand (d'autant plus que seules les victimes ont été interrogées sur une sensibilisation au danger des mines antérieure à l'accident, mais on ne sait rien des personnes qui n'ont pas eu d'accident), cette diminution du nombre des victimes « force la conviction » d'un impact positif de la campagne de prévention effectuée à cette période, et incite à la poursuivre.

➤ Une répartition inégale des victimes dans l'espace

C'est dans la région de Ziguinchor que l'on a recensé le plus grand nombre de victimes (**tableau 3**), et ce phénomène est sans doute lié à sa position centrale dans la crise casamançaise.

Lorsque l'on rapporte le nombre de victimes au nombre d'habitants du département concerné pendant la période allant de 1988 à 1999 (incidence cumulée), on se rend compte que la plus forte incidence des victimes se situe dans le département d'Oussouye (**figure 3**). Autrement dit, quand on compare les deux départements, le nombre de victimes d'Oussouyé est inférieur au nombre de victimes de Ziguinchor en valeur absolue. Mais le calcul de l'incidence permet de rendre ces deux départements comparables et dans cette mesure, les résultats plus élevés d'Oussouyé laissent présager qu'il existe un risque plus grand dans ce département (nombre de mines enterrées? Prévention insuffisante?).

Quant aux villages les plus fortement touchés, ils sont constitués par ceux de Kaguitte (40 victimes), de Oukout (37 victimes) Leufeu (28 victimes), de Nyassia⁷ (25 victimes), de Bignona (19 victimes), de Mlomp (18 victimes) de Babonda (16 victimes) et de Boutoute (15 victimes) (**tableau 4**).

➤ **Mais l'espace habité n'est pas épargné**

Au moment où a eu lieu leur accident, les victimes se trouvaient en zone habitée pour 70% d'entre elles (**tableau 10**). C'est donc sur les lieux de vie de la population civile que se trouvaient les mines responsables de plus de deux tiers des accidents et en particulier sur les endroits qui reliaient l'habitat au lieu d'activité de la victime (compte tenu des données relatives aux activités menées par la victime (**tableau 6**)).

4. Connaissances, attitudes et comportement des victimes

En l'absence de renseignements précis concernant la localisation des mines, il restait à déterminer

1. Les indices qui auraient pu alerter les victimes.
2. Les connaissances des victimes sur le danger qu'elles encouraient.
3. Les comportements adoptés par ces victimes.

➤ **Peu d'indices permettant de repérer la présence des mines**

Les accidents survenant électivement à distance du domicile, seule une signalisation systématique et facilement identifiable par tout le monde permet aux personnes de rebrousser chemin. Or il apparaît que plus de 70% des zones minées où ont eu lieu les accidents n'étaient pas marquées (**tableau 16**) et celles qui l'étaient provenaient à 88% des militaires (**tableau 17**).

Quant à la présence de combats, de positions ou de campements à proximité de la zone (**tableaux 14 et 15**), elle ne s'est pas révélée pas, pour les victimes, prédictive de la présence de mines (en outre, plus d'une fois sur deux, il n'y avait ni combat ni position à proximité, et pour un quart des victimes cette présence, si présence il y avait, était inconnue). De même, 10 à 30% des victimes n'ont pas été alertées du danger alors qu'elles ont reconnu que d'autres accidents, des explosions, et des animaux tués par des mines avaient été signalés (**tableaux 20, 21 et 22**).

Ces données objectivent la nécessité de disposer d'informations précises et exhaustives relatives aux emplacements des mines afin, dans un premier temps, d'effectuer des marquages explicites interdisant l'accès aux zones minées.

➤ **Des victimes peu informées et des comportements à risque**

61% des victimes (**tableau 13**) ont affirmé que la zone où a eu lieu leur accident n'était pas suspecte de mines. Sans doute ont-elles été les premières victimes dans cette zone ? Rien ne

⁷ Les données de certaines localités de Nyassia et Niaguis sont sous estimées du fait des problèmes d'insécurité.

permet de le savoir. L'analyse des réponses permet de « diviser » les victimes en trois catégories :

- Celles qui croyaient que la zone n'était pas minée et s'y sont rendu en toute confiance (61%).
- Celles qui savaient que la zone étaient minées et on pris le risque de s'y rendre (13%).
- Celles qui ne « savaient pas » que la zone était minée (26%)

La question posée étant de type « fermé », les victimes n'ont pas développé leur réponse. Mais il semble légitime de différencier le premier groupe du troisième (celles qui pensaient la zone saine et celles qui ne savaient pas). La nuance entre le « non » et le « ne sait pas », en effet, porte le sens et la force de la réponse. Les victimes qui ont répondu « non » à la question signifient par là qu'aucune information relative à la présence de mines à cet endroit précis ne les a alertés. Celles qui ont répondu « je ne sais pas » signifient qu'elles ne se sont pas posé la question et l'on constate que ces victimes là représentent un quart des victimes.

Enfin, les 13% de victimes qui ont répondu « oui », signifient qu'elles ont pris le risque de pénétrer dans cette zone, malgré leur connaissance du danger. Mais il subsiste une incohérence dans les réponses de ces victimes « averties » : elles ne sont en effet « plus que » 9% à affirmer qu'elles savaient que la zone était minée (**tableau 18**). Deux raisons peuvent expliquer cette incohérence : la mauvaise compréhension de la première question ou la difficulté à avouer avoir bravé le danger.

Cette deuxième hypothèse est confortée par les motivations avancées par les victimes ayant bravé le danger (**tableau 19**) puisque 64% d'entre elles n'ont pas expliqué les raisons de leur prise de risque par une obligation sociale ou de survie, elles n'ont pas répondu à la question.

Il ressort de ces réponses qu'il reste encore des efforts à fournir en matière d'éducation au danger des mines. La stratégie de prévention devra intégrer le fait que la connaissance du risque à elle seule ne suffit pas à modifier un comportement (en témoignent les 10% environ de victimes averties). En santé publique, les recherches actuelles proposent des approches nouvelles pour tenter d'expliquer le décalage entre les connaissances que les individus peuvent avoir de l'exposition au risque et les comportements qu'ils adoptent : « Les individus construisent leur propre définition (du risque) en s'appuyant certes sur les informations diffusées dans les messages préventifs mais aussi et surtout en fonction de leur expérience sociale (...) La prise de risque ne résulte pas d'une mauvaise interprétation du discours préventif mais d'une incompatibilité entre la définition préventive du risque et la définition que les individus élaborent (en fonction de leur appartenance sociale, de leur trajectoire de vie)⁸ ».

En somme, l'analyse des résultats permet d'envisager la politique de prévention au danger des mines de manière globale, selon les trois aspects qui la composent :

- **Prévention primaire** : la connaissance fine des victimes, de leurs aptitudes et comportement permet d'adapter et d'améliorer les messages et les voies de la prévention. Elle a pour but la réduction de l'incidence des accidents par une action au niveau des causes et des facteurs de risque.
- **Prévention secondaire** : La mise en place d'un système de recueil continu de données optimisé par la multiplicité des sources et l'entraînement de son responsable, en dépistant en temps réel (et non plus de manière rétrospective) la survenue de nouveaux cas, permet

⁸ Nathalie BAJOS, L'analyse des comportements face au risque de contamination par voie sexuelle du VIH : enjeux théoriques et préventifs des différentes approches en santé publique ; in médecine/sciences 1999 ; 15 :725-30.

d'intensifier aux bons moments et aux bons endroits les messages de prévention et d'identifier les besoins des victimes. Elle tend à améliorer l'efficacité de la campagne d'éducation en l'adaptant de manière précoce aux besoins des populations d'une part. D'autre part, cette prévention secondaire permet de dépister et d'alerter rapidement les acteurs en cas de dysfonctionnement du système de prise en charge initiale de ces victimes.

- Prévention tertiaire : La connaissance des conséquences sanitaires (physiques et psychiques) et sociales des victimes permet de les prendre en compte, d'envisager des mesures d'accompagnement, de rééducation, qui s'imposeront à court, moyen et long terme. Dans cette mesure, la prévention tertiaire participe à la diminution des complications liées à l'accident en permettant aux acteurs de santé publique de prévoir les actions, les budgets, voire le cadre législatif qui concourront à l'amélioration des conditions de vie des victimes et de leurs familles le cas échéant. ■

**Cette étude a été réalisée par Handicap International,
(Programme Sénégal et Coordination Mines).**

- **L'équipe H.I. de Ziguinchor (Sénégal) composée de :**

Mme Sophie WYSEUR: Coordonnatrice du programme Casamance de Handicap International

M. Sidy GUEYE : Consultant Statisticien Démographe

M. Ahmed GOUDIABY : responsable du recueil de données à Ziguinchor

M. Doudou FALL: superviseur des agents de sensibilisation et de collecte des données

- **Sous la responsabilité de la Coordination Technique Epidémiologique HI à Lyon (France) :**

Mme Emmanuelle AMAR.

Handicap International remercie :

- les victimes identifiées et leurs proches pour leur contribution et témoignages,
- les agents de collecte de données,
- les responsables et le personnel de l'hôpital de Ziguinchor

ainsi que toutes les personnes, associations et institutions sénégalaises et internationales qui, ont apporté leur appui à ce travail.

ANNEXES

- Questionnaire utilisé par les enquêteurs
- Chapitres de la Classification Internationale des Maladie (CIM), 10^{ème} édition, permettant la nosographie des pathologies rapportées par les enquêteurs sous le terme de « traumatisme ».

ENQUETE de TERRAIN suite à ACCIDENT

1. Qualité de l'interviewé(e) 1 = Victime 2 = Témoin
2. Localisation de l'accident

Département.....(-----)	Arrondissement.....(-----)
Communauté rurale.....(-----)	Village.....(-----)
Commune.....(-----)	Quartier.....(-----)
Localisation détaillée
Date de l'accident
	Jour Mois Année

3. Identité de la victime : Prénom..... Nom.....

Adresse ou moyens de contact	Sexe	Age	Situation matrimoniale	Activité lors de l'accident
	1-M	1-Célibataire	1- aller ou/retour de voyage
2-F /	2-Marié	2-Ramasser du bois	
		3-Veuf/veuve	3-garder le troupeau	
		4-Divorcé/séparé	4-dans les champ	
			5- Jeux d'enfants	
			6-aller ou retour de l'école	
			7-aller ou retour du champ	
			8-aller ou retour de la pêche	
			9- aller ou retour de la cueillette	
			10-Autre (à préciser)	
	(-----) code	(-----) code	(-----) code	

4. Description des blessures de la victime

Moyen de déplacement	Description des blessures	Type Amputation	Niveau amputation Jambe
1- A pied	1-Amputation	1- Deux Jambes	1- Sous le Genou
2- En véhicule	2- Brûlures	2- une Jambe	2- Au-dessus du Genou
	3-Criblage	3- deux bras	
	4- Traumatisme	4- Un bras	
	5- Atteinte à l'œil		
	6- Troubles de l'audition		
	7- Décès		
	8- Autres.....		

5. Références des témoins

- Identité du témoin N°1 : Prénom..... Nom.....

Adresse.....

Sexe : 1=Masculin 2=Féminin Qualité : 1=Témoin Direct 2=Témoin Indirect

Profession : (-----)..... Age (-----)

- Identité du témoin N°2 : Prénom..... Nom.....

Adresse.....

Sexe : 1=Masculin 2=Féminin Qualité : 1=Témoin Direct 2=Témoin Indirect

Profession : (-----)..... Age (-----)

6. Bilan Humain

Nombre total de victimes	Nombre de blessés	Nombre d'hospitalisés parmi les Blessés	Nombre d'amputés parmi les Blessés	Nombre décédés des suites de Blessures
.....

7. Renseignements complémentaires

1- Quel est le type de mine présumé ?	1-MAP 2-MAC 3-MAG	4-UXO 5-BOOBY-TRAP 6-ARMES	7-AUTRES
2- La zone était-elle abandonnée par les villageois ?	1-Oui 2-Non		
3- Si oui à question 2, Depuis quand ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Jour	Mois	Année
4- La zone est-elle répertoriée comme minée ou suspectée minée ?	1-Oui 2-Non		
5- Y a t-il eu des combats dans la zone ou à proximité ?	1-Oui 2-Non		
6- Si oui à question 5, Depuis quand ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Jour	Mois	Année
7- Y a t-il d'anciennes positions ou campements proches ?	1- Oui 2- Non		
8- Si oui à question 7, préciser la localisation(-----) code		
9- La zone est-elle marquée lors de l'accident ?	1-Oui 2-Non		
10- Si oui à question 9, de quel type de marquage ?	1- Militaire 2- local, de circonstance		
11- La victime savait-elle qu'elle était en zone à risque ?	1-Oui 2-Non		
12- Pourquoi y est-elle allée ?(-----) code		
13- D'autres accidents proches ont-ils été signalés ?	1-Oui 2-Non		
14- Si oui à question 13, où et quand ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Dpt	Ardt	CR Village
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	Jour	Mois	Année
15- Des explosions ont-elles été entendues dans la zone ou à proximité ?	1-Oui 2- Non		
16- Des animaux ont-ils été tués par mines dans la zone ou à proximité ?	1-Oui 2- Non		
17- Si oui à question 16, où ?	1- Sur la route 2- Dans les champs 3- Dans la colline 4- Sur une piste	5- Dans les vergers 6- Prés des habitations 7- Autres	
18- De quel village sont les propriétaires des animaux ? <input type="text"/>		
19- Avez-vous assisté à une séance PEPAM ?	1-Oui	2- Non	
20- OBSERVATIONS			

Classification internationale des maladies. 10^{ème} Edition.

F43 Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation

Cette catégorie est différente des autres dans la mesure où sa définition ne repose pas exclusivement sur les symptômes et l'évolution, mais également sur l'un ou l'autre des deux facteurs étiologiques suivants : un événement particulièrement stressant entraînant une réaction aiguë à un facteur de stress, ou un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet, comportant des conséquences désagréables et durables et aboutissant à un trouble de l'adaptation. (...) On admet que les troubles réunis dans cette catégorie sont toujours la conséquence directe d'un facteur de stress aigu persistant ou d'un traumatisme persistant. Les événements stressants ou les circonstances pénibles persistantes constituent le phénomène primaire et essentiel, en l'absence duquel le trouble ne serait pas survenu.

Les troubles réunis dans ce chapitre peuvent ainsi être considérés comme des réponses inadaptées à un facteur de stress sévère dans la mesure où ils interfèrent avec des mécanismes adaptatifs efficaces et conduisent ainsi à des problèmes dans la fonction sociale.

F43.0. Réaction aiguë à un facteur de stress

Trouble transitoire, survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental manifeste, à la suite d'un facteur de stress physique et psychique exceptionnel et disparaissant habituellement en quelques heures ou quelques jours. (...) La symptomatologie est typiquement mixte et variable et comporte initialement un état « d'hébétude » caractérisé par un certain rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une impossibilité à intégrer des stimuli et une désorientation. Cet état peut être suivi d'un retrait croissant vis-à-vis de l'environnement ou d'une agitation avec hyper-activité. Le trouble s'accompagne souvent des symptômes neuro-végétatifs d'une anxiété panique (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur.)... Il peut y avoir une amnésie partielle ou complète de l'épisode. (...).

F43.1. Etat de stress post-traumatique

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou un événement stressant (...). Des facteurs prédisposant tels que certains traits de la personnalité ou des antécédents névrotiques peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants (« flashbacks »), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable « d'anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperveil neuro-végétatif, avec hyper-vigilance, état de « qui-vive » et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité.

F62 Modification durable de la personnalité non attribuable à une lésion et une maladie cérébrale

F62.0. Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

Modification durable de la personnalité persistant au moins deux ans, à la suite de l'exposition à un facteur de stress catastrophique. Le facteur de stress doit être d'une intensité telle qu'il n'est pas nécessaire qu'il n'est pas nécessaire de se référer à une vulnérabilité personnelle pour expliquer son effet profond sur la personnalité. Le trouble se caractérise par une attitude hostile ou méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de désespoir, par l'impression permanente d'être « sous tension » comme si on était constamment menacé et par un détachement. Un état de stress post-traumatique (F43.1) peut précéder ce type de modification de la personnalité.

- Captivité prolongée avec risque d'être tué à tout moment
- Désastres
- Expérience de camp de concentration
- Exposition prolongée à des situations représentant un danger vital, comme le fait d'être victime du terrorisme
- Torture

Le SENEGAL a participé à la Conférence internationale pour la Dixième Révision de la Classification Internationale des Maladies organisée par l'OMS en 1989. En tant qu' un Etat Membre, le SENEGAL a adopté cette 10^{ème} révision.

Sections et bureaux de représentation de Handicap International

FRANCE

Siège : 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
www.handicap-international.org

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

ALLEMAGNE [section]

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

BELGIQUE [section]

67 rue de Spa
B - 1000 Bruxelles
Tél. : 32 (0)2 280 16 01 - Fax : 32 (0)2 230 60 30
E-mail : headoffice@handicap.be
www.handicap-international.be

DANEMARK [bureau]

Suntevedsgade 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

LUXEMBOURG [section]

222a, avenue Gaston Diederich
L - 1420 Luxembourg
Tél. : 352 42 80 60 - Fax : 352 26 43 10 60
E-mail : hilux@pt.lu

ROYAUME-UNI [section]

32 Dukes Ride
UK - Silchester Berkshire RG7 2PY
Tél. / Fax : (44) 118 9 700 500
E-mail : lc58@dial.pipex.com

SUISSE [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

USA [bureau]

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

**HANDICAP
INTERNATIONAL**

Vivre debout

COLLECTION

conçue et éditée par
Handicap International

Rapport réalisé avec le soutien de



**ECHO (Office humanitaire
de la communauté
européenne)**

et de la Coopération française

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 : 40 FF

ISBN : 2-909064-46-8