

La Convention d'interdiction des mines¹, tel qu'il est formulé dans son préambule, vise à « mettre un terme aux souffrances et aux blessures provoquées par les mines antipersonnel. Chaque semaine, les mines tuent ou mutilent des centaines de personnes, dont la plupart sont des civils sans défense, particulièrement des enfants. Elles freinent aussi le développement économique et les activités de reconstruction, ainsi que le retour des réfugiés et des populations déplacées. Un fois installées, les mines continuent encore de frapper pendant des dizaines d'années et entraînent des conséquences dramatiques ».

La Convention reconnaît aussi le souhait des États parties de « faire tout ce qui est en leur pouvoir pour fournir une assistance » et stipule, dans l'article 6, alinéa 3, que « chaque État qui est en mesure de le faire fournira une assistance pour les soins aux victimes de mines, pour leur réadaptation, pour leur réintégration sociale et économique, ainsi que pour les programmes de sensibilisation aux dangers des mines ».

Introduction

Les objectifs principaux de ce troisième rapport annuel ont été de faire état de la situation des victimes de mines antipersonnel ainsi que des personnes en situation de handicap dans les pays affectés par les mines, et ce, tant sur les plans sanitaire et social que juridique.

Le rapport présente aussi une analyse globale des systèmes d'information, en précisant les objectifs attendus du développement de systèmes fiables de collecte de données, et en jugeant de l'adéquation des systèmes de surveillance actuels à ces objectifs.

Il décrit également l'évolution de la coopération internationale en matière d'assistance aux victimes dans le monde, dans le cadre de la mise en œuvre du traité d'interdiction (article 6.3).

Ce rapport mondial sur l'assistance aux victimes de mines a été conçu pour compléter les informations et rapports transmis par les gouvernements dans le cadre de la Convention d'interdiction des mines, et plus particulièrement du programme de travail inter-sessionnel, ouvert aux États parties comme aux États non signataires de la Convention.

Près de quatre ans après l'entrée en vigueur du traité d'interdiction des mines antipersonnel, la communauté internationale reste mobilisée sur sa mise en œuvre. Si les progrès accomplis sont plus facilement mesurables en termes de nombre de pays signataires, de quantité de stocks de mines détruits ou de surfaces déminées, une difficulté majeure persiste pour ce qui concerne la mesure du nombre de victimes et des services qui sont offerts aux survivants.

Active dans le domaine de l'assistance aux victimes dans nombre de pays touchés, l'association Handicap International a souhaité participer à une meilleure mesure de ces progrès, et donc à une amélioration des services à offrir.

En complément du rapport du Landmine Monitor, issu de la Campagne Internationale pour Interdire les Mines, qui permet de suivre la mise en œuvre globale du traité, Handicap International a déjà publié, en 2000 et en 2001, deux rapports spécifiques sur l'assistance aux victimes. Ces rapports ont permis une ébauche de description des services offerts et des

cadres légaux existants dans les pays concernés et ont mis en évidence les difficultés à chiffrer de façon fiable, le nombre de nouveaux accidents par mines ainsi que le nombre de survivants en demande de soins ou de services.

Il apparaît toutefois que ces travaux répondent insuffisamment à l'objectif de mesure des progrès accomplis, car ils ne donnent qu'une image partielle de la réalité. Trois raisons principales peuvent expliquer ces manques :

- un nombre inconnu d'accidents ne sont pas recensés
- la réalité de l'accès aux services de soins est insuffisamment documentée ;
- la prise en charge des victimes de mines ne peut être étudiée séparément de celle des autres personnes victimes de traumatismes et d'invalidité.

Par ailleurs, malgré sa gravité et son aspect inacceptable, le danger créé par la présence de mines reste à classer, dans la plupart des pays, sous la rubrique des « risques faibles » et ne peut constituer une priorité de santé publique au sens classique du terme pour les autorités des pays concernés. Le contenu du rapport ne peut donc se limiter à fournir des données chiffrées sur les victimes de mines ou sur les outils d'assistance disponibles ; il doit s'élargir à la problématique des personnes victimes de traumatismes ou d'autres invalidités pour permettre de positionner cette problématique dans la gestion des priorités de santé publique.

L'amélioration des services offerts en matière d'assistance aux victimes de mines antipersonnel, qualitativement comme quantitativement, ne peut donc être déconnectée de celle des services sanitaires et sociaux du pays concerné.

Structuration et amélioration de ces services reposent avant tout sur une prise de responsabilité forte des acteurs locaux.

¹ Ce rapport utilise généralement le titre abrégé « Convention d'interdiction des mines » pour désigner la Convention sur l'interdiction de l'emploi, du stockage, de la production et du transfert des mines antipersonnel et sur leur destruction, même si d'autres sont également courants, comme « la Convention » ou « le traité d'Ottawa ».

Qu'ils soient gouvernementaux ou non, accompagnés et/ou soutenus par des partenaires internationaux, c'est aux acteurs locaux de définir cadre et contenu de l'élargissement de leurs services sanitaires et sociaux.

Il n'en reste pas moins que toute aide ou soutien extérieur a un impact sur le développement des structures locales.

C'est donc bien à tous les acteurs concernés (gouvernementaux ou non, nationaux ou internationaux) que ce rapport cherche à fournir un outil commun permettant de connaître au mieux la situation dans le pays concerné et de mesurer l'impact, à moyen et long termes, des actions engagées.

Cadre général du rapport

Selon les intervenants spécialisés, les composantes de l'assistance aux victimes sont les suivantes² :

- soins pré-hospitaliers (premiers secours et gestion des blessures) ;
- soins hospitaliers (soins médicaux, chirurgie, gestion de la douleur) ;
- réadaptation (kinésithérapie, appareillage de prothèses et aides techniques, accompagnement psychologique) ;
- réintégration sociale et économique (associations de personnes handicapées et groupes de pairs, formation professionnelle, projets générateurs de revenus, sports) ;
- politiques et actions en faveur du handicap (programmes d'éducation et de sensibilisation du grand public, mesures légales en faveur des personnes handicapées, instances de coordination du handicap au niveau national) ;
- surveillance sanitaire et sociale et capacités de recherche (collecte d'informations, traitement, analyse, rapport).

Objectifs de la recherche

Pour chaque pays confronté aux problèmes des mines antipersonnel, les objectifs suivants ont été visés :

- évaluer l'ampleur du problème, dans le temps et dans l'espace (en dénombant et en localisant les accidents et les victimes sur une période définie) ;
- évaluer la gravité du problème en termes de sévérité des lésions et de mortalité associée ;
- mesurer la capacité du pays affecté à faire face aux besoins des personnes en situation de handicap et victimes de mines, grâce au recensement des dispositifs médicaux, sanitaires et sociaux : structures de secours, de soins, de réadaptation et d'aide sociale, associations de personnes handicapées et de victimes ;
- évaluer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et victimes de mines, notamment à travers la présence de systèmes de sécurité sociale, d'assurance volontaire ou de contributions ;
- apprécier l'environnement politique et social et les mesures légales en faveur des personnes handicapées et des victimes de mines.

Les aspects pratiques de la recherche : population et méthode

La collecte des données

La recherche d'information nécessaire à la description de la situation des victimes a pris en compte :

- l'environnement démographique, socioculturel et législatif du pays concerné ;
- le système de santé et les services sociaux disponibles dans le pays ;
- le nombre et les caractéristiques des victimes de l'explosion de mines et la situation à laquelle elles sont confrontées.

Les données recueillies ont été issues de différentes sources. Parmi ces dernières, on peut citer les ministères et départements de la Santé et/ou de l'Action sociale, et/ou du Travail, les centres nationaux d'action contre les mines, les instituts nationaux de statistique, les Universités, les hôpitaux de référence et les services de santé communautaire. Il convient aussi de noter la contribution des instances de coordination nationale pour le handicap, des organisations non gouvernementales (ONG) et des organisations internationales impliquées dans l'assistance aux victimes ou dans les programmes de sensibilisation aux mines. Enfin, une source constante d'information a été apportée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), par le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) et par l'United Nation Mine Action Service (UNMAS).

A ces sources directes, il faut ajouter les différents médias : agences et organes de presse.

Enfin, des informations ont été collectées dans le *Landmine Monitor Report 2002*, paru en septembre 2002 et transmis avant publication à Handicap International en vertu d'un accord de coopération.

Pour les informations concernant les victimes, les sources de données classiques de morbidité et de mortalité n'ont pas pu être consultées. En effet, aucun pays affecté par les mines antipersonnel ne disposait à ce jour de système d'information médicalisé reprenant, pour la classification internationale des maladies³, les codes suivants : Y 36 (blessures causées à des militaires et à des civils pendant une guerre et une insurrection)

² Ce modèle est compatible avec les différents outils utilisés par les groupes ou les institutions travaillant sur le thème de l'assistance aux victimes. Parmi ces outils, on retrouve les *Directives pour les soins et la réadaptation des Survivants* (ICBL : International Campaign to Ban Landmines / Campagne Internationale pour Interdire les Mines), le cadre stratégique proposé par le Gouvernement suisse, ou encore le formulaire J (*form J*) proposé par le comité permanent sur l'assistance aux victimes du programme de travail inter-sessionnel de la Convention d'interdiction.

³ Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, OMS, Genève, 1993.

et les sous-chapitres Y 36.0 et Y 36.2 (faits de guerre impliquant l'explosion de mines, entre autres) et Y 36.8 (blessures par explosion de bombes ou mines survenue après la cessation des hostilités). Enfin, en ce qui concerne la mortalité liée aux mines antipersonnel, il n'a pas été possible de consulter les registres répertoriant les causes médicales de décès, ni l'analyse officielle qui aurait pu en être faite. Si ces registres existent, leur exploitation est impossible du fait qu'ils ne relèvent pas du domaine public.

De ce fait, la qualité de l'information collectée a été minimale et donc peu détaillée.

Le traitement de l'information

En premier lieu, toutes les données collectées ont fait l'objet de vérifications sur les points suivants :

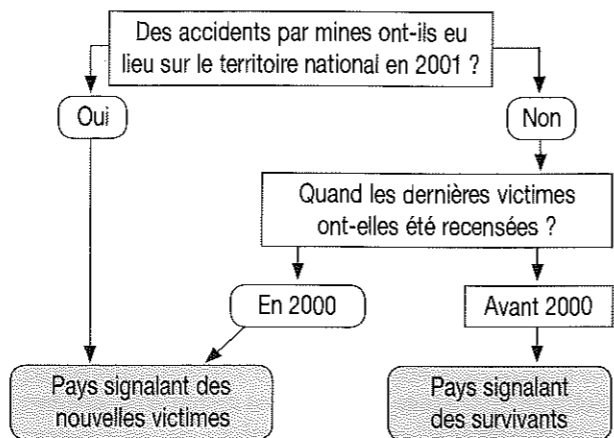
- les sources d'information (noms, fonctions, crédibilité de l'informateur) ;
- les dates et l'emplacement des accidents de mine (avec ou sans victimes) ;
- la cohérence intrinsèque des données afin d'éviter les erreurs de calculs ou les extrapolations non scientifiques ;
- la cohérence des données au regard des données antérieures (*Landmine Monitor Report 1999, 2000, 2001, 2002* d'ICBL ; *Victim Assistance Thematic Report 2000* et *Landmine Victim Assistance World Report 2001* de Handicap International).

Enfin, sur la base des objectifs sous-tendus par l'article 6 de la Convention d'interdiction, l'analyse de ces diverses informations a mis en évidence des besoins différents en matière d'assistance aux victimes et, de ce fait, a permis de distinguer deux types de situation.

A. Les pays ayant enregistré des nouvelles victimes en 2001 (ou en 2000 avec une forte probabilité de nouvelles victimes en 2001, sans la preuve formelle de leur survenue). Il suffit qu'un accident par mine antipersonnel ait causé au moins une victime au cours de l'année 2001 pour que le pays dans lequel l'accident est survenu ait été classé dans cette catégorie. Par ailleurs, pour certains pays, des informations contrôlées faisaient état d'explosions de mines ayant causé des victimes en 2000, mais aucune information n'était disponible pour l'année 2001. Dans ce cas, l'occurrence probable de nouveaux accidents en 2001 a été considérée comme suffisante pour considérer ces pays comme relevant de cette catégorie.

B. Les pays antérieurement affectés par la présence de mines antipersonnel, mais n'ayant pas signalé de nouvelles victimes depuis décembre 1999. Dans ces pays, des victimes de mines antipersonnel sont toujours en vie et nécessitent une attention médicale et sociale.

L'arbre suivant résume la manière dont les différentes situations ont été appréhendées :



Définition de cas

• **Accident de mine** : un accident de mine correspond à la libération soudaine d'énergie chimique, physique ou thermique provoquée par l'explosion d'une mine antipersonnel. Un accident de mine peut ou non entraîner des dommages corporels et/ou matériels.

• **Blessure par mine** : la classification internationale des maladies énumère les blessures occasionnées par des causes externes. Une blessure par mine peut être définie comme le préjudice causé à une personne en raison de la libération brutale d'une énergie physique, chimique ou thermique.

• **Victime de mine** : toute personne qui subit une blessure mortelle ou non mortelle causée par l'explosion d'une mine ou de munitions explosives (au sujet des accidents causés par les munitions explosives, se référer au paragraphe « le type de mines »).

Choix des indicateurs

Les victimes de mines antipersonnel, leur localisation, leur nombre, leurs caractéristiques constituent le centre d'intérêt de ce rapport. Pour autant, la situation des victimes et des personnes handicapées dépend pour une grande part de l'assistance qui leur est prodiguée, cette dernière étant elle-même liée au contexte politique, économique, sanitaire et social du pays dans lequel elles se trouvent. C'est pourquoi les informations relatives à chaque pays investigué ont été regroupées en deux parties distinctes en fonction des catégories d'indicateurs suivants :

- première partie : indicateurs indirects, appelés aussi « variables explicatives » ;
- seconde partie : indicateurs directs, appelés aussi « variables d'intérêt ».

Pour chaque pays étudié dans ce rapport, le regroupement des indicateurs dans deux parties distinctes ainsi que leur déclinaison ordonnée dans un format standardisé présente, en outre, l'intérêt de faciliter la recherche d'information pour le lecteur.

Indicateurs indirects

Ces indicateurs permettent d'évaluer certains éléments qui ne traduisent pas directement l'état de santé des victimes de mines antipersonnel, mais dont on sait que l'amélioration a des effets bénéfiques sur celui-ci.

Les déterminants connus pour favoriser l'accès aux soins et l'intégration sociale et économique des personnes ont été sélectionnés en fonction des besoins spécifiques des victimes de mines après leur accident, mais aussi des besoins des personnes handicapées. En effet, quelle que soit l'origine du handicap (mines, maladie, traumatisme, etc.), celles-ci se trouvent particulièrement vulnérabilisées et, de ce fait, exposées à différents risques. Ces risques ont été listés de façon à sélectionner les indicateurs permettant leur mesure et la mesure de leur évolution année après année. Ainsi, les principaux risques encourus par les personnes handicapées et les victimes de mines ont été identifiés comme suit :

- risque d'exclusion des soins ;
- risque de complications médicales ;
- risque de discrimination sociale ;
- risque d'exclusion économique.

Afin de permettre une mesure la plus objective possible des déterminants de la situation des victimes de mines antipersonnel et des personnes en situation de handicap, mais aussi pour en faciliter le suivi, des indicateurs quantitatifs ont été privilégiés lorsqu'ils étaient disponibles. Ces derniers prennent en compte :

- le niveau de santé de la population ;
- les moyens mis en œuvre et leur adéquation par rapport aux ressources disponibles ;
- l'accès aux soins de santé et la capacité du système sanitaire à répondre aux besoins des personnes handicapées.

Par ailleurs, la dimension légale de l'assistance aux victimes a aussi été abordée dans ses aspects juridiques. De fait, cette approche a fait appel à des informations relatives à la législation existant dans les pays concernés (indicateurs non quantifiables).

Enfin, l'assistance aux victimes de mines est immédiatement tributaire de l'étendue de réseaux de communication opérationnels, dans la mesure où une victime ne pourra être secourue que si la structure médicale la plus proche de l'accident – ou la structure sanitaire responsable de l'évacuation des blessés – en est rapidement informée.

En outre, à l'échelle d'une région ou d'un pays, la mise en

place d'un système de surveillance des accidents par mines constitue un outil primordial de l'assistance, et notamment de la prévention.

L'évaluation de ces différents facteurs a donc justifié le choix des indicateurs suivants.

• Démographie (population)

Les estimations de la population sont celles rapportées pour l'année 2000. Cette information a été en majorité tirée du *World Health report 2002*, de l'OMS⁴.

• L'indicateur de développement humain (IDH)

L'indicateur de développement humain (IDH) reflète les niveaux de santé, d'éducation et d'économie du pays. Cet indicateur est calculé par le PNUD sur la base de trois éléments (revenu moyen par habitant, taux d'alphabétisation, espérance de vie à la naissance), exprimés sur une échelle de 0 à 1, la moyenne obtenue donnant l'IDH.

Les pays sont classés en fonction de leur IDH et regroupés par le PNUD en trois catégories⁵ :

- un niveau de développement humain élevé, avec un IDH égal ou supérieur à 0,800 ;
- un niveau de développement humain moyen, avec un IDH compris entre 0,500 et 0,799 ;
- un faible niveau de développement humain, avec un IDH inférieur à 0,500.

• Les personnes handicapées au sein de la population totale

Cet indicateur, exprimé en nombre ou en pourcentage de la population totale, est généralement une estimation de l'OMS. Cette information permettant de mesurer l'ampleur du problème n'est pas disponible pour chaque pays. Par ailleurs, la définition du handicap à laquelle elle se réfère ne fait pas l'unanimité (acception médicale essentiellement), mais elle a le mérite d'être uniforme pour tous les pays où elle a été fournie.

• L'espérance de vie en bonne santé (HALE), anciennement espérance de vie corrigée de l'incapacité (DALE)

Cet indicateur se comprend comme une mesure des années à vivre en bonne santé (nouvelle dénomination adoptée à partir de 2001 par l'OMS). Sa valeur est obtenue grâce à une estimation

⁴ Organisation mondiale de la santé. Tableau 2 de l'annexe : « Indicateurs de base pour l'ensemble des États membres », *Rapport mondial sur la santé 2000*, OMS. Dernière mise à jour : 21 juin 2000. Disponible sur : www.who.ch

⁵ Programme des Nations unies pour le développement. *Rapport mondial sur le Développement Humain 2001*, PNUD. De Boeck Université et Larcier SA, Bruxelles ; 2001.

de l'espérance de vie à la naissance pondérée par la prévalence des problèmes de santé dont l'issue n'est pas fatale (maladies, accidents) dans le pays concerné. En l'occurrence, sa valeur s'interprète comme l'espérance de vie en bonne santé d'un enfant né en 2000 dans chaque pays où elle a été mesurée. Pour permettre des comparaisons, cette valeur est ensuite ordonnée dans un rang de classement des pays où elle est disponible.

- **L'espérance de vie à la naissance**

Il s'agit du nombre d'années que vivrait un nouveau-né si les caractéristiques de mortalité de sa population au moment de sa naissance demeuraient les mêmes tout au long de sa vie⁶. Elle ne tient pas compte de la qualité de vie. Cette donnée confrontée à la HALE permet d'évaluer les menaces qui pèsent sur la santé de cet enfant au regard du différentiel observé : un écart important entre l'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie en bonne santé (HALE) laisse présager des difficultés sanitaires et structurelles pour les ressortissants des pays concernés d'autant plus importantes que l'espérance de vie à la naissance est peu élevée.

- **La performance d'ensemble du système de santé**

La table de performance du système de santé répertorie les pays par ordre alphabétique. Pour l'année 1997, le rang de classement de chaque pays est établi en fonction de la performance d'ensemble de son système sanitaire. Elle est calculée sur la base de diverses mesures : l'espérance de vie corrigée de l'incapacité, l'égalité de survie des enfants, le degré de réactivité et sa distribution, l'équité de la contribution financière au système sanitaire, les indicateurs nationaux de santé et la performance sur le plan de la santé.

- **La population sans accès aux services de santé**

Cette donnée a été calculée par le PNUD⁷ pour l'année 2000 (ou pour la période 1981-1983 lorsque l'information n'a pas été actualisée). L'accès aux services de santé correspond à la possibilité donnée aux individus (exprimée en pourcentage de la population) d'avoir accès à un service de santé en moins d'une heure de transport (à pied ou en véhicule). Cette donnée est d'importance dans la perspective de la mesure de l'assistance aux victimes de mines antipersonnel, puisque les lésions causées par ces engins requièrent une intervention rapide pour optimiser les chances de survie et limiter les dommages. La période concernée, antérieure à la période de recherche, constitue cependant un point de référence sur les lacunes éventuelles du système de santé au moment des obligations légales qui découlent de la Convention d'interdiction des mines.

- **Les dépenses totales de santé**

Les dépenses totales au titre de la santé sont définies par la Banque mondiale comme la somme des dépenses de santé publiques et privées. Elles recouvrent les dépenses effectuées au titre du traitement et de la prévention, des programmes relatifs à la population, des activités de nutrition et de l'aide d'urgence spécifiquement axée sur la santé. Elles ne couvrent pas les dépenses afférentes à l'eau et à l'assainissement.⁸

Les dépenses totales de santé ont été exprimées successivement.

- En pourcentage du produit intérieur brut (PIB) pour le total des dépenses de santé de l'année 1998

Cette valeur correspond à la somme des dépenses de santé publique et des dépenses de santé privée (dépenses directes des ménages, assurances maladie privées, dons des organismes caritatifs et sommes acquittées directement par les entreprises privées pour la santé de leur personnel), rapportée au PIB.

- Dépenses publiques de santé

Cette valeur, exprimée en pourcentage du PIB pour l'année 1998, représente les dépenses de santé assumées par le gouvernement et les administrations publiques. Ce sont les dépenses de fonctionnement et d'investissement inscrites aux budgets des administrations publiques, centrales et locales, ainsi que les prêts et dons de l'étranger (y compris des organismes internationaux et ONG) et activités des caisses d'assurance maladie (obligatoire ou non).

- Part des dépenses de santé dans les dépenses totales du gouvernement

Cette valeur représente la part des dépenses allouées à la santé dans le total des dépenses du gouvernement, et nous est donnée par l'Organisation mondiale de la santé pour l'année 1998.

- Ticket modérateur exprimé en pourcentage du total des dépenses de santé

Cette valeur, exprimée en pourcentage des dépenses de santé totales pour l'année 1997, représente la participation financière directe des patients aux coûts de leurs traitements, autrement dit la part des dépenses de santé qu'ils ont dû eux-mêmes assumer.

- Les dépenses de santé *per capita*

Cette valeur représente les dépenses totales au titre de la santé par habitant, exprimées en dollars américains pondérés par le système de calcul de parité des pouvoirs d'achat (Purchasing Power Parity). Ce système de PPA autorise une comparaison instantanée du niveau des dépenses de santé par individu, en prenant en compte les variations de coût de la vie entre les différents pays (1 \$US de dépense de santé au Japon ne confère pas les mêmes services et biens de santé que 1 \$US en Sierra Leone). Ce système permet également d'élaborer un véritable classement des pays en fonction des dépenses de santé *per capita*.

⁶ Ibid.

⁷ Programme des Nations unies pour le développement. *Rapport mondial sur le développement humain 2000*, PNUD, 2000.

⁸ Organisation mondiale de la santé. Tableau 8 de l'annexe : « Quelques indicateurs des comptes nationaux de la santé pour l'ensemble des États membres, estimations pour 1997 », *Rapport mondial sur la santé 2000*, OMS. Dernière mise à jour : 21 juin 2000. Disponible sur : www.who.ch

- **Le nombre de lignes téléphoniques**

Cet indicateur est donné par le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) dans son *Rapport mondial sur le développement humain 2002*. Il est exprimé en nombre de lignes téléphoniques pour 1 000 habitants pour l'année 2000 (750 lignes pour 1 000 habitants au Luxembourg et 1 ligne pour 1 000 habitants au Tchad). En l'occurrence, il permet de relativiser les difficultés de réaction aux situations d'urgence, telles que les accidents par mines, et les limites de la mise en place d'un système de surveillance de ces accidents.

- **Infrastructure du système de santé**

Nombre de lits d'hôpital pour 100 000 habitants

Selon la définition de la Banque mondiale, on entend par « lits d'hôpital » ceux de patients hospitalisés habituellement disponibles dans les hôpitaux publics et privés, mais aussi dans les hôpitaux de référence et spécialisés ainsi que dans les centres de réadaptation.

Cette donnée est parfois accompagnée du nombre d'établissements de santé (hôpitaux, cliniques, centre de santé primaire, dispensaires...).

Le nombre de lits d'hôpital est fourni pour la période 1994-1998. Ces données sont les plus récentes disponibles pour la période considérée⁹.

- **Ressources humaines du système de santé**

Nombre de médecins pour 100 000 habitants

La Banque mondiale définit les médecins comme les personnes diplômées d'une école ou faculté de médecine qui exercent actuellement une profession médicale (praticiens, enseignants, chercheurs). Cette définition varie toutefois d'un pays à l'autre. Dans certains pays, sont inclus les médecins à la retraite ou ceux qui travaillent en dehors des services de santé. Il importe donc de faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on compare les données¹⁰.

La même remarque vaut pour le nombre d'infirmières pour 100 000 habitants, inclus dans la description des ressources humaines lorsque la donnée a été disponible¹¹.

Le suivi de ces indicateurs permet d'évaluer, sur un temps long, l'évolution de l'environnement médical et économique dont bénéficient les victimes des mines dans les pays affectés. Cependant, l'actualisation des données étant réalisée sur des périodes antérieures (de deux à quatre ans en moyenne) au rapport, les changements significatifs ne peuvent être enregistrés que de manière différée et à ce rythme. L'analyse de l'évolution sur une base annuelle est pratiquement impossible.

- **Législation en faveur des personnes handicapées (y compris les victimes de mines antipersonnel)**

Cette nouvelle édition du rapport s'est particulièrement penchée sur les droits qui sont conférés aux victimes de mines antipersonnel. En partant des dispositions constitutionnelles jusqu'aux actes législatifs spécifiques, tous les textes dispo-

nibles relatifs aux droits à la santé, aux droits des personnes handicapées, aux droits des victimes de guerre, aux droits des victimes de mines (lorsqu'elles ont fait l'objet de dispositions et d'une protection légale particulières) ont été recueillis. Il s'agit avant tout, ici, d'une description de la législation existante, qui ne préjuge pas de la réalité de l'application des textes. L'effectivité ou non de l'application de ces textes ne peut être approchée, en effet, que grâce à une évaluation spécifique, sur le terrain.

Indicateurs directs

Alors que l'ampleur du problème réside dans le risque auquel chacun est exposé, les préjudices occasionnés par l'explosion, la plupart du temps irréversibles (amputation, perte de la vue, décès, etc.), vont en déterminer la gravité.

À ce titre, le choix des indicateurs s'est porté sur les points suivants.

- **La localisation et les données des accidents**

Pour la localisation des accidents, l'échelle de référence choisie est celle de l'État dans les limites de ses frontières. Quand des informations concernent une échelle différente (province, district ou canton, communes), le rapport le souligne afin d'éviter les erreurs de calcul ou les erreurs d'interprétation : une situation locale ne reflète pas forcément l'étendue exacte du problème à l'échelle du pays.

- **Le type de mines**

La Convention d'interdiction ne concernant que les mines antipersonnel, ce type de mine a été pris prioritairement en considération.

Lorsque les engins explosifs à l'origine de l'accident n'ont pu être identifiés, l'accident a été considéré, *de facto*, comme le résultat de mines antipersonnel, à condition que le pays soit effectivement pollué par ce type d'arme. Dans le cas des pays non identifiés comme pollués par les mines antipersonnel, les incidents provoqués par des explosifs non identifiés n'ont pas été pris en compte au titre de ce rapport.

- **La période couverte**

La période étudiée correspond à l'année civile écoulée. Cela étant, les informations disponibles portant sur des périodes variables, celles prises en compte ont été mentionnées afin d'éviter le chevauchement des données avec les années précédentes.

⁹ Banque mondiale. « Les dépenses au titre de la santé, les services de santé et leur utilisation », *Indicateurs du développement dans le monde pour l'année 2000*. Banque mondiale ; juin 2000. Disponible sur : www.worldbank.org.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Les données sur le pourcentage des dépenses de santé, le nombre d'hôpitaux, le nombre d'infirmières et la sécurité sociale proviennent de : *The Europa World Year Book 1999*. « Action sociale ». 2 vol., 40th Edition, Europa Publications Limited, Londres ; 1999.

- **Le nombre de victimes**

Le nombre de victimes a été décomposé en deux catégories : le nombre de personnes blessées et le nombre de personnes décédées.

Aucun seuil de gravité des préjudices n'a été retenu pour l'enregistrement des blessés. Toute personne ayant subi une blessure physique – même minimale – provoquée par une mine antipersonnel a été prise en compte.

En vertu de la déontologie de l'information qui protège la dignité et l'intimité des personnes, et en vertu du caractère « sensible » des données afférentes aux victimes de mines antipersonnel, les noms et l'information susceptibles de reconnaître les victimes n'ont pas été mentionnés.

- **L'âge et le sexe**

La distinction adulte-enfant, est pertinente en regard du droit international humanitaire qui protège les mineurs en cas de conflits armés. Toutes les personnes de moins de 16 ans ont été enregistrées dans le groupe des enfants, en cohérence avec la classification internationale des maladies d'une part, et avec le droit humanitaire d'autre part. Cependant, en l'absence d'information permettant d'identifier l'âge exact de la personne, toute victime dont il a été précisé qu'elle était enfant a été enregistrée dans le groupe des enfants.

La distinction homme-femme est pertinente au regard des droits de la personne et permet de consolider l'analyse des groupes à risque d'accident, mais aussi à risque d'exclusion des soins, d'exclusion économique et d'exclusion sociale.

- **Le statut**

Deux catégories de statut ont été prises en compte : civil et militaire, en regard du droit international humanitaire qui protège les populations civiles en cas de conflits armés.

A ce titre, lorsque l'information disponible a fait état du statut de démineur, le statut de démineur civil ou de démineur militaire a été mentionné.

- **La nature des lésions (en particulier le nombre d'amputations) et le nombre de prothèses ou de fauteuils roulants fournis aux victimes (si l'information est disponible)**

Ces indicateurs ont été retenus, partant du principe que les blessures causées par les mines engendrent très souvent des amputations et des déficiences importantes nécessitant des soins lourds de réadaptation et la fourniture de matériel de compensation.