

UNIVERSITÉ ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR
UFR DES SCIENCES DE LA SANTÉ



ANNÉE : 2021

N° 31

**PRISE EN CHARGE MÉDICO-PSYCHOSOCIALE DE
PERSONNES CIVILES VICTIMES DE MINES À
ZIGUINCHOR : À PROPOS DE 53 CAS**

THÈSE

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 06 septembre 2021

PAR

Alassane SANÉ

Né le 23 juin 1992 à Bignona (SÉNÉGAL)

MEMBRES DU JURY

Président :	M.	Alassane	DIATTA	Professeur Titulaire, UASZ
Membres :	M.	Noël Magloire	MANGA	Professeur Titulaire, UASZ
	M.	Momar	CAMARA	Professeur Assimilé, UCAD
	Mme	Sokhna	SECK	Professeure Assimilée, UCAD
Directeur de Thèse :	Mme	Sokhna	SECK	Professeure Assimilée, UCAD
Co-Directeur de Thèse :	M.	Adama	KOUNDOUL	Maître de Conférences Assimilé, UASZ

RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION



UNIVERSITÉ ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR (UASZ)
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE
DES SCIENCES DE LA SANTÉ (UFR-2S)



DIRECTION ET ADMINISTRATION

Directeur	M. Noël Magloire	MANGA
Vice-Directeur	M. Ansoumana	DIATTA
Chef de département de Biologie et Explorations fonctionnelles	M. Assane	NDIAYE
Chef du département de Chirurgie et Spécialités	M. Serigne Modou Kane	GUEYE
Chef du département de Médecine et Spécialités	M. Simon Joël Simamene	MANGA
Cheffe des Services Administratifs	Mme Aïo Marie Anne Béty	MANGA

Ziguinchor, Le 27 mars 2021

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT UFR SCIENCES DE
LA SANTÉ - UNIVERSITÉ ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR**

ANNÉES UNIVERSITAIRES 2012-2021

PROFESSEURS TITULAIRES

PRÉNOM (S)	NOM	SPÉCIALITÉS
M. Alassane	DIATTA	Biochimie
M. Noël Magloire	MANGA	Maladies Infectieuses
M. Assane	NDIAYE	Anatomie
M. Ansoumana	DIATTA	Pneumologie
Mme Evelyne Siga	DIOME	ORL
M. Boubacar	FALL	Urologie

PROFESSEURS ASSIMILÉS

PRÉNOM (S)	NOM	SPÉCIALITÉS
♦ M. Serigne Modou	Kane GUEYE	Gynécologie
M. Issa	WONE	Santé Publique
M. Cheikh	DIOUF	Chirurgie pédiatrique
M. Yaya	KANE	Néphrologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES TITULAIRES

PRÉNOM (S)	NOM	SPÉCIALITÉS
♦ M. Denis	BARBOZA	Anesthésie-Réanimation
M. Simon Joël	MANGA	Cardiologie
M. Lamine	THIAM	Pédiatrie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSIMILÉS

PRÉNOM (S)	NOM	SPÉCIALITÉS
† M. Mouhamadou	AIDARA	Imagerie Médicale
Mme Mame Ngoné	COLY	Hématologie
M. Kalilou	DIALLO	Maladies infectieuses
M. Abdoulaye	DIOP	Neurologie chirurgicale
M. Habibou	SARR	Microbiologie
M. Fabrice	SENGHOR	Anatomie pathologique
♦ M. Oumar	SOW	Chirurgie
† Mme Mame Aïssé	THIOUBOU	Gastro-entérologie
M. Ibrahima	DIOUF	Physiologie
M. Adama	KOUNDOUL	Psychiatrie
M. Abdoulaye	DIOP	Parasitologie

♦ Associé

† Titularisation

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT ASSOCIÉ DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE DAKAR ET DES AUTRES UFR SANTÉ**

ANNÉES UNIVERSITAIRES 2012-2019

PROFESSEURS TITULAIRES

M. Abdoulaye BA	Physiologie	UCAD
M. Abdoulaye GASSAMA	Chimie	UASZ
M. Abdoulaye LEYE	Endocrinologie	UCAD
M. Abdoulaye NDIAYE	Anatomie	UCAD
M. Abdoulaye POUYE	Médecine interne	UCAD
M. Alassane DIEDHIOU	Mathématiques	UASZ
M. Amadou TOURE	Histo-Embryologie	MALI
M. Anatole LALEYE	Histo-Embryologie et Biologie cellulaire	BENIN
M. André Daniel SANE	Orthopédie-Traumatologie	UCAD
Mme Anna SARR	Médecine interne	UCAD
M. Assane KANE	Dermatologie-Vénérologie	UCAD
M. Babacar FAYE	Parasitologie-Mycologie	UCAD
M. Boucar DIOUF	Néphrologie	UCAD
M. Serigne Abdou BA	Cardiologie	UCAD
M. Chérif BALDE	Chimie	UASZ
M. Codé BA	Neurochirurgie	UCAD
† M. Fallou CISSE	Physiologie	UCAD
M. Fatou Samba DIOGO NDIAYE	Hématologie	UCAD
M. Guata Yoro SY	Pharmacologie	UCAD
M. Ibrahima KONATE	Chirurgie générale	UGB
M. Kobor DIOUMA	Physique	UASZ

M. Mady NDIAYE	Biologie cellulaire	UCAD
Mme Maïmouna NDOUR	Médecine Interne	UCAD
M. Mamadou FALL	Toxicologie	UCAD
M. Mamadou MBODJ	Biophysique	UCAD
M. Modou Oumy KANE	Physiologie	UCAD
M. Mor NDIAYE	Médecine du Travail	UCAD
M. Moussa Fafa CISSE	Bactériologie-Virologie	UCAD
M. Moustapha NDIAYE	Neurologie Médicale	UCAD
M. Oumar NDOYE	Biophysique	UCAD
M. Papa Lamine FAYE	Psychiatrie	UCAD
M. Roger Clément Kouly TINE	Parasitologie-Mycologie	UCAD
M. Saïdou DIALLO	Rhumatologie	UCAD
M. Saliou DIOP	Hématologie	UCAD
M. Serge BAKOU	Biologie cellulaire	EISMV
M. Serigne Moussa BADIANE	Biophysique	UCAD
M. Seydou Nourou DIOP	Médecine interne	UCAD
M. Souhaïbou NDONGO	Rhumatologie	UCAD
M. Tandakha Ndiaye DIEYE	Immunologie	UCAD
M. Adama KANE	Cardiologie	UGB
M. Moussa SEYDI	Infectiologie	UCAD
Mme Sylvie Audrey DIOP	Infectiologie	UGB

† In Memoriam

UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

UADB : Université Amadou Diop Bambey

PROFESSEURS ASSIMILÉS

M. Pape Adama DIENG	Chirurgie cardio-vasculaire	UCAD
M. Amadou Lamine FALL	Pédiatrie	UCAD
Mme Arame MBENGUE	Physiologie	UT
M. Chérif BALDE	Chimie	UASZ
M. Chérif Mouhamed M. DIAL	Anatomie pathologique	UCAD
M. Lat Grand NDIAYE	Physique	UASZ
M. Mady NDIAYE	Biologie cellulaire	UCAD
M. Mamadou COUME	Gériatrie-Gérontologie	UCAD
M. Mohamed SOUMAH	Médecine Légale	UCAD
M. Papa Saloum DIOP	Chirurgie Générale	UCAD
Mme Pauline DIOUSSE	Dermatologie-Vénérologie	UT
M. Rokhaya NDIAYE DIALLO	Génétique	UCAD
M. Serge BAKOU	Biologie cellulaire	EISMV
Mme Seynabou FALL	Hématologie	UCAD
M. Abdou Magib GAYE	Anatomie pathologique	UCAD
M. Ibou THIAM	Anatomie pathologique	UCAD
Mme Marie Joseph DIEME	Anatomie pathologique	UCAD
Mme Marie Louis BASSENE	Hépto-Gastro-Entérologie	UCAD
M. William DIATTA	Botanique	UCAD
M. Philippe MANYACKA	Anatomie	UGB

MAÎTRES DE CONFÉRENCES TITULAIRES

M. Aminata TOURE	Toxicologie	UCAD
M. Atoumane FAYE	Médecine Interne	UCAD
M. Demba DIEDHIOU	Sémiologie médicale	UCAD
M. Lat Grand NDIAYE	Physique	UASZ
M. Magatte CAMARA	Chimie	UASZ
M. Mbaye Diagne MBAYE	Chimie	UASZ
M. Serigne Moussa BADIANE	Biophysique	UCAD
Mme Sokhna SECK	Psychologie	UCAD
Mme Absa LAM FAYE	Toxicologie	UCAD
M. Aly Mbara KA	Ophtalmologie	UCAD
M. Amadou DIOP	Bactériologie-Virologie	UCAD
Mme Armandine E. R. DIATTA	Médecine du Travail	UCAD
Mme Awa NDIAYE SY	Pharmacologie	UCAD
M. Babacar DIOP	Anglais	UASZ
M. Clément MANGA	Mathématiques	UASZ
M. Doudou DIOUF	Oncologie	UCAD
M. Doudou SOW	Parasitologie-Mycologie	UCAD
Mme Fatoumata HANNE	Socio-Anthropologie médicale	UASZ
M. Modou TINE	Physique	UASZ
M. Mouhamed DAFPE	Ortho-Traumatologie	UCAD
M. Moustapha THIAM	Physique	UASZ
M. Abdoulaye NDIOUCK	Épistémologie médicale	UASZ
M. Abel DIATTA	Informatique	UASZ
Mme Mame Kouna DIAW DABO	Anglais	UASZ
M. Moustapha NDIAYE	Informatique	UASZ

M. Lamine DIOP	Bactériologie-Virologie	UCAD
M. Amadou NDIADÉ	Histologie-Embryologie	UADB
M. Jean Pascal Demba DIOP	Génétique	UCAD
M. Aly Mbara KA	Ophtalmologie	UCAD

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSIMILÉS

M. Amadou Cambel DIENG	Management	UGB
† M. El H Amadou L BATHILY	Biophysique	UCAD
† M. Jean pierre DIAGNE	Ophtalmologie	UCAD
Mme Awa NDIAYE SY	Pharmacologie	UCAD
Mme Fatimata BA	Physiologie	UCAD

ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. Abbé Michel MENDY	Santé publique	UASZ
M. Jacques SENGHOR	Anatomie	UASZ
M. Karim GUARBA	Anatomie	UASZ
M. Malick FAYE	Soins infirmiers	UASZ
Mme Mame Kouna DiAW DABO	Anglais	UASZ
M. Abdoulaye KEITA	Secourisme	UASZ
M. Demba DIAGNE	Secourisme	UASZ

† Titularisation

UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

UADB : Université Amadou Diop Bambey



DÉDICACES

**LOUANGE À DIEU, SEIGNEUR DES MONDES, LE CLÉMENT, LE
MISÉRICORDIEUX, MAÎTRE DU JOUR DE LA RÉTRIBUTION
C'EST TOI QUE NOUS ADORONS ET DE TOI NOUS
IMPLORONS NOTRE SECOURS.**

**GUIDE-NOUS DANS LE DROIT CHEMIN,
DE CEUX QUE TU AS COMBLÉS DE BIENFAITS.**

In Memoriam

À la mémoire de nos grands-parents maternels Malamine Djiba et Mouscouta Diémé.

Vous m'avez soutenu, protégé et donné votre affection dès mes premiers pas. Puisse Dieu le Tout-puissant vous accordé sa clémence, sa miséricorde et vous accueille dans son saint paradis.

À la mémoire de mon père Abdoulaye Yafaye SANÉ.

Papa tu es parti alors que j'étais tout proche de décrocher mon diplôme. Je me rappelle de ce jour quand on était enfermés tous les deux dans ta chambre ; tu m'as dit « je suis fier de toi... ». Je t'ai regardé avec un sourire en me disant papa si tu savais ce que je prévois de faire pour toi. J'aurais tellement voulu que tu sois là pour que tu puisses enfin assister à ce jour de remise de mon diplôme, mais surtout profiter de ma réussite pendant de très longues années. Papa, tu étais un unificateur, un véritable diplomate, un modèle à suivre. Tu as fait preuve de patience et d'endurance. Mon seul regret est que tu sois parti si tôt et si jeune. Toutefois, je continuerai de prier pour que « Firdaws » soit ta demeure éternelle.

À la mémoire de ma tante maternelle Safiétou DJIBA.

Vous avez été un modèle, une source de motivation pour moi. Vous avez toujours été là pour moi. Je continuerai de prier pour le repos éternel de votre âme. Amine !!!

À la mémoire de Aïssatou Fanseyini « Cécile » SANÉ

Le destin ne m'a pas laissé le temps de jouir de ce bonheur d'être à tes côtés et de t'exprimer tout mon respect, mon admiration et surtout ma profonde gratitude.

Pire, il m'a fait vivre sans doute l'une des journées les plus difficiles de mon existence. Tout allait à merveille jusqu'à ce jour cauchemardesque du 22/12/2019, où tu m'as appelé vers 18 heures, en pleine garde au SAU. Je t'ai donc ordonné de venir en urgence. Mais hélas, à peine arrivée, tu es partie. Comme si ton âme glissait entre mes bras, je n'ai pas pu te réanimer. Tu es partie à jamais laissant derrière toi une fille et un garçon adorables ; une famille douce. Puisse Dieu le Tout-puissant leur donner la force de continuer et ta joie de vivre. Tu étais une personne si merveilleuse et on était si complice malgré le peu de temps qu'on a passé ensemble. C'est avec les larmes aux yeux que j'écris ces mots « tata Cécile ». Que Dieu le Tout-puissant t'accorde son infinie miséricorde et t'accueille dans son paradis céleste. Amine !!!

À la mémoire de Maïmouna B Camara

Tu es parti très jeune laissant derrière toi une mère qui portait tous ses espoirs en toi et un nourrisson. Que Dieu le Tout-puissant les protège, t'accorde sa miséricorde et t'accueille dans son paradis éternel. Amine !!!

À la mémoire de mon ami d'enfance Alkaly DIATTA

Cher ami tu es parti très jeune alors que nous étions à l'école élémentaire. Je te porterai toujours dans mon cœur et continuerai de prier pour le repos éternel de ton âme.

À la mémoire de tous nos disparus

À ma très chère maman Combè DJIBA

Aucune dédicace ne saurait exprimer le profond amour que j'ai pour toi ni ma profonde gratitude pour les efforts et sacrifices que tu n'as jamais cessé de consentir pour tes enfants. Femme au cœur d'or, tu as toujours traité les gens qui t'entourent avec une tendresse et une douceur exceptionnelle. J'aimerais bien pouvoir te rendre tout l'amour et la dévotion que tu nous as offerts, mais une vie entière ne souffrirait pas. C'est une bénédiction pour nous de t'avoir comme mère. Qu'Allah puisse te donner une longue et heureuse vie.

Je t'aime maman !!!

À mes oncles maternels : Ousmane, Moustapha, Malick, Araba et Fanding DJIBA

Vous m'avez élevé et guidé depuis ma naissance, donné votre affection et inculqué des valeurs humaines nobles. Vous avez fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Aucune dédicace ne saurait exprimer l'estime, l'amour, la considération, l'affection que je vous porte. Vous êtes une bénédiction pour moi. Ce travail de thèse est aussi le vôtre. Soyez assurés, *chers oncles, de ma profonde gratitude*. Puisse Dieu vous donner longue vie avec tout le bonheur du monde.

Une mention spéciale à mon oncle **Moustapha** : tonton vous êtes comme un père pour moi. Vous n'avez cessé de réclamer mes notes, depuis l'école élémentaire, de vérifier mon travail et de me donner des conseils et encouragements. Cela était devenu une tradition, puisque même étant étudiant vous ne vous êtes pas fatigué. Vous avez été un guide pour moi durant tout mon parcours. Puisse Allah te donner une vie longue et épanouie à côté de ta petite adorable famille.

À toutes mes tantes

Vous m'avez soutenu et encouragé durant tout mon parcours. Soyez assurées, chères tantes, de ma profonde affection et de ma sincère reconnaissance. Mention spéciale à Oumy Badji.

À mes cousins et cousines

Les mots ne sauraient exprimer l'éternelle affection que j'ai pour vous et ma gratitude. Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de joie, de santé et de prospérité. Qu'Allah puisse vous accompagner dans vos projets.

Mention spéciale à Lamine Djiba.

À mon petit frère Amadou et à mes petites sœurs adorées : Ami collé, Nafissatou, Mouskouta et Malifa

Vous m'avez toujours compris et soutenu dans ma mission. Et vous me traitez tous de façon affectueuse et respectueuse. Je suis fier de vous tous. Veuillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection la plus sincère et de ma profonde gratitude.

Puisse l'amour et la fraternité nous unir à jamais. Amine !

À tous les membres de ma famille « BELOCK »

Vous avez tous cru en moi et vous m'avez toujours soutenu et encouragé. Sachez que je ferai tout mon possible pour qu'ensemble nous puissions accomplir ce qu'on a entamé d'une manière ou d'une autre. Veuillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection la plus sincère et de ma profonde gratitude.

Que Dieu bénisse la famille « BELOCK ».

Une mention spéciale à Mamadou Karfa, Sékou, Younouss, Souley, Pape, Kounta, Modou, Aziz, Elias, Lantombon, Vieux SANÉ, Mankagne.

À mon grand frère Mamadou Karfa SANÉ, ton soutien tant matériel que moral ne m'ont jamais fait défaut. Tu as toujours été présent dans les bons comme dans les moments difficiles et guidé mes pas vers l'essentiel. Au-delà de ma personne, tu as toujours été serviable et loyal envers ton peuple. L'école « Dr Mamadou Karfa SANÉ » de Falmare étant un symbole de tes qualités humaines inestimables et de ton leadership incontesté. Cher grand frère tu es un modèle, une référence et tu fais notre fierté. J'espère que tu trouveras dans cette thèse l'expression de ma profonde admiration et de ma sincère gratitude. Puisse Allah te donner une vie longue et épanouie à côté de ta petite adorable famille.

À ma merveilleuse famille de Ziguinchor, celle de papa Seydou SANÉ

Faire partie de votre famille est sans doute la meilleure chose qui m'est arrivée à Ziguinchor. J'espère que vous trouverez dans cette thèse l'expression de ma profonde gratitude. Je voudrais nommer : Yama, Pape, Solo, Amy Touty, Néné, Sarata, Kéba, Bacary, Ansou, Momar, Mohamed, Daer, Penda, Diakon, Lamine, tante Touty...

Mention spéciale à **Alimatou Cécilia SANÉ** : tu as toujours été là pour moi et tu n'as jamais voulu que je manque de quoi que ce soit. Puisse Dieu te donner longue vie avec beaucoup d'épanouissement dans ta petite famille.

À Fatoumata DIALLO, douce et tendre ; tu as été à mes côtés et tu m'as toujours soutenu. Que Dieu te donne une longue vie épanouie.

À Lalia Massaly, merci pour toutes ces années passées ensemble. Que Dieu te bénisse.

À Ramatoulaye Tamba, merci d'être rentrée dans ma vie. Que Dieu te donne une longue vie épanouie.

***À* tonton Youba Tamba**

Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenu. Que Dieu puisse t'accorder une longue et heureuse vie.

***À* tonton Amidou**

Merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté. Que dieu vous bénisse.

***À* mon grand frère, Lamine Gueye Badji**

Vous m'avez accueilli et soutenu dans les moments les plus difficiles de ma vie. Je ne saurais jamais vous remercier assez. Que Dieu te bénisse.

***À* mon homonyme Alassane Maodo COLY**

Vous êtes comme un père pour moi. Vous m'avez soutenu depuis mon enfance et vous ne cessez de me prodiguer des conseils. Je vous en serai reconnaissant à jamais.

À mes amis et camarades du primaire, du moyen et du secondaire qui ont marqué mon cursus.

Je voudrais nommer : Aliou DIÉMÉ, Mouhamadou Fadja DIALLO, Macadou DIOUF, Abibou CISSÉ, Yoro Nouha SAKHO, les jumeaux Alassane et Alhouseyni DIAMANKA, Elias, Siré SANÉ, Awa DIATTA, Alfred Michel, Mouhamadou DIENG, Abiatou Diédhiou, Maria Aïdara, Landing CISSÉ, Papa Yaya DIÉMÉ, Rosette DIADHIOU, Nogaye BADJI, Mamadou Lamine Bouch, William BAYO, Silvain, Bourama DIÉMÉ Naby COLY, Amaçon, Youssouph BADJI, ... la liste ne peut être exhaustive, car vous avez été nombreux à marquer ma vie par vos qualités humaines mtt(ais aussi par votre intelligence. J'aimerais ici vous témoigner ma profonde gratitude. Qu'Allah vous protège et vous guide dans vos projets.

Mention spéciale à Aliou DIÉMÉ et Mouhamadou Fadjia DIALLO, plus que des amis d'enfance, vous êtes des frères et confidents pour moi. Je suis fier de vous, je vous aime. Qu'Allah puisse préserver et consolider cette fraternité. Amine !!!

À tous mes amis et camarades de la deuxième promotion de médecine de l'UASZ, nous avons vécu 8 années ensemble comme une seule famille avec comme slogan « L'excellence notre objectif, la fraternité notre force ». Vous avez supporté ma personne pendant 8 longues années. Et comme par coïncidence, vous avez choisi le 23 juin, jour de mon anniversaire pour fêter notre « fin de promotion ». Soyez assurés, chers frères et sœurs, de ma profonde gratitude. Je voudrais nommer : Bernadette F. SAMBOU, El Hadji Mactar NDIAYE, Aladji THIAM, Achref B. H. YOUNESS, Sékouba SAGNA, Issa DIALLO, Mouhamed DIOP, Biram SOCÉ, Ndiouga BA, Hamadou KANDÉ, Estel A BASSÉNE, Miriam SALIM, Macoumba BALDÉ, Moussa D. COLY, Cheikh A. T. COULIBALY, Jean Christophe DIONOU, Boubacar DIALLO, Balia DIALLO, Fatou SÉNE, Elisabeth DIOUF, Mounib, Mansata DIÉDHIOU, Youssouf DIÉDHIOU, Mamadou L. KA, Laurenda, Glorieuse YENOU, Sidol G. MENDY, Chérif DIOP, Ousmane DIBA, Khady SARR, Abdallah DJEGNI, Adja A. K BADIANE, Awa CISS sans oublier mes deux frangines adorées (Aïssatou Philomène DIÉDHIOU et Khadidiatou KANE)...

Mention spéciale à mes très chers amis, frères, et confidents Achref B. H. YOUNESS, Aladji THIAM, Issa DIALLO, Mactar NDIAYE, Missette M. SAMBOU et Sékouba SAGNA, vous avez toujours été là pour moi dans les bons comme dans les moments difficiles durant ces 08 années passées ensemble. Aucune dédicace ne pourrait être à la hauteur de l'admiration, du respect et de l'amour que je vous porte. Soyez assurés, chers frères, de l'expression de ma sincère gratitude. Qu'Allah préserve et consolide les liens sacrés qui nous unissent.

Cher frère Achref, j'espère pouvoir séjourner pendant une longue période chez vous en Tunisie afin de représenter dignement le Sénégal comme tu l'as fait ici, tu es une personne exceptionnelle. Ton soutien ne m'a jamais manqué dans la réalisation de ce travail. Je te le dédie, tout en pensant à ces moments de gaietés passés ensemble durant ces 08 années.

À mon ami et frère Ismaïla Mar NDOYE, merci pour ta sincérité et ta loyauté. Qu'Allah te protège et te guide dans tes projets.

À tous mes amis et cadets de l'UFR Science de la santé de Ziguinchor, plus particulièrement : Moussa MANKADIAN, les inséparables Mohamed NIANG et Abdou BAUMOU, Khady NIANG, Dame MBENG, Dama DIAWARA, Aïssatou BA, Awa TOURÉ « HOU », ...

À tous mes enseignants, de l'école primaire au secondaire, je ne saurais vous remercier assez pour l'enseignement reçu et les valeurs morales inculquées. Je suis fier de faire partie de vos élèves. Vous méritez tout notre respect et notre admiration. Mention spéciale à Mr COLY dit « ABC », HG ; Mme DIÉDHIOU, CM2 ; Mr DIAKHATÉ, CI ; Mr Manga, PC ; Mr DIOUF, PC ; Mr MBODJI, Maths ; Mr DANFAKHA, PC ; Mr BADIANE, SVT ; miss Luchou, anglais ; Mr LO, Maths ; Mr SEYDI, français ; Mr GUIRASSI, français ; Mr SANÉ, français...

À tous mes aînés et maîtres qui m'ont accompagné dans ma formation médicale. Durant de nombreuses années passées à vos côtés, j'ai pu profiter de vos connaissances inestimables dans l'exercice de la médecine, de vos conseils mais aussi de vos qualités humaines. Soyez assurés, chers aînés et maîtres, de ma sincère reconnaissance.

Je voudrais nommer Dr Aboubacry Traoré, Dr Kalidou DIALLO, Dr DIASSY, Dr Marc MANGA, Pr Cheikh DIOUF, Dr AW, Dr Lamine THIAM, Dr Isabel, Dr Famara N. BADJI, Dr Adama MAÏGA, Dr Fatima BA, Dr TIAW, Dr KOÏTA, Dr Diariétou SECK, Dr El Hadji FALL, Dr Adiouma TINE, Dr Bruce, Dr Mohamed MIHMA, Dr Zakaria, Dr Khady SENE, Dr Habib B. SANÉ, Dr Ousmane NDIAYE MBOUP, Dr Maurice, Dr André BADIANE, Dr Ibrahima DIÉDHIOU, Dr Khady BABOU, Dr Saloum DIÉMÉ, Dr Gabriel Masséne SENGHOR, Dr MBAYE, Dr KA KANTA, Aminata Cissé...

Mention spéciale au Dr Ibrahima Tito TAMBA. *Cher ami plus qu'un grand frère vous êtes une idole. Vous n'avez cessé de guider mes pas depuis ma première année de médecine. Je me rappelle toujours de cette phrase au téléphone « dafa warra metti », « Bou yombé rèk bakhoul ». C'était une véritable source de motivation dans les périodes difficiles.*



REMERCIEMENTS

A notre maître et co-directeur de thèse, le Docteur Mamadou Lamine DIOUF

Cher maître,

Vous avez spontanément accepté de co-diriger ce travail. À ce titre, vos conseils, suggestions, votre soutien et surtout votre grande expertise nous ont été d'une aide précieuse dans l'élaboration de ce document. Votre sympathie et votre disponibilité nous ont agréablement marquées. Permettez-nous de vous témoigner toute notre estime et notre gratitude.

Au Pr Papa Lamine FAYE

Cher maître,

Vous m'avez fait découvrir cette noble spécialité qui est la psychiatrie, et vous m'avez séduit grâce à votre charisme, votre humilité et votre approche pédagogique. Vous êtes une idole et une référence pour nous. Veuillez agréer, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude. Puisse Allah vous accorder longue vie épanouie, pour qu'on puisse à notre tour s'épanouir à vos côtés à travers vos enseignements et conseils.

A notre maître et co-directeur de thèse Dr Adama Koundoul.

Au président de l'ISADE, Mr Sarani Diatta et à son secrétaire Mr Biaye ; vous avez rendu ce travail possible grâce à votre collaboration précieuse.

A toutes les victimes de mines qui ont accepté de se confier à nous.

Au Pr Boundia DJIBA, cher oncle vous êtes un modèle. J'espère pouvoir m'inspirer de vos qualités humaines et professionnelles dans mon travail de médecin.

***Au Dr Michel Assane NDOUR**, plus qu'un maître vous êtes un ami, un grand frère. Et vos qualités humaines font de vous un modèle.*

***Au Pr Demba DIÉDHIU**, je profitais de chacune de mes vacances pour vous côtoyer et apprendre à vos côtés. Chose que je n'ai jamais regrettée. En effet, non seulement vous m'aviez réservé un accueil chaleureux, inculqué le savoir et le savoir être, mais aussi n'aviez pas hésité à me donner des documents et à me faire des éloges devant tout le monde.*

***Au Dr Simon MANGA**, votre modestie, votre générosité, votre promptitude et votre amour du travail bien fait font de vous un maître exceptionnel. Vous méritez respect et admiration de tous.*

***Au Pr Yaya KANE**, modeste, courtois et respectueux ; plus qu'un maître, vous êtes un grand frère, un ami. Votre rigueur scientifique et votre disponibilité font de vous un maître aimé de tous.*

***Au Pr Issa WONE**, votre modestie, votre humilité, votre gentillesse et surtout votre pédagogie nous fascinent. Vous êtes une référence cher maître.*

***Au Pr Ansoumana DIATTA**, plus qu'un maître vous êtes un père pour nous. Merci pour la qualité de vos enseignements et pour votre soutien.*

***Au Pr Cheikh DIOUF**, plus qu'un maître vous êtes un grand frère. Merci pour la qualité de vos enseignements et pour votre soutien.*

À ***Pr Cambel***, merci pour la qualité de vos enseignements. Vous êtes une source d'inspiration et de motivation.

À ***tout le personnel du CPEB/Z*** : Aïssatou Diatta, Mme Diédhiou, Mme Diatta, Mme Dieng, Mme Sagna, François, Bampoky, Sambou, Major Samba, Idy Diédhiou, Baldé, père Las, Pa Fall, Sadia, Assane, Samba, Éric...).

À ***tout le personnel paramédical du SAU de l'Hôpital régional de Kolda***

Merci pour les 4 mois de collaboration fructueuse. Mention spéciale à Mame Diara, Mr Mademba, Mr Oussou, Mr Koulibaly, la sœur Birsil DIATTA, Mme Sy, Fanta, le major Fall.

À ***tout le personnel paramédical du CHRZ, de l'HPZ et du district de Bignona.***

À tous les patients que j'ai croisés au cours de mes stages. Certains visages resteront gravés à vie.

À tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

À ***l'UASZ*** qui m'a donné la chance de réaliser le plus beau rêve de ma vie.

À tous ceux et celles qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer.

À Cheikh Koité pour votre disponibilité, votre professionnalisme et votre aide pour l'élaboration de ce travail.

À Faustin Sagna pour votre précieuse collaboration et votre disponibilité.

À NOS MAÎTRES ET JUGES

*À notre maître et président de jury
le Professeur Alassane DIATTA*

Honorable maître,

Permettez-nous de vous remercier pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Nous avons eu la chance d'être parmi vos premiers étudiants dans cette UFR dont vous êtes le père fondateur. Malgré les difficultés vous avez cru en vous en vos compétences et vous vous êtes toujours battu pour que « les étudiants de Ziguinchor aient les meilleurs enseignements ». Vous avez aussi cru en nous, cela vous incitait à dire ceci il y a 7 à 8 ans « *un jour, on se retrouvera dans cet amphithéâtre pour assister vos thèses* ». Nous avons eu à vous apprécier lors des cours magistraux, des travaux dirigés, et nous étions agréablement surpris par votre rigueur scientifique, votre pédagogie et surtout votre sens de l'humour. Certes, aucun mot ne saurait qualifier votre personne, mais nous retiendrons de vous un homme de science modeste, courageux et volontaire. Vous êtes un modèle de courage et de leadership. Soyez assuré, cher maître, de notre profonde gratitude. Que Dieu vous accorde longue et heureuse vie.

À notre maître et juge

le Professeur Noël Magloire MANGA

Cher maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail de thèse malgré vos multiples occupations.

Nous avons apprécié chez vous, cher maître, à la faculté comme dans le service de médecine et spécialités, vos hautes qualités morales et intellectuelles.

Votre rigueur scientifique, votre humilité, votre objectivité, votre clarté et votre concision forcent le respect.

Veillez recevoir ici, cher maître, le témoignage de notre profonde gratitude et notre très grande admiration.

Puisse Dieu vous accorder longue vie et vous assister dans tout ce que vous entreprenez.

À notre maître et juge

le Professeur Momar CAMARA

Cher maître,

Vous ne sauriez mesurer le plaisir et l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Homme de science réputé et admiré de tous ; nous avons été impressionnés par votre modestie, votre humilité, votre promptitude et votre grande disponibilité. Veuillez accepter, cher maître, le témoignage de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude. Puisse Dieu vous accorder une longue et heureuse vie.

À notre maître et juge
le Professeur Sokhna SECK

Cher maître,

Vous nous avez fait l'honneur de diriger cette thèse malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre promptitude, votre rigueur scientifique et surtout votre grande expertise resteront toujours gravés dans notre mémoire. Ce fut un immense plaisir et un réel honneur pour nous d'avoir partagé avec vous ce travail, et nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes.

Nous vous prions de bien vouloir recevoir en cette occasion, l'expression de notre haute considération et de notre plus profond respect.

À notre maître et co-directeur de thèse,
le Docteur Adama KOUNDOUL

Cher maître,

Vous m'avez fait l'honneur de co-diriger ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre grande disponibilité, votre patience, votre dévouement et votre amour de la psychiatrie m'inspirent au quotidien et font de vous un modèle pour moi.

Veillez recevoir ici, cher maître, le témoignage de mon profond respect, de ma grande gratitude et de mon admiration.

« Par délibération, l'UFR-2S a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation ».

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASD	: Acute Stress Disorder
ASVM	: Association sénégalaise des Victimes de Mines
CNAMMS	: Centre national d'Action Antimines au Sénégal
COUS	: Centre des opérations d'urgence sanitaire
CUMP	: Cellules d'urgence médico-psychologique
DES	: Dissociative Experience Scale
DMOR	: Désensibilisation par mouvement oculaire et reprogrammation (EMDR)
EMIS	: Équipe Mobile d'Intervention et de Soutien
ESA	: État de stress aigu
ESPT	: État de Stress Post Traumatique
EUIMC	: Étude d'Urgence sur l'Impact des Mines en Casamance
HI	: Handicap internationale
IRS	: Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine
ISAD	: Initiative Solidaire des Actions de Développement
MFDC	: Mouvement des Forces Démocratiques de la Casamance.
MSAS	: Ministère de la Santé et de l'Action sociale
NCS	: National Comorbidity Survey
OMS	: Organisation mondiale de la santé
PTSD	: Post-traumatique Stress Disorder
REG	: Restes explosifs de guerre
SMPG	: Santé mentale en Population Générale
SNP	: Société nationale des psychologues
SSPT	: Syndrome de stress posttraumatique
TSPT	: Trouble de stress post-traumatique

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma de la vésicule illustrant le fonctionnement de la psyché.....	11
Figure 2 : Carte géographique de la région de Ziguinchor	38
Figure 3 : Répartition des victimes de mines selon la tranche d'âge ($n = 53$)	43
Figure 4 : Répartition des victimes de mines selon la situation matrimoniale ($n = 53$).....	44

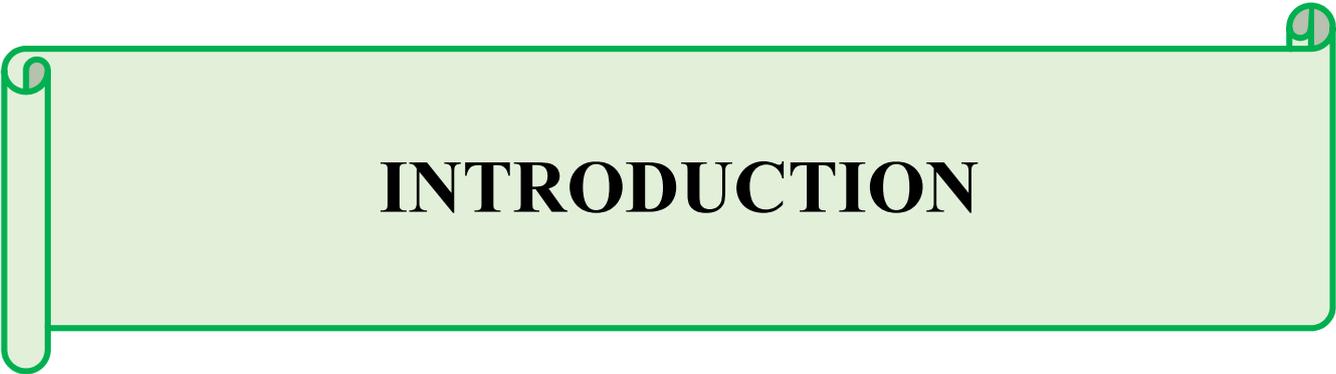
LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des victimes de mines selon niveau de scolarité ($n = 53$).....	45
Tableau II : Répartition des victimes de mines selon la profession avant l'accident ($n = 53$).	46
Tableau III : Répartition des victimes de mines selon la profession après l'accident ($n = 53$)	47
Tableau IV : Répartition des victimes de mines selon le niveau socio-économique ($n = 53$).	48
Tableau V : Répartition des victimes de mines selon la période de l'accident ($n = 53$).....	49
Tableau VI : Répartition des victimes de mines selon les circonstances de l'accident ($n = 53$)	49
Tableau VII : Répartition des victimes de mines selon la durée de l'hospitalisation ($n = 49$)	50
Tableau VIII : Répartition des victimes de mines selon le type de chirurgie ($n = 47$)	51
Tableau IX : Répartition des victimes de mines selon l'individu assurant le soutien psychologique en hospitalisation ($n = 53$).....	51
Tableau X : Répartition des victimes de mines selon la catégorie du personnel de santé mentale assurant le soutien psychologique après hospitalisation ($n = 30$)	52
Tableau XI : Répartition des victimes de mines selon le délai d'attente à la prise en charge psychologique ($n = 30$).....	53
Tableau XII : Répartition des victimes de mines selon la fréquence des séances de thérapie ($n = 30$).....	53
Tableau XIII : Répartition des victimes de mines selon le bienfaiteur en hospitalisation ($n = 47$)	54
Tableau XIV : Répartition des victimes de mines selon le type de soutien pour la réinsertion sociale ($n = 41$).....	55
Tableau XV : Répartition des victimes de mines selon le bienfaiteur pour une réinsertion sociale ($n = 41$).....	55

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	4
I. RAPPELS SUR LE TRAUMATISME PSYCHIQUE	4
I.1. Définition et concept du traumatisme	4
I.2. Aspects historiques	5
I.3. Aspects étiopathogéniques.....	8
I.4. Aspects épidémiologiques	12
I.5. Aspects cliniques	16
I.5.1. Les troubles immédiats brefs	16
I.5.2. Les troubles post-immédiats	16
I.5.3. Les troubles retardés ou différés	17
I.6. Aspects thérapeutiques.....	26
I.6.1. Les soins précoces.....	27
I.6.2. Les soins différés	29
II. PROBLÉMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE DES VICTIMES DE MINES TERRESTRES.....	31
DEUXIÈME PARTIE : NOTRE ÉTUDE	37
III. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE.....	37
III.1. Objectifs de l'étude	37
III.1.1. Objectif général	37
III.1.2. Objectifs spécifiques	37
III.2. Cadre et contexte d'étude	37
III.3. Type et période d'étude.....	39
III.4. Patients et méthodes d'étude	39
III.4.1. Population d'étude.....	39
III.4.2. Méthode d'étude.....	39
III.5. Contraintes de l'étude.....	41
III.6. Considérations éthiques.....	41
III.7. Définitions opérationnelles	41
III.7.1. Niveau de vie socio-économique	41
III.7.2. La reconversion professionnelle.....	42
IV. RÉSULTATS	43

IV.1. Données sociodémographiques	43
IV.1.1. L'âge	43
IV.1.2. Le sexe	43
IV.1.3. Lieu de résidence	44
IV.1.4. La situation matrimoniale	44
IV.1.5. Le niveau de scolarité	44
IV.1.6. Profession avant accident.....	46
IV.1.7. Profession actuelle (après l'accident)	47
IV.1.8. Niveau de vie socio-économique	48
IV.2. Données sur l'accident	48
IV.2.1. Période de l'accident.....	48
IV.2.2. L'âge de la victime au moment de l'accident	49
IV.2.4. Circonstance de l'accident	49
IV.2.5. Blessures physiques occasionnées par l'accident	50
IV.3. Données sur la prise en charge.....	50
IV.3.1. Données sur la prise en charge médicochirurgicale.....	50
IV.3.2. Données sur la prise en charge psychologique	51
IV.3.3. Données sur la prise en charge sociale.....	54
V. DISCUSSION	53
V.1. Aspects sociodémographiques	53
V.2. Aspects liés à l'accident	56
V.3. Aspects liés à la prise en charge	57
V.3.1. Prise en charge médicochirurgicale.....	57
V.3.2. Prise en charge psychosociale	59
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	69
CONCLUSION	69
RECOMMANDATIONS.....	72
RÉFÉRENCES.....	72
ANNEXES	74
TABLE DES MATIÈRES	92



INTRODUCTION

Les mines sont des engins conçus pour être placés et pour exploser du fait de la présence, de la proximité ou du contact d'une personne ou d'un véhicule [1].

Disséminées par milliers dans les pays ravagés par la guerre, les mines terrestres et les munitions non explosées causent de grandes souffrances aux populations civiles dans le monde entier [2]. En 2019, des victimes de mines ont été enregistrées dans 50 États et 5 territoires du monde entier. La majorité des nouvelles victimes de mines terrestres et de restes explosifs de guerre a été enregistrée en Afghanistan (1 538), au Myanmar (358), en Syrie (1 125), au Yémen (248), en Irak (161), en Ukraine (324), au Mali (345) et au Nigeria (238). L'Observatoire des mines avait enregistré 5 554 nouvelles victimes de mines et reste d'explosifs dans le monde. Les civiles représentaient 80 % d'entre elles, dont 43 % étaient des enfants. Ce bilan reste élevé pour la cinquième année consécutive (6 897 victimes en 2018, 7 253 en 2017, 9 439 en 2016 et 6 971 en 2015) [3].

Le Sénégal, comme tout pays touché par les conflits armés, n'est pas épargné par les mines. En effet, l'Étude d'Urgence sur l'Impact des Mines en Casamance (EUIMC) faite entre octobre 2005-mai 2006 a identifié 93 villages affectés par les mines et/ou restes explosifs de guerre, 149 zones suspectes dont approximativement 63 km de pistes, sentiers et routes [4]. La région de Ziguinchor englobe 54 sur 93 localités contaminées avec 87 sur 149 zones suspectes dont 72 dans le département de Ziguinchor [5]. La dissémination des mines terrestres (antichars et antipersonnel) dans cette partie du pays est liée au conflit armé opposant l'État du Sénégal aux rebelles indépendantistes du Mouvement des Forces Démocratiques de la Casamance (MFDC). La contamination par mine s'est particulièrement accentuée au cours de la période 1996-2000 [6].

Malgré une relative accalmie constatée depuis plus d'une décennie, les mines continuent de faire des victimes. En 2014, des jeunes sont victimes d'accident mortel par mine à Oulampane (département de Bignona) [7]. On note également

12 victimes en 2020 dont 2 décès et 10 blessés dans le département de Ziguinchor [8].

De nos jours les données concernant le nombre de victimes restent incomplètes dans notre pays. Le Sénégal figure parmi les 30 pays les plus durement touchés par les mines antipersonnel [9]. En 2019, selon le rapport du Centre national d'Action Antimines au Sénégal (CNAMS), le nombre total de victimes était estimé à 831 dont 595 civils avec 152 tués et 443 blessés. Ces victimes sont pour l'essentiel répertoriées dans les départements de Ziguinchor et celui de Bignona [6].

Les mines terrestres érodent les fondements socio-économiques de la société et menacent le relèvement après un conflit [10]. Leur coût va bien au-delà des blessures physiques et de la mort et s'étend au handicap, aux prothèses et à la réadaptation à long terme qu'elles entraînent [11,12]. En plus de nombreuses études ont montré un lien entre les événements traumatisants de la guerre tels que les accidents de mines et les effets négatifs à long terme sur la santé mentale des victimes [13]. En effet, les victimes blessées sont susceptibles de développer des problèmes de santé mentale, tels que la dépression et le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) [10,14]. Une étude commanditée par le CNAMS en 2010 a révélé qu'environ 85 % des survivants souffraient encore du traumatisme psychique et avaient besoin de soins psychologiques, mais un tabou culturel empêchait les survivants d'accéder aux soins [15]. Par ailleurs, les difficultés individuelles dans les relations et le fonctionnement quotidien sont considérables, d'autant plus que la victime est confrontée à la stigmatisation sociale, au rejet et au chômage. Le travail, l'éducation et les possibilités d'interaction sociale sont largement hors de leur portée, et leur rétablissement nécessite des soins de santé à long terme, ce qui leur impose, ainsi qu'à leur famille, une énorme charge financière [16,17].

Pour un rétablissement des victimes après un accident de mine, la prise en charge doit être complète et coordonnée. Il exige de prendre en compte aussi bien les

aspects physiques et psychologiques de l'individu, les besoins économiques et sociaux dans le contexte de la famille, de la communauté, et l'environnement socioculturel dans lequel il vit [16].

Au vu de tous ces aspects, il devient dès lors important de jeter un regard sur l'accompagnement de ces victimes et de s'interroger particulièrement sur leur prise en charge médico-psychosociale.

L'objectif de cette étude était d'évaluer la prise en charge psychosociale des victimes de mines dans le département de Ziguinchor.

Nous avons divisé notre travail en deux (2) parties :

- la première partie consacrée à la revue de la littérature nous permettra de faire un rappel sur le psychotraumatisme et de poser la problématique de la prise en charge psychosociale des victimes de mines terrestres ;
- dans la deuxième partie, nous présenterons la méthodologie et les résultats de notre travail avant de terminer par la discussion à l'issue de laquelle nous formulerons des recommandations pour améliorer la prise en charge des victimes de mines à Ziguinchor.

**PREMIÈRE PARTIE :
REVUE DE LA LITTERATURE**

I. RAPPELS SUR LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

I.1. Définition et concept du traumatisme

Le traumatisme psychique est défini par l'incapacité du sujet à répondre à un événement de vie de façon adéquate, entraînant un bouleversement dans son aménagement psychique variable en intensité et en durée, reconnus par ses effets pathogènes immédiats, retardés ou différés [18]. Le mot traumatisme qui vient du grec *traumatismos* « action de blesser » et du grec *trauma* « blessure » a été adopté en psychologie par analogie avec les traumatismes physiques. Le terme trauma a été retenu pour définir un traumatisme psychique. Dans le choc physique, la blessure est plus ou moins profonde, elle respecte ou non la peau. Cette image d'intensité traumatique est reprise dans la métaphore freudienne de la vésicule vivante représentant la psyché dont la membrane protectrice résiste ou se rompt sous l'action du traumatisme [18].

Dans le cadre de la pathologie psychotraumatique, les événements et leur retentissement sont donc variés. L'événement traumatique caractéristique est donc violent, soudain, imprévisible. Il menace la vie du sujet, le confronte à sa propre mort ou la mort d'autrui. Il déclenche une réaction inadaptée dominée par la frayeur, l'effroi, un sentiment d'impuissance, d'anéantissement à l'origine de troubles psychotraumatiques majeurs dont la référence est la névrose traumatique ou l'état de stress post-traumatique.

La perception de cet événement potentiellement traumatique est éminemment subjective. Elle dépend en partie de la nature, de l'intensité du traumatisme et des possibilités de contrôle, d'élaboration psychique du sujet mais aussi du contexte social, structurel et conjoncturel [18].

Les syndromes psychotraumatiques se caractérisent par la violence soudaine et imprévisible de l'événement mortifère, par l'angoisse, par la confrontation au réel de la mort, par l'effroi, par le sentiment d'impuissance, par la peur d'anéantissement et l'angoisse de néantisation.

Les références pathogéniques utilisées sont dominées par le modèle psychotraumatique freudien et par le modèle transactionnel du stress utilisé par la majorité des auteurs anglo-saxons [18].

Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est un trouble anxieux dont souffrent certaines personnes après avoir été témoins d'un événement qui a provoqué ou menacé de provoquer un grave traumatisme ou un décès ou après avoir vécu cet événement [19].

Il nous semble intéressant de souligner les problèmes posés par l'appellation de syndrome de stress post-traumatique [20]. Lorsqu'on parle de stress post-traumatique, on laisse entendre que le stress est postérieur au trauma et que la symptomatologie est consécutive à la réactivation du stress. Cependant, pour les auteurs français, il existe une distinction radicale entre stress et trauma [21]. En effet, le stress est une réaction physiologique, neurologique et hormonale déclenchée à partir du moment où l'individu est exposé à un événement potentiellement traumatique, le stress est éphémère et sans séquelle [22]. Quant au trauma, c'est une réaction psychologique provoquant des manifestations cliniques caractéristiques du syndrome psychotraumatique [10]. Le trauma est une véritable blessure de l'appareil psychique à l'origine du développement de la pathologie. Lorsqu'il y a trauma, c'est l'image réelle de la mort qui vient faire effraction dans le psychisme et s'y incruster, tel « un corps étranger interne » [20]. Les implications qui en résultent sur le plan thérapeutique sont importantes et le thérapeute agit dans le déroulement de la cure et dans ses interventions thérapeutiques de manière à faire en sorte que cette blessure, ce corps étranger, trouve une forme de résolution au moyen du travail de parole [23,24].

I.2. Aspects historiques

Dès l'antiquité, sont mentionnés des troubles liés à des traumatismes psychiques. Epizelos, combattant athénien, envahi par l'effroi des combats, sans être blessé physiquement, devint aveugle lorsqu'un combattant adverse se précipita vers lui

et tua son compagnon d'armes lors de la bataille de marathon (390 avant J.C., Hérodote). La description par Hippocrate (400 ans avant J.C.) des rêves traumatiques dans son « traité des songes » témoigne de la connaissance des traumatismes psychiques [18]. Lucrèce (40 avant J.C.) dans son traité « de naturarum » et Froissard, au moyen-âge, dans ses « chroniques » mentionnaient des rêves de batailles.

Mais c'est d'autres traumatismes d'origine industrielle, tels que les accidents de chemin de fer et d'autre moyen de transport ou des traumatismes professionnels qui vont un certain temps focaliser l'intérêt des cliniciens [18]. Ainsi, le terme névrose traumatique fut utilisé pour désigner le trauma psychique à l'époque. H. Oppenheim, psychiatre allemand, utilisa en 1884 le terme de « névrose traumatique », identifia et décrivit les troubles névrotiques particuliers survenus dans les suites d'accident de travail et de chemin de fer [25].

Quelques années plus tard, plusieurs cliniciens utilisaient le terme « hystérie traumatique » au détriment de la « névrose traumatique ». En effet, l'École de la Salpêtrière à Paris avec Charcot s'intéressait à l'hypnose, aux paralysies de l'hystérie et aux accidents notamment ferroviaires [26]. Ainsi, Charcot utilisa la dénomination « hystérie traumatique ». Cette dénomination sera utilisée plus tard en 1889 par P Janet et Freud [27,28].

Jean Crocq réactualisa la névrose traumatique en 1896 [29]. Kraepelin retient la terminologie névrose « d'effroi », insistant sur l'importance et la spécificité de l'impact psychologique [30]. L'appellation « névrose de guerre », forme particulière de névrose traumatique était employée par Honigam, médecin allemand de la croix rouge, lors de la guerre russo-japonaise de 1905 [31].

Lors de la première guerre mondiale 1914-1918, la violence des combats était marquée par la frayeur et l'effroi. Des combattants hébétés, hagards, souffrant de troubles confuso-stuporeux étaient décrits par Milian sous le nom d'hypnose des batailles [32]. Abraham et Ferenczi appliquaient la théorie de l'hystérie dans leur étude des « névroses de guerre » [33].

Lors de la Seconde Guerre mondiale de 1939-1945, la « notion d'hystérie de guerre » apparaissait péjorative. Elle était remplacée par le syndrome d'épuisement qui éloignait la notion de conflit intrapsychique au profit d'une cause externe. La dureté des combats repoussa les limites des belligérants jusqu'à un point de rupture propre à chaque combattant. Il ne s'agit plus de troubles pathologiques, mais d'une réaction normale d'épuisement face à une situation de stress extrême [18].

Cependant, plusieurs années après la Seconde Guerre mondiale deux grandes entités surgissaient ; la première prônée par les psychiatres américains et la seconde par les français et les francophones.

La notion de stress déjà évoquée dans le syndrome d'épuisement est reprise dans les classifications internationales. La dénomination post-traumatique Stress Disorder (PTSD), d'état de stress post-traumatique (ESPT), apparaît dans la troisième édition du manuel statistique diagnostique de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-III 1980) reconnaissant la fréquence des troubles psychotraumatiques longtemps méconnus et désormais constatés chez les Vétérans de Vietnam (1964-1973) [34]. Ils avaient eux-mêmes constitués des « rap groups » où ils tentaient de se traiter mutuellement par le récit des situations traumatiques, la description de leurs troubles et l'expression de leur souffrance. Expérience à l'origine du réseau des Vet-centers créé en 1979 qui participèrent à la reconnaissance de la pathologie. Ces centres de consultation pluridisciplinaires se développèrent dans les différents États nord-américains. Le DSM-IV (1994) reconnaît une deuxième entité dénommée Acute Stress Disorder (ASD), l'état de stress aigu dont l'évolution variable peut aboutir à l'état de stress post-traumatique [35]. Cette approche est en rupture avec la philosophie qui se veut uniquement descriptive, « athéorique » du DSM et utilise pour cette pathologie l'abord bio-psycho-comportemental du stress. La classification américaine promeut la notion de trouble ou celle d'état, au détriment de névrose qui implique la notion de conflit et de défense et privilégie le concept de stress qui implique la notion de

désadaptation et de coping [36]. Les psychiatres militaires français ont toujours poursuivi leur activité de soins spécialisés dans le traitement des psychotraumatisés. Ils ont avec d'autres auteurs européens, essentiellement francophones, précisés le tableau clinique des syndromes psychotraumatiques et insisté sur l'intérêt de distinguer stress et traumatisme dans une perspective psychotraumatique, étiopathogénique et thérapeutique [31,36,37].

La classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 10^e révision, CIM-10 (1992) ajoute une 3^e entité, la « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe » qui est un des éléments importants du pronostic à long terme [38].

I.3. Aspects étiopathogéniques

Les psychiatres anglo-saxons développent la notion de stress qui a influencé la terminologie des classifications internationales et amplifié l'utilisation de ce concept à l'origine essentiellement biologique. Des psychiatres européens francophones distinguent le stress dont la visée est adaptative du traumatisme, appelé volontiers trauma, où prévalent la menace de mort, l'image de sa propre mort, l'effroi et le sentiment d'impuissance qui suspendent les possibilités d'adaptation.

Le concept de stress s'inscrit dans un modèle transactionnel entre le sujet et son environnement pour maintenir l'homéostasie.

Le « stress » est la réponse à visé adaptative à une sollicitation de l'environnement notamment un événement traumatique. Elle est constituée d'une réaction d'alerte, de lutte, et d'adaptation ou de rupture, qui mobilise les registres psychiques, comportemental et biologique.

Les anglo-saxons suggèrent que les syndromes post-traumatiques apparaissent lorsque la réponse est pathologique. Lors de la phase d'alerte urgente et brève durant quelques secondes, le système sympathique (noradrénaline) et

médullosurrénale (adrénaline) participe à l'adaptation somatique en augmentant la tension artérielle et la fréquence cardiaque [18].

Le relais est pris dans la phase de lutte, durant quelques heures, par l'axe corticotrope qui avec la sécrétion corticomédullaire de glucocorticoïdes mobilisent le glucose nécessaire à l'effort. D'autres systèmes notamment la sécrétion de peptides opiacés (douleur) et le système immunitaire sont mobilisés. L'axe corticotrope apparemment hypo-actif (cortisolémie basse) est en réalité hyperactif (hypersensibilité des récepteurs) [39].

La réaction de stress mobilise également le cortex préfrontal et les structures limbiques [18].

Sur le registre psychologique, est noté la notion de coping [40] qui s'intéresse à la capacité du sujet à faire face à la situation traumatique dont les facteurs déterminants principaux sont la personnalité et le soutien social.

Les troubles cognitifs de l'ESPT, en particulier, la répétition des reviviscences, l'irritabilité, la colère, la culpabilité, la perte de confiance en soi, témoignent d'un bouleversement des schémas de pensée habituels qui sont inversés par l'impact traumatique où prévalent alors la faillite du sentiment de sécurité, de l'expérience d'un monde connu et contrôlable, de la confiance en soi. Ces troubles relèvent de thérapies par restructuration cognitive.

Selon P. Janet, le choc émotif traumatique engendre « une souvenance » qui est constitué de sensations, d'éprouvés non élaborés, qu'il nomme « idées fixes ». Elles sont différentes par leur nature, des représentations. L'« idée fixe » s'inscrit dans le subconscient à la manière d'un parasite qui perturbe la pensée, des actes « automatiques », bizarres, inadaptés, sans lien avec la conscience qui fonctionne normalement et élabore des pensées rationnelles circonstanciées en toute lucidité. Cette double activité du subconscient explique la « discordance de la conscience » [27].

Cependant, pour appréhender le distinguo entre traumatisme psychique et stress, la métaphore freudienne de la vésicule illustrant le fonctionnement de la psyché

proposée par Freud est reprise et approfondie par Lebigot [41]. Cette vésicule est délimitée par une membrane qui maintient ainsi son homéostasie interne et joue le rôle de « pare-excitation ». Lors d'une situation stressante, menaçante, externe, la réponse, c'est-à-dire le stress représenté par le choc émotionnel, agit sur la membrane qui résiste en se déformant sans rupture et reprend sa sphéricité lorsque le sujet s'adapte à la situation avec disparition ou régression du stress.

Lors du traumatisme psychique ou trauma, la réaction émotionnelle est autre que celle du stress, c'est l'effroi qui entraîne l'effraction traumatique de la membrane qui ne peut plus jouer son rôle de pare-excitation. L'éprouvé traumatique, image brute du réel de la mort s'incruste dans les réseaux des représentations qui, en l'absence de représentation de la mort, ne peut se lier et s'y installe comme « un corps étranger » qui perturbe le fonctionnement psychique. Dans la vie courante, le réel nous échappe, transfiguré par la réalité élaborée au prisme de nos fantasmes. Cette image du réel de la mort est indicible. La victime n'a pas de mots pour le dire. Le traumatisme est voué à la répétition lors de reviviscences intrusives qui sont autant de tentatives cathartiques vouées à l'échec [41,42].

FIGURE 1
L'appareil psychique

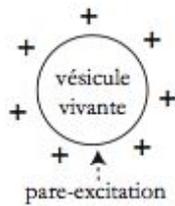


FIGURE 2
Le stress

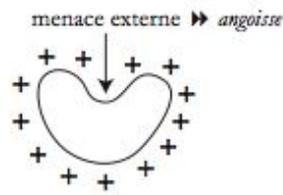


FIGURE 3
Le trauma

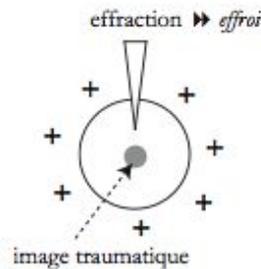


FIGURE 4
Le stress post-traumatique

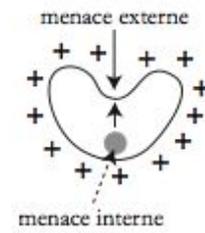


Figure 1 : Schéma de la vésicule illustrant le fonctionnement de la psyché

Certains auteurs utilisent une approche phénoménologique pour expliquer le psychotraumatisme.

L'événement traumatique et la menace d'anéantissement montrent aussi la faillite du sentiment d'invulnérabilité. Sentiment qui éloigne la réalité de la mort et participe à l'illusion d'immortalité. Elle conditionne une certaine sécurité du présent et une confiance en l'avenir qui permettent d'élaborer des projets dans la continuité et donner sens à l'existence. L'image de la mort ébranle les certitudes de la victime. Le contingent envahi le quotidien qui paraît dominé par l'aléatoire. L'environnement perd de sa familiarité protectrice. Il est insécurisant, suscite une vive inquiétude, une vigilance excessive qui souligne la rupture de sens de l'existence ou son non-sens [41,43].

À noter que dès le XIX^e siècle l'hypothèse organique ou biologique fut mentionné. En effet, une étiopathogénie post commotionnelle, organique, fut imputée aux premières névroses consécutifs aux accidents de chemin de fer (Duchesne, 1847 ; Erichsen, 1886). On pensait que la commotion cérébrale provoquée par le choc de l'accident déterminait soit des hémorragies, soit des microlésions des cellules nerveuses, indécélables aux investigations [44].

La guerre de 1914-1918 vint relancer l'hypothèse commotionnelle et son organisme notamment avec l'hypothèse « du vent de l'obus » du « vent de l'explosif » et du « syndrome commotionnelle ». Mais c'est le terme anglais de *shell-shock*, promu par F. Mott et C. Myers (1915-1916), qui entraîna la faveur des psychiatres aux armées avec beaucoup de soldats victimes de l'effet de souffle des explosions d'obus présentaient des tableaux cliniques à dominante confusionnelle accréditant cette hypothèse [44].

Par ailleurs, le modèle bio-neuro-physiologique du stress a pris le relais des anciens modèles neuro-organiques et neurotoxiques, justifiant pour les autres Américains du système nosologique DSM le choix du terme Post-Traumatique Stress Disorder ou PTSD pour remplacer le terme de névrose traumatique, entaché à leurs yeux d'une connotation freudienne.

Sur le plan bio-neuro-physiologique, les travaux de Selye et les nombreux travaux ultérieurs ont mis en évidence l'intervention dans le stress de quatre systèmes ou « axes » neurobiologiques : l'axe catécholaminergique, l'axe corticotrope, l'axe des peptides opiacés et l'axe immunitaire [44].

I.4. Aspects épidémiologiques

Le lien entre le nombre d'événements traumatisants et l'intensité du SSPT plaide en faveur d'effets cumulatifs des traumatismes qui conduisent à un épuisement croissant et à un dépassement des capacités de défense des personnes, et donc au développement de la psychopathologie post-traumatique croissante [45]. En distinguant quatre niveaux de retentissement psychotraumatique, l'étude SMPG (santé mentale en population générale) réalisé en France Métropolitaine a trouvé 30 % des sujets exposés sur la vie entière à un événement potentiellement traumatique ; 10 % des sujets confrontés à un événement traumatogène et ayant connu, depuis, des phénomènes de reviviscence et 5 % des sujets psychotraumatisés au sens large (sujets confrontés à un trauma et présentant

depuis, au moins un élément de retentissement psychopathologique). Ces derniers sujets regroupent les PTSD complets et les PTSD sub-syndromiques [46].

Les troubles psychotraumatiques constituent une affection invalidante dont les données épidémiologiques varient en fonction des pays mais aussi des populations étudiées et des instruments de mesure utilisés [46]. En effet, de nombreuses études ont montré un lien entre les événements traumatisants de la guerre et les effets négatifs à long terme sur la santé mentale [47].

Une étude menée au Cambodge, comparant la santé mentale des survivants de mines terrestres avec celle de la population générale, suggèrent que l'état de santé mentale était pire chez les survivants des mines terrestres [50]. Après la guerre brutale en Bosnie (1992-1995), un nombre important d'anciens combattants présentent encore des symptômes de traumatisme de guerre qui se manifestent sous la forme d'un trouble de stress post-traumatique [52,53]. Les symptômes psychiatriques peuvent persister pendant de nombreuses années après des événements gravement traumatisants, comme le suggèrent des études épidémiologiques menées auprès de réfugiés d'Asie du Sud-Est qui se sont réinstallés en Australie et aux États-Unis d'Amérique, bien que ces études aient également montré que les symptômes psychiatriques diminuent progressivement pendant la réinstallation [54,55].

D'autres études suggèrent que les symptômes du trouble de stress post-traumatique peuvent être maintenus pendant des années à un niveau significatif et affecter leur fonctionnement [56,57]. Après la guerre en Bosnie-Herzégovine, les vétérans de guerre ont montré un niveau élevé de traumatisme, et le trouble de stress post-traumatique devient de plus en plus un problème de santé publique qui doit être traité de manière adéquate [58]. Marmar et al. ont montré qu'un nombre significatif de vétérans de la guerre du Vietnam présentaient des symptômes quatre à cinq décennies après l'expérience de la guerre [59].

Selon des études sur des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine [18], la prévalence instantanée (mois écoulé) d'un PTSD complet était de 0,7 % dans l'échantillon global SMPG, avec une quasi-égalité de fréquence entre hommes (45 %) et femmes (55 %). Le taux de prévalence de PTSD sur le mois écoulé (0,7 % sur l'ensemble de l'échantillon) est proche de celui rapporté dans une population européenne par l'étude ESEMeD [60]. En effet, ses auteurs rapportaient une prévalence de 1,9 % sur la vie entière et de 0,9 % de PTSD pour un trouble actuel. Ils relevaient pour les femmes 1,3 % et pour les hommes 0,4 % de PTSD actuels. Pour l'étude européenne ESEMeD, les données concernant la population française sur un échantillon de 2 894 sujets indiquaient une prévalence sur les 12 derniers mois de 2,2 % pour l'ensemble de la population, avec 0,7 % pour les hommes et 3,5 % pour les femmes. La prévalence vie entière sur toute la population était de 3,9 % [18].

Ces prévalences sont inférieures à celles observées aux États-Unis. La principale étude nord-américaine analysant la prévalence du PTSD est celle que rapportent Kessler et al. [61,62] dans la National Comorbidity Survey (NCS). Sur une population représentative des États-Unis de 9 282 sujets, l'auteur retrouvait une prévalence de PTSD de 3,5 % au cours des 12 derniers mois (très comparable à ESEMeD) et de 6,8 % au cours de la vie avec une prévalence plus élevée chez les femmes que les hommes. À noter que les grandes études épidémiologiques concernant les troubles psychotraumatique sont surtout été menées aux États-Unis selon Prieto et Rouillon [63].

Plusieurs études menées sur les anciens combattants de guerre ont trouvé une prévalence du SSPT assez élevée. Après la guerre brutale en Bosnie (1992-1995), la prévalence du SSPT chez les anciens combattants est estimée à 9-31 % [59,64]. Les recherches suggèrent que la prévalence chez les soldats de la guerre en Afghanistan 6-11,5 %, en Irak 12-20 %, 17,0 % en Croatie, en Serbie 18,8 % et 11,2 % au Kosovo [65,66] et chez les vétérans femmes et hommes qu'il n'y a pas de différence ou elle est minime [65,67]. Les recherches de Komar et Vukušić

portant sur 3 217 vétérans de guerre en Croatie ont montré que 16,2 % des vétérans souffraient de SSPT complet, tandis que 25 % souffraient de SSPT partiel [68]. Cependant, la prévalence du SSPT est nettement plus élevée chez les victimes de mines que dans la population générale. Une étude réalisée chez les victimes de mines terrestres d'avril 1996 à mars 1998 dans la région de Valikamam à Jaffna a retrouvé les chiffres suivants : les troubles de stress post-traumatique (72 %), les réactions de stress aigu (73 %), les troubles anxieux (80 %) et la dépression (73 %) sont très nettement plus fréquents dans ce groupe que dans la population générale [10].

Sur le plan sociodémographique, la majorité des personnes psychotraumatisées appartenait aux couches socio-économiques défavorisées. Selon l'étude Santé Mental en Population Générale (SMPG) [18], en comparaison aux sujets indemnes du trouble, les sujets souffrant d'un PTSD étaient plus jeunes ($m = 44$ ans versus 47 ans), plus souvent célibataires (30 % versus 24 %), rapportaient un niveau d'études moins élevé. Ils menaient moins souvent une activité professionnelle (42 % versus 50 %), avec, notamment, deux fois plus de chômeurs (15 % versus 7 %). Sur le plan culturel, nous notons plus de sujets migrants dans le groupe PTSD (11 % versus 5 %), plus souvent originaires d'Afrique-Noire et du Maghreb. L'étude sur les victimes de mines terrestres d'avril 1996 à mars 1998 dans la région de Valikamam à Jaffna [10] estime qu'il y avait trois fois plus d'hommes que de femmes. Environ 48 % étaient âgés de 20 à 39 ans. Environ un cinquième des victimes étaient des enfants. Parmi les femmes, 60 % n'étaient pas mariées. La majorité appartenait aux couches socio-économiques inférieures. La moitié d'entre elles ont perdu leur capacité de gain après la blessure.

Après la guerre en Bosnie-Herzégovine [69] l'âge moyen de 100 vétérans souffrant du syndrome de stress post-traumatique était de $51,58 \pm 5,04$ ans. Dans cette étude, les vétérans de guerre qui présentaient des symptômes de stress post-traumatique avaient un statut socio-économique inférieur, un niveau d'éducation

plus faible et des handicaps de guerre plus graves que les vétérans qui ne présentaient pas de symptômes de stress post-traumatique.

I.5. Aspects cliniques

Lors d'un événement traumatique qui est soudain et imprévisible, le sujet est brutalement confronté à une situation de menace d'anéantissement pour lui-même ou pour autrui et/ou se trouve à proximité de sujets décédés ou gravement blessés. Il est envahi par une frayeur, l'horreur, l'effroi et un sentiment d'impuissance. Cet événement engendre potentiellement chez les victimes des troubles immédiats brefs, représentés par une réaction aiguë à un facteur de stress, des troubles post-immédiats dont l'état de stress aigu (ESA) [70], et des troubles retardés ou différés dont l'état de stress post-traumatique (ESPT) [70].

I.5.1. Les troubles immédiats brefs

Les troubles immédiats brefs apparaissent aux débuts de l'événement traumatique, ils durent quelques dizaines de minutes ou quelques heures, au maximum, 48 heures. Ils ne sont pas reconnus dans DSMIV-TR [70], leur durée étant inférieure à 2 jours.

La victime peut, selon ses capacités adaptatives, avoir une réponse, c'est-à-dire un stress, correspondant à un stress adapté ou inadapté représentant la réaction aiguë à un facteur de stress (CIM 10) [38], réaction qui n'est pas retenue par le DSM [70].

I.5.2. Les troubles post-immédiats

Les troubles post-immédiats dont l'état de stress aigu (ESA) surviennent précocement dans la période post-immédiate ou dans les 4 premières semaines après le traumatisme. Il dure plus de 2 jours, sans dépasser 28 jours, selon le DSM IV-TR [70] (annexe 1) qui le nomme « trouble état de stress aigu ».

L'état de stress aigu est caractérisé par la persistance ou l'apparition de symptômes dissociatifs dont témoignent une restriction du champ de conscience, des difficultés d'intégration du contexte environnemental, source d'amnésie dissociative et de retrait social. Le sujet perçoit la situation comme s'il regardait un film, envahit par une situation d'irréalité (dépersonnalisation), de dépassement, d'impression d'émoussement de l'affectivité et de la réactivité. La perception du temps et de l'espace est perturbée : le temps est « vécu au ralenti » et l'espace rétrécie à la scène traumatique. Le sujet est spectateur de l'événement. Il est étranger à l'événement perçu comme un film et il est étranger à lui-même, spectateur de sa propre existence (dépersonnalisation) [18].

L'évolution de l'ESA est variable. L'ESA touche 14 à 30 % des sujets exposés à une situation traumatique, ils évoluent habituellement vers la guérison. Pour les sujets souffrants d'un ESA soit les troubles persistent et c'est en continuité que se développent des troubles de l'ESPT, soit les troubles s'amendent et c'est après une phase de latence que l'évolution se fait vers l'ESPT différé [18].

I.5.3. Les troubles retardés ou différés

I.5.3.1. L'état de stress post-traumatique (l'ESPT)

La dénomination « état de stress post-traumatique » (ESPT) est utilisée par le DSM-IV-TR [72,73].

L'ESPT peut apparaître après un événement traumatique caractéristique selon une temporalité variable. Il peut apparaître, en continuité, sans temps de latence avec les troubles immédiats brefs ou l'ESA qui évolue pour aboutir au-delà de 4 semaines à l'ESPT [18].

Le temps de latence est de durée variable. Il est inférieur à 6 mois pour la CIM 10, mais peut durer au-delà d'un an voir des années, comme chez certains vétérans du Vietnam [18].

Le syndrome psychotraumatique se caractérise par le syndrome pathognomonique de répétition, des symptômes non spécifiques, et il comporte également une réorganisation de la personnalité [73].

a. Le syndrome de répétition

Le syndrome de répétition se traduit par la reviviscence de l'expérience traumatique vécue lors de l'événement. Il est pathognomonique de l'ESPT [70] qui est constitué de reviviscence intrusive, involontaire, itérative de la situation traumatique.

C'est le noyau spécifique de cette clinique qui réalise, de la façon la plus directe, une forme de retour dans le réel des manifestations qui se sont déroulées lors de l'événement. Cette répétition se produit selon un vécu particulièrement éprouvant en termes d'anxiété, d'angoisse psychique et somatique. Le syndrome de répétition se déclenche selon un très large éventail de possibilités cliniques qui vont de l'expression relativement rare dont le retentissement est minime à la survenue fréquente de manifestations itératives, entraînant des conséquences majeures au niveau de la vie socio-familiale ou professionnelle. Ces manifestations cliniques surviennent soit spontanément, soit en réponse à un stimulus en lien avec la situation traumatique, comme être à proximité du lieu ou des circonstances de l'événement, être confronté à la médiatisation de l'événement ou rencontrer quelqu'un qui rappelle l'un des protagonistes de l'événement [31].

L'événement va réapparaître sous différentes formes. Le plus souvent, il s'agit d'hallucinations visuelles qui reproduisent une partie ou l'ensemble de la scène. Parfois, les hallucinations sont auditives, la répétition traumatique porte alors sur le bruit perçu lors du moment traumatique [20].

Rappelons cependant que dans la pratique, ce sont en priorité les images en flash ou les hallucinations, ainsi que les cauchemars qui illustrent le plus souvent cette répétition autour de l'événement traumatique [20].

b. Les symptômes non spécifiques

À côté du syndrome pathognomonique de répétition, figurent un ensemble de troubles dits non spécifiques, car pouvant être couramment observés dans d'autres affections psychiatriques.

➤ Les comportements d'évitement

Pour tenter d'éviter les reviviscences douloureuses de la situation traumatique, le patient développe des conduits d'évitement entraînant un handicap social (trajets, transports, programmes de télévision) pour éviter tout indice rappelant la situation traumatique [18].

➤ L'hypervigilance et les troubles du sommeil

L'hypervigilance à l'environnement est source d'angoisse qui elle-même accroît l'hyperréactivité sensorielle ressentie comme une perte de contrôle qui augmente l'irritabilité, l'intolérance à l'environnement.

Les troubles du sommeil sont caractérisés par les difficultés d'endormissement liées à la remémoration des moments angoissants de la journée et aux reviviscences hypnagogiques lors de la baisse de la vigilance de l'endormissement. Le sommeil est le plus souvent interrompu par les reviviscences de la situation traumatique, sous forme de cauchemars. L'enregistrement de sommeil retrouve le trouble de l'endormissement et précise l'augmentation du temps de latence d'apparition du sommeil paradoxale dont la durée est réduite [18].

➤ L'hyperactivité neurovégétative

L'hyperactivité neurovégétative et l'hypervigilance psychique se renforcent mutuellement en fonction des stimuli de l'environnement, augmentant les réactions du sursaut [18].

➤ **Les symptômes anxieux**

Ils participent de façon permanente au vécu du patient tant dans les symptômes de répétitions, d'évitement, d'hypervigilance, que dans la réactivité neurovégétative. Ils ont tendance à devenir permanent et assombrissent le devenir du patient s'ils se chronicisent [18].

➤ **La dimension dépressive**

La composante dépressive est constante et confirmée par des symptômes du critère C du DSMIV-TR [70] :

- une diminution des intérêts pour les activités habituelles ;
- l'émoussement affectif est perçu comme une incapacité douloureusement ressentie à éprouver de la tendresse pour les personnes aimées de l'entourage ;
- un sentiment d'avenir « bouché ».

Cette dimension dépressive peut s'accroître et s'acheminer vers un épisode dépressif caractérisé, dominé par la tristesse pathologique, le désintérêt et l'anhédonie, considéré alors comme un trouble comorbide [74].

➤ **Les troubles cognitifs**

Les cognitifs péjoratives sont habituelles. Les troubles de l'attention et de la concentration sont dus, en partie, au parasitage des processus intellectuels par le syndrome de répétition, les conduites d'évitement, l'hypervigilance et l'hyperexcitabilité neurovégétative au détriment des activités intellectuelles habituelles. Ils sont aggravés par l'existence d'une asthénie psychique et physique d'allures dépressives [36].

Le patient, dans son effort de concentration, lutte contre ses troubles attentionnels pour accomplir une activité déterminée. Il effectue un triple effort : maintenir la concentration nécessaire pour accomplir la tâche envisagée, repousser les pensées

et les représentations intrusives qui perturbent les processus intellectuels, se dégager des stimuli anxiogènes de l'environnement [18].

➤ **Les troubles somatiques**

Les troubles les plus fréquents sont l'asthénie et les algies, mais peuvent apparaître des troubles plus rares dits psychosomatiques : blanchiment de mèches de cheveux, canitie généralisée, poussée de psoriasis, déclenchement de diabète, survenue d'une dysthyroïdie, troubles du rythme cardiaque ont été rapportés [18].

c. La personnalité pathologique (traumatique ou traumato-névrotique)

Les modifications de la personnalité peuvent être observées au décours du syndrome psychotraumatique. Il s'agit d'un ensemble de manifestations qui traduisent cet effondrement progressif des supports qui habituellement permettent au sujet d'éprouver cette sérénité qui le protège dans le monde. En cas de traumatisme, l'environnement devient menaçant, dépourvu de sécurité, source d'une inquiétude nouvelle où tout peut arriver [20].

Alexander décrivait les trois registres de blocage des fonctions de filtration, de présence et d'amour, formulation reprise par Crocq [75,76].

L'altération de la fonction de filtration désigne l'impossibilité, pour la victime, de distinguer les signaux habituels de ceux qui sont sources de danger, si bien qu'elle ne peut plus faire la part entre ce qui est menaçant et ce qui ne l'est pas, d'où un sursaut permanent au moindre signal. L'altération de la fonction de présence désigne le désinvestissement de toutes les activités habituelles du patient. Le blocage de la fonction d'amour se traduit par le retrait de la vie affective ou amoureuse du traumatisé, son incapacité à aimer, à s'intéresser sur le plan affectif à ceux qui l'entourent.

➤ **Évolution de l'état de stress post-traumatique**

L'appréciation de l'évolution de l'ESPT est variable en fonction des traumatismes, des populations étudiées et des références retenues.

La plupart des études retiennent les critères des DSM [70] et considèrent l'ESPT comme aigu pour une durée inférieure à 3 mois et comme un trouble chronique lorsqu'il dure 3 mois et davantage.

➤ **Évolution favorable**

L'ESPT dure quelques mois et, dans la majorité des cas, son évolution est favorable (environ 80 % à 1 an). L'anxiété s'amende, les symptômes dépressifs régressent, les symptômes spécifiques s'atténuent dans leur dimension émotionnelle, et la reviviscence fait place à la remémoration.

➤ **Évolution défavorable**

Si les symptômes de reviviscence et les conduites d'évitements régressent partiellement, les troubles anxieux et dépressifs s'aggravent : ils dominent le pronostic.

I.5.3.2. Les autres syndromes de stress post-traumatique

➤ **Les syndromes post-traumatiques modérés**

Le syndrome post-traumatique modéré répondant aux critères de l'ESPT est sous diagnostiqué. Les symptômes variables dans leurs prédominances sont certes modérés mais leur persistance, leur ténacité, l'anxiété permanente, les reviviscences chez une victime sur le qui-vive ayant des comportements d'évitement entraînent un dysfonctionnement familial et social relativement invalidant. Cette évolution péjorative peut tenter d'être évitée par un diagnostic précoce et l'indication d'un traitement adapté [18].

➤ **Les syndromes post-traumatiques partiels**

Les syndromes post-traumatiques partiels sont moins connus. Ils sont constitués par une symptomatologie psychotraumatique qui ne satisfait pas aux critères de l'ESPT. Ces sub-syndromes psychotraumatiques peuvent se manifester par un symptôme prédominant tels, anxiété, éléments dépressifs, réminiscences itératives, conduites d'évitement ou conduite d'alcoolisation pour tenter en vain de réduire l'anxiété [18].

➤ **Les psychotraumatismes de l'enfant et de l'adolescent**

Le psychotraumatisme chez l'enfant, comme chez l'adulte implique un événement qui comporte un risque de mort ou de blessure sévère. L'enfant est envahi par le désarroi, l'impuissance [18].

Le modèle de référence pour la description de l'ESPT chez le grand enfant et l'adolescent reste celui des classifications internationales, CIM-10 ou DSM-IV [77, 79], bien repéré chez les vétérans de la guerre du Vietnam, même si certains auteurs soulignent leurs insuffisances pour les jeunes victimes et s'il faut tenir compte des particularités liées à l'âge. Quoi qu'il en soit, le point capital est d'avoir identifié, chez l'enfant, un noyau dur syndromique voisin des formes de l'adulte, signant des mécanismes comportementales [18].

Un certain nombre de spécificités sémiologiques et développementales nuancent la présentation de l'ESPT du jeune patient. Le syndrome de répétition reste l'élément central et pathognomonique. Les enfants présentent des jeux répétitifs, des « remises en actes », dont la dimension de plaisir est absente, à la différence du jeu proprement dit, évoquant certains aspects de l'événement traumatique qu'ils n'ont pas conscience de rejouer ainsi [80]. Les souvenirs du traumatisme, répétitifs et intrusifs, peuvent être visualisés sous la forme d'hallucinations, d'illusions et de flash-back, bien que moins souvent que chez l'adulte. Des reviviscences auditives, tactiles ou olfactives sont parfois rapportées. De tels souvenirs fortement sensorialités, sont déclenchés par des stimuli actuels

rappelant le traumatisme ou surviennent spontanément, notamment dans les moments où l'attention des enfants se relâche : lorsqu'ils s'ennuient en classe ou devant la télévision, au repas ou au moment de l'endormissement. Les rêves récurrents de reviviscences traumatiques, considérés comme le cœur sémiologique de la névrose traumatique de l'adulte, sont moins fréquents chez l'enfant qui présenterait, notamment avant l'âge de 5 ans, plutôt des cauchemars à thèmes non spécifiques, sans rapport avec l'événement ou des terreurs nocturnes, sans contenu reconnaissable [18].

L'émoussement de la réactivité générale avec anesthésie affective, réduction des intérêts et sentiment de détachement, classique chez l'adulte, est rare chez l'enfant à la suite d'un traumatisme unique, et ce d'autant qu'il est plus jeune [81]. Fatalisme, pessimisme et sentiment d'avenir « bouché » témoignent fréquemment d'une attitude changée par rapport à la vie et à l'égard des autres : ces enfants ont la conviction que d'autres traumatismes se produiront nécessairement, un sentiment profond de vulnérabilité et la perte de la confiance habituelle accordée aux adultes protecteurs [18].

L'amnésie post-traumatique est assez rare chez l'enfant qui présente en revanche, vis-à-vis des événements traumatiques, des distorsions des cognitions et des souvenirs souvent marqués. Tandis que les faits peuvent être relatés avec une clarté et un luxe surprenant de détails, leur chronologie est évoquée dans le désordre et les interprétations erronées concernant leur déroulement sont fréquentes [18].

L'hyperactivité neurovégétative recouvre un ensemble de symptômes apparus au décours du traumatisme : difficultés d'endormissement et réveils multiples, irritabilité et accès de colère, état d'alerte, hypervigilance et réactions exagérées de sursaut, troubles de l'attention et de la concentration se répercutant sur la scolarité. Les plaintes somatiques (céphalées et douleurs abdominales) sont très fréquentes chez l'enfant de même que les phénomènes régressifs (une énurésie, un parler « bébé » ou une succion du pouce par exemple) [79,82].

➤ **Les soins somatiques et psychotraumatiques**

Dans le cadre de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique sont insuffisamment pris en compte les troubles post-traumatiques engendrés par des maladies ou des accidents sévères à risque léthal tels certains cancers, l'infarctus sévère du myocarde et son angoisse de mort. Cette angoisse de mort est retrouvée dans le cadre de l'obstétrique [16].

➤ **Psychose et trauma**

Outre la schizophrénie, de nombreux troubles peuvent inclure des caractéristiques psychotiques. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) en fait partie. Une étude sur les vétérans de combat atteints du SSPT a révélé que 30 à 40 % des participants ont subi des hallucinations auditives ou visuelles réelles et pas seulement l'expérience relativement hallucinante d'un flash-back [83].

La littérature a montré un lien fort entre dissociation, symptômes psychotiques et trouble post-traumatique. La dissociation et les symptômes psychotiques sont des entités associées au TSPT, apparaissent dans le cluster reviviscences du DSM IV et sont très fréquemment décrits par les patients notamment dans les populations migrantes. Les hallucinations peuvent être définies comme des phénomènes dissociatifs, car sont liées dans les études à des scores très élevés de dissociation sur la Dissociative Experience Scale (DES). Cependant, les hallucinations peuvent aussi être comprises comme des phénomènes psychotiques devant l'absence de lien immédiat entre les symptômes psychotiques et leur thématique avec l'expérience traumatique, devant l'absence de synchronie temporelle entre symptômes psychotiques et éléments dissociatifs dans le TSPT et devant l'absence de corrélation entre la fréquence et la sévérité des répétitions traumatiques de nature dissociative et celles des « symptômes psychotiques » positifs dans le TSPT [83].

I.6. Aspects thérapeutiques

Les déterminants des troubles psychotraumatiques sont multifactoriels, personnels et contextuels, en sachant qu'il existe chez le sujet des possibilités psychodynamiques, souvent méconnues, qu'il faut percevoir, soutenir et utiliser dans un sens favorable pour induire une évolution bénéfique malgré l'importance éventuelle de facteurs de vulnérabilité personnelle et environnementale [18].

Les recherches portent sur l'amélioration des connaissances épidémiologiques, cliniques, biologiques, étiopatogéniques de ces troubles fréquents et invalidants. Les indications thérapeutiques sont fonctions du moment de l'intervention. Précoces elles sont curatives et visent à réduire les troubles immédiats et post-immédiats dont l'État de Stress Aigu (ESA) [84] et tentent de prévenir les troubles différés de l'État de Stress Post Traumatique (ESPT) [84]. À distance du traumatisme, la prise en charge de l'ESPT a pour objectif la guérison pour éviter l'évolution vers l'ESPT chronique et l'apparition fréquente de comorbidités dont le traitement est délicat et le retentissement social souvent important.

Dans la prise en charge de patients souffrants de psychotraumatisme, l'accompagnement socio-judiciaire des associations est important. Ces derniers ont contribué à l'évolution du droit des victimes dans le sens d'une meilleure reconnaissance sociale, mais aussi de leurs troubles, de leur souffrance et d'une légitime réparation des dommages. Ces avancées législatives participent à l'évolution favorable de l'état des victimes [18].

L'abord thérapeutique [18] se déroule selon trois périodes impliquant chacune une prise en charge spécifique :

- soins précoces : immédiats et post-immédiats dont les états aigus de stress ;
- soins différés : état de stress post-traumatique et syndromes post traumatiques

I.6.1. Les soins précoces

a. Interventions psychologiques précoces (IPP)

Elles comprennent le defusing (déchoquage) ou soins immédiats et le débriefing ou soins post-immédiats. Elles s'adressent aux victimes mais aussi aux sauveteurs. Les soins ont un double objectif, reconnaître la détresse et soulager la souffrance psychique [18].

➤ Le defusing

Le defusing (déchoquage) consiste en une verbalisation spontanée du vécu de l'événement dans ses dimensions affectives et cognitives pratiquées chez une victime ayant une réponse, un stress adapté. Il facilite alors l'abréaction, la décharge émotionnelle et aide à l'élaboration de l'événement en l'inscrivant dans un récit. Dans cette période de choc émotif majeur, le defusing qui viserait, chez une victime en état de stress dépassé, à obtenir une abréaction en sollicitant de façon intrusive la reviviscence par une verbalisation émotionnelle immédiate serait délétère [85].

Ces soins immédiats se font soit aux services des urgences hospitalières, soit sur le terrain avec les mêmes recommandations et méthodes.

➤ Le débriefing

Le terme débriefing est emprunté au vocabulaire militaire d'abord pour des missions d'aviateurs puis pour des unités de l'armée de terre.

Le débriefing peut être défini comme une méthode permettant à la victime ou au sauveteur de verbaliser spontanément pour favoriser par « l'abréaction cathartique » la décharge émotionnelle liée à l'événement potentiellement traumatique. Il permet à l'expression de cet événement dans ses dimensions factuelles (déroulement de l'événement), cognitive (pensée et expression) et émotionnelle (peurs, frustrations, impuissance, culpabilité) afin d'en assurer une certaine maîtrise, dans le double but d'un soulagement des troubles précoces de

l'ESA et de produire un effet préventif, actuellement controversé, sur l'apparition d'un ESPT [31,85]. Selon Lebigot, lors d'un débriefing, chacun doit pouvoir « raconter ce qu'il a vécu, exprimer ses émotions du moment, verbaliser ce qu'il a imaginé, fantasmé » [86,87].

Le débriefing est effectué lors de la période post-immédiat, c'est-à-dire après les 24 premières heures et dans 48-72 heures suivantes ou un peu plus tardivement en fonction du contexte et des victimes. Il peut être individuel ou collectif, dirigé par des thérapeutes, lors de groupes institués ou de personnes impliquées dans la même situation critique.

Si l'intérêt du débriefing dans le soulagement précoce des victimes est reconnu, *a contrario*, son efficacité préventive sur le développement d'un ESPT est controversée. Les psychiatres anglo-saxonnes le jugent inefficace, voire aggravant [18].

b. L'abord médicamenteux

Les réflexions pharmacologiques se poursuivent pour étayer l'activité des médicaments dans un but curatif pour réduire le dyscontrôle émotionnel, l'anxiété, l'hyperactivité neurovégétative afin de réduire l'impact événementiel délétère sur la mémoire mais aussi dans un but préventif pour éviter la survenue de troubles ultérieurs notamment un état de stress post-traumatique.

Dans ce domaine si la prudence s'impose en particulier l'utilisation des benzodiazépines qui ne peut être que ponctuelle, l'emploi d'autres anxiolytiques non benzodiazépiniques peut être utile [88]. Cependant, la place de la chimiothérapie est à discuter au cas par cas. En cas de pathologie confuso-délirante ou lors du déclenchement d'un état psychotique aigu comme un accès maniaque ou une bouffée délirante, le recours aux neuroleptiques per os ou par voie injectable peut être indispensable [20]. Les antipsychotiques atypiques agissent également sur la reviviscence, les troubles du sommeil et cauchemars, ainsi que sur l'agressivité et les symptômes psychotiques. Les psychotropes sont

toujours prescrits dans une alliance thérapeutique et accompagnés d'une information et approche psychothérapeutique (Ducrocq, 2005) [89]. Quant à la prescription d'antidépresseurs, elle est moins habituelle au cours de la phase immédiate étant donné le caractère évolutif et fluctuant de la symptomatologie. Elle est néanmoins indiquée lorsque des manifestations d'autodévalorisations, un sentiment de déchéance dominant le tableau clinique. Cette approche favorise le travail psychothérapeutique, la reprise du lien social et le réinvestissement relationnel [20]. En outre, la famille des antidépresseurs évite tout risque d'accoutumance comme ce pourrait être le cas avec les benzodiazépines [20].

I.6.2. Les soins différés

a. Les approches psychothérapeutiques

Depuis 1980, date à laquelle le terme « trouble de stress post-traumatique » a été introduit dans la nomenclature psychiatrique, de nombreuses études ont été menées afin d'établir les méthodes psychothérapeutiques les plus appropriées pour traiter ce trouble [90].

À ce jour, le traitement correspond classiquement à deux modèles pathogéniques [18] :

- le modèle de stress qui développe une conception transactionnelle entre le sujet et son environnement dont la visée bio-psycho-comportementale est adaptative. L'objectif est de maintenir ou de rétablir l'homéostasie sujet-milieu. Les applications en thérapie concernent les thérapies cognitivo-comportementales et les techniques apparentées : désensibilisation par mouvement oculaire et reprogrammation (DMOR ou EMDR) ainsi que l'hypnose ;
- le modèle psychodynamique dont la référence est la psychanalyse. Il est étayé par une expérience particulière, sensorielle qui confronte la victime à l'image de sa propre mort suscitant un sentiment d'anéantissement.

b. Le traitement médicamenteux

Le traitement de l'ESPT repose sur des mesures psychothérapeutiques susceptibles d'être complétées par la prescription de médicaments [91].

Certains médicaments antidépresseurs ont également une action bénéfique [91].

L'efficacité des antidépresseurs Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (IRS) est souvent rapportée [92] sur la composante anxieuse et dépressive.

Le traitement médicamenteux s'inscrit nécessairement dans une alliance thérapeutique, une information du patient et un soutien psychologique personnalisé [63] ou s'associe à une psychothérapie structurée.

II. PROBLÉMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE DES VICTIMES DE MINES TERRESTRES

La plupart des incidents liés aux mines terrestres se produisent dans les pays, régions où les victimes sont des paysans, des bergers, nomades ou réfugiés en fuite. De ce fait, elles dépendent principalement de leurs capacités physiques pour leur subsistance de base. Alors que de nombreux survivants ne retrouvent jamais leur capacité à participer pleinement à la vie familiale ou à la société [93]. Les victimes de mines sont souvent confrontées à des obstacles sociaux en raison de leurs handicaps physiques et mentaux, malgré l'importance du soutien à leur réintégration sociale [16,48,49]. En effet elles sont susceptibles de développer des problèmes de santé mentale, tels que la dépression et le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), à la suite de leur traumatisme [10,51].

La Convention d'Ottawa (Convention sur la l'interdiction de l'emploi, du stockage, de la production et du transfert des mines antipersonnel et leur destruction) est entrée en vigueur le 1^{er} mars 1999. Le traité d'interdiction des mines appelle tous les États à cesser l'utilisation, le transfert et la production de mines antipersonnelles. Il interdit l'utilisation des mines antipersonnelles comme une arme de guerre en raison de leur caractère indiscriminé. L'exportation de mines terrestres a cessé, les stocks ont été détruits et leur production a diminué [93].

En Bosnie et Herzégovine plus de 4 800 victimes de mines terrestres ont étaient enregistrées [94].

Depuis 1997, divers programmes et projets d'assistance aux victimes avaient été mis en œuvre. Le Réseau des survivants des mines terrestres avait mené six projets qui avaient inclus des visites à domicile, des entretiens et un premier contact avec les survivants. Plusieurs ONG internationales et gouvernementales avaient contribué à l'assistance aux victimes, notamment « Hope 87 », l'Agence japonaise de coopération internationale, l'Autriche et l'Institut slovène de réhabilitation [94].

En Albanie, toute l'assistance aux victimes était coordonnée par le PNUD et l'AMAE, tandis que la réhabilitation économique est mise en œuvre par une ONG locale [94].

Le continent asiatique est l'un des continents les plus touchés par les mines.

En effet, **l'Afghanistan** est l'un des pays qui comptent le plus grand nombre de victimes dans le monde [94].

En ce qui concerne la réadaptation physique et les prothèses, un certain nombre d'organisations avaient fourni des prothèses et des soins continus notamment Handicap International et la CICR. Pour les soins psychosociaux, toute une série d'organisations était impliquée [94].

Au Yémen, 392 victimes avaient été signalées entre mai 2000 et décembre 2003.

La plupart des victimes étaient des personnes pauvres.

Le Yémen avait établi un Comité national d'action contre les mines, avec un Centre exécutif d'action contre les mines.

Le Centre avait mis en place un programme visant à aider les survivants à être évacués sur le terrain, à payer tous les frais médicaux, à suivre les cas et à fournir toute l'assistance nécessaire, et il avait fourni des membres artificiels et d'autres équipements mécaniques. Le Centre avait aidé également les survivants à se réintégrer dans le secteur productif, en enseignant n'importe quelle profession, en ouvrant de petites entreprises, en créant des associations pour les survivants et en soutenant le travail des ONG dans ce domaine [94].

L'Afrique n'est pas épargnée par les mines terrestres.

L'Algérie compte un grand nombre de personnes touchées par les mines et les munitions non explosées. En Algérie, un Conseil national des personnes handicapées avait été créé sous les auspices du ministère chargé de la protection sociale. Selon le Code social, les victimes de mines et les autres personnes handicapées ont droit à une aide spécialisée, à des équipements médicaux et à l'accès à des appareils d'assistance. Les survivants et les autres personnes

handicapées sans revenu avaient le droit à l'aide sociale fournie par le gouvernement. Ils avaient également droit à un transport gratuit ou à une réduction du prix du transport, à une réduction de la taxe sur les services spécialisés et de logement social.

L'Algérie dispose d'écoles spécialisées pour les personnes handicapées. La réinsertion était garantie par un travail adapté. Chaque employeur doit consacrer au moins 1 % des postes à des personnes handicapées ou payer une taxe spéciale pour la protection des personnes handicapées.

Les coûts de l'assurance nationale étaient réduits de 50 % pour les personnes handicapées. L'Algérie avait adopté une législation sur les pensions pour les victimes ainsi qu'une législation sur la protection et la promotion des victimes [94].

En Angola, le nombre de victimes de mines terrestres a considérablement augmenté, en grande partie à cause du retour des personnes déplacées.

On estime qu'il y avait environ 80 000 survivants des mines terrestres.

Il n'y avait pas de différence entre les victimes de mines terrestres et les autres personnes handicapées en Angola. Dans cette optique, le gouvernement avait créé un programme national pour l'intégration des personnes souffrant de handicaps physiques. Des écoles offrant un enseignement spécialisé et intégré avaient été mises en place [94].

En Afrique de l'Est, le Burundi compte un grand nombre de victimes de mines. L'UNICEF avait recensé 203 survivants en 2001-2002.

Le Burundi possédait neuf centres de réadaptation physique. HI Belgique avait mené un programme d'assistance aux personnes handicapées. Quatre centres de réinsertion professionnelle avaient été mis en place en au Burundi. L'armée proposait des formations professionnelles aux victimes de guerre [94].

Au Soudan, plusieurs organisations internationales avaient soutenu l'assistance aux victimes, notamment le CICR et des ONG nationales. Il y avait cinq centres opérationnels gouvernementaux à Neyala, Kadugli, Kassala, Juba et Khartoum,

qui proposaient des formations professionnelles et des prothèses aux personnes handicapées, y compris aux victimes de mines [94].

Au Rwanda, le gouvernement rwandais avait adopté sa nouvelle constitution, y compris des lois spéciales mettant l'accent sur le traitement spécial des personnes handicapées. Celles-ci étaient désormais représentées au parlement national et dans d'autres organes de décision. L'article 76 de la constitution prévoyait un siège permanent pour un membre élu de la communauté des personnes handicapées [94].

Au Mozambique, les informations sur les victimes de mines sont limitées. Depuis le début de l'action contre les mines en 1992, environ 2 300 victimes avaient été enregistrées. Parmi elles, seule une minorité avait bénéficié d'un programme d'assistance aux victimes.

Un programme d'assistance aux victimes (mené par le Landmines Survivors Network) avait couvert des domaines tels que la réadaptation physique, la formation professionnelle et la fourniture d'outils permettant aux victimes de mines de mener leurs propres affaires, ainsi qu'un soutien moral entre les victimes de mines elles-mêmes [94].

Sur les 321 victimes de mines ayant bénéficié d'une assistance, seules 12 d'entre elles avaient été déclarées comme n'ayant plus besoin d'assistance, car elles avaient été considérées comme entièrement réhabilitées et capables de mener une vie normale [94].

Au Sénégal, l'assistance aux victimes était menée à travers : l'assistance individuelle, la réintégration socio-économique et le suivi individuel des victimes. Des cours de formation avaient été organisés pour différentes professions. En 2002, des kits d'équipement médicaux avaient été distribués aux personnes handicapées, y compris aux survivants. HI avait mené des projets de microfinance. La formation professionnelle des personnes handicapées était en place [94].

Les victimes des mines avaient constitué des associations qui s'étaient jointes à des organisations travaillant dans le domaine de la réhabilitation [94].

En 2009, le Comité spécial d'aide aux victimes, présidé par le CNAMS, a effectué une vérification des données et une évaluation des besoins des survivants civils des mines/REG, en collaboration avec l'Association sénégalaise des victimes des mines (ASVM) et d'autres intervenants en matière d'aide aux victimes (exemple du Centre Psychiatrique Émile BADIANNE de Ziguinchor). Les résultats ont été collectés sur une période de trois jours, du 29 au 31 octobre, et ont été utilisés pour élaborer le Plan d'action national d'aide aux victimes 2010-2014 (Plan d'action national pour l'assistance aux victimes de mines [PANAV]) [95].

Le Sénégal avait fait le point sur les progrès et les défis de l'assistance aux victimes en 2009 lors de la deuxième conférence d'examen du traité d'interdiction des mines en novembre-décembre 2009, lors de la réunion du Comité permanent sur l'aide aux victimes et la réintégration socio-économique en juin 2010, et par le biais du formulaire J de son rapport sur la transparence au titre de l'article 7 [95].

Les survivants ont mis en œuvre des activités d'assistance aux victimes par le biais d'ONG [95].

Le CNAMS a fait don de matériel de bureau et a soutenu la formation du personnel de l'ASVM pour renforcer les capacités de l'association [95].

En 2009, il n'y a eu aucun changement significatif dans l'accessibilité ou la qualité des services d'aide aux victimes au Sénégal. La situation en matière de sécurité et le manque de moyens de transport ont continué de rendre l'accès aux services difficile, et cela n'a été que partiellement résolu par une légère augmentation des services mobiles de proximité [95].

Le département d'orthopédie de l'hôpital régional de Ziguinchor a lancé un service mobile de sensibilisation qui a fait en moyenne trois visites sur le terrain par mois. On ne savait pas combien de survivants avaient bénéficié de ce service [95].

Le Centre psychiatrique Émile BADIANNE de Ziguinchor a commencé à fournir un soutien psychologique aux survivants des mines en 2009, à la fois sur place à l'hôpital et par le biais de visites de proximité facilitées par le CNAMS. Le réseau psychosocial pour les survivants des mines terrestres qui avait été créé en 2008 était inactif en 2009 [95].

Malgré de nombreuses initiatives de développement en cours en Casamance, les survivants n'avaient toujours pas été inclus dans la majorité des cas, et dans l'ensemble, les survivants manquaient d'opportunités d'inclusion économique. Les pensions d'invalidité des anciens combattants invalides ont augmenté en 2009, mais leur montant est resté insuffisant [95].

Le 26 mai 2010, la loi sur la promotion et la protection des droits des personnes handicapées (Projet de Loi d'Orientation Sociale, Relative à la Promotion et la Protection des Droits des Personnes Handicapées) a été votée. La loi, qui prévoit la nomination d'un conseiller spécial sur le handicap, a été élaborée avec la participation des organisations de personnes handicapées et des ministères concernés et reflète les dispositions de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées [95].

L'État du Sénégal a ratifié la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées par la loi n° 2009-30 du 2 décembre 2009. Par cette ratification, la convention est devenue un élément de l'ordonnancement juridique interne du Sénégal où elle a acquis une autorité supérieure à celle des lois, conformément à l'article 98 de la Constitution. Dès lors, comme la Constitution, la loi et les règlements, la convention fait désormais partie du corpus juridique national que les organes de l'État ont l'obligation d'appliquer [96].



**DEUXIÈME PARTIE :
NOTRE ÉTUDE**

III. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

III.1. Objectifs de l'étude

III.1.1. Objectif général

L'objectif de cette étude était d'évaluer la prise en charge psychosociale des victimes de mines dans le département de Ziguinchor.

III.1.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de notre étude étaient :

- de déterminer le pourcentage de victimes ayant bénéficié d'une prise en charge psychosociale ;
- d'évaluer le degré de satisfaction des victimes par rapport à leur prise en charge psychosociale ;
- d'apprécier la qualité de la réinsertion sociale après la prise en charge psychosociale.

III.2. Cadre et contexte d'étude

Ce travail a été réalisé dans différentes localités du département de Ziguinchor. La région de Ziguinchor est située au sud-ouest du Sénégal, à 450 km de Dakar qui est la capitale du Sénégal avec une superficie de 7 339 km², soit 3,73 % du territoire national. Sur le plan administratif, la région de Ziguinchor compte 3 départements : Bignona, Oussouye et Ziguinchor [97].

Le département de Ziguinchor a une superficie de 1 153 km². Il est limité au nord par le département de Bignona, à l'est la région de Sédhiou, à l'ouest par le département d'Oussouye et au sud par la République de la Guinée-Bissau [97].

Elle présente une grande variété linguistique et ethnique.



Figure 2 : Carte géographique de la région de Ziguinchor [98]

La région de Ziguinchor occupe une place importante dans l'économie du Sénégal. En effet, dotée d'immenses forêts, de plages et de rivières, l'activité économique de la région est principalement constituée par l'agriculture, la cueillette de fruits sauvages, la pêche et le tourisme balnéaire.

Depuis maintenant près de 40 ans, la région est confrontée à un conflit armé. Ce faisant, ce conflit a grandement ralenti l'activité économique de la région surtout sur le plan touristique et commercial et a fait de nombreuses victimes parmi les belligérants et les civils. En effet, la dissémination des mines terrestres (antichars et antipersonnel) et des restes explosifs de guerre dans cette zone du pays liée au conflit affecte avant tout les populations locales. Les victimes sont nombreuses et les structures familiales bouleversées par la perte d'un parent ou l'apparition d'un handicap lourd sont bien présentes à l'échelle de la région.

III.3. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive portant sur les victimes de mines terrestres répertoriées sur une période de 26 ans allant de 1983 à 2009.

III.4. Patients et méthodes d'étude

III.4.1. Population d'étude

➤ Critères d'inclusion

- ✓ Tous les survivants civils d'accident de mines terrestres
- ✓ Résidant dans le département de Ziguinchor

➤ Critères de non-inclusion

- ✓ Nous n'avons pas inclus :
 - Toutes les victimes ne désirant pas faire partie de l'étude
 - Toutes les victimes perdues de vue
 - Toutes les victimes qui ont déménagé en dehors du département de Ziguinchor
 - Toutes les victimes indirectes (proches des victimes)

III.4.2. Méthode d'étude

III.4.2.1. Recueil des données

Le recueil des données s'est fait sur la base d'une enquête auprès des survivants d'accident de mines. Nous avons eu la liste des victimes et leurs numéros téléphoniques auprès de l'Initiative Solidaire des Actions de Développement (ISAD) ex ASVM. Après chaque victime a été contacté au téléphone pour avoir son accord et participer à l'étude. D'un commun accord un rendez-vous a été fixé avec la plupart des victimes. Pour les autres victimes injoignables au téléphone nous nous sommes déplacés sur place sans prendre rendez-vous. Nous nous sommes rendus aux domiciles des victimes. Puis des entretiens individuels avec chaque victime nous ont permis de recueillir les données en s'appuyant sur un formulaire préétabli qui comporte les variables suivantes.

III.4.2.1.1. Données sociodémographiques

- ✓ L'âge.
- ✓ Le sexe.
- ✓ Le lieu de résidence.
- ✓ La situation matrimoniale.
- ✓ Le niveau de scolarité.
- ✓ La profession avant l'accident.
- ✓ La profession actuelle.
- ✓ Le niveau socio-économique.

III.4.2.1.2. Données sur l'accident

- ✓ La période de l'accident (année).
- ✓ L'âge au moment de l'accident.
- ✓ Les circonstances de l'accident.
- ✓ Les blessures physiques occasionnées par l'accident.

III.4.2.1.3. Données sur la prise en charge

A. Données sur la prise en charge médicochirurgicale

- ✓ Données sur l'hospitalisation.
- ✓ Types de soins reçus à l'hôpital.

B. Données sur la prise en charge psychologique

- ✓ Soutien psychologique durant la période d'hospitalisation.
- ✓ Soutien psychologique fait par un professionnel de santé mentale en post hospitalisation.

C. Données sur la prise en charge sociale

- ✓ Le soutien social (morale, matériel, financier...) durant la prise en charge hospitalière.
- ✓ Le soutien pour la réinsertion sociale.

III.4.2.2. Analyse des données

Les données collectées ont été saisies sur tableur Excel. Elles ont été ensuite traitées pour une analyse statistique avec le logiciel Épi Info™ 7. Les résultats ont été présentés sous forme de proportions.

III.5. Contraintes de l'étude

Lors de notre étude, nous avons été confrontés à quelques difficultés. Elles étaient liées :

- ✓ à la réticence des victimes au début, car elles disent être fatiguées de recevoir des enquêteurs sans répercussion sur leurs prise en charge ;
- ✓ aux difficultés d'accès géographique (routes impraticables, zones éloignées, moyens de transports difficiles à trouver) ;
- ✓ victimes injoignables (par téléphone pour prendre rendez-vous) ;
- ✓ aux contraintes financières liées aux déplacements et aux appels téléphoniques ;
- ✓ à la barrière linguistique (certaines victimes ne parlaient pas français. Et la traduction de leurs différents dialectes n'était pas toujours fiable).

III.6. Considérations éthiques

Le consentement libre et éclairé des victimes de mines avait été requis. L'anonymat des participants est respecté et les données renseignées sont sécurisées ainsi que toutes informations pouvant porter atteinte à l'intégrité physique, psychologique, et/ou morale de la victime.

III.7. Définitions opérationnelles

III.7.1. Niveau de vie socio-économique

Il est jugé :

- ✓ bas si la victime ne parvient pas à assurer ses trois repas quotidiens ;
- ✓ moyen si la victime peut assurer ses trois repas, mais n'a pas accès à l'eau potable et ou à l'électricité ;

- ✓ bon si la victime peut assurer ses trois repas, a accès à l'eau potable et à l'électricité avec des revenus mensuels considérables.

III.7.2. La reconversion professionnelle

La reconversion professionnelle est une démarche visant à changer de métier au cours de sa carrière.

Sont considérés comme ayant réussi leur reconversion professionnelle les victimes travaillant dans au moins un domaine depuis leur reconversion et qui y trouvent satisfaction (jugent s'épanouir et gagner autant leur vie qu'avant).

IV. RÉSULTATS

Sur un total de 60 victimes de mines identifiées et résidant dans le département de Ziguinchor, 53 victimes ont été enquêtées, soit un pourcentage de 88,33 %. Les résultats ci-après ont été obtenus.

IV.1. Données sociodémographiques

IV.1.1. L'âge

L'âge moyen des victimes était de 47,53 ans \pm 15,12 avec des extrêmes de 25 et 89 ans.

La tranche d'âge la plus représentée était celle de [30-39] ans avec 32,1 % des victimes ($n = 17$) comme la montre la figure ci-dessous.

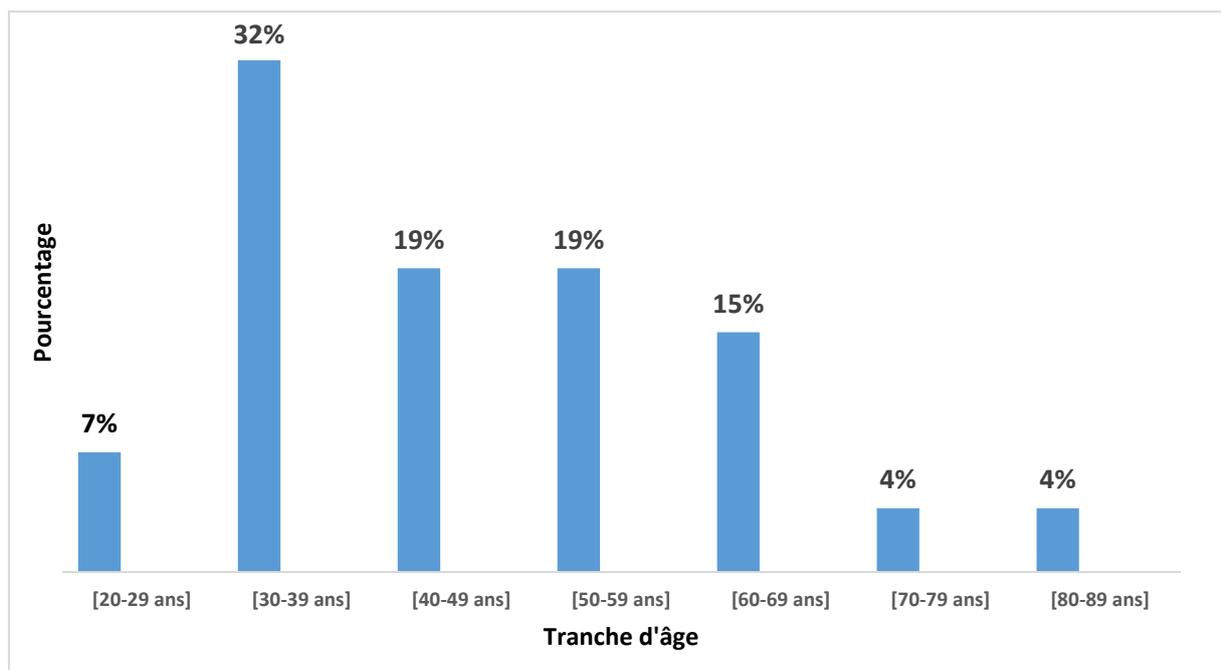


Figure 3 : Répartition des victimes de mines selon la tranche d'âge ($n = 53$)

IV.1.2. Le sexe

Il y avait une nette prédominance masculine à 66 % ($n = 35$) contre 34 % ($n = 18$) avec un sex-ratio homme/femme de 1,94 comme la montre la figure ci-dessous.

IV.1.3. Lieu de résidence

Plus de la moitié des victimes vivaient en milieu urbain 60 % ($n = 32$), contre 40 % ($n = 21$) en milieu rural.

IV.1.4. La situation matrimoniale

Dans notre série, les victimes étaient des mariés, des célibataires et des veufs avec respectivement 36 % ($n = 19$), 34 % ($n = 18$) et 26 % ($n = 14$) des cas. Nous avons noté que deux (2) cas de divorce comme la montre la figure ci-dessous.

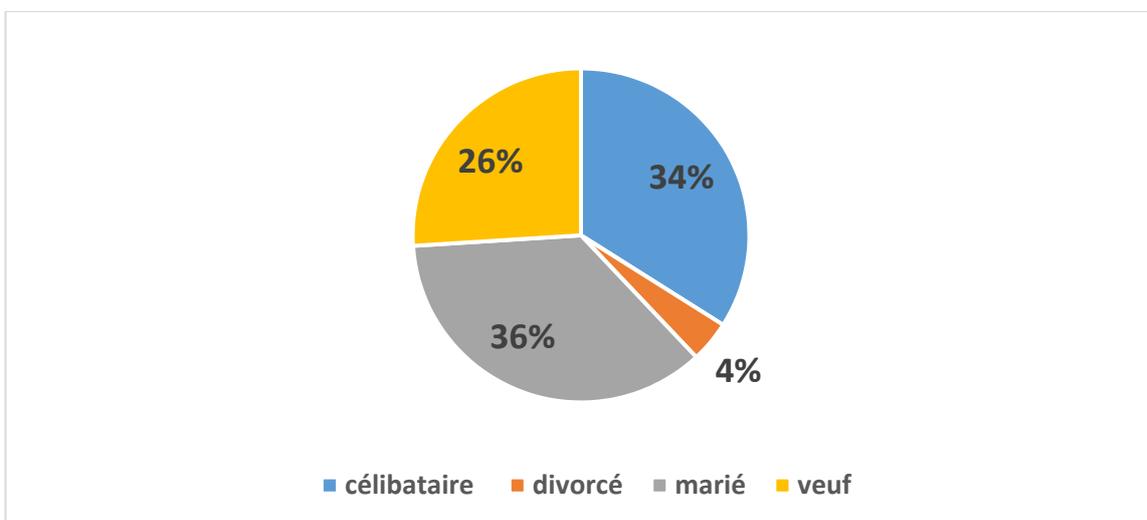


Figure 4 : Répartition des victimes de mines selon la situation matrimoniale ($n = 53$)

IV.1.5. Le niveau de scolarité

Les victimes qui avaient un niveau d'étude primaire et les non-scolarisés étaient les plus représentées avec respectivement 39,6 % ($n = 21$) et 28,3 % ($n = 15$).

**Tableau I : Répartition des victimes de mines selon niveau de scolarité
(*n* = 53)**

Niveau de scolarité	Effectifs	Pourcentage (%)
Primaire	21	39,6 %
Aucun	15	28,3 %
Moyen	6	11,3 %
Secondaire	6	11,3 %
Etudiant	5	9,4 %
Total	53	100 %

IV.1.6. Profession avant accident

Dans notre série, la majorité des victimes étaient sans activité professionnelle 32 % ($n = 17$). On note également 18,9 % ($n = 10$) de cultivateurs avant l'accident.

Tableau II : Répartition des victimes de mines selon la profession avant l'accident ($n = 53$)

Profession avant accident	Effectifs	Pourcentage (%)
Aucune	17	32 %
Cultivateur	10	18,9 %
Commerçant	9	17 %
Ménagère	5	9,4 %
Menuisier métallique	4	7,5 %
Ébéniste	2	3,8 %
Chômage	2	3,8 %
Hôtellerie	1	1,9 %
Boulangier	1	1,9 %
Boucher	1	1,9 %
Transporteur	1	1,9 %
Total	53	100 %

IV.1.7. Profession actuelle (après l'accident)

Après l'accident, plus de la moitié des victimes 54,7 % ($n = 29$) étaient devenues des chômeurs.

Tableau III : Répartition des victimes de mines selon la profession après l'accident ($n = 53$)

Profession actuelle	Effectifs	Pourcentage
Chômeur	29	54,7 %
Éleveur	4	7,5 %
Menuisier métallique	3	5,6 %
Ébéniste	2	3,8 %
Gestionnaire de projet	2	3,8 %
Commerçant	2	3,8 %
Cultivateur	2	3,8 %
Ménagère	2	3,8 %
Teinture	1	1,9 %
Secrétaire	1	1,9 %
Professeur	1	1,9 %
Couturier	1	1,9 %
Agent d'appui à l'ANSD	1	1,9 %
Étudiant	1	1,9 %
Informaticien	1	1,9 %
Total	53	100 %

IV.1.8. Niveau de vie socio-économique

Le niveau de vie socio-économique était bas dans plus de la moitié des cas 68 % ($n = 36$).

Tableau IV : Répartition des victimes de mines selon le niveau socio-économique ($n = 53$)

Niveau socio-économique	Effectifs	Pourcentage
Bas	36	68 %
Moyen	12	22,6 %
Bon	5	9,4 %
Total	53	100 %

IV.2. Données sur l'accident

IV.2.1. Période de l'accident

Dans notre série, les victimes ont été enregistrées dans la majorité des cas dans la période entre 2000 et 2004 avec 41,5 % ($n = 22$) et la période entre 1995 et 1999 avec 37,7 % ($n = 20$). Par contre, aucune victime n'a été enregistrée à la période 1985–1989.

Tableau V : Répartition des victimes de mines selon la période de l'accident ($n = 53$)

Période de l'accident	Effectifs	Pourcentage
1980–1984	1	1,9 %
1985–1989	0	0 %
1990–1994	2	3,8 %
1995–1999	20	37,7 %
2000–2004	22	41,5 %
2005–2009	8	15,1 %
Total	53	100 %

IV.2.2. L'âge de la victime au moment de l'accident

L'âge moyen des victimes au moment de l'accident était de 27 ± 15 ans avec des extrêmes de 2 ans et 65 ans.

IV.2.4. Circonstance de l'accident

La majorité des accidents de mines était survenue suite à des activités agricoles 56,6 % des cas ($n = 30$).

Tableau VI : Répartition des victimes de mines selon les circonstances de l'accident ($n = 53$)

Circonstance de l'accident	Fréquence	Pourcentage
Activités agricoles	30	56,6 %
Voyage	8	15,1 %
Activités socioculturelles	6	11,3 %
Autres	9	17 %
Total	53	100 %

IV.2.5. Blessures physiques occasionnées par l'accident

Dans notre série, les victimes avaient des blessures aux membres supérieurs et inférieurs avec respectivement 15,1 % ($n = 8$) et 94,3 % ($n = 50$) des cas. Les blessures du tronc n'étaient pas significatives de même que les lésions oculaires avec respectivement 7,5 % ($n = 4$) et 3,7 % ($n = 2$) des cas.

Les blessures avaient conduit à une amputation de moignon chez 73,58 % ($n = 39$) des victimes.

IV.3. Données sur la prise en charge

IV.3.1. Données sur la prise en charge médicochirurgicale

IV.3.1.1. Données sur l'hospitalisation

Les victimes étaient hospitalisées dans 92,5 % ($n = 49$) des cas. La durée d'hospitalisation était principalement de 3 à 4 mois et 1 à 2 mois avec respectivement 30,6 % ($n = 15$) et 28,6 % ($n = 14$) des cas. Par ailleurs, 22,4 % ($n = 11$) des victimes étaient hospitalisées pour une durée de plus de 4 mois.

Tableau VII : Répartition des victimes de mines selon la durée de l'hospitalisation ($n = 49$)

Durée d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
Moins de 1 mois	5	10,2 %
1 à 2 mois	14	28,6 %
2 à 3 mois	4	8,2%
3 à 4 mois	15	30,6 %
Plus de 4 mois	11	22,4 %

IV.3.1.7. Types de soins reçus

Toutes les victimes avaient bénéficié des soins médicaux.

Parmi ces dernières, 88,7 % ($n = 47$) avaient bénéficié de soins chirurgicaux et 81,1 % ($n = 43$) de soins de réadaptation.

Parmi les victimes ayant reçu des soins chirurgicaux, 89,4 % ($n = 42$) ont été amputés. Ces dernières représentent 73,58 % ($n = 39$) de toutes les victimes.

Tableau VIII : Répartition des victimes de mines selon le type de chirurgie ($n = 47$)

Soins médicochirurgicaux	Effectifs	Pourcentage
Amputation	42	89,4 %
Neurochirurgie	2	4,2 %
Autres chirurgies	3	6,4 %
Total	47	100 %

IV.3.2. Données sur la prise en charge psychologique

IV.3.2.1. Le soutien psychologique en hospitalisation

Dans notre série, 94,3 % ($n = 50$) des victimes déclaraient avoir bénéficié d'un soutien psychologique à l'hôpital. Dans la plupart des cas, ce soutien était réalisé par des membres de la famille, des agents de santé et des amis avec respectivement 85 % ($n = 45$), 72 % ($n = 38$) et 70 % ($n = 37$) des cas.

Tableau IX : Répartition des victimes de mines selon l'individu assurant le soutien psychologique en hospitalisation ($n = 53$)

Soutien psychologique à l'hôpital fait par	Effectifs	Pourcentage
Membre de famille	45	85 %
Agent de santé	38	72 %
Ami	38	72 %
Professionnel de santé mentale	0	0 %

IV.3.2.2. Le soutien psychologique fait à long terme

Dans notre série, plus de la moitié des victimes, 56,6 % ($n = 30$) déclaraient avoir reçu un soutien psychologique à long terme. Parmi ces dernières 45 % ($n = 24$) avaient bénéficié d'un soutien fait par un professionnel de la santé mentale. Dans 63,3 % ($n = 19$) des cas, ce soutien était assuré par un psychiatre. Par ailleurs, 20 % ($n = 6$) des victimes avaient bénéficié d'un soutien de la part d'enseignant et de pair initiés au soutien psychologique.

Tableau X : Répartition des victimes de mines selon la catégorie du personnel de santé mentale assurant le soutien psychologique après hospitalisation ($n = 30$)

Professionnel santé mental	Effectifs	Pourcentage
Psychiatre	19	63,3 %
Initiés au soutien psychologique	6	20 %
Psychologue	5	16,6 %
Total	30	100 %

❖ Délai d'attente

La majorité des victimes, 76,6 % ($n = 23$) avaient attendu plus de 12 mois avant de commencer la prise en charge psychologique faite par un professionnel de la santé mentale comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau XI : Répartition des victimes de mines selon le délai d'attente à la prise en charge psychologique ($n = 30$)

Délai d'attente avant le démarrage de la prise en charge	Effectifs	Pourcentage
Moins de 3 mois	5	16,6 %
6 mois	2	6,6 %
Plus de 12 mois	23	76,6 %
Total	30	100 %

❖ **Durée de cette prise en charge**

La durée moyenne était de 27 mois \pm 34,7 avec des extrêmes de 1 mois et de 12 ans.

❖ **Rythme**

La prise en charge psychologique était occasionnelle dans la majorité des cas 63,3 % ($n = 19$)

Tableau XII : Répartition des victimes de mines selon la fréquence des séances de thérapie ($n = 30$)

Fréquence des séances de thérapie	Effectifs	Pourcentage
Occasionnelle	19	63,3 %
Mensuelles	5	16,7 %
Trimestrielle	4	13,3 %
Hebdomadaire	1	3,3 %
Annuelle	1	3,3 %
Total	30	100 %

❖ Type de prise en charge

Les victimes avaient bénéficié de thérapies individuelles dans la majorité des cas 62,1 % ($n = 19$) contre 36,7 % ($n = 11$) pour des thérapies de groupe.

❖ Degrés de satisfaction des victimes

Les victimes ayant bénéficié d'un soutien psychologique étaient très satisfaites dans 63,3 % ($n = 19$) des cas, satisfaites dans 30 % ($n = 9$) des cas et pas du tout satisfaites dans 6,7 % ($n = 2$) des cas.

❖ Nécessité de la prise en charge

Les victimes avaient déclaré que la prise en charge psychologique était nécessaire dans 90,6 % ($n = 48$) des cas.

❖ Désir de poursuivre la prise en charge

La majorité des victimes avaient exprimé le besoin de poursuivre la prise en charge psychologique 83 % ($n = 44$) contre 17 % ($n = 9$).

IV.3.3. Données sur la prise en charge sociale

IV.3.3.1. Soutien social durant l'hospitalisation

Les victimes avaient reçu un soutien social durant la période d'hospitalisation dans la majorité des cas 88,7 % ($n = 47$). Ce soutien était principalement fait par les membres de la famille dans 59,6 % des cas.

Tableau XIII : Répartition des victimes de mines selon le bienfaiteur en hospitalisation ($n = 47$)

Le bienfaiteur	Effectifs	Pourcentage
Membre famille	28	59,6 %
État	23	48,9 %
Personne de bonne volonté	19	40,4 %
ONG	18	38,3 %

IV.3.3.2. Le soutien pour la réinsertion sociale

Les victimes avaient bénéficié d'un soutien pour la réinsertion sociale dans la majorité des cas 77,4 % ($n = 41$).

❖ Type de soutien social

L'aide financière était le type de soutien le plus représenté avec 73 % ($n = 30$) des victimes. Elle était suivie de l'aide en nature avec 44 % ($n = 18$) et de la formation professionnelle dans 34 % ($n = 14$) des cas.

Tableau XIV : Répartition des victimes de mines selon le type de soutien pour la réinsertion sociale ($n = 41$)

Type de soutien pour réinsertion sociale	Effectifs	Pourcentage
L'aide financière	30	73 %
L'aide en nature	18	44 %
Formation professionnelle	14	34 %

❖ Bienfaiteur du soutien social

Le soutien pour la réinsertion était assuré par les ONG dans la majorité des cas 80 % ($n = 33$), suivi de l'état dans 22 % des cas ($n = 9$) et par une tierce personne dans 9,7 % ($n = 4$).

Tableau XV : Répartition des victimes de mines selon le bienfaiteur pour une réinsertion sociale ($n = 41$)

Bienfaiteur	Effectifs	Pourcentage
ONG	33	80 %
État	9	22 %
Un tiers	4	9,7 %

❖ **Reconversion professionnelle**

Dans notre série, 14 victimes (34 %) avaient bénéficié d'une formation de reconversion professionnelle. Celle-ci était représentée par l'élevage dans 5 cas, la couture dans 3 cas, la teinture dans 3 cas et autres formations dans 5 cas.

Cette formation de reconversion était initiée dans la majorité des cas par des ONG avec 13 cas, suivi des personnes de bonne volonté avec 3 cas et en fin l'état pour 1 cas.

Sur les 14 victimes ayant bénéficié d'une formation de reconversion, neuf (9) avaient échoué leur réinsertion contre 6. L'échec était lié à un défaut de logistique, un manque de moyen et l'absence d'accompagnement.

❖ **Accompagnement pour les projets**

Dans notre série, seulement 5 victimes avaient bénéficié d'un accompagnement pour leurs projets, dont 3 par les ONG et 2 par les personnes de bonne volonté.

V. DISCUSSION

V.1. Aspects sociodémographiques

L'âge moyen des victimes était de 47,53 ans \pm 15,12 avec des extrêmes de 25 et 89 ans.

Cet âge plus ou moins avancé est dû au fait que la moyenne d'âge des victimes au moment de l'accident était de 27 \pm 15 ans ; or, l'accident était survenu dans 79 % des cas ($n = 42$), il y a environ 20 ans en moyenne (1995-2004).

Dans notre série, il y avait une nette prédominance masculine à 66 % ($n = 35$) contre 34 % ($n = 18$) avec un sex-ratio de 1,94.

Plusieurs études réalisées en Asie avaient montré une prédominance masculine beaucoup plus élevée, comparé à notre étude.

En effet, l'étude de **Gunaratnama et al.** [10], sur une série de 67 victimes de mines terrestres d'avril 1996 à mars 1998 dans la région de Valikamam à Jaffna (au Sri Lanka), avait trouvé trois fois plus d'hommes que de femmes.

En outre, l'étude d'**Afshar et al.** [100] portée sur une série de 156 victimes de mines et celle de **Soroush et al.** [101] sur une série de 3 713 victimes en Iran avaient trouvées une nette prédominance masculine avec respectivement 95 % et 92 % des cas.

Cette prédominance masculine pourrait être expliquée par le fait que les mines sont surtout utilisées dans les zones rurales où la terre est utilisée pour l'activité agricole ou le pâturage. Ces activités considérées comme les principaux moyens de subsistance de ces populations sont assurées pour la plupart du temps par les hommes.

Dans notre série, plus de la moitié des victimes vivaient en milieu urbain 60 % ($n = 32$), contre 40 % ($n = 21$) en milieu rural au moment de l'enquête.

En effet, les victimes résideraient en milieu rural au moment de l'accident dans la majorité des cas. Mais du fait de l'insécurité lié au conflit et à la présence de mines en milieu rural, on note des mouvements sporadiques de populations fuyant le

conflit pour se rendre dans des zones urbaines plus stables. La Casamance avait enregistré 61 000 personnes déplacés et réfugiés en 2006 [7].

Dans notre série, la majorité des victimes étaient des mariés avec 36 % ($n = 19$), suivis des célibataires et des veufs avec respectivement 34 % ($n = 18$) et 26 % ($n = 14$) des cas.

Ces résultats se rapprochent de ceux de **Gunaratnama et al.** [10] où la majorité des victimes (48 %) étaient mariées et 42 % étaient des célibataires.

Ce pourcentage élevé de victimes chez les mariés pourrait s'expliquer par le fait que ces derniers auraient plus de charge comparée aux célibataires. Ce qui les motiveraient à s'adonner à leurs activités agricoles pour subvenir aux besoins de leurs famille, malgré le risque élevé d'accident.

Les victimes qui avaient un niveau d'étude primaire et les victimes non scolarisées étaient les plus représentées dans notre étude avec respectivement 39,6 % ($n = 21$) et 28,3 % ($n = 15$) des cas.

Ce résultat est similaire à celui de **Sorouh et al.** [101], où la majorité (48,2 %) des victimes avaient pas ou peu d'éducation.

Le faible niveau d'instruction observé chez les populations rendait difficile l'éducation au risque de mines et exposait d'avantage cette catégorie de la population aux accidents de mines. Ce qui pourrait être à l'origine du nombre important de victimes chez les peu ou pas instruits.

Dans notre série, la majorité des victimes étaient sans activité professionnelle avec 32% ($n = 17$). Mais nous avons aussi noté 18,9 % ($n = 10$) de cultivateurs et 3,8 % de chômeurs entre autres.

Cependant, dans la série de **Gunaratnama et al.** [10], 65 % des victimes étaient des ouvriers, et un tiers (1/3) des victimes étaient des étudiants. Le pourcentage de chômeur dans la série de **Gunaratnama et al.** [10] au moment de l'accident est beaucoup plus important (16 %), comparé aux résultats de notre étude.

Le nombre élevé de victimes sans profession chez les cultivateurs serait en rapport avec l'exploitation des terres qui sont souvent contaminées par les mines.

Après l'accident 29 victimes (54,7 %) étaient devenues chômeur. Le taux de chômage était multiplié par 14 après l'accident passant ainsi de 3,8 % ($n = 2$) à 54,7 % ($n = 29$). Ces résultats sont conformes à ceux retrouvés en **Asie** au **Sri Lanka** et en **Europe** en **Bosnie-Herzégovine**. En effet, dans la série **Gunaratnama et al.** [10], la moitié des victimes avaient perdu leur capacité de gain après la blessure. Dans la série de **Rykena et al.** [102] sur une série de 42 survivants de mines terrestres en **Bosnie-Herzégovine** 20 ans après la guerre, la plupart des survivants comptaient sur les autres pour prendre soin d'eux : seulement 41,5 % avaient répondu qu'ils étaient capables de prendre soin d'eux-mêmes. En outre, 63,4 % des personnes interrogées avaient déclaré que leur blessure avait limité leur capacité à suivre une formation, à aller à l'école et à travailler.

Le taux de chômage accru chez les victimes pourrait s'expliquer du fait que la blessure causée par mine est souvent invalidante. Selon les données du **CICR**, 28 % des patients blessés par des mines subissent une amputation du membre inférieur [103]. Alors que ces victimes comptaient souvent sur leur capacité physique pour subvenir à leurs besoins.

Le niveau socio-économique des victimes était bas dans plus de la moitié des cas (68 %, $n = 36$).

Ce résultat se rapproche de celui de **Gunaratnama et al.** [10], où la majorité appartenait aux couches socio-économiques inférieures.

En effet, les sujets à bas niveau socio-économique résident souvent en zone rurale et s'adonnent le plus souvent aux activités agricoles aux pâturages pour subvenir à leurs besoins.

Ce groupe est plus exposé au risque de blessures dues aux mines terrestres, car ce sont eux qui creusent le sol, coupent le bois et ramassent le bois de chauffage. D'autre part, après l'accident, la majorité des victimes perdent leur capacité de gain et deviennent des chômeurs [10,102].

À noter qu'aucune étude similaire sur les victimes de mines en ce qui concerne les données sociodémographiques n'a été retrouvée au Sénégal et en Afrique.

V.2. Aspects liés à l'accident

Dans notre série, les victimes avaient été enregistrées dans la majorité des cas dans la période [2000-2004] avec 41,5 % ($n = 22$) et la période [1995-1999] (37,7 %, $n = 20$). Par contre, aucune victime n'avait été enregistrée à la période [1985-1989].

En effet, la contamination par mine s'est particulièrement accentuée au cours de la période [1996-2000] [6]. Et les populations avaient effectué un retour spontané constaté depuis 2002 malgré l'insécurité liée aux risques de mines. Car ces dernières étaient fatiguées de peser sur leurs familles d'accueil et d'être confinées dans l'attente d'un lendemain compromis par la pauvreté galopante [7].

L'âge moyen des victimes au moment de l'accident était de 27 ± 15 ans avec des extrêmes de 2 ans et 65 ans.

Ce résultat est similaire à celui de **Sorouh et al.** [101] et celui de **Bénov et al.** [104], l'âge moyen des victimes au moment de l'accident était respectivement de 23 ± 13 ans et 23,6 ans.

Dans la série d'**Afshar et Mirzatoloei** [100], 65,3 % des victimes étaient âgés de 15 à 35 ans.

L'étude de **Gunaratnama et al.** [10] avait trouvé 48 % de victimes âgées de 20 à 39 ans au moment de l'accident.

Cela suggère que toutes les tranches d'âge sont concernées par les accidents liés aux mines. Cependant, les adultes jeunes sont plus exposés à ce type d'accident. Ces derniers représentent la population active.

Dans notre série, la majorité des accidents étaient survenus suite à des activités agricoles 56,6 % ($n = 30$) des cas.

Ce résultat est conforté par l'étude d'**Andersson et al.** [16] sur le coût social des mines terrestres dans quatre pays : **Afghanistan, Bosnie, Cambodge et**

Mozambique qui suggère que les activités les plus fréquemment associées aux incidents liés aux mines terrestres étaient agricoles ou pastorales.

Ailleurs sur une série de 3 713 victimes réalisée par **Soroush et al.** [101] dans l'Iran d'après-guerre l'activité la plus fréquente au moment de l'incident était le pâturage du bétail (29,6 %), suivie de l'agriculture (8,1 %), de la manipulation d'une mine découverte accidentellement par curiosité (7,9 %) et le jeu (4,5 %).

Cette incidence est liée par le fait que les mines sont surtout utilisées dans les zones rurales où la terre est utilisée pour l'agriculture ou le pâturage comme le principal moyen de subsistance [105].

Cependant, l'étude d'**Andersson et al.** [16] avait trouvé que plus de la moitié des activités associées aux incidents liés aux mines terrestres résultaient d'activités militaires, généralement lors de patrouilles en **Bosnie**.

Dans notre série, les victimes avaient des blessures aux membres supérieures et inférieures dans respectivement 15,1 % ($n = 8$) et 94,3 % ($n = 50$) des cas. Les blessures du tronc n'étaient pas significatives de même que les lésions oculaires avec respectivement 7,5 % ($n = 4$) et 3,7 % ($n = 2$) des cas.

D'après une enquête menée par **Jahunlu et al.** [106], à **Eylam** (Iran), dans un sous-groupe de 138 survivants, 78,5 % avaient des blessures aux extrémités, dont 24,6 % des extrémités supérieures et 54,4 % des extrémités inférieures. Seuls 3,6 % des survivants ont été blessés au niveau du torse.

Cette prédominance des blessures au niveau des extrémités, surtout aux membres inférieurs, est liée au fait que l'accident était causé dans la majorité des cas (79 %) par une mine antipersonnelle. La victime ayant marché sur la mine.

V.3. Aspects liés à la prise en charge

V.3.1. Prise en charge médicochirurgicale

Les victimes étaient hospitalisées dans 92,5 % ($n = 49$) des cas. Et la durée d'hospitalisation était principalement de 3 à 4 mois et de 1 à 2 mois avec

respectivement 29,4 % ($n = 15$) et 27,4 % ($n = 14$) des cas. Par ailleurs, 21,6 % ($n = 11$) des victimes étaient hospitalisées pour une durée de plus de 4 mois.

Cette durée d'hospitalisation plus ou moins longue est due au fait que les mines entraînent très souvent des blessures graves et complexes qui nécessitent une chirurgie, le plus souvent orthopédique. Selon les chirurgiens de guerre, les blessures par mine sont parmi les pires qu'ils soient appelés à traiter. [107]

La gravité des blessures occasionnées par les accidents de mines appelle à des besoins médicaux spécifiques. Les blessés nécessitent généralement une longue hospitalisation : ils doivent être amputés d'un ou de plusieurs membres. Les interventions chirurgicales exigent une longue période de convalescence à l'hôpital ainsi que des soins de physiothérapie post amputation [107].

Dans notre série, toutes les victimes avaient bénéficié des soins médicaux. Parmi ces dernières, 88,7 % ($n = 47$) avaient bénéficié de soins chirurgicaux avec 73,58 % ($n = 39$) d'amputation de moignon. Alors que 81,1 % ($n = 43$) avaient bénéficié de soins de réadaptation.

Nos résultats sont similaires à ceux trouvés en Europe et en Asie.

En effet, en Europe, dans la série de **Rykena et al.** [102] sur 42 survivants de mines terrestres en **Bosnie-Herzégovine** 20 ans après la guerre, toutes les personnes avaient subi au moins une intervention chirurgicale liée à leur blessure. En Asie, dans la série d'**Afshar et al.** [100] portée sur 156 victimes de mines en Iran, 73,3 % des victimes étaient amputées.

Le taux d'amputation est beaucoup plus élevé dans la série de **Rykena et al.** [102] qui affirme que parmi les civils présentant des blessures aux membres supérieurs ou inférieurs, 83,3 % avaient subi une amputation.

Cependant, selon les données du CICR, 28 % des patients blessés par des mines subissent une amputation du membre inférieur [103].

Ce taux d'amputation est très bas comparé à notre série, à celui de la série d'**Afshar et al.** en Iran (Asie) et à celui de la série de **Rykena et al.** En Bosnie-Herzégovine (Europe).

Le nombre élevé d'intervention chirurgicale, d'amputation et de soins de réadaptation chez les victimes de mines s'expliquerait par la gravité et la complexité des blessures occasionnées par ces engins.

V.3.2. Prise en charge psychosociale

Dans notre série, 94,3 % ($n = 50$) des victimes avaient déclarés avoir bénéficié d'un soutien psychologique à l'hôpital. Et dans la plupart des cas ce soutien était réalisé par des membres de la famille, des agents de santé et des amis avec respectivement 85 % ($n = 45$), 72 % ($n = 38$) et 70 % ($n = 37$) des cas. Les victimes n'avaient donc pas reçu de soutien psychologique de la part des professionnels de santé mentale durant toute la période d'hospitalisation.

Le Sénégal a connu depuis plusieurs décennies des catastrophes. Nous pouvons citer, le naufrage du bateau le « *Joola* », en septembre 2002 ; l'effondrement d'un immeuble à la médina, en janvier 2009 et la disparition (crash) d'un avion de Sénégal Air, en Septembre 2015.

Face à ces événements potentiellement traumatisants, un soutien psychologique avait été fait aux victimes par des équipes d'intervention psychosociale constituées habituellement de psychiatres, psychologues, de travailleurs sociaux... Ces équipes étaient mis en place quelques heures après la survenue de la catastrophe.

Par ailleurs, le Sénégal s'initie progressivement à la mise en place de manière formelle et structurée de cellules de prise en charge psychologique, notamment avec l'avènement de l'**Équipe Mobile d'Intervention et de Soutien (EMIS) Psychosocial**, mise en place en 2016 par le Centre des opérations d'urgence sanitaire (COUS) du Ministère de la Santé et de l'Action Social (MSAS) pour des actions de prise en charge médico-psychologique des victimes de catastrophe et

de leurs proches [108]. Ainsi, le naufrage d'une pirogue à **Bettenty** (Sénégal) en avril 2017 était la première mission coordonnée par **l'EMIS** Psychosociale au Sénégal. L'équipe avait mis en place des soins post-immédiats par des groupes de parole, des débriefings individuels et des visites à domicile [108].

Nous n'avons pas trouvé d'études similaires en Afrique en ce qui concerne la prise en charge psychologique initiale (immédiate et post immédiate). Par contre, en Europe des études étaient faites avec l'avènement de la création des cellules de crise. Les victimes étaient prises en charge dès les premières heures, voire les premiers jours suivants la catastrophe. En effet, le retour d'expérience sur l'aide psychosociale après une catastrophe [109] illustre parfaitement nos propos.

En août 2002, plus de 30 000 personnes avaient été affectées dans la **Basse-Autriche** par de fortes inondations selon l'étude de **Münker-Kramer** [109]. Afin de venir en aide à ces dernières, les psychologues avaient identifié 500 victimes grâce au filtrage psychologique (« triage »).

Parmi ces personnes prises en charge, 300 avaient bénéficié d'une assistance psychologique individuelle et de groupe (désamorçage, verbalisation) et les 200 autres d'une psychoéducation. Cette prise en charge avait été effectuée par une équipe psychosociale de Basse-Autriche faite de 50 psychologues, médecins et psychothérapeutes formés aux interventions et aux méthodes de psychologie des catastrophes et des crises, et six travailleurs sociaux qui veillent aux besoins sociaux des personnes.

Selon l'étude de **Serniclaes** [109] sur l'accident d'un train en 2001 au centre de la **Belgique**, un centre d'information et d'assistance avait été ouvert à Florival (à 500 m de l'accident), où tout le personnel d'aide psychosociale avait été réuni pour soutenir et identifier les familles des victimes dans le cadre d'une intervention initiale. Les victimes et leurs familles avaient bénéficié d'informations et d'un soutien émotionnel et social. Elles avaient reçu des informations pratiques sur l'identification et une assistance pratique initiale. Un

centre d'appel avait été organisé, et un soutien avait été apporté aux personnes confrontées à la mort de proches.

En France, le 21 septembre 2001, une gigantesque explosion avait détruit l'usine AZF de Toulouse et, avec elle, la vie de nombreuses personnes. Certaines sont mortes, d'autres ont perdu leur logement, et certaines sont restées en état de choc (peut-être pour le reste de leurs jours). Selon une étude de **Szepiela [109]**, pour la première fois en France, l'événement avait créé une demande massive d'assistance psychologique. Les Cellules d'urgence médico-psychologique (**CUMP**) de toute la France avaient apporté leur aide. Le 22 septembre, la Croix-Rouge avait lancé un appel à la Société nationale des psychologues (**SNP**) pour demander des renforts. D'avantage de psychologues s'étaient portés volontaires. Au total, environ 500 psychologues s'étaient déplacés pour la catastrophe de Toulouse. Ils avaient pris en charge les victimes dans les hôpitaux, à la mairie, dans les gymnases et dans les écoles.

Ces études montrent la nécessité d'un soutien psychologique dès les premières heures, voire les premiers jours suivants un événement potentiellement traumatique. En effet, les indications thérapeutiques sont fonctions du moment de l'intervention. Précoces elles sont curatives et visent à réduire les troubles immédiats et post-immédiats dont l'État de Stress Aigu (**ESA**) [84] et tentent de prévenir les troubles différés de l'État de Stress Post traumatique (**ESPT**) [84]. L'absence d'une intervention initiale (immédiate et/ou post-immédiate) pourrait s'expliquer par un défaut de psychologue et de psychiatre dans la région. En outre, le **Centre psychiatrique Émile BADIANNE de Ziguinchor** avait commencé à fournir un soutien psychologique aux survivants des mines qu'en 2009, à la fois sur place à l'hôpital et par le biais de visites de proximité facilitées par le **CNAMS** (Centre National d'Action Antimine au Sénégal). Le réseau psychosocial pour les survivants des mines terrestres qui avait été créé en 2008 était toujours inactif en 2009 [15].

À long terme (après leur sortie de l'hôpital), plus de la moitié des victimes 56,6 % ($n = 30$) avaient déclaré avoir reçu un soutien psychologique de la part de professionnel de la santé mentale. Et dans 63,3 % ($n = 33$) des cas, ce soutien était assuré par un psychiatre. Un fait inquiétant est que 43,4 % ($n = 23$) des victimes n'avaient pas reçu de soutien psychologique de la part de personnels de santé mental. Et la majorité des victimes 76,6 % ($n = 23$) avaient attendu plus de 12 mois avant de commencer la prise en charge psychologique. La durée moyenne était de 27 mois \pm 34,7 avec des extrêmes de 1 et 120 mois (1 mois à 10 ans). Cette prise en charge psychologique était occasionnelle dans la majorité des cas, 63,3 % ($n = 19$) ; le plus souvent sous forme de thérapie individuelle dans 62,1 % ($n = 18$) des cas. Et la plupart des victimes ayant bénéficiés d'un soutien psychologique étaient très satisfait 63,3 % ($n = 19$) des cas. Par ailleurs, les victimes avaient déclaré que la prise en charge psychologique était nécessaire dans 90,6 % ($n = 48$) des cas.

Cependant, aucune victime ne bénéficiait d'une prise en charge psychologique au moment de l'enquête. Et la majorité des victimes avaient exprimé le besoin de poursuivre la prise en charge psychologique 83 % ($n = 44$) contre 17 % ($n = 9$). La durée de la prise en charge relativement longue est aussi retrouvée par les études menées en Europe.

En effet, les études de **Münker-Kramer** [109] sur les inondations en **Autriche**, suggèrent qu'une assistance individuelle avait été organisée et poursuivi pendant au moins 4 mois pour ceux qui en éprouvaient le besoin, et la ligne d'assistance téléphonique avait fonctionné pendant plus de 9 mois. Un an après les incidents, de nombreuses nouvelles demandes avaient été faites par les habitants parce que ces derniers s'étaient remémorés les inondations. Quatre grands projets avaient été menés afin de poursuivre la prise en charge.

Selon l'étude de **Serniclaes** [109] sur l'accident d'un train au centre de la **Belgique**, une cérémonie d'anniversaire avait été organisée sur le site de l'accident un an après les faits. Certaines victimes ou proches de celles-ci

(principalement des blessés et des proches des morts) suivaient encore une thérapie un an après l'accident.

En **Danemark**, selon les études de **Korsgaard** [109] sur le tsunami de l'Asie du Sud-est, le dispositif suivant avait été mis en place pour une intervention psychosociale à long terme : les personnes avaient la possibilité de contacter des psychologues locaux à titre individuel, que ce soit dans les hôpitaux ou dans les cabinets de psychologues locaux. Un an après le tsunami, plusieurs messes anniversaires avaient été organisées un peu partout au Danemark, et les victimes continuaient à bénéficier d'un soutien psychologique.

Par ailleurs, il est important de noter que la prise en charge psychologique à long terme n'est pas toujours une chose facile et il y a des limites même dans les pays européens où la prise en charge psychologique est plus développée.

En effet, en **France**, selon l'étude de **Szepiela** [109] sur l'accident de Toulouse, les équipes d'urgence officielles (CUMP) n'étaient restées qu'une semaine. Les autres psychologues avaient travaillé à titre bénévole dans un premier temps. Et la durée de l'assistance avait été limitée, et même s'il fallait plus de temps pour certaines personnes, les psychologues avaient uniquement été payés pendant un mois et demi.

En **Italie**, selon l'étude de **Fernandez** [109] sur le tremblement de terre d'octobre 2002, tous les personnels d'intervention d'urgence et de la sécurité civile, ainsi que les psychologues, avaient quitté le site deux ou trois semaines après la catastrophe. Aucune autre intervention psychologique n'avait été réalisée dans la population après un an, laissant les habitants sans soutien à moyen et à long terme. Seuls les enfants rescapés avaient bénéficié d'un traitement supplémentaire, sous la forme de différents cycles de thérapie post-traumatique un, trois et douze mois après le drame.

Ces études montrent la nécessité de poursuivre la prise en charge psychologique dans le long terme. En effet, Les symptômes peuvent persister pendant de nombreuses années après des événements gravement traumatisants, comme le

suggèrent des études épidémiologiques menées auprès de réfugiés d'Asie du Sud-est qui se sont réinstallés en Australie et aux États-Unis d'Amérique, bien que ces études aient également montré que les symptômes diminuent progressivement pendant la réinstallation [54,55].

Marmar et al. avaient montré qu'un nombre significatif de vétérans de la guerre du Vietnam présentaient des symptômes quatre à cinq décennies après l'expérience de la guerre [59].

À noter aussi que la prise en charge psychologique à long terme est tributaire de l'état de santé du malade, de sa volonté de poursuivre ou non cette prise en charge, de la disponibilité du personnel de santé mental, de des moyens logistiques et financiers...

L'absence de prise en charge et le délai trop long avant le démarrage d'un soutien psychologique de la part de professionnel de santé mentale dans notre étude son alarmants. Cette situation pourrait s'expliquer par un défaut de professionnel de santé mental dans la région.

En 2009 l'insécurité et la limitation de la mobilité des populations avaient continué de rendre l'accès aux services difficile et cela n'avait été que partiellement résolu par une légère augmentation des services mobiles de proximité [15]. Elle pourrait aussi s'expliquer par le manque de références des patients vers les structures spécialisées de santé mentale de la part des médecins somaticiens.

En ce qui concerne le soutien social, les victimes avaient déclaré en avoir reçu durant la période d'hospitalisation dans la majorité des cas 88,7 % ($n = 47$). Ce soutien était principalement fait par les membres de la famille dans 59,6 % ($n = 28$) des cas.

Elles avaient bénéficié d'un soutien pour la réinsertion sociale dans la majorité à savoir dans 77,4 % ($n = 41$) des cas.

Dans notre série, seule 5 victimes avaient bénéficié d'un accompagnement pour leurs projets dont 3 par les ONG et 2 par les personnes de bonne volonté.

Ces résultats sont réconfortés par le Rapport de la Réunion du 10 février 2004 du Comité permanent sur l'assistance aux victimes et leur réintégration socio-économique [110]. Celui-ci souligne qu'au Sénégal, des kits d'équipement médicaux avaient été distribués aux personnes handicapées, y compris aux survivants en 2002. Handicap internationale (HI) avait mené des projets de microfinance. La formation professionnelle des personnes handicapées était en place. Les victimes des mines avaient constitué des associations qui s'étaient jointes à des organisations travaillant dans le domaine de la réhabilitation.

En outre, les survivants avaient mis en œuvre des activités d'assistance aux victimes par le biais d'ONG. Le **CNAMS** (Centre national d'Action Anti-mines au Sénégal) avait fait don de matériel de bureau et avait soutenu la formation du personnel de l'ASVM (Association Sénégalaise des Victimes de Mines) pour renforcer les capacités de l'association [15].

En 2009, le Comité spécial d'aide aux victimes, présidé par le CNAMS, avait élaborer le Plan d'action national d'aide aux victimes 2010-2014 (Plan d'action national pour l'assistance aux victimes de mines [PANAV]) [15].

Le Sénégal avait fait le point sur les progrès et les défis de l'assistance aux victimes en 2009 lors de la deuxième conférence d'examen du traité d'interdiction des mines en novembre-décembre 2009, lors de la réunion du Comité permanent sur l'aide aux victimes et la réintégration socio-économique en juin 2010, et par le biais du formulaire J de son rapport sur la transparence au titre de l'article 7 [15]. Le 26 mai 2010, la loi sur la promotion et la protection des droits des personnes handicapées (Projet de Loi d'Orientation Sociale, Relative à la Promotion et la Protection des Droits des Personnes Handicapées) avait été votée. La loi, qui prévoyait la nomination d'un conseiller spécial sur le handicap, avait été élaborée avec la participation des organisations de personnes handicapées et des ministères concernés et reflète les dispositions de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées [15].

L'État du Sénégal avait ratifié la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées par la loi n° 2009-30 du 2 décembre 2009. Par cette ratification, la convention était devenue un élément de l'ordonnancement juridique interne du Sénégal, où elle avait acquis une autorité supérieure à celle des lois, conformément à l'article 98 de la Constitution. Dès lors, comme la Constitution, la loi et les règlements, la convention faisait partie du corpus juridique national que les organes de l'État avaient l'obligation d'appliquer [99]. À l'instar du Sénégal, les victimes de mines avaient été soutenues afin d'assurer une bonne réhabilitation (réinsertion), dans plusieurs pays africains lourdement affectés par les mines terrestres selon le Rapport de la Réunion du 10 février 2004 du Comité permanent sur l'assistance aux victimes et leur réintégration socio-économique [110].

En Algérie, un nouveau Conseil national des personnes handicapées avait été créé sous les auspices du ministère Chargé de la Protection sociale. Selon le Code social, les victimes de mines et les autres personnes handicapées avaient droit à une aide spécialisée, à des équipements médicaux et à l'accès à des appareils d'assistance. Les survivants et les autres personnes handicapées sans revenu avaient le droit à l'aide sociale fournie par le gouvernement. Ils avaient également droit à un transport gratuit ou à une réduction du prix du transport, à une réduction de la taxe sur les services spécialisés et de logement social. La réinsertion était garantie par un travail adapté. Chaque employeur doit consacrer au moins 1 % à des personnes handicapées ou payer une taxe spéciale pour la protection des personnes handicapées. Les coûts de l'assurance nationale étaient réduits de 50 % pour les personnes handicapées.

L'Algérie avait adopté une législation sur les pensions pour les victimes ainsi qu'une législation sur la protection et la promotion des victimes [110].

Au Soudan, plusieurs organisations internationales avaient soutenu l'assistance aux victimes, notamment le CICR et des ONG nationales. Il y avait cinq centres opérationnels gouvernementaux à Neyala, à Kadugli, à Kassala, à Juba et à

Khartoum, qui proposaient des formations professionnelles et des prothèses aux personnes handicapées, y compris aux victimes de mines [110].

Au Rwanda, le gouvernement avait adopté sa nouvelle constitution, y compris des lois spéciales mettant l'accent sur le traitement spécial des personnes handicapées. Celles-ci étaient désormais représentées au parlement national et dans d'autres organes de décision. L'article 76 de la constitution prévoyait un siège permanent pour un membre élu de la communauté des personnes handicapées [110].

Par ailleurs, en Europe comme en Asie les victimes de mines avaient aussi bénéficié d'une assistance pour leur réinsertion.

En Bosnie et Herzégovine (Europe), depuis 1997, divers programmes et projets d'assistance aux victimes avaient été mis en œuvre. Le Réseau des survivants des mines terrestres avait mené six projets qui avaient inclus des visites à domicile, des entretiens et un premier contact avec les survivants. Plusieurs ONG internationales et gouvernementales avaient contribué à l'assistance aux victimes, notamment « Hope 87 », l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA), l'Autriche et l'Institut slovène de réhabilitation [110].

En Asie au Moyen-Orient, le Yémen avait établi un Comité national d'action contre les mines, avec un Centre exécutif d'action contre les mines. Le Centre avait mis en place un programme visant à aider les survivants à être évacués sur le terrain, à payer tous les frais médicaux, à suivre les cas et à fournir toute l'assistance nécessaire, et il avait fourni des membres artificiels et d'autres équipements mécaniques.

Le Centre avait aidé également les survivants à se réintégrer dans le secteur productif, en enseignant n'importe quelle profession, en ouvrant des petites entreprises, en créant des associations pour les survivants, et en soutenant le travail des ONG dans ce domaine [110].

Au Sri Lanka à Jaffna, dans la série de **Gunaratnama et al.** [10] les organisations locales s'étaient concentrées sur les possibilités de réemploi et

avaient aidé les victimes à avoir un petit élevage de volaille, une machine à coudre, ou autre. Certaines ONG apportaient leur aide par le biais de la formation professionnelle. Les étudiants victimes étaient particulièrement soutenues par des fonds.

Ces études montrent que le soutien social est un élément déterminant dans la réhabilitation des victimes de mine. En effet, une étude portant sur 68 personnes amputées à la suite d'une blessure par mine terrestre dans six pays touchés par ce fléau avait permis d'identifier le soutien social, les soins médicaux et l'autonomie économique comme facteurs clés de l'acceptation de la perte d'un membre et de la récupération psychologique [112].

Une étude réalisée par **Nicolas et Wendy** [105] sur la réhabilitation des victimes de mines terrestres avait montré que le succès de la réadaptation individuelle dépendait fortement de la manière dont la personne se réinsère dans la société.



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

La dissémination des mines terrestres et les munitions non explosées dans les pays ravagés par la guerre, causent de grandes souffrances physiques et psychologiques aux populations civiles dans le monde entier [2]. En 2019, des victimes de mines ont été enregistrées dans 50 États et cinq territoires du monde entier. L'Observatoire des mines avait enregistré 5 554 nouvelles victimes de mines et reste d'explosifs dans le monde. Les civils représentaient 80 % d'entre elles, dont 43 % étaient des enfants.

Le Sénégal figure parmi les 30 pays les plus durement touchés par les mines antipersonnel. En 2019, selon le rapport du Centre national d'Action Antimines au Sénégal (CNAMS), le nombre total de victimes était estimé à 831 dont 595 civils avec 152 tués et 443 blessés. Ces victimes sont pour l'essentiel répertoriées dans les départements de Ziguinchor et celui de Bignona [6].

Malgré le nombre important de victimes de mines terrestres enregistré au Sénégal, aucune étude n'a été réalisée sur la prise en charge psychosociale des victimes. D'où la nécessité de mener une étude afin d'évaluer la prise en charge psychosociale des victimes de mines au Sénégal et plus particulièrement dans le département de Ziguinchor.

Les objectifs spécifiques de cette étude étaient :

- de déterminer le pourcentage de victimes ayant bénéficié d'une prise en charge psychosociale ;
- d'évaluer le degré de satisfaction des victimes par rapport à leur prise en charge psychosociale ;
- d'apprécier la qualité de la réinsertion sociale après la prise en charge psychosociale.

Pour atteindre ces objectifs nous avons réalisé une étude transversale, descriptive portant sur les survivants d'accident de mines terrestres répertoriées dans le département de Ziguinchor sur une période de 26 ans ; allant de 1983 à 2009.

Les données recueillies sur la base d'une fiche d'enquête ont été saisies sur tableur Excel et leur analyse a été réalisée grâce au logiciel ÉpiInfo™ version 7. Au total 53 victimes ont été répertoriées.

L'âge moyen des victimes au moment de l'étude était de 47,53 ans \pm 15,12 avec des extrêmes de 25 et 89 ans. Notre série était composée de 66 % d'homme ($n = 32$) avec un sex-ratio de 1,94, de 36 % de mariés ($n = 19$) et de 32% ($n = 17$) de victimes sans activité professionnelle.

Elles vivaient en milieu urbain dans 60 % ($n = 32$) des cas et avaient un niveau de vie socio-économique bas dans 68 % ($n = 36$) des cas au moment de l'enquête avec 54,7 % ($n = 29$) de chômeurs.

Elles avaient été enregistrées dans la majorité des cas dans la période entre 2000 et 2004 avec 41,5 % ($n = 22$).

L'accident était survenu suite à des activités agricoles dans 56,6 % ($n = 30$). L'âge moyen des victimes au moment de l'accident était de 27 \pm 15 ans avec des extrêmes de 2 ans et 65 ans.

Les victimes avaient des blessures aux membres inférieures dans 94,3 % ($n = 50$). Ces blessures avaient nécessité une hospitalisation dans 92,5 % ($n = 49$).

Toutes les victimes avaient bénéficié de soins médicaux. Parmi ces dernières 88,7 % ($n = 47$) avaient bénéficié de soins chirurgicaux avec 73,58 % d'amputation de moignon. Elles avaient bénéficié de soins de réadaptation dans 81,1 % ($n = 43$).

En ce qui concerne la prise en charge psychologique, 94,3 % ($n = 50$) des victimes déclaraient avoir bénéficié d'un soutien psychologique à l'hôpital. Ce soutien était réalisé par des membres de la famille 85 % ($n = 45$), des agents de santé 72 % ($n = 38$) et des amis 72 % ($n = 38$).

Un soutien psychologique à long terme était réalisé chez 56,6 % ($n = 30$) des victimes. Parmi ces dernières 45 % ($n = 24$) avaient bénéficié d'un soutien fait par un professionnel de la santé mentale. Elles étaient très satisfaites dans 63,3 % ($n = 19$) des cas. Par ailleurs, 90,6 % ($n = 48$) des victimes avaient déclaré que la prise en charge psychologique était nécessaire. Cependant, aucune victime ne bénéficiait d'une prise en charge psychologique au moment de l'enquête. Alors que 83 % ($n = 44$) des victimes avaient exprimé le besoin de poursuivre cette prise en charge.

Pour ce qui est du soutien social, 88,7 % ($n = 47$) des victimes déclaraient en avoir reçu durant la période d'hospitalisation. Ce soutien était principalement fait par les membres de la famille avec 59,6 % ($n = 28$) des cas.

Les victimes avaient bénéficié d'un soutien pour la réinsertion sociale dans 77,4 % ($n = 41$). Et l'aide financière était le type de soutien le plus représenté avec 73 % ($n = 30$).

Par ailleurs, 14 victimes avaient bénéficié d'une formation de reconversion professionnelle dont 5 avaient réussi leur réinsertion.

Lors d'une étude ultérieure, il serait intéressant d'évaluer l'impact de la prise en charge psychosociale sur l'état psychologique des victimes de mines.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous avons formulé les recommandations suivantes :

❖ **Au niveau familial**

Sensibiliser davantage les familles sur la nécessité d'apporter une assistance physique et psychologique aux victimes.

❖ **Aux personnels soignants**

- Favoriser une approche pluridisciplinaire permettant de prendre compte simultanément les aspects physiques, sociaux et psychologiques des victimes
- Former le personnel soignant sur le soutien psychologique des victimes.
- Faire des références vers les structures spécialisées à la prise en charge psychologique.

❖ **Au niveau communautaire**

- Renforcer la sensibilisation auprès des populations sur les risques d'accident de mines.
- Prendre en compte les besoins économiques et sociaux des victimes.

❖ **Au niveau de l'administration étatique**

- Renforcer les moyens de l'Équipe Mobile d'Intervention et de Soutien (EMIS) Psychosocial pour une meilleure prise en charge des victimes de mines.
- Rendre possible une prise en charge psychologique des victimes de mines à long terme pour ceux qui en éprouve le besoin.
- Recruter davantage des personnels de santé mentale.
- Renforcer la collaboration avec les ONG locales œuvrant pour la réinsertion des victimes de mines.
- Accompagner les victimes dans leurs projets de réinsertion sociale.

- Favoriser davantage le déminage.
- Veiller à l'application de la Loi d'Orientation Sociale, Relative à la Promotion et la Protection des Droits des Personnes Handicapées votée en 2010.



RÉFÉRENCES

1. **01_Les_Mines.pdf** [Internet]. [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: https://www.franco-mines.com/medias/franco/pdf/01_Les_Mines.pdf
2. **Landmine and Cluster Munition Monitor** [Internet]. [cité 24 janv 2021]. Disponible sur: <http://archives.the-monitor.org/index.php/LM/The-Issues/FAQs>
3. **ReliefWeb**. Un nombre élevé de victimes de mines pour la 5^e année consécutive - World [Internet]. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur : <https://reliefweb.int/report/world/un-nombre-lev-de-victimes-de-mines-pour-la-5e-ann-e-cons-cutive>
4. **EUIMC_Rapport_final_11_JUIL_07_Final_.pdf** [Internet]. [cité 16 mai 2021]. Disponible sur : https://bibliomines.org/wp-content/uploads/EUIMC_Rapport_final_11_JUIL_07_Final_.pdf
5. **Diallo M.** Les restes explosifs de guerre au Sénégal. [https://docs-library.unoda.org/Convention_on_Certain_Conventional_Weapons_-_Amended_Protocol_II_Group_of_Experts_\(2011\)/06%2BSenegal%2BERW%2BPresentation.pdf](https://docs-library.unoda.org/Convention_on_Certain_Conventional_Weapons_-_Amended_Protocol_II_Group_of_Experts_(2011)/06%2BSenegal%2BERW%2BPresentation.pdf) (consulté le 25/01/2021).
6. **CNAMS**. Stratégie nationale d'action antimines 2007-2015.
7. **Barry B.** De l'Insécurité Liée aux Mines au Processus de Construction de la Paix en Casamance. Proc Afr Futur Conf. 2016;1(1):29-48.
8. **LA MAJALLA**. Sénégal : Des victimes des mines antipersonnel. [Internet]. [cité 3 févr 2021]. Disponible sur : <https://fr.majalla.com/node/92441/s%C3%A9n%C3%A9gal-des-victimes-des-mines-antipersonnel>
9. **Dakarmidi**. Mine antipersonnel : 830 victimes au Sénégal - [Internet]. 2018 [cité 3 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.dakarmidi.net/societe/mine-antipersonnel-830-victimes-au-senegal/>
10. **Gunaratnam HR, Gunaratnam S, Somasundaram D.** The psychosocial effects of landmines in Jaffna. Med Confl Surviv. juill 2003;19(3):223-34.
11. **Meade P, Mirocha J.** Civilian Landmine Injuries in Sri Lanka: J Trauma Inj Infect Crit Care. avr 2000;48(4):735-9.

- 12. Muzaffar W.** Mine blast injuries: ocular and social aspects. *Br J Ophthalmol.* 1 juin 2000;84(6):626-30.
- 13. Neria Y, Nandi A, Galea S.** Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychol Med.* avr 2008;38(4):467-80.
- 14. Somasundaram DJ, Renol KK.** The psychosocial effects of landmines in Cambodia. *Med Confl Surviv.* juill 1998;14(3):219-36.
- 15. Landmine and Cluster Munition Monitor [Internet].** [cité 26 mai 2021]. Disponible sur : http://archives.themonitor.org/index.php/cp/display/region_profiles/theme/536
- 16. Andersson N, Sousa CP da, Paredes S.** Social cost of land mines in four countries: Afghanistan, Bosnia, Cambodia, and Mozambique. *BMJ.* 16 sept 1995;311(7007):718-21.
- 17. Ne W, Ws W.** Rehabilitation of landmine victims--the ultimate challenge. *Bull World Health Organ.* 14 nov 2003;81(9):665-70.
- 18. Ferreri M, Agbokou C, Peretti C.** Psychotraumatismes majeurs : état de stress aigu et états de stress post-traumatique. *J Health Soc Behav.* 2012;27(51):361.
- 19. « NIMH » Post-Traumatic Stress Disorder [Internet].** [cité 29 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml>
- 20. Cremniter D, Laurent A.** Syndrome de stress post-traumatique : clinique et thérapie. *EMC - Toxicol-Pathol.* déc 2005;2(4):178-84.
- 21. Soedje KMA, Kpassagou BL, Djibril MA, Dassa KS.** Intervention médico-psychologique in situ lors des incendies des grands marchés de Lomé (Togo) par une cellule d'urgence médico-psychologique informelle : janvier 2013. *Ann Méd Psychol Rev Psychiatr.* 1 déc 2015;173(10):841-5.

- 22. Selye H.** Le Stress de la vie - Les Essais - Gallimard - Site Gallimard [Internet]. Canada; 1975 [cité 31 janv. 2021]. 464 pages. (Les Essais (n° 192), Gallimard). Disponible sur : <http://www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/Les-Essais/Le-Stress-de-la-vie>
- 23. Au_dela_du_principe_de_plaisir_freud.pdf** [Internet]. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur : https://www.psychanalyse.com/pdf/Au_dela_du_principe_de_plaisir_freud.pdf
- 24. Briole G, Lebigot F, Lafont B, Favre JD, Vallet D.** Rapport de... présenté au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. – Paris : Masson, 1957-? Le traumatisme psychique. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, éditeur. Rapport de... présenté au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris, etc., France, Pays multiples: Masson, DL 1994; 1994. 228 p.
- 25. Holdorff B, Dening DT.** The fight for ‘traumatic neurosis’, 1889–1916: Hermann Oppenheim and his opponents in Berlin <sup/>. *Hist Psychiatry*. déc 2011;22(4):465-76.
- 26. Brouillet C.** [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur : <http://www.baillement.com/lettres/charcot-brouillet.html>
- 27. Janet P.** L’automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l’activité humaine. Première partie : Automatisme total, 4^e Édition, 1889; 164 p.
- 28. Constantopoulos M.** L’hystérie, un Witz freudien. *Che Vuoi*. 2007;27(1):53-66.
- 29. Crocq J.** (1868-19) A du texte. Les névroses traumatiques : étude pathogénique & clinique / par le Dr Crocq fils... 1896 [cité 25 janv 2021]; Disponible sur : <https://core.ac.uk/display/64513324>

- 30. Kraepelin E, Mayer-Gross W, King's College London.** Psychiatrie [electronic resource]: ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte [Internet]. Leipzig : Johann Ambrosius Barth; 1909 [cité 31 janv 2021]. 700 p. Disponible sur : http://archive.org/details/b21295967_0002
- 31. Crocq L.** Les Traumatismes psychiques de guerre. Paris : Odile Jacob ; 1999 ; 424 p.
- 32. Crocq L, Bachelart M, Bioy A.** Les thérapies par l'hypnose dans les armées, quelques jalons dans l'histoire. *Ann Méd Psychol Rev Psychiatr.* nov 2013;171(9):662-6.
- 33. Demaegdt C.** L'embarras du travail dans l'étiologie psychanalytique des névroses de guerre. *Inf Psychiatr.* 7 nov 2013;89(8):651-9.
- 34. Kendell RE.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. *Am J Psychiatry.* déc 1980;137(12):1630-1.
- 35. Lewis G.** DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. By the American Psychiatric Association. (Pp. 886; £34.95.) APA: Washington, DC.1994. *Psychol Med.* mai 1996;26(3):651-2.
- 36. Psychotraumatologie** [Internet]. 2021 [cité 31 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/psychotraumatologie-evaluation-clinique-traitement>
- 37. van der Hart O.** Les névroses traumatiques. By Claude Barrois, M.D. Paris : Dunod, 1988, 244 pages. *J Trauma Stress.* juill 1990;3(3):483-4.
- 38. CIM-10 Chapitre 05 : Troubles mentaux et du comportement.** In: Wikipédia [Internet]. 2017 [cité 1 févr 2021]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=CIM-10_Chapitre_05:_Troubles_mentaux_et_du_comportement&oldid=143935302
- 39. Yehuda R.** Biology of Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry.* 1 janv 2001;62:41-6.
- 40. Lazarus RS.** Coping theory and research: past, present, and future.: *Psychosom Med.* mai 1993;55(3):234-47.

- 41. Lebigot F.** Le traumatisme psychique. *Stress et Trauma*. 2009;9(4):201-204.
- 42. Lebigot F.** Traiter les traumatismes psychiques [Texte imprimé] : clinique et prise en charge/François Lebigot ; préface de Liliane Daligand. In Paris : Dunod ; 2005. p. 225-233. Index. (Psychothérapie).
- 43. Chidiac N, Crocq L.** Le Psychotrauma (III) – Névrose traumatique et état de stress posttraumatique. *Ann Méd Psychol Rev Psychiatr*. juin 2011;169(5):327-31.
- 44. Crocq L.** les modèles explicatifs du trauma. *Traumatis psychiques*. février 2002;24-5.
- 45. Sledjeski EM, Speisman B, Dierker LC.** Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R). *J Behav Med*. août 2008;31(4):341-9.
- 46. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al.** Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale*. 34(6):577-83.
- 47. Landmine and Cluster Munition Monitor** [Internet]. [cité 1 févr 2021]. Disponible sur : http://archives.the-monitor.org/index.php/publications/display?url=cmm/2013/CMM_Contamination_And_Clearance_2013.html
- 48. Walsh NE, Walsh WS.** Rehabilitation of landmine victims--the ultimate challenge. *Bull World Health Organ*. 2003;81(9):665-70.
- 49. Ferguson AD, Sperber Richie B, Gomez MJ.** Psychological factors after traumatic amputation in landmine survivors: The bridge between physical healing and full recovery. *Disabil Rehabil*. 22 juill 2004;26(14-15):931-8.
- 50. Cardozo BL, Blanton C, Zalewski T, Tor S, McDonald L, Lavelle J, et al.** Mental health survey among landmine survivors in Siem Reap province, Cambodia. *Med Confl Surviv*. avr 2012;28(2):161-81.

- 51. Somasundaram DJ, Renol KK.** The psychosocial effects of landmines in Cambodia. *Med Confl Surviv.* juill 1998;14(3):219-36.
- 52. Priebe S, Jankovic Gavrilovic J, Bremner S, Ajdukovic D, Franciskovic T, Galeazzi GM, et al.** Psychological Symptoms as Long-Term Consequences of War Experiences. *Psychopathology.* 2013;46(1):45-54.
- 53. Begic S, McDonald TW.** The Psychological Effects of Exposure to Wartime Trauma in Bosnian Residents and Refugees: Implications for Treatment and Service Provision. *Int J Ment Health Addict.* 30 nov 2006;4(4):319-29.
- 54. Vaage AB, Thomsen PH, Silove D, Wentzel-Larsen T, Van Ta T, Hauff E.** Long-term mental health of Vietnamese refugees in the aftermath of trauma. *Br J Psychiatry.* févr 2010;196(2):122-5.
- 55. Marshall GN.** Mental Health of Cambodian Refugees 2 Decades After Resettlement in the United States. *JAMA.* 3 août 2005;294(5):571.
- 56. Lohr JB, Palmer BW, Eidt CA, Ailaboyina S, Mausbach BT, Wolkowitz OM, et al.** Is Post-Traumatic Stress Disorder Associated with Premature Senescence? A Review of the Literature. *Am J Geriatr Psychiatry.* juill 2015;23(7):709-25.
- 57. Zdjelarević A, Komar Z, Loncar M, Dijanić I, Hrabac P, Groznica I, et al.** Quality of life in families of Croatian veterans 15 years after the war. *Coll Antropol.* 1 janv 2011;35 Suppl 1:281-6.
- 58. Kok BC, Herrell RK, Thomas JL, Hoge CW.** Posttraumatic Stress Disorder Associated With Combat Service in Iraq or Afghanistan: Reconciling Prevalence Differences Between Studies. *J Nerv Ment Dis.* mai 2012;200(5):444-50.
- 59. Marmar CR, Schlenger W, Henn-Haase C, Qian M, Purchia E, Li M, et al.** Course of Posttraumatic Stress Disorder 40 Years After the Vietnam War: Findings From the National Vietnam Veterans Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry.* 1 sept 2015;72(9):875.

- 60. Andreas S, Schulz H, Volkert J, Dehoust M, Sehner S, Suling A, et al.** Prevalence of mental disorders in elderly people : The European MentDis_ICF65+ study. *Br J Psychiatry*. févr 2017;210(2):125-31.
- 61. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE.** Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 1 juin 2005;62(6):617.
- 62. Kessler RC.** Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1 déc 1995;52(12):1048.
- 63. Vaiva G, Lebigot F, Ducrocq F, Goudemand M.** Psychotraumatismes : prise en charge et traitements [Internet]. ELSEVIER. Paris : Masson; 2005. 224 p. (CPNLF). Disponible sur : <https://www.elsevier-masson.fr/psychotraumatismes-prise-en-charge-et-traitements-9782294020933.html>
- 64. Hoge CW, Riviere LA, Wilk JE, Herrell RK, Weathers FW.** The prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in US combat soldiers: a head-to-head comparison of DSM-5 versus DSM-IV-TR symptom criteria with the PTSD checklist. *Lancet Psychiatry*. sept 2014;1(4):269-77.
- 65. Shahini M, Shala M.** Post-Traumatic Stress Disorder in Kosovo Veterans. *SAGE Open*. 1 janv 2016;6(1):2158244016633737.
- 66. Lecic-Tosevski D, Pejuskovic B, Miladinovic T, Toskovic O, Priebe S.** Posttraumatic Stress Disorder in a Serbian Community: Seven Years After Trauma Exposure. *J Nerv Ment Dis*. déc 2013;201(12):1040-4.
- 67. Rona RJ, Fear NT, Hull L, Wessely S.** Women in novel occupational roles: mental health trends in the UK Armed Forces. *Int J Epidemiol*. 1 avr 2007;36(2):319-26.
- 68. Komar Z, Vukušić H.** Post-traumatic stress disorder in Croatian war veterans: Prevalence and psycho-social characteristics. *New Insights Post-Trauma Stress Disord PTSD Proc Abstr Ref Illus*. 1999;42-4.

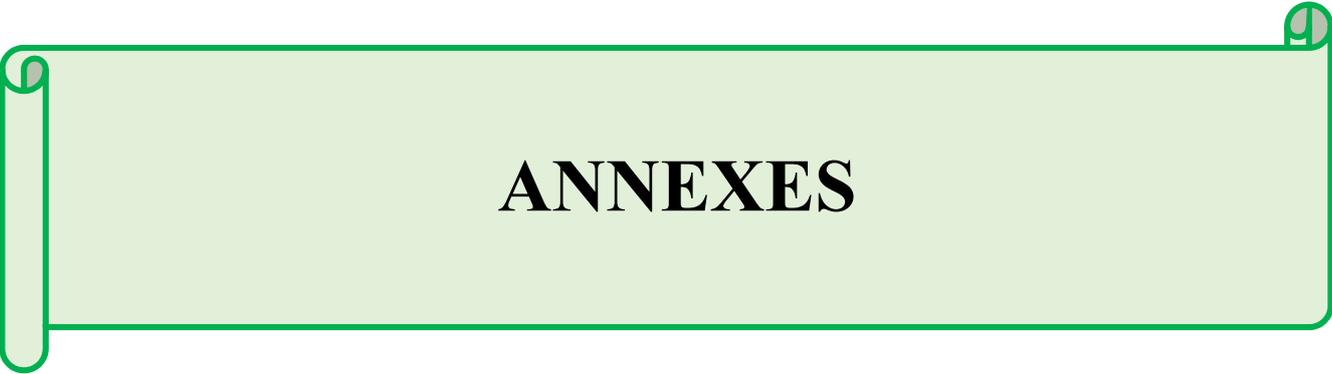
- 69. Selimbašić Z, Kurtić A, Selimbašić M, Brkić M.** Psychological characteristics of war veterans after the war in Bosnia and Herzegovina. *Med Glas Off Publ Med Assoc Zenica-Doboj Cant Bosnia Herzeg.* 1 août 2019;16(2).
- 70. Bell CC.** DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *JAMA J Am Med Assoc.* 14 sept 1994;272(10):828.
- 71. Birmes P, Brunet A, Carreras D, Ducassé JL, Charlet J-P, Lauque D, et al.** The Predictive Power of Peritraumatic Dissociation and Acute Stress Symptoms for Posttraumatic Stress Symptoms: A Three-Month Prospective Study. *Am J Psychiatry.* juill 2003;160(7):1337-9.
- 72. Cottencin O, Vaiva G, Ducrocq F, Goudemand M.** Syndrome de stress post-traumatique: actualités thérapeutiques. *Médecine Catastr - Urgences Collect.* 1 déc 1999;2(5):184-7.
- 73. Rosay-Notz H.** Retentissements psychologiques des traumatismes intentionnels et organisation générale des secours. *Etudes Sur Mort.* 2006;130(2):117-29.
- 74. Olié J-P, Poirier M-F, Lôo HY.** Les maladies dépressives / J.-P. Olié, M.-F. Poirier, H. Lô. 2^e éd. Paris : Flammarion; 2003. (Collection Psychiatrie (Paris) ; 2003).
- 75. AbeBooks** - Principes de la psychothérapie analytique [Internet]. [cité 1 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.abebooks.fr/rechercher-livre/titre/principes-de-la-psychotherapie-analytique/>
- 76. Fenichel O.** La théorie psychanalytique des névroses. Paris : Puf; 1987. 416 p. (Bibl. Psychanalyse).
- 77. Guelfi JD.** L'évolution de la nosographie psychiatrique. In : Rouillon F, éditeur. *Psychiatrie française / Psychiatrie en France* [Internet]. Paris: Springer; 2012 [cité 25 mai 2021]. p. 43-60. Disponible sur : https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0299-2_4

- 78. Organization WH.** Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic [Internet]. Paris : Masson; 1993 [cité 25 mai 2021]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40506>
- 79. Organization WH.** CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V(F), Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1994 [cité 25 mai 2021]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40538>
- 80. Terr LC.** Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry.* janv 1991;148(1):10-20.
- 81. Silverman JJ, Singh NN., Carmanico SJ., Lindstrom KA., Al M. Best & Sydney Clearfield.** Psychological Distress and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Jewish Adolescents Following a Brief Exposure to Concentration Camps. *Journal of Child and Family Studies* 1999;8:71–89.
- 82. Yule W.** Post-Traumatic Stress Disorder in Child Survivors of Shipping Disasters: The Sinking of the ‘Jupiter’; *Psychother Psychosom.* 1992;57(4):200-5.
- 83. Mouhica A.** Symptômes dissociatifs et psychotiques dans le trouble stress post-traumatique : revue de la littérature et illustration dans une situation spécifique, les populations migrantes. 29 juin 2017;62.
- 84. Segal DL.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). In: Weiner IB, Craighead WE, éditeurs. *The Corsini Encyclopedia of Psychology* [Internet]. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.; 2010 [cité 5 févr 2021]. p. corpsy0271. Disponible sur : <http://doi.wiley.com/10.1002/9780470479216.corpsy0271>

- 85. Hustache S, Moro M-R, Roptin J, Souza R, Gansou GM, Mbemba A, et al.** Evaluation of psychological support for victims of sexual violence in a conflict setting: results from Brazzaville, Congo. *Int J Ment Health Syst.* 1 avr 2009;3(1):7.
- 86. Bessoles P.** Les interventions psychothérapeutiques précoces post-traumatiques. *Inf Psychiatr.* 2006;82(3):231-7.
- 87. Auxéméry Y.** Quelle(s) psychothérapie(s) pour les sujets psychotraumatisés ? De la théorie à la pratique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mai 2016;174(4):309-12.
- 88. Ducrocq F.** Approches thérapeutiques immédiates et post-immédiates du psychotraumatisme. 2009;4.
- 89. Livre blanc- L'aide aux victimes**[Internet]. Vie publique.fr. [cité 25 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/36570-laide-aux-victimes-livre-blanc>
- 90. Shalev AY, Bonne O, Eth S.** Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Review. *Psychosom Med.* avr 1996;58(2):165-82.
- 91. VIDAL.** Les traitements de l'état de stress post-traumatique [Internet]. [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/etat-stress-post-traumatique-espt/traitements.html>
- 92. Carlier P, Pull C.** Les antidépresseurs dans le traitement de l'état de stress post-traumatique. *Ann Méd Psychol Rev Psychiatr.* nov 2008;166(9):747-54.
- 93. Walsh NE, Walsh WS.** Rehabilitation of landmine victims — the ultimate challenge. *Bull World Health Organ.* 2003;81(9):665-70.
- 94. SCVA_feb04_Meeting_Report.pdf** [Internet]. [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: https://www.apminebanconvention.org/fileadmin/APMBC/IWP/SC_feb04/SCV A_feb04_Meeting_Report.pdf

- 95. Landmine and Cluster Munition Monitor** [Internet]. [cité 26 mai 2021]. Disponible sur: http://archives.the-monitor.org/index.php/cp/display/region_profiles/theme/536
- 96. Rapport initial sur le handicap au Sénégal | handicap.sn** [Internet]. [cité 26 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.handicap.sn/rapport-initial-sur-le-handicap-au-senegal/>
- 97. Thioune A.** Comité de lecture et de validation des SES. 2017;130.
- 98. Ministère de l'Intérieur.** Sénégal cœur du Découpage administratif de la région de Ziguinchor [Internet]. Au Sénégal, le cœur du Sénégal. 2021 [cité 20 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.au-senegal.com/decoupage-administratif-de-la-region-de-ziguinchor,041.html>
- 99. Handicap au Sénégal.** Rapport initial sur le handicap au Sénégal | handicap.sn [Internet]. [cité 26 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.handicap.sn/rapport-initial-sur-le-handicap-au-senegal/>
- 100. Afshar A, Afshar N, Mirzatoloei F.** Injuries due to Landmine Blast Referred to Shahid Motahhary Hospital, Iran. *Med J Armed Forces India.* avr 2007;63(2):157-9.
- 101. Soroush A, Falahati F, Zargar M, Soroush M, Khateri S, Khaji A.** Amputations Due to Landmine and Unexploded Ordnances in Post-war Iran. :3.
- 102. Ryken KO, Hogue M, Marsh JL, Schweizer M.** Long-term consequences of landmine injury: A survey of civilian survivors in Bosnia-Herzegovina 20 years after the war. *Injury.* déc 2017;48(12):2688-92.
- 103. Molde Å.** Victims of war: Surgical principles must not be forgotten (again)! *Acta Orthop Scand.* janv 1998;69(sup281):54-7.
- 104. Benov A, Zoarets I, Glassberg E, Cohen B, Ankory R, Zarka S, et al.** A War Long Forgotten—Humanitarian Aid Mission for Victims of the Syrian Civil War. 2019;9(2):5.

- 105. Walsh NE, Walsh WS.** Rehabilitation of landmine victims--the ultimate challenge. *Bull World Health Organ.* 2003;81(9):665-70.
- 106. Jahunlu HR, Husum H, Wisborg T.** Mortality in Land-Mine Accidents in Iran. *Prehospital Disaster Med.* juin 2002;17(2):107-9.
- 107. CICR.** Prendre soin des victimes des mines. CICR, Novembre 2005 ; 24.
- 108. Diagne I, Ndongo NDN, Dieng AB, Bousso A, Sylla A, Thiam MH.** Une expérience d'intervention psychologique après le naufrage d'une pirogue à Bettenty au Sénégal. *Ann Méd Psychol Rev Psychiatr.* janv 2021;179(1):39-43.
- 109. 16809e29af.pdf** [Internet]. [cité 20 mai 2021]. Disponible sur : <https://rm.coe.int/retours-d-experience-sur-l-aide-psycho-sociale-apres-une-catastrophe/16809e29af>
- 110. SCVA_feb04_Meeting_Report.pdf** [Internet]. [cité 7 juin 2021]. Disponible sur : https://www.apminebanconvention.org/fileadmin/APMBC/IWP/SC_feb04/SCVA_feb04_Meeting_Report.pdf
- 111. HI 74a - Landmine victim assistance in Bosnia and Herzegovina** Herzegovina... [Internet]. [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://fr.slideshare.net/Bern7/hi-74-landmine-victim-assistance-in-bosnia-and-herzegovina-herzegovina>
- 112. Ferguson AD, Sperber Richie B, Gomez MJ.** Psychological factors after traumatic amputation in landmine survivors: The bridge between physical healing and full recovery. *Disabil Rehabil.* 22 juill 2004;26(14-15):931-8.



ANNEXES

Questionnaire de tentative d'évaluation de la prise en charge psychosociale des victimes de mines à Ziguinchor

Ce questionnaire est adressé aux victimes de mines du conflit casamançais situé dans le département de Ziguinchor. Il a pour objectif d'évaluer la manière dont les victimes de mines ont été prises en charge notamment sur le plan psychosocial. Pour des données fiables nous vous demandons de répondre de la façon la plus honnête possible tout en vous assurant du parfait anonymat avec lequel vos réponses seront traitées.

Merci de votre précieuse collaboration.

I. Données sociodémographiques

1. Quel est votre âge ?

2. Quel est votre sexe ?

- Masculin
- Féminin

3. Quel est votre lieu de résidence ?

- Milieu rural
- Semi-urbain
- Milieu urbain

4. Quel est votre situation matrimoniale ?

- Marié
- Célibataire
- Veuf
- Divorcé

5. Quel est votre niveau de scolarité ?

- Primaire
- Secondaire
- Moyen
- Universitaire

6. Quel était votre profession avant l'accident ?

7. Quel est votre profession actuelle ?

II. Données sur l'accident

8. Pouvez-vous nous donner l'année de l'accident ?

9. Quel âge aviez-vous au moment de l'accident ?

10. Quelles étaient les circonstances de l'accident ?

- Voyage
- Activités agricoles
- Activités socioculturelles
- Autres

11. Quelles étaient les blessures physiques occasionnées par l'accident ?

- Lésions oculaires
- Lésions membres supérieurs
- Lésions membres inférieurs
- Amputation d'un moignon
- Autres

III. Données sur la prise en charge

D. Données sur la prise en charge médicochirurgicale

12. Aviez-vous été hospitalisé ?

- Oui
- Non

13. Si oui, quel était la durée de l'hospitalisation ?

- Moins de 1 mois
- 1 à 2 mois
- 2 à 3 mois
- 3 à 4 mois
- Plus de 4 mois

14. Quels types de soins aviez-vous reçu à l'hôpital ?

- Médicaux
- Chirurgicaux
- Réadaptation

15. Si soins médicochirurgicaux précisez :

- Amputation
- Autres

B. Données sur la prise en charge psychologique

16. Avez-vous bénéficié d'un soutien psychologique durant la période d'hospitalisation ?

- Oui
- Non

17. Si oui, par qui ?

- Agents de santé
- Membres de la famille
- Amis
- Autres

18. Avez-vous bénéficié d'un soutien psychologique fait par un professionnel de santé mentale ?

- Oui
- Non

19. Si oui, précisez :

- Psychiatre
- Psychologue
- Psychothérapeute

20. Quel était le délai d'attente avant le démarrage de la prise en charge ?

- Moins de 3 mois
- 6 mois
- 9 mois
- 12 mois
- Plus de 12 mois

21. Quel était la durée de cette prise en charge ?

22. Quel étaient le rythme de cette prise en charge ?

- Hebdomadaire
- Mensuelle
- Trimestrielle
- Annuelle
- Autres

23. Quel type de prise en charge aviez-vous bénéficié ?

- Thérapie Individuelle
- Thérapie de groupe

24. Êtes-vous satisfait de cette prise en charge ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Un peu satisfait

- Pas du tout satisfait

25. Pensez-vous que cette prise en charge était nécessaire pour vous ?

- Oui
- Non

26. Continuez-vous à bénéficier de cette prise en charge ?

- Oui
- Non

27. Si non, désirez-vous en bénéficier ?

- Oui
- Non

C. Données sur la prise en charge sociale

28. Avez-vous reçu un soutien social durant la prise en charge hospitalière ?

- Oui
- Non

29. Si oui, par qui ?

- État
- ONG
- Personnes de bonnes volontés
- Autres

30. Avez-vous bénéficié d'un soutien pour votre réinsertion sociale ?

- Oui
- Non

31. Si oui, de quel type ?

- Financement
- Dons
- Formation professionnelle
- Autres

32.Par qui ?

- État
- ONG
- Personnes de bonne volonté
- Amis
- Autres

33.Avez-vous bénéficié d'une formation pour la reconversion professionnelle ?

- Oui
- Non

34.Si oui, de quel type ?

35.Par qui ?

- État
- ONG
- Personnes de bonnes volontés
- Autres

36.Avez-vous réussi cette reconversion ?

- Oui
- Non

37.Si non, quelles sont les causes de cet échec ?

38.Avez-vous bénéficié d'un accompagnement pour vos projets par des professionnels ?

- Oui
- Non

39.Si oui, par qui ?

- État
- ONG
- Personnes de bonnes volontés
- Autres



TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	i
LISTE DES FIGURES	ii
LISTE DES TABLEAUX	iii
SOMMAIRE	iv
INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE	4
I. RAPPELS SUR LE TRAUMATISME PSYCHIQUE	4
I.1. Définition et concept du traumatisme	4
I.2. Aspects historiques	5
I.3. Aspects étiopathogéniques	8
I.4. Aspects épidémiologiques	12
I.5. Aspects cliniques	16
I.5.1. Les troubles immédiats brefs	16
I.5.2. Les troubles post-immédiats	16
I.5.3. Les troubles retardés ou différés	17
I.5.3.1. L'état de stress post-traumatique (l'ESPT)	17
I.5.3.2. Les autres syndromes de stress post-traumatique	22
I.6. Aspects thérapeutiques	26
I.6.1. Les soins précoces	27
I.6.2. Les soins différés	29
II. PROBLÉMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE DES VICTIMES DE MINES TERRESTRES	31
DEUXIÈME PARTIE : NOTRE ÉTUDE	31
III. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	37
III.1. Objectifs de l'étude	37
III.1.1. Objectif général	37
III.1.2. Objectifs spécifiques	37
III.2. Cadre et contexte d'étude	37
III.3. Type et période d'étude	39
III.4. Patients et méthodes d'étude	39
III.4.1. Population d'étude	39
III.4.2. Méthode d'étude	39
III.4.2.1. Recueil des données	39
III.4.2.1.1. Données sociodémographiques	40
III.4.2.1.2. Données sur l'accident	40
III.4.2.1.3. Données sur la prise en charge	40
III.4.2.2. Analyse des données	41
III.5. Contraintes de l'étude	41
III.6. Considérations éthiques	41
III.7. Définitions opérationnelles	41
III.7.1. Niveau de vie socio-économique	41
III.7.2. La reconversion professionnelle	42
IV. RÉSULTATS	43
IV.1. Données sociodémographiques	43

IV.1.1. L'âge	43
IV.1.2. Le sexe	43
IV.1.3. Lieu de résidence	44
IV.1.4. La situation matrimoniale	44
IV.1.5. Le niveau de scolarité	44
IV.1.6. Profession avant accident.....	46
IV.1.7. Profession actuelle (après l'accident)	47
IV.1.8. Niveau de vie socio-économique	48
IV.2. Données sur l'accident	48
IV.2.1. Période de l'accident.....	48
IV.2.2. L'âge de la victime au moment de l'accident	49
IV.2.4. Circonstance de l'accident	49
IV.2.5. Blessures physiques occasionnées par l'accident	50
IV.3. Données sur la prise en charge.....	50
IV.3.1. Données sur la prise en charge médicochirurgicale.....	50
IV.3.1.1. Données sur l'hospitalisation	50
IV.3.1.7. Types de soins reçus	50
IV.3.2. Données sur la prise en charge psychologique	51
IV.3.2.1. Le soutien psychologique en hospitalisation	51
IV.3.2.2. Le soutien psychologique fait à long terme	52
IV.3.3. Données sur la prise en charge sociale.....	54
IV.3.3.1. Soutien social durant l'hospitalisation	54
IV.3.3.2. Le soutien pour la réinsertion sociale	55
V. DISCUSSION	53
V.1. Aspects sociodémographiques	53
V.2. Aspects liés à l'accident	56
V.3. Aspects liés à la prise en charge	57
V.3.1. Prise en charge médicochirurgicale.....	57
V.3.2. Prise en charge psychosociale	59
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	69
CONCLUSION	69
RECOMMANDATIONS.....	72
RÉFÉRENCES.....	74
ANNEXES	86
TABLE DES MATIÈRES	92

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Vu :

Le Président de jury

Le Doyen

Vu et permis d'imprimer

Pour le Recteur, de l'Université Assane Seck de Ziguinchor et par Délégation

RÉSUMÉ

PRISE EN CHARGE MÉDICO-PSYCHOSOCIALE DE PERSONNES CIVILES VICTIMES DE MINES À ZIGUINCHOR : À PROPOS DE 53 CAS

INTRODUCTION

Les accidents liés aux mines terrestres causent de grandes souffrances physiques et psychologiques aux populations civiles dans le monde entier. Le Sénégal figure parmi les 30 pays les plus durement touchés par les mines antipersonnel [9]. En 2019, selon le rapport du Centre National d'Action Antimines au Sénégal (CNAMS), le nombre total de victimes était estimé à 831 dont 595 civils avec 152 tués et 443 blessés.

OBJECTIFS

Les objectifs de cette étude étaient de déterminer le pourcentage de victimes ayant bénéficié d'une prise en charge psychosociale, d'évaluer le degré de satisfaction des victimes par rapport à leur prise en charge psychosociale et d'apprécier la qualité de leur réinsertion sociale après la prise en charge.

MÉTHODOLOGIE

Il s'agissait d'étude transversale descriptive portant sur les survivants d'accident de mines terrestres répertoriées dans le département de Ziguinchor sur une période de 26 ans ; allant de 1983 à 2009. Nous avons inclus dans l'étude tous les survivants d'accidents de mines terrestres domiciliés dans le département de Ziguinchor.

RÉSULTATS

Au total, 53 victimes ont été répertoriées. Les résultats ont montré une proportion plus importante de sujets adultes, de sexe masculin, mariés, n'ayant pas été initié ou peu initié à l'école, pour la plupart sans emploi, avec un niveau socio-économique bas et résidant en milieu urbain au moment de l'enquête. La plupart des victimes avaient été enregistrées dans la période entre 2000 et 2004 avec 41,5 % ($n = 22$). L'accident était lié à des activités agricoles dans 56,6 % ($n = 30$) et concernait plus les adultes jeunes. Les victimes avaient des blessures aux membres inférieurs dans 94,3 % ($n = 50$) qui nécessitaient une hospitalisation dans 92,5 % ($n = 49$) et une amputation de moignon dans 73,58 % des cas. En ce qui concerne la prise en charge psychologique, 94,3 % ($n = 50$) des victimes avaient déclaré avoir bénéficié d'un soutien psychologique à l'hôpital. Un soutien psychologique à long terme était réalisé chez 56,6 % ($n = 30$) des victimes. Parmi ces dernières 45 % ($n = 24$) avaient bénéficié d'un soutien fait par un professionnel de la santé mentale. Elles étaient très satisfaites dans 63,3 % ($n = 19$) des cas. Pour ce qui est du soutien social, les victimes avaient déclaré en avoir reçu durant la période d'hospitalisation dans la majorité des cas 88,7 % ($n = 47$). Les victimes avaient bénéficié d'un soutien pour la réinsertion sociale dans 77,4 % ($n = 41$).

CONCLUSION

Les accidents de mine concernent plus les couches sociales inférieures. Et notre étude montre que les survivants ont besoin d'une prise en charge psychosociale pour leur réinsertion.

Mots-clés : prise en charge médico-psychosociale, victimes de mines, évaluation