

Problématique de la rééducation du blessé de guerre en zone tropicale : exemple de la Colombie

Lagauche D

Hôpital d'instruction des armées Legouest, Service de Médecine Physique et de Réadaptation, Metz.

Med Trop 2011 ; 71 : 554-557

RÉSUMÉ • Les auteurs rapportent les échanges ayant eu lieu entre les services de Santé des Armées colombien et français. La Colombie, pays démocratique, vit situation insurrectionnelle qui s'éternise entraînant un nombre considérable de blessés aux séquelles fonctionnelles importantes tant sur le plan individuel que collectif. Il s'agit d'un pays où les neiges éternelles cohabitent donc avec la forêt primaire, où les blessés sont parfois compliqués d'autres pathologies tel que le paludisme ou la leishmaniose, où les civils sont plus durement touchés que les militaires notamment du fait des mines antipersonnels. La problématique de la prise en charge rééducative du blessé de guerre en zone tropicale n'est pas fondamentalement différente lors d'un conflit en zone tropicale ou en zone Europe. Elle se réalise dans des centres intégrés à l'unité d'instruction où se côtoient les blessés de guerre et les formations de déminage. La réinsertion débute par l'apprentissage d'un métier, en poursuivant le soutien psychologique et l'adaptation de la prothèse. Se pose actuellement le problème législatif de la reconnaissance de ses blessés sur un modèle de la loi française de 2005 sur le handicap.

MOTS-CLÉS • Mines antipersonnel. Handicap. Colombie. Réinsertion.

REHABILITATION OF WAR DISABLED PEOPLE IN THE TROPICS: EXAMPLE FROM COLOMBIA

ABSTRACT • The purpose of this report is to describe collaboration between the health services of the Colombian and French armed forces. Colombia is a democratic country that has been undergoing a long period of insurrection resulting in a significant number of deaths and injuries. Permanent functional disabilities have taken high toll at both the individual and community level. Due to the use of landmines, civilians pay a heavier price than military personnel. In Columbia, a country of eternal snows and rain forests, disabilities are often compounded by concurrent diseases such as malaria or leishmaniasis. Otherwise, rehabilitation of soldiers wounded during a combat is fundamentally the same in tropical zones and Europe. Management of wounded servicemen takes place in teaching hospital where therapy is carried out at the same time as training in mine clearance. Reinsertion begins with job apprenticeship in conjunction with psychological support and prosthetic training. Current focus is on developing disability rights legislation modeled on the 2005 French law.

KEY WORDS • Landmine. Handicap. Colombia. Reinsertion.

Quelques semaines avant la révision de la conférence d'Ottawa, que la Colombie a ratifiée en 2001, visant à réglementer l'utilisation des mines antipersonnels, qui a eu lieu à Carthagène en Colombie du 29 novembre au 4 décembre 2009, les services de santé militaires colombien et français ont été amenés à confronter leur prise en charge rééducative du blessé de guerre et notamment les blessures dues aux mines antipersonnels.

L'expérience colombienne est basée sur les conséquences d'une situation insurrectionnelle évoluant depuis une cinquantaine d'années où l'utilisation de ces armes est prépondérante.

Si les considérations climatologiques ne sont plus prépondérantes, comme ce fût dans le passé pour nos anciens, sur l'état de santé générale des blessés et notamment lors de la phase rééducative, il nous a paru intéressant de rapporter cette expérience en milieu tropical.

Pays situé en zone équatoriale à l'extrême nord-ouest de l'Amérique du Sud. Elle est composée de 3 grandes chaînes montagneuses de la Cordillère des Andes et de vastes vallées. Les neiges éternelles cohabitent donc avec la forêt primaire.

Les hommes vivant dans les vallées, et les combats se déroulant actuellement dans les forêts les maladies tropicales peuvent s'ajouter (et donc compliquer) aux blessures. Ce sont essentiellement la leishmaniose cutanée pour 6 000 cas annuels, le paludisme pour 400 cas (*P. falciparum* et *P. vivax* à l'identique de ce que nous connaissons en Guyane) et la dengue pour 200 cas annuels pour les armées colombiennes.

Le système national de santé

Selon Botero (1) avant 1993, les services de santé pouvaient se diviser en 4 groupes d'activité :

- l'institut de sécurité sociale financé par les cotisations des patrons et des travailleurs qui couvrait uniquement les employés des villes, l'épouse dans ce qui a trait à la naissance et l'enfant dans sa première année,
- le service gouvernemental de santé pour les nécessiteux,
- les systèmes de médecine pré-payée,
- la médecine privée.

En 1993 a été créée la loi qui a mis en route un système de sécurité sociale complète, permettant théoriquement la prise en charge de tout blessé. Nous témoignons ici de la prise en charge exclusivement militaire. En 1998 a été créée la direction générale de santé militaire.

Etat des lieux

Le milieu physique

La Colombie, pays à la superficie double de la France, est un pays peuplé de 45,5 millions d'habitants pour 75% urbains (essentiellement dans 9 grands centres urbains : Bogota, Medellin, Barranquilla, Cali, Cartagena, Popayan, Bucaramanga, Cucuta, Santa Marta) dont l'espérance de vie est de 72,9 ans.

• Correspondance : denis.lagauche@wanadoo.fr

• Article arrivé le 20/09/2011, définitivement accepté le 05/12/2011



Figure 1. Laboratoire d'appareillage.



Figure 3. Salle de kinésithérapie au bataillon sanitaire.



Figure 2. Entraînement à la marche à l'hôpital de Bogota.



Figure 4. Salle de kinésithérapie au bataillon sanitaire.

Le problème : les mines antipersonnels ou « brise-jambes »

Toujours selon Botero en 1994 (1) les violences et homicides étaient la cause la plus fréquente de décès 24,61% avec les affections périnatales en second à 6,79%. Même si la situation semble s'être nettement améliorée (2) en 2007, pour la première fois le nombre de blessés par mines diminue. Le problème des mines reste crucial.

En 2002 on calculait qu'il y avait 100 000 mines cachées dans 140 communes de 22 départements. Même si des efforts considérables ont été effectués, la Colombie compte parmi les pays ayant le plus grand nombre de blessés par mines dans le monde selon la réunion des états américains qui s'est tenue du 1 au 3 juin 2008 à Medellin en Colombie. En 2008, la Colombie dénombre 777 victimes dont 507 militaires.

Ces armes du pauvre (coût de production de 1 à 30 dollars US), armes défensives qui doivent protéger des sanctuaires, frappent aveuglément civils et militaires, adultes et enfants, pendant et longtemps après le conflit. Elles sont responsables de polytraumatismes et notamment d'amputation de membre (150/an pour les forces armées).

La prise en charge fonctionnelle

La rééducation

La prise en charge chirurgicale initiale se fait au plus près des combats dans un hôpital de campagne. Le blessé est évacué sur

l'hôpital militaire central de Bogota où la rééducation peut commencer précocement.

Dans des chambres à plusieurs lits, les militaires restent dans un groupe soudé. Le travail de modelage du moignon est débuté à l'hôpital central de Bogota. Les soins des pathologies associées éventuelles, la lutte contre la douleur et le soutien psychologique communs à toute prise en charge rééducative sont débutés tôt.

Le moignon stabilisé, l'atelier d'appareillage (photo 1) réalise la prothèse et l'adaptation emboîture- moignon est validée par le début du travail à la marche (photo 2)

Le patient est alors adressé dans un bataillon sanitaire où se poursuit la rééducation (photo 3 à 5). Il s'agit d'une formation où se côtoient dans un même lieu géographique des soldats à l'instruction pour le déminage et des blessés de guerre notamment victime de mines. La prise en charge est là, multidisciplinaire, locomotrice avec un laboratoire de marche (photo 6), mais aussi psychologique avec un centre de santé mentale.

La réinsertion

Elle nécessite que le plus haut niveau fonctionnel soit atteint. Ceci dépend évidemment de la ou des lésions associées, mais aussi de la motivation du blessé et de son niveau physique, psychologique et social antérieur à la blessure.



Figure 5. Salle d'ergothérapie au bataillon sanitaire.



Figure 7. Chaussure à la semelle conique devant dévier l'effet souffle.



Figure 6. Laboratoire d'analyse de la marche.



Figure 8. Mannequin d'entraînement au premier secours

Quand rééducation et réadaptation en atelier professionnel situé au sein de ce bataillon sanitaire (plusieurs filières professionnelles sont présentes et notamment filière bois et mécaniques) ont été menées à leur terme, le blessé est soumis à une décision d'aptitude qui lui permet soit de rester dans les armées ou d'en être réformé.

Un suivi au long cours est nécessaire pour assurer la modification des prothèses (un enfant blessé aura besoin de 25 prothèses au cours de sa vie) et le suivi des pathologies inhérentes à ces blessures (arthrose de hanche pour les amputés cruraux).

Discussion

Une situation difficile

La Colombie, pays démocratique, vit un conflit qui s'étend entraînant un nombre considérable de blessés aux séquelles fonctionnelles importantes tant sur le plan individuel que collectif. Le problème des mines antipersonnels est que longtemps après le conflit elles continueront à faire de nombreuses victimes autant militaires que civiles.

Actuellement si les zones de conflit se sont éloignées des villes, qui sont pacifiées, ces terrains pacifiés ne sont pas encore tous dépollués.

La zone des conflits est actuellement en forêt équatoriale où la chaîne médicale peut avoir plus de mal à se déployer et les

évacuations peuvent être plus difficiles. En tout cas, dans une région où leishmaniose et paludisme s'ajoutent à la traumatologie et aux conditions de vie toujours difficiles en forêt équatoriale.

Une chaîne de rééducation/ réinsertion prise en compte

Face à cette situation, force est de constater que la prise en charge rééducative s'est organisée de façon optimale au moins en ce qui concerne les forces armées. Comme ce que l'on a pu connaître en Europe lors des conflits majeurs, l'obligation morale de prendre en charge ces blessés s'est imposée, les compétences se sont affirmées, les techniques les plus modernes ont été maîtrisées.

La prise en charge rééducative est précoce. Elle est présente à tous les moments de la prise en charge du blessé qui sort de la zone des combats.

Elle n'oublie aucune étape de la prévention et prise en charge initiale (photo 7 et 8) jusqu'à préparer la réinsertion.

Une demande de reconnaissance légale

Reste que le système de santé colombien est jeune dans sa forme actuelle. Nous l'avons dit il a été réformé en 1993. Nos discussions avec les médecins colombiens ont beaucoup porté sur l'arsenal législatif français permettant de protéger et intégrer les personnes en situation de désavantage comme le propose la loi française de 2005.

Il s'agit alors de définir la situation de désavantage physique mais aussi psychique et faire reconnaître l'état de stress post traumatique et de proposer les mesures incitatives qui permettront que chacun trouve sa place dans une société toujours mouvante, dont le rythme de mutation n'est pas forcément à la portée de tous et ce d'autant qu'une situation de désavantage s'est brutalement imposée à l'individu.

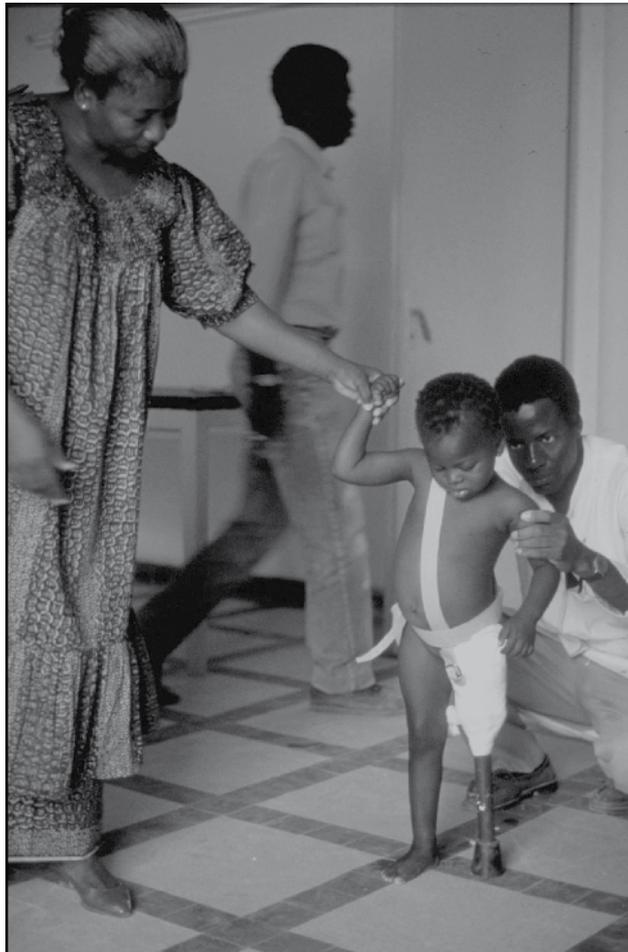
Conclusion

La problématique de la prise en charge rééducative du blessé de guerre en zone tropicale n'est pas fondamentalement différente lors d'un conflit en zone tropicale ou en zone Europe. Encore faut-il que les ressources du pays permettent de déployer les moyens humains, techniques et financiers que cela impose.

Si toutes les sociétés imposent l'obligation morale de prendre en charge ses membres en situation de désavantage, l'évolution de ces sociétés font que l'appareil législatif se fait de plus en plus nécessaire.

Références

1. Botero D. Colombie 1996: situation sociale et sanitaire. *Med Trop* (Mars) 1996 ; 56 : 123-8.
2. Moloney A. Caring for Colombia's landmine survivors. *Lancet* 2009 ; 373 : 2013-4.



Appareillage d'un enfant amputé fémoral, Burkina Faso,
© Handicap International