

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE(CRFD) EN SCIENCES HUMAINES
SOCIALES ET ÉDUCATIVES

UNITÉ DE RECHERCHE ET FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES DE
L'ÉDUCATION ET INGÉNIERIE ÉDUCATIVE

FACULTÉ DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION

DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION
SPECIALISÉE



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE

DOCTORAL RESEARCH AND
TRAINING CENTER(DRTC) IN SOC
AND EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH AND
TRAINING SCHOOL IN EDUCATION
AND EDUCATIONAL ENGINEERING

FACULTY OF EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIAL EDUCATION

RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE ET RÉINSERTION DES SOLDATS BLESSÉS EN GUERRE: ACTEURS ET OUTILS DE L'ARMÉE CAMEROUNAISE

*Mémoire soutenu le 20 septembre 2024 en vue de l'obtention d'un Master II en
Sciences de l'Education*

Spécialité : Intervention, Orientation et Education Extrascolaire

Option : Intervention et Action Communautaire

par :

ACHETKOUOGNIGNI Arlette Leonelle

Titulaire d'une Licence en Lettres Bilingues

20V3163

Jury :

Qualités	Noms et grades	Unité
Président	MBGWA VANDELIN, Pr	UYI
Rapporteur	DONG TERRY, MC	UYI
Examineur	MENGUE NGADENA Sandrine, CC	UYI



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives de l'Université de Yaoundé I n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

A

**Ma mère MEWOUE Jacqueline et mon défunt frère
NJOYA Emile**

SOMMAIRE

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	iii
SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
RESUME.....	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L’ETUDE	4
CHAPITRE 2 : CONTEXTE ET FONDEMENTS DE LA READAPTATION PSYCHOSOCIALE ET DE LA REINSERTION DES SOLDATS BLESSES DE GUERRE AU CAMEROUN.....	20
CHAPITRE 3 : CLARIFICATION CONCEPTUELLE ET CADRE THEORIQUE	46
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE	55
CHAPITRE 5 : ANALYSE ET PRESENTATION DES RESULTATS.....	69
CHAPITRE 6 : « SYNTHESE, INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	79
CONCLUSION GENERALE	88
SUGGESTIONS.....	91
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	93
ANNEXES	98
TABLE DE MATIERES.....	111

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail a été effective grâce à la contribution multiforme des roseaux pensant dont nous avons su profiter à suffisance de l'intellect. Nous ne saurons rester muets sans toutefois vous signifier, à vous tous qui nous avez prêté main forte, notre reconnaissance sans pareille. Nos remerciements vont particulièrement à l'endroit de :

- Notre encadreur, le Dr Thierry Dong qui nous a tenus la main dans nos premiers pas dans la recherche. Grâce à sa gentillesse, sa patience et ses encouragements, nous sommes arrivés à la réalisation de ce mémoire qui au départ, nous paraissait impossible ;
- Notre grand-frère Josué Gérard Lah, pour ses multiples conseils et disponibilités dans la correction de ce travail ;
- Notre grand-frère Jean-Claude Pouamoun, pour sa disponibilité dans la relecture et la correction de ce mémoire ;
- Apollos Apouachichem qui a sus remplacer valablement notre papa et a joué le rôle qu'un père devrait jouer pour ses enfants ;
- Nos sœurs, Adeline Apouachichem,
- Félicité Apouachichem et marina Apouachichem pour leur soutien financier, matériel et moral ;
- Notre sœur Junie NSANGO, pour son soutien moral,
- Monsieur Abdel Aziz pour ses multiples conseils ;
- Nos camarades Marie Noel DIWIYA, OUMAROU Leva et Rikiatou YOUWAH pour leur soutien psychologique ;
- Stéphane KOUMBIZICK pour ses multiples conseils et encouragements.

SIGLES ET ABREVIATIONS

- **ALD** : Affection de Longue Durée
- **AQPR** : Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale
- **AVC** : Accident Cardio Vasculaire
- **CABAT** : Cellule d'Aide aux Blessés de l'Armée de Terre
- **CISPAT** : Cellule d'Intervention et de Soutien Psychologique de l'Armée de Terre
- **CRASH** : Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires
- **CRASH** : Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires
- **CUMP** : Centres d'Urgences Médico-Psychologiques
- **DSM** : Direction de Santé Militaire
- **DSO** : Division de la Santé Opérationnelle
- **EMDR**: Eye Movement Desensitization and Reprocessing
- **EMIAC** : Ecole Militaire Interarmées du Cameroun
- **ESPT** : Etat de Stress Post-Traumatique
- **NDDS**: Delta Defense and Security Council
- **ONACVG** : Office National des Anciens Combattants et victimes de Guerre
- **OPEX** : Opération Extérieure
- **RFI** : Radio France Internationale
- **RMBS** : Rencontres Militaires Blessures et Sport
- **RMIA** : Région Militaire Inter Armée
- **SMPCAA** : Service Psychologique Central de l'Armée de l'Air
- **SSA** : Service de Santé des Armées
- **TSPT** : Troubles de Stress Post-Traumatique
- **TTC** : Technique Cognitivo Comportementale
- **WIA** : Wounded In Action

RESUME

Le rôle que joue l'armée via les organismes spécialisés en faveur de l'accompagnement psychosocial des soldats blessés en guerre est d'autant plus déterminant que leur réinsertion en dépend. Le besoin de se réaffirmer du soldat victime de guerre le pousse à avoir les tares qui nécessitent une assistance qui nous amène à mettre de l'emphase sur cet accompagnement psychosocial qui se fera à travers les soins spéciaux de la part du personnel qualifié. Les établissements doivent être équipés pour mettre en évidence le parcours du blessé psychique. Le fait que l'armée camerounaise connaisse des manquements qui entravent la réadaptation des soldats blessés en guerre, à l'instar du fait que le service de réadaptation ne soit pas encore fonctionnel, puis l'absence des outils par rapport au processus d'évacuation, sans oublier la lenteur administrative au niveau de l'autorisation de prise en charge que le soldat doit obtenir pour sa prise en charge, nous amène à analyser le problème **de l'insuffisance des outils psychosociaux de la réadaptation et de la réinsertion des soldats blessés en guerre dans le contexte de l'armée camerounaise**. Notre étude qui porte sur la *“Réadaptation psychosociale et la réinsertion des soldats blessés en guerre : acteurs et outils de l'armée Camerounaise”* essaie d'analyser le vécu du soldat blessé lorsqu'il revient de guerre ainsi que les outils que l'armée utilise pour sa prise en charge, l'objectif étant d'identifier et d'étudier pour mieux comprendre leurs actions, les acteurs et les outils de la réadaptation psychosociale et de la réinsertion des soldats blessés en guerre dans le contexte de l'armée camerounaise. Dans le cadre de cette étude, nous avons opté pour une approche qualitative, descriptive et exploratoire qui nous a permis de faire un entretien semi-directif avec quatre soldats, puis avec trois acteurs de la réadaptation et de la réinsertion, autour des thématiques signifiant le vécu du soldat pendant et après le terrain; les acteurs et les outils de la réadaptation psychosociale des soldats blessés en guerre et les acteurs et les outils de la réinsertion de ces soldats. De même, nous avons opté pour une analyse de contenu qui nous permettait de découper l'ensemble des entretiens et rechercher une sorte de cohérence thématique. Comme résultats, il ressort que la réadaptation psychosociale, en plus d'être une offre complémentaire pour permettre aux soldats de se relever, dans un environnement médicalisé, combinant accompagnement psychosocial, projet de vie et reprise d'activités, constitue aussi un programme de réhabilitation psychosociale adaptée à la singularité du soldat et son environnement.

Mots clés: *Réadaptation Psychosociale, réinsertion, acteurs, outils*

ABSTRACT

The role played by the army through specialized organizations, in favour of psychosocial support for soldiers wounded in war is all the more decisive as their reintegration depends on it. The need to reaffirm oneself of the soldier victim of war pushes him to have the defects which require assistance, which leads us to emphasize this psychosocial support, which will be provided through special care from qualified personnel. Establishments must be equipped to highlight the journey of the psychologically injured. The fact that the Cameroonian army has shortcomings which hinder the rehabilitation of soldiers wounded in war, such as the fact that the rehabilitation service is not yet functional, then the absence of tools in relation to the evacuation process, without forgetting the administrative slowness at the level of the authorization of care that the soldier must obtain for his care, leads us to analyse the problem of the inadequacy of psychosocial tools for the rehabilitation and reintegration of soldiers wounded in war in the context of the Cameroonian army. Our study, which focuses on the “psychosocial rehabilitation and reintegration of soldiers wounded in war : actors and tools of the Cameroonian army”, attempts to analyse the experience of the wounded soldier when he returns from war as well as the tools that the army uses for his care, the objective being to identify and study in order to better understand their actions, the actors and the tools of psychosocial rehabilitation and reintegration of soldiers wounded in war in the context of the Cameroonian army. In the context of this study, we opted for a qualitative, descriptive and exploratory approach which allowed us to conduct a semi-directive interview with four soldiers, then with three actors of rehabilitation and reintegration, around themes signifying the soldier’s experience during and after the field; the actors and tools of the psychosocial rehabilitation of soldiers wounded in war and the actors and tools of the reintegration of these soldiers. Likewise, we opted for a content analysis, which allowed us to cut out all the interviews and look for a sort of thematic coherence. As results, it appears that psychosocial rehabilitation, in addition to being a complementary offer to enable soldiers to get back on their feet, in a medicalized environment, combining psychosocial support, life plan and resumption of activities, also constitutes a psychosocial rehabilitation program adapted to the singularity of the soldier and his environment.

Keywords: *psychosocial Rehabilitation, reintegration, actors, tools.*

INTRODUCTION GENERALE

Depuis plus de 2 (deux) décennies, le Cameroun fait face à des conflits qui le fragilisent jusqu'aujourd'hui. Tout a commencé avec le conflit sur la péninsule de Bakassi de Décembre 1993 à 2006, dû à l'occupation militaires des localités de Jabane et de Diamond par le Nigéria de la presqu'île de Bakassi. Le Nigéria qui accuse le Cameroun de menace contre ses ressortissants et le Cameroun qui, face à cette situation s'oppose à la violation de son intégrité territoriale, riposte fermement en repoussant ses assaillants (*WikiEducator, 2022*). C'est en 2006 que le Cameroun obtient gain de cause avec ce conflit frontalier. Victoire à la pyrrhus car ne va durer que quelques années car en 2009, le groupe terroriste nommé Boko Haram a envahi l'extrême-Nord du pays. D'après (*Le Monde, 2018*), L'insurrection de Boko Haram ou **insurrection djihadiste au Nigeria** est un conflit armé qui éclate en 2009 dans le Nord du Nigeria, opposant l'Etat Nigerian, le Cameroun, le Tchad, et le Niger aux groupes salafistes djihadistes de Boko Haram, de l'Etat islamiste en Afrique de l'Ouest. Le conflit prend de l'ampleur à partir de 2014 lorsque le 24 août, 500 (cinq cents) soldats nigériens fuient les villes de **Kerawa et Ashigashiya**, et se réfugient au Cameroun. Deux jours plus tard Ashigashiya est prise sans résistance par Boko Haram. Face à ces attaques, l'Armée camerounaise riposte en contenant des assauts. Elle repousse également les djihadistes près de **Kolofata** et reprend le contrôle de la partie camerounaise d'Ashigashiya. Cette victoire à la Pyrrhus expose en même temps l'Armée camerounaise qui à plusieurs reprises doit se tenir parée à riposter contre les offensives de ce groupe islamiste de Boko Haram. Plusieurs pertes en vies humaines ont été enregistrées, plusieurs soldats camerounais ont perdu la vie arme à la main ; d'autres sont devenus handicapés à vie, et d'autres encore l'ombre d'eux-mêmes.

Ce conflit terroriste perdure jusqu'à ce jour où l'on ne mesure même plus les dégâts causés par ce groupe de malfaiteurs. Et comme si cela ne suffisait pas, il a fallu qu'en 2016, le Cameroun fasse face à une tension interne nommée **Crise Anglophone** qui est aussi d'actualité et qui est parti d'une revendication pacifique, puis à ce que le **Droit International Humanitaire** qualifie de TTI (Tensions et Troubles Internes), et enfin à un conflit armé. Pour (*Jeune Afrique, 2023*), cette guerre des sécessionnistes dans les Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest du Cameroun a impliqué des affrontements entre les forces armées et les groupes séparatistes. Les deux parties ont été impliquées dans des opérations militaires, ce qui a entraîné des pertes en vie Humaines, des déplacements de population et une escalade de la violence. Les forces armées ont été déployées pour réprimer

l'insurrection, tandis que les groupes séparatistes ont mené des attaques contre les forces de sécurité et les institutions étatiques.

Tous ces conflits impliquent l'intervention des soldats Camerounais qui ont pour mission principale la défense de l'intégrité du territoire nationale tant sur les plans Terrestre, Aérien que Maritime. L'armée Camerounaise, de façon organisée, envoie ses soldats sur les théâtres d'opérations pour combattre l'ennemi, d'où ils reviennent soit avec des blessures graves, des membres du corps amputés ou tout simplement morts. Pour ce qui est des blessés de guerre, l'hôpital qui s'occupe principalement de leur prise en charge est celui de la première Région Militaire située à Yaoundé, plus précisément au Ministère de la défense car c'est cet hôpital qui possède le plus d'outils et d'acteurs disponibles pour la réadaptation psychosociale et la réinsertion des soldats blessés en guerre. La réadaptation psychosociale étant une offre complémentaire pour permettre aux soldats de se relever, dans un environnement médicalisé combinant accompagnement psychosocial, projet de vie et reprise d'activités. Il constitue un programme de réhabilitation psychosociale adapté à la singularité du militaire et de son entourage.

Le fait d'avoir des frères et connaissances dans l'armée et régulièrement déployés dans les théâtres d'opération, nous a motivés à mener cette étude qui porte sur **la réadaptation psychosociale et la réinsertion des soldats blessés en guerre : acteurs et outils de l'armée Camerounaise**. Ceci dans l'intérêt de dynamiser l'action de l'hôpital militaire tout en questionnant la réadaptation psychosociale des blessés à travers leur prise en charge et leur suivi. Comme acteurs de la réadaptation psychosociale des blessés de guerre, l'hôpital militaire dispose des chirurgiens, des psychologues, des psychiatres, des réanimateurs, des rhumatologues et des neurologues, avec pour outils le suivi pharmacologique avec soins médicamenteux et les psychothérapies comme le EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) et le TCC (Thérapie Cognitivo-Comportementale).

Au cours de nos différents stages de master et de collecte des données, nous avons observé que les outils de la réadaptation des soldats blessés en guerre au Cameroun sont bel et bien existants mais ne sont pas suffisants. La preuve en est que le centre de réadaptation des soldats blessés en guerre n'est pas encore fonctionnel. De même, sur les 24 (vingt-quatre) médecins spécialistes que compte l'Hôpital Militaire de la première Région, l'on dénombre 1(un) psychiatre et environ 5 (cinq) psychologues qui sont même en majorité des civils. Or, d'après (CIRC, 2003), pour un hôpital qui soigne les soldats blessés en guerre, il devrait avoir plus de personnels dans le domaine de la psychologie et de la psychiatrie. Ce travail nous permet d'analyser le problème de manque et insuffisance des outils psychosociaux de la réadaptation et de la réinsertion des blessés de guerre au Cameroun. La question principale

autour de laquelle tourne notre étude est celle de savoir **quels sont les acteurs et les outils de la réadaptation psychosociale et de la réinsertion des blessés de guerre au Cameroun** ? A partir de cette question nous nous sommes fixés l'objectif d'identifier et étudier dans le but de mieux comprendre leurs actions, les acteurs et les outils et la réadaptation psychosociale des soldats blessés en guerre au Cameroun. Pour atteindre cet objectif, ce travail sera organisé autour de deux parties : la première partie qui porte sur la problématique de l'étude est composée de trois (3) chapitres portant respectivement sur la problématique de l'étude, le contexte de la réadaptation psychosociale, les définitions et cadre théorique ; et la deuxième partie qui est la partie méthodologique de l'étude est également composée de 3 (trois) chapitres qui sont : la méthodologie de l'étude, la présentation et analyse des données, l'interprétation et discussion.

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Ce chapitre, consacré à la formulation du problème de recherche, consiste à construire l'objet de l'étude. Dans cette partie, les principales opérations pour construire cet objet sont entre autres : **le contexte et la justification de l'étude, la formulation et la position du problème, les questions de recherche, les objectifs et les hypothèses de recherche.**

Dans le souci d'une meilleure présentation de l'étude à mener, il est important de commencer par présenter le phénomène qui est à l'origine de la recherche. Cette étape permet de montrer que ledit phénomène existe, de comprendre les motivations du chercheur, de spécifier le contexte, de justifier la nécessité de la recherche. Les travaux de la présente étude sont fondés sur les militaires blessés en guerre. Dans cette section nous présenterons les cinq guerres les plus ravageuses du monde, ainsi qu'au Cameroun et nous terminerons par décrire le processus de réadaptation Psychosociale et la réinsertion des militaires blessés en guerre.

1.1.Contexte de l'étude

Depuis la nuit des temps, le monde entier fait face à des guerres, à l'occurrence de la guerre froide, la guerre d'Irak, la guerre des Balkans (1991-1995), la guerre des Karabakh (1991-1994 et 2020), la guerre d'Ossétie du Nord (1992), la guerre Transnistrie (1992), la crise ukrainienne (depuis 2014), la guerre du Vietnam (1955-1975), la guerre de l'Indochine (1946-1954), la guerre d'Afghanistan (2001-2021), la guerre des pays sub-sahariens : lutte entre les maquisards et gouvernements africains (1961-1966), la guerre d'indépendance en Algérie (1954-1962), la guerre en Ukraine qui est d'actualité pour ne citer que celles-ci.

Dans le cadre de ce contexte sur la guerre et ses conséquences environnementales, socio-économiques et humaines, nous allons nous appesantir sur les cinq (5) grandes guerres les plus ravageuses de l'histoire du monde et les différentes guerres au Cameroun.

1.1.1. Le contexte de la guerre au niveau mondial

Sous cette section, nous allons présenter un bref résumé de chaque guerre, ainsi que ses conséquences.

- **La Révolte des Taiping (1851-1864)**

Ces guerres civiles dans le sud et le centre de la Chine, ont provoqué près de 30 millions de victimes. Le chef des Taiping croyait être le frère de Jésus et se sentait donc obligé de propager la religion chrétienne dans le pays. Il s'agit de l'un des conflits les plus destructeurs et meurtriers de l'histoire.

Un échec aux examens de la fonction publique a conduit la Chine vers l'un des événements politiques majeurs de son histoire : la révolte des Taiping. Ce soulèvement social et spirituel survenu au milieu du 19^e siècle fut mené par Hong Xiuquan, né en 1814 dans la province du Guangdong en Chine. Dérouté par ses difficultés académiques, Hong se tourna vers le fanatisme religieux et prit la tête d'un groupe de paysans du sud-est de la Chine dans une révolte populaire qui menaçait le règne de la dynastie Qing et coûta la vie à plusieurs millions de personnes.

(Canton, 2020).

- **Conséquences de la guerre des Taiping**

- **Conséquences humaines et matérielles.**

Le nombre total des victimes est considérable, on l'estime à entre vingt et trente millions de morts, ce qui en fait sans doute la guerre civile la plus dévastatrice de l'histoire. Cependant, indépendamment des morts causées par la guerre elle-même, les catastrophes naturelles qui la précédèrent et les révoltes de moindre importance qui éclatèrent à la même époque (Nian, Dungan, Panthay, Miao) produisirent des pertes supplémentaires : au bout du compte, la population de la Chine serait passée d'un total de 410 millions d'habitants en 1851, au début de la révolte des Taiping, à 350 millions seulement en 1873.

(Gossaert, 2014).

- **Sur le plan économique**

Crise alimentaire ou de graves difficultés économiques liées à des catastrophes naturelles
(Gossaert, 2014)

- **La première guerre mondiale (1914-1918)**

Le 28 juin 1914, un attentat entraîne une crise majeure en Europe. L'archiduc François Ferdinand de Habsbourg, hériter de la couronne de l'empire austro-hongrois, est assassiné à Sarajevo par un étudiant serbe de Bosnie. Ce dernier militait pour le rattachement de la Bosnie à la Serbie. Cela donne ainsi une bonne excuse à l'empire austro-hongrois pour attaquer la Serbie le 28 Juillet 1914. Les Serbes voulaient en effet réunir tous les slaves des Balkans dans

un seul et même royaume et récupérer la Bosnie, annexée par les Austro-hongrois, afin d'avoir accès à la mer Adriatique. Cet événement met en marche un jeu d'alliances politiques vers la première guerre mondiale. Dès le 30 Juillet, la Russie se mobilise pour la Serbie. L'Allemagne qui soutient l'Autriche-Hongrie déclare la guerre à la Russie., puis à la France. Le Royaume-Uni s'engage donc aux côtés de la France. Le 4 Août 1914, l'Allemagne entre en Belgique, s'en suit la bataille des Ardennes.

(Internaute, 2023).

- **Conséquences de la première guerre mondiale**

- **Conséquences matérielles et humaines**

La première guerre mondiale aura été l'un des conflits les plus meurtriers de l'histoire, bien plus que la seconde guerre mondiale. Elle a causé la mort de 18 millions de personnes, dont 10 millions de militaires. En France, 1,4 millions de soldats ont péri lors de cette guerre. En Allemagne, c'est plus de 2 millions de soldats. Il ne faut pas oublier les 21 millions de blessés, en particulier les « gueules cassées », ces soldats défigurés ou amputés lors du combat. Le virus de la grippe Espagnole touchera également l'Europe dès le mois d'Avril 1918 et sévira jusqu'en été 1919. Après plusieurs années de guerre, les organismes des populations sont affaiblis. Ce virus aurait causé la mort de plus de 2 millions de personnes en Europe.

(Internaute, 2023)

- **Conséquences économiques**

Une grande partie de la production industrielle de chaque pays belligérant soutient l'effort de la guerre. La France lance également des emprunts publics. La vie civile est tout autant impactée. Les femmes remplacent les hommes dans les champs et les usines. Les denrées ont plus de mal à circuler et le rationnement devient la règle.

La déclaration de guerre perturba considérablement la vie économique de l'Afrique. Elle provoqua en règle générale une chute des cours des produits de base, tandis que le prix des articles d'importation augmentait parce qu'on s'attendait à une pénurie. En Ouganda, leur prix augmenta de 50% du jour au lendemain.

(Internaute, 2023).

- **La guerre civile russe (1917-1921)**

Après avoir pris le pouvoir en octobre 1917, les bolcheviques ne contrôlent plus qu'une étroite région limitée à l'ancienne Moscovie. Le nouveau régime, qui a signé une paix séparée avec l'Allemagne, affronte plusieurs ennemis, dont ses anciens alliés et les forces contre-révolutionnaires (les 'russes blancs'). La menace étrangère vient principalement de la mer. La mise sur pied de l'armée rouge en 1918 par Trotsky permet aux Bolcheviques de reprendre l'avantage. En 1922, l'union des républiques socialistes soviétiques est créée.

(ENS- Web dossier, 2021)

Conséquences de la guerre civile russe

➤ Conséquences humaines et matérielles

Le pays en est sorti totalement ruiné, exsangue, épuisé, affamé. Une effroyable sécheresse s'abattant sur le Sud et l'Est du pays pendant l'été 1921, les destructions et les ravages de la guerre civile débouchent sur une immense famine qui ressuscite le cannibalisme et sème pendant l'hiver 1921-1922 et le printemps 1922 des centaines de milliers de morts dans le sud du pays, la région de la basse Volga.

Les historiens évoquent la guerre civile en citant des chiffres hallucinants de morts, victimes des opérations militaires, des épidémies (typhus et choléra) et de la famine qu'elle a engendrées : l'historien russe Danilov les évalue à 8 000 000, l'Allemand Hildermaier de 9 000 000 à 10 000 000, l'historien russe Poliakov à près de 13 000 000 ; le publiciste Kojinov, lui, estime à 20 000 000 le nombre « des victimes de la révolution » (dans toute l'acception de ce terme).

(Olivier, 2008)

➤ Sur le plan économique

Une première crise révolutionnaire en Février 1917 échoue par manque d'organisation. Malgré la constitution de 1936, la population n'a aucune liberté. L'agriculture est sacrifiée, l'industrie lourde favorisée ; les soviétiques connaissent la pénurie en permanence.

La réduction des flux financiers en Provenance de la Russie (pour une valeur de 5,5 milliards d'euros) avec l'interdiction de certaines importations : bois, ciment, fruits de mer, liqueurs..., au niveau de l'UE, l'interdiction de la participation d'entreprises Russes aux marchés publics des Etats membres.

Olivier (2008)

➤ **Conséquences politiques**

La guerre civile a exclu toute forme de neutralité, anéanti toute force intermédiaire et ainsi engendré le système du parti unique. Au lendemain d'une guerre mondiale qui a réduit à rien le prix de la vie humaine, cette guerre civile a souvent revêtu des formes très cruelles.

- **La seconde guerre mondiale (1939-1945)**

La seconde guerre mondiale est avant tout la conséquence des actions des trois puissances de l'axe : l'Allemagne nazie, l'Italie fasciste et le Japon impérial. Ils ont tous envahi des territoires au détriment du respect du droit international. Ainsi, l'Allemagne envahit les Sudètes, en Tchécoslovaquie, dans les années 1930, et annexe l'Autriche. C'est l'invasion de la Pologne, le 1^{er} Septembre 1939, qui conduit au conflit. L'Italie fasciste colonise notamment l'Ethiopie. Enfin, le Japon prend pied en Mandchourie en 1931, puis dans le reste de la Chine en 1937. *Futura (2022).*

- **Conséquences de la seconde guerre mondiale**

- **Conséquences humaines et matérielles**

Sur le plan humain, la Seconde Guerre mondiale est la guerre la plus meurtrière de tous les temps, avec plus de 55 millions de victimes. Ces pertes humaines engendrent une forte baisse de la population active. Le bilan matériel est également très lourd : dans les régions touchées par les bombardements, les destructions d'infrastructures sont quasi-totales. De plus, afin de financer le conflit puis la reconstruction, les pays ont souvent eu recours à l'emprunt. Cela a eu pour conséquence une hausse du niveau général des prix dans de nombreux pays (en France, le taux d'inflation était proche de 50% entre 1945 et 1948) et un affaiblissement des finances publiques du fait de la croissance de la dette. Par ailleurs, à l'issue du conflit, l'ensemble de la société se transforme. Les pays Européens prennent des mesures pour une plus grande protection sociale et mettent en place des bases de l'Etat – providence : les dépenses de l'Etat, qui avaient déjà fortement augmenté pendant la guerre, atteignent durablement un niveau élevé.

Gineste (2022), CITECO

- **Conséquences économiques**

Nous notons une hausse du niveau général des prix dans de nombreux pays (en France, le taux d'inflation était proche de 50% entre 1954 et 1948) et un affaiblissement des finances publiques du fait de la croissance de la dette.

- **La deuxième guerre du Congo (1998-2003)**

Le 27 Août 1998, le Président Kabila décidait de mettre fin à la présence des militaires Rwandais sur le territoire de la RDC. Une semaine plus tard, le 2 Août 1998, les Banyamulenges lançaient simultanément à partir de Goma et Bukavu, deux villes respectivement du Nord et Sud-Kivu, une rébellion contre le pouvoir de Kabila. Au même moment, les combats opposaient à Kinshasa les militaires Banyamulenge aux autres militaires congolais restés loyaux au président Kabila. Pour certains observateurs, la décision du président Kabila de chasser les militaires constitue un élément déclencheur du conflit.

Jeune Afrique (1998)

Le Cameroun n'est pas en reste de ces guerres (guerre sur la péninsule de BASSAKI, la guerre contre Boko Haram et la guerre dans le Nord et Sud-Ouest (cette dernière qui est partie d'une simple à une guerre.

- **Conséquences de la deuxième guerre du Congo**

- **Conséquences humaines et matérielle**

La population civile Congolaise a subi les effets négatifs de la guerre qui a éclaté le 2 Août 1998. Des sources d'information font état, entre autres des milliers de morts parmi la population civile lors des bombardements par des avions congolais au cours de leur intervention sur le front Sud-ouest. Plus de (millions d'habitants de Kinshasa ont été privés de courant électrique durant plusieurs semaines à la suite de la prise du barrage d'Inga par la rébellion.

Dans l'Est et le Sud du pays, la guerre a provoquée des déplacements des populations. Selon un communiqué du HCR, à la mi-octobre, plus de 11000 réfugiés Congolais étaient déjà arrivés en Tanzanie et plus de 6000 au Burundi (13 oct.1998). Toutes ces personnes venaient de la ville de Kalemie dans la province du Katanga, selon le communiqué. Des sources concordantes signalent que plusieurs personnes ont été tuées par des rebelles, dont certaines pour avoir refusé d'adhérer à leur cause.

Jeune Afrique (1998).

En plus de ces grandes guerres, nous avons les guerres au Cameroun à l'instar de la guerre sur la péninsule de Bakassi, la guerre contre Boko Haram, et la guerre dans le Nord-Ouest et Sud-Ouest (cette dernière qui est parti d'une simple crise à une guerre).

1.1.2. Le contexte de la guerre au niveau du Cameroun

- **La guerre sur la péninsule de Bakassi (1994-2008)**

La cause immédiate du conflit est l'occupation militaire des localités de Jabane et de Diamond par le Nigéria de la presqu'île de Bakassi, le 21 Décembre 1993. Ensuite, d'autres localités de la péninsule sont attaquées les 18 et 19 Février 1994, particulièrement Idabato où sont basées les troupes Camerounaises. Le prétexte est tout trouvé : le Nigéria accuse les gendarmes de menace contre ses ressortissants. Face à cette situation, le Cameroun s'oppose à la violence de son intégrité territoriale et riposte fermement en repoussant les assaillants.

WikiEducator (2022)

- **Conséquences de la guerre à Bakassi**

Après l'accord, de nombreux résidents ont eu des problèmes pour faire reconnaître leur nationalité dans les deux pays. Un manque de documents d'identification a fait qu'un certain nombre de Nigériens risquent de devenir Apatrides, après la cession de Bakassi.

Wikipedia (2022)

Plus de 50 personnes ont été tuées entre le début du conflit et le retrait total des nigériens. Le conflit s'est en grande partie terminé le 25 septembre 2009 par un accord d'amnistie. Depuis lors, des affrontements sporadiques ont lieu à Bakassi.

- **La guerre au Cameroun : Boko Haram**

Mouvement socioreligieux né au début des années 2000 au Nigéria, Boko Haram est entré dans la clandestinité et la violence à partir de 2009. L'affrontement entre l'Etat Fédéral du Nigéria, et ce mouvement a fini par s'étendre à l'extrême-Nord du Cameroun.

Les premières actions offensives du mouvement dans l'extrême-Nord ont débuté en 2013. Depuis lors, les actions de Boko Haram en territoire Camerounais ont connu trois phases. La première phase (Mai 2013 à juin 2015) fut marquée par de enlèvements ciblés et l'expansion territoriale. Pendant cette période, qui fut la plus offensive pour le Cameroun, le mouvement a attaqué les positions des forces Camerounaises et les localités stratégiques par où transitaient sa logistique.

Moussa Bobo (2022), ifri

- **Conséquences de la guerre contre les Boko Haram**

- **Conséquences sur les plans humain et matériel**

Le Cameroun est confronté à l'insurrection du groupe Boko Haram, né au Nigéria. Les violences ont déjà fait 1 500 morts, 155 000 déplacés internes et 73 000 réfugiés. Si les

premières attaques datent de mars 2014, la présence du groupe jihadiste dans l'Extrême-Nord du Cameroun remonte au moins à 2011.

Le Monde (2018).

➤ **Conséquences sur le plan économique**

Entreprises à l'arrêt et chômage en hausse dans les régions anglophones, sous-développement chronique dans le nord attaqué par Boko Haram

Environ 45 % du cacao produit dans le pays l'est dans le Sud-Ouest, l'une des deux régions anglophones en crise, et 75 % du café arabica camerounais vient de l'autre, le Nord-Ouest, selon l'Organisation Nationale du Patronat, le GICAM. Celle-ci estime, dans un rapport diffusé mi-septembre, que les recettes d'exportation de ces deux denrées ont chuté de 20 % à cause du conflit frappant la zone anglophone, où vit un cinquième de la population totale. La production de cacao et de café pâtit de « l'insécurité et des déplacements de populations [qui] sont préjudiciables aux activités agricoles et à l'entretien des plantations ». (Le Monde, 2018).

• **La guerre dans le Nord et Sud-Ouest du Cameroun**

Les anglophones disent avoir souffert d'une marginalisation accrue à la suite de ce référendum.

En 2016, les frustrations se sont multipliées. Les avocats et les enseignants anglophones se sont mis en grève à Bamenda et Buea, les capitales des régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest.

Ils estiment que le gouvernement majoritairement francophone tente de détruire le système de Common Law et l'enseignement en anglais pratiqué dans ces régions du pays.

Les militaires adoptent une ligne dure, et les manifestations deviennent violentes. Les anglophones commencent alors à réclamer plus d'autonomie. Un mouvement séparatiste émerge, exigeant la sécession pure et simple et la création d'un nouvel État qu'ils appellent « Ambazonia ».

BBC NEWS, Yaoundé (2020).

La guerre est un phénomène qui cause de nombreux dégâts tant sur le plan matériel, politique, économique, qu'humain. Les guerres suscitées ont chacune entraîné des conséquences qu'il nous est important de noter.

- **Conséquences de la crise anglophone**

- **Conséquences humaines et matérielles**

La crise a fait au moins 3 000 victimes, dont plus de 870 civils, selon le décompte réalisé par l'Armed Conflict Location & Event Data Project (ACLED). Si le pic de violences a été atteint entre juillet et septembre 2018, pas un mois ne se passe sans que des combats ou des attentats ne soient enregistrés.

Pas moins de 238 villages ont été attaqués, et pour certains complètement brûlés, depuis 2016. Cette situation a provoqué la fuite de plusieurs dizaines de milliers de personnes, qui ont trouvé refuge au Nigeria ou dans d'autres régions du Cameroun.

Jeune Afrique (2023).

- **Sur le plan économique**

Les entreprises présentes dans la zone ont pour la plupart mis la clé sous la porte. Selon l'ONG Human Is Right, installée à Buea, la capitale régionale du Sud-ouest, la crise a entraîné une hausse de 70% du taux de chômage dans l'agriculture dans cette région.

Le Cameroon Development Corporation (CDC, groupe public), fleuron de l'économie nationale et l'un des principaux employeurs du pays, a ainsi dû ralentir son activité en zone anglophone : seuls sept de ses vingt-neuf sites de production sont encore totalement opérationnels, selon le GICAM (Le Monde, 2018).

En un mot, toutes ces guerres susmentionnées (du général au particulier) ayant des conséquences entravant l'épanouissement de l'homme et son environnement est une preuve que quand il y a besoin de réadaptation, c'est qu'il y a manque dans la société et pour ce faire il y a besoin d'arguments, d'où la justification de notre étude.

1.2.Justification de l'étude

La guerre et ses conséquences ont toujours suscitées de nombreuses interrogations concernant la blessure de guerre, pour comprendre et expliquer des facteurs explicatifs dudit phénomène d'une part et proposer des solutions d'autre part. À ce sujet, plusieurs études ont été menées.

Depuis 2009, l'Armée camerounaise fait face à des conflits terroristes d'abord contre BOKO HARAM dans l'extrême-Nord et ensuite contre les séparatistes du Nord et Sud-Ouest. Pour cela, les soldats sont victimes des blessures lors des opérations sur le terrain et d'autres parfois y trouvent la mort. Ils sont capitaines, sergents ou premières classes et certains d'entre eux ramassent sur le champ de bataille les cadavres mutilés de leurs compagnons d'armes.

Malgré leur jeune âge, ces jeunes soldats sont déjà des vétérans. Leur regard brille de récits de batailles, d'exploits réels ou quelque peu enjolivés. Des histoires qui redonnent du courage le soir au fond des casernes, ou la nuit derrière les sacs de sable sur les postes de garde. Ces jeunes soldats ont ravalé la peur, empoigné leur arme, repoussé l'ennemi. Ils sont convaincus que l'ennemi sera vaincu. RFI, (2015). Le vécu des soldats sur le terrain d'opération est traumatisant pour certains et même catastrophique pour d'autres. Lorsqu'ils reviennent des opérations, ils doivent être suivis de plus près parce que les conséquences du traumatisme peuvent jouer négativement à long terme sur eux. Par exemple, ils peuvent désormais devenir très méfiants vis-à-vis de leur entourage car ils considèrent tout le monde comme l'ennemi. Les flash-backs également peuvent causer des écarts de comportement que l'on ne saura pas contrôler.

D'après le journal *Le Point* (2018), les soldats Britanniques souffrent davantage de stress post-traumatique (PTSD), en particulier ceux ayant combattu en Irak et en Afghanistan, révèle une étude publiée en 2018.

Environ 6% de membres actuels ou passés de l'armée souffraient de stress post-traumatique en 2014/ 2006, indiquent les résultats de cette étude publiée dans *British Journal of Psychiatry*. Parmi les militaires actuellement en service, le taux de probable PTSD est de 5%, soit proche du taux régnant dans la population générale.

Le stress post-traumatique est une maladie invisible reconnue depuis seulement une dizaine d'années d'après LADEPECHE (2022). Selon les chiffres du Ministère des Armées, « quelque 2800 militaires français souffrant de blessures psychiques ont été recensés entre 2010 et 2019, dont 231 en 2019 » pour un total de 205 782 militaires français en 2020.

Pour être plus précis, c'est dans cette logique que nous avons choisi de nous intéresser à la réadaptation après l'implication de l'armée camerounaise sur plusieurs fronts.

1.3. Formulation et position du problème

La raison de l'engagement de l'Armée Camerounaise dans plusieurs missions conduit les soldats à être pour certains victimes de blessures (physiques et psychosociales) et même des morts. Un processus d'accompagnement des soldats blessés au front est mis sur pied, ce qui favorise la réadaptation psychosociale et professionnelle de ceux-ci. Plusieurs études rendent compte de la réadaptation psychosociale et professionnelle chez les militaires blessés en guerre.

Dans l'Armée Camerounaise, lorsqu'un soldat est blessé en guerre, il est immédiatement conduit dans un centre de santé militaire le plus proche pour les premiers soins ou pour stopper l'hémorragie, puis il est évacué dans un hôpital Militaire. Une fois à l'hôpital militaire, il est amené dans le service approprié pour ses soins. Mais le plus souvent, le premier service à les

accueillir est le service de chirurgie, étant donné qu'il a besoin de se faire opérer pour extraire la balle. Les documents administratifs permettent d'avoir une autorisation de prise en charge, ce qui permettra d'assurer sa prise en charge. L'étape qui suit est celle de la rééducation c'est-à-dire l'étape pendant laquelle le blessé va essayer de retrouver ses facultés à marcher si la blessure est au niveau de la jambe ou à réutiliser son bras si c'est au niveau du bras. Le processus de la réadaptation implique tous les exercices que peut proposer le médecin afin de raccourcir la durée de la réadaptation.

Toutefois, il n'est pas à négliger que, le soldat peut au départ être évacué pour blessure physique et plus tard développer des troubles psychiques. L'hôpital militaire dispose donc d'un service de psychiatrie pour les cas pareils. Le blessé de guerre doit obtenir une autorisation de prise en charge et si cette autorisation n'est pas signée de manière expéditive, ce dernier pourra dépenser son propre argent pour se soigner, dans l'espoir d'un remboursement à l'issue.

La transition entre la **réadaptation** et la **réinsertion** c'est le **repos médical** attribué au blessé avant de l'intégrer dans un service approprié où il pourra désormais exercer toujours en tant que soldat. La commission de réforme est une réunion où les responsables militaires émettent un avis consultatif sur un militaire qui n'est plus apte au service en raison de son état de santé, de ses blessures ou de son infirmité. C'est en effet un collège de médecins désigné par le Ministère de la défense, pour se prononcer sur la capacité d'un militaire, atteint d'une maladie ou d'une affection, à poursuivre le service.

La mission de l'hôpital militaire est de recueillir le militaire blessé, le soigner et suivre son profil évolutif c'est-à-dire voir s'il va vers la guérison complète ou s'il va vers les séquelles, et s'il va vers les séquelles on l'oriente vers les services concernés par ces séquelles. Le but étant de soulager la souffrance, de dédramatiser le vécu douloureux de leur pathologie, et faciliter la réinsertion professionnelle. Il se présente dès lors une double situation :

D'abord, le soldat qui est évacué de la zone de guerre avec un problème de santé mentale bénéficie d'une prise en charge c'est-à-dire que ses soins sont couverts car il est considéré comme étant un patient. Il bénéficie d'un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique et en fonction de l'évolution de la maladie il peut guérir avec ou sans séquelles. Au cas où il y a des séquelles, son poste de travail pourrait être aménagé au moment de la réinsertion professionnelle.

D'autre part, le militaire qui à la fin de sa mission développe un problème de santé mentale ne bénéficie pas systématiquement d'une prise en charge. Il faut faire une demande pour obtenir la prise en charge médicale. Comme outils, il y a le suivi pharmacologique avec soins médicamenteux, les psychothérapies les plus utilisées comme le EMDR, le TCC.

L'hôpital doit amener le patient vers le rétablissement au maximum de son traumatisme, soutenir les actions des militaires qui sont dans les zones d'opération. Dans l'hôpital militaire, on trouve des chirurgiens, des psychologues, des psychiatres, des rhumatologues, des neurologues... pour assurer la réadaptation des blessés de guerre. Pour les cas spéciaux, on les envoie au centre des handicapés à Etoug Ebe en attendant que le centre de réadaptation soit fonctionnel. Ce centre s'occupera de la kinésithérapie et de la réadaptation fonctionnelle. Pour les soldats souffrant de troubles psychiques, l'hôpital militaire dispose d'un service de psychiatrie et peut demander de l'aide au centre Jamot pour les cas spéciaux.

D'après *Bertrand* (2002), les traumatismes consécutifs à des situations de guerre étaient repris dès la fin du 19^e siècle. Toutefois, ce fut le cas de la grande guerre de 1914-1918 qui donna une impulsion certaine aux recherches en ce domaine, trois (3) grandes orientations théoriques partagent le milieu médical. Les uns attribuent ces troubles à des micro-lésions du tissu nerveux, ou encore à des microhémorragies au niveau du système nerveux central. D'autres considèrent les « traumatisés » comme les stimulateurs, qui veulent fuir les combats. D'autres enfin, prennent au sérieux les symptômes traumatiques, et les mettent au compte d'événements psychiques et non pas organiques.

Par ailleurs, *Auxéméry, & al.,* (2016) dans leurs travaux sur *Les psychothérapies individuelles* indiquées dans les troubles psychiques post-traumatiques de guerre répondent aux demandes pressantes des patients militaires vis-à-vis de certaines techniques présentées comme étant indiquées dans le traitement des états de stress post-traumatiques. À partir des objectifs, ils aboutissent aux résultats suivants :

Les auteurs évoquent les trois (3) approches psychothérapeutiques individuelles les plus fréquemment proposées en psychopathologie : les thérapies comportementales et cognitives, *l'eye movement desensitization and processing* et les thérapies psychodynamiques d'orientation psychanalytique. Mais les limites de cet article sont le fait que les recommandations sont actuellement en vigueur dans notre pays. De même, « l'affection de longue durée (ALD) ne figure aucun praticien et aucun spécialiste en psycho traumatologie.

En outre, depuis l'accompagnement jusqu'à la réadaptation des militaires blessés en guerre, des cellules et des organisations prennent en charge la situation afin que le militaire qui autrefois jouissait de toutes ses facultés ne se sente pas lésé et négligé.

D'après *Brulin et Bouchard* (2021), l'institution militaire de l'armée Française a développé une politique d'accompagnement des blessés à travers la mise en place d'un parcours de soins et d'un parcours administratif balisé, allant du dépistage du trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou des problématiques de harcèlement et de souffrance au travail (numéro vert Écoute Défense) à la reconnaissance de l'imputabilité de la blessure en service conduisant

à des indemnisations (pension militaire d'invalidité, jurisprudence Brugnot (ensemble de loi), fonds de prévoyance, garanties des assurances privées), en passant par la réhabilitation du blessé avec le soutien des cellules, des blessés des différentes armées (stages de réhabilitation par le sport), jusqu'à la réintégration professionnelle (stages d'immersion en entreprise, congés de reconversion, création d'entreprises) avec le dispositif Défense Mobilité pour la reconversion professionnelle.

Pour Vitton (2012), dans la prise en charge du « stress de combat » en milieu militaire, les différentes armées qui conduisent des missions de lutte contre le terrorisme, avec la tension intense et durable imposée aux combattants, rapportent une plus grande « difficulté qu'à l'habitude pour reprendre le cours de la vie quotidienne. Les effets se font sentir dès le retour, mais parfois aussi de façon tardive avec la survenue de manifestations psychopathologiques diverses après une latence de trois à six mois. Afin de faciliter le retour des soldats, et de prévenir certains effets indésirables du stress opérationnel, l'armée de terre Française a mis en place un dispositif de désengagement progressif (augmenter le volume des hommes et des moyens consacrés au soutien), en s'inspirant des expériences et dispositifs des armées étrangères. Ce dispositif permet de prévenir certains effets du stress opérationnel, d'amorcer une réadaptation graduelle à un rythme de vie normal au sein du régiment mais également auprès de la famille.

En gros, partant du constat sur le terrain, nous pouvons retenir que certains outils de la prise en charge des blessés de guerre au Cameroun sont existants (médical, psychologique et social), mais ne sont pas suffisamment utilisés à leur juste titre, ce qui entrave le processus de réadaptation de ces blessés. Ce qui nous permet d'analyser le problème de l'insuffisance des outils psychosociaux de la réadaptation et la réinsertion des blessés de guerre au Cameroun alors que dans d'autres armées à l'instar de l'armée française, un dispositif de soin est mis sur pied pour assurer une réadaptation réussie du soldat blessé en guerre.

1.4. Question de recherche

De ce qui précède, force est de constater que le phénomène de guerre, des blessés de guerre ainsi que leur réadaptation psychosociale fait l'objet de plusieurs interrogations, d'où la question générale suivante : **Quels sont les acteurs et les outils de la réadaptation psychosociale et de la réinsertion des soldats blessés en guerre au Cameroun ?**

1.5. Objectifs de recherche

L'étude compte un objectif général et deux objectifs spécifiques.

1.5.1. Objectif général

Il sera question dans cette étude d'identifier et d'étudier pour mieux comprendre leurs actions, les acteurs et les outils de la réadaptation et de la réinsertion des soldats blessés en guerre dans le contexte de l'armée Camerounaise.

1.5.2. Objectifs spécifiques

Os1 : Identifier les acteurs et les outils de la réadaptation psychosociale et de la réinsertion des soldats blessés en guerre dans le contexte de l'armée camerounaise.

Os2 : Etudier les acteurs et les outils de la réadaptation psychosociale et de la réinsertion des soldats blessés en guerre dans le contexte de l'armée Camerounaise.

1.6. Intérêt de l'étude

Cette étude revêt un Intérêt **personnel, social, institutionnel** et **scientifique**.

- **Intérêt institutionnel**

L'étude sur la réadaptation Psychosociale et la réinsertion des soldats blessés en guerre nous permettra de dynamiser l'action de la direction de l'hôpital militaire et du service de réinsertion. Ceci, en questionnant la réadaptation des blessés de guerre à travers leur prise en charge et leur suivi. En effet, la blessure physique et psychique affecte significativement le fonctionnement social du soldat victime et son entourage. Les effets comme le risque de repli sur soi, le refus de communication, la distance affective, les tentatives de suicides, la violence, l'agressivité envers les autres, les abus d'alcool, la dépendance à la drogue... sont un danger pour le soldat et son entourage. Dans cette étude, le but est de comprendre non seulement la situation du blessé de guerre mais aussi la manière dont sa réinsertion est faite, dans l'optique de voir dans quelles mesures améliorer la prise en charge et le soutien apporté aux blessés.

- **Intérêt social**

L'intérêt social de l'étude se trouve au sein de la thématique de réadaptation c'est-à-dire qu'une réadaptation réussie dépend de la qualité de la prise en charge, du suivi et de l'accompagnement du soldat, et c'est cela qui lui permet de vivre de manière socialement acceptable malgré les conséquences de la blessure.

L'action de l'Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre (ONACVG) et de la Direction de la Santé Militaire (DSM) en faveur de ses ressortissants s'articule autour de la politique mémorielle, de la reconnaissance et de la réparation ainsi que du soutien à ses ressortissants.

- **Intérêt scientifique de l'étude**

L'intérêt scientifique peut s'entendre comme l'apport que l'étude d'un fait social ajoute à la science. (Institut numérique 2014). Elle est essentielle à la production de nouvelles connaissances afin de mieux comprendre un phénomène.

En effet, il apparaît que la plupart des travaux scientifiques recensés relativement sur la réadaptation Psychosociale et professionnelle des blessés de guerre au niveau du Cameroun ont toujours abordé la problématique de la prise en charge de la réadaptation et de la réinsertion des blessés de guerre. Notre étude vient analyser le processus de réadaptation Psychosociale et de réinsertion des blessés de guerre. Il est question à travers le travail mené, de faciliter la compréhension et les points de vue sur les interventions d'accompagnement conçues en référence de l'approche Psychosociale de *Bloyet (2014)* dans son mémoire parlant du **bien-être Psychosocial dans le développement**, qui vise à garantir le bien-être des individus en veillant à assurer leurs capacités combinées fortement diminuées à la suite d'un événement traumatique.

- **Intérêt personnel**

Sur le plan personnel, cette étude nous permet de remplir une conditionnalité académique, pour l'obtention de notre diplôme de Master, en tant qu'elle constitue une unité de valeur inscrite au programme. L'exigence académique est celle de produire un mémoire de fin de formation s'inscrivant dans la réussite du diplôme de Master en intervention et action communautaire, option psychologue professionnel en écologie humaine.

1.7. Délimitation de l'étude

Notre étude se délimite sur les plans thématique, spatial et temporel.

- **Du point de vue thématique**

Sur le plan thématique, notre étude porte sur l'intervention et accompagnement psychosocial, plus précisément sur la réadaptation Psychosociale et professionnelle des blessés de guerre au Cameroun. Elle se focalise sur le problème de l'inadaptation des outils de la réadaptation Psychosociale et de la réinsertion des blessés de guerre.

- **Du point de vue spatial ou géographique**

Cette étude a pour cadre spatiale le Cameroun et pour cadre opérationnel la Région du Centre. Cependant, compte tenu des difficultés matérielles à mener notre étude dans tous les hôpitaux militaires du Cameroun, nous avons circonscrit celle-ci dans la région du Mfoundi, plus précisément dans l'arrondissement de Yaoundé 3, quartier Ngoa Ekelle. Ce choix tire sa

justification du fait que notre recherche portait sur les militaires de l'hôpital de la garnison Militaire de Yaoundé, première région Militaire.

- **Du point de vue temporel.**

Sur le plan temporel, cette étude couvre un travail de Master qui s'étend sur une année et s'inscrit dans une période bien spécifique le 21^e siècle, marqué par le développement de la médecine et de la technologie. L'interrogation sur l'accompagnement psychologique des militaires blessés en guerre après le déploiement de la première guerre mondiale a mis en évidence le fait que de nouvelles approches s'avéraient nécessaires pour répondre aux besoins des militaires qui reviennent de guerre au 21^e siècle.

En somme pour ce chapitre où il était question, à partir de certains éléments illustratifs, les acteurs et les outils de réadaptation psychosociale et de la réinsertion des blessés de guerre au Cameroun, il ressort que le soldat en général et le soldat blessé en guerre en particulier est au centre de notre recherche et donc tout ce qui intervient pour rendre sa réadaptation facile, partant sur le contexte et les fondements de sa réadaptation et sa réinsertion, sera notre préoccupation dans les prochaines lignes.

CHAPITRE 2 : CONTEXTE ET FONDEMENTS DE LA READAPTATION PSYCHOSOCIALE ET DE LA REINSERTION DES SOLDATS BLESSES DE GUERRE AU CAMEROUN.

Selon Khedher & al., (2014) Le risque attaché aux différentes fonctions exercées par les militaires entraîne inévitablement un ensemble de conséquences parmi lesquelles les blessures qu'il est important de caractériser.

S'agissant des blessures, le constat est que les interlocuteurs ne s'appuient pas sur la même définition, n'en n'ont pas tous la même perception, et, souvent, n'évoquent pas la totalité d'entre elles. Si l'on se réfère à la définition générique de la blessure proposée par le dictionnaire Larousse en ligne, la blessure est une : « Lésion produite en un point quelconque du corps par un choc, un coup, une arme ou un corps dur quelconque. C'est aussi une atteinte morale profonde et douloureuse ».

Selon l'encyclopédie (2022), un militaire blessé au combat ou Wounded In Action en anglais (WIA) décrit les combats dans une zone de combat au cours de la guerre, mais qui n'ont pas été tués. Typiquement, cela signifie qu'ils sont temporairement ou définitivement incapables de porter les armes ou de continuer à se battre.,

Dans ce chapitre, il sera question pour nous de démontrer que, après la blessure, le soldat peut encore être utile à la société et son institution. Et pour ce faire, l'institution, le gouvernement et d'autres acteurs contribuent à la réadaptation Psychosociale de ceux-ci afin qu'ils soient réinsérés au sein du régiment.

Dans cette section, nous commencerons par présenter l'armée camerounaise et ses missions, puis nous présenterons la réadaptation psychosociale dans son contexte environnemental, social et humain puis les différents fondements de la réadaptation psychosociale (juridiques, sociologiques, et scientifiques).

2.1. Généralités sur l'Armée Camerounaise

2.1.1. Présentation de l'Armée Camerounaise : origine et évolution

Osidimbea (2023) dans la mémoire du Cameroun fait une présentation résumée du Ministère de la défense du Cameroun.

Autrefois Ministère des Forces Armées, il a pris le nom de Ministère de la Défense en passant sous le contrôle direct de la Présidence de la république en 1985.

2.1.1.1 Historique de l'armée camerounaise

Depuis la création du Ministère de la Défense au départ sous le nom de Forces Armées Camerounaises (1959), plusieurs réformes ont eu lieu depuis lors jusqu'à celle de 2001. C'est ainsi qu'en **1960 l'EMIAC (Ecole Militaire Interarmées du Cameroun)** a été créée. Plus tard en **1983**, 3 (trois) Régions Militaires Interarmées (RMIA) et 3 (trois) Régions de Gendarmerie (REGEN) ont été créés. C'est en **1985** que la dénomination **Ministère de la Défense** en lieu et place de **Ministère des Forces Armées** a été adoptée. S'en suivra de la Réforme de l'Armée de **2001**

- **Commandants en chefs successifs :**

- **Présidents de la République**

1960-1982	S.E Ahmadou BABATOURA AHIDJO
1982	S.E Paul Barthélémy BIYA'A BI MVONDO

Le président de la république est le chef des armées, étant donné qu'il est en charge des planifications et de la conduite des opérations, de la mise en cohérence des organismes interarmées placés sous son autorité, de leur préparation et de leur mise en condition d'emploi. Voilà pourquoi nous l'avons placé à la tête du commandement en chef des armées.

- **Ministres successifs**

N° ORD	Période	Nom et prénoms
1.	2015-	Joseph BETI ASSOMO
2.	2009-2015	Egdar Alain MEBE NGO'O
3.	2004-2009	Remy ZE MEKA
4.	2001-2004	Laurent ESSO
5.	1997-2001	Amadou ALI
6.	1996-1997	Philippe MENYE ME MVE
7.	1990-1996	Edouard AKAME MFOUMOU
8.	1986-1990	Michel MEVA'A M'EBOUTOU
9.	1985-1986	Jerôme Emilien ABONDO
10.	1983-1985	Gilbert ANDZE TSOUNGUI
11.	1982-1983	Abdoulaye MAIKANO
12.	1961-1982	Sadou DAOUDOU
13.	1960-1961	Jean Baptiste MABAYA

- **Chefs Opérationnels successifs des Armées**

N° ORD	Période	Nom et prénoms	Fonction
1.	2001	René Claude MEKA	Chef d'état-major
2.	1983-2001	Pierre SEMENGUE	Chef d'état-major
3.	1965-1983	Pierre SEMENGUE	Commandant

➤ **Les Forces placées sous l'autorité du Ministre de la Défense**

N° ORD	Dénomination	Date de création
1.	Armée de Terre	1959
2.	Armée de l'Air	1969
3.	Marine Nationale	1969
4.	Gendarmerie nationale	1960
5.	Corps National des Sapeurs-Pompiers	1986

Dans le tableau ci-dessus, nous remarquons que les dates de création des forces placées sous l'autorité du ministre ne suivent pas l'ordre chronologique. Nous avons en effet essayé de classer les forces selon les corps (Armée de terre, Armée de l'Air, Marine Nationale, Gendarmerie Nationale et le Corps des Sapeurs-Pompiers) qui n'ont pas été créés suivant cet ordre.

➤ **Forces sous l'autorité directe du Président de la République**

N° ORD	Dénomination	Date de création
1.	GP (Garde Présidentielle)	1985
2.	BLI (Bataillon Léger d'Intervention)	1999
3.	BIR (Bataillon d'Intervention rapide)	2001

➤ **Services déconcentrés : les Régions Militaires Interarmes (RMIA)**

N° ORD	Dénomination	Siège	Date de Création
1.	RMIA 1	Yaoundé	1983
2.	RMIA 2	Douala	1983
3.	RMIA 3	Garoua	1983
4.	RMIA 4	Maroua	2014
5.	RMIA 5	Bamenda	2018

L'organisation territoriale interarmées de défense (OTIAD) est le cadre dans lequel s'organise la coordination des moyens civils et militaires de défense du territoire. C'est aussi dans ce cadre que les forces armées peuvent sur demande d'une autorité civile, être amenées à prêter main forte à des opérations de secours par exemple en cas de catastrophe naturelle, humaine (les conflits armés)

Le territoire est divisé en 5 Régions Militaires interarmées

➤ **Services déconcentrés : les Régions de Gendarmerie (REGEN)**

N° ORD	Dénomination	Siège	Date de Création
1.	1 ^{ère} REGEN	Yaoundé	1983
2.	2 ^{ème} REGEN	Douala	1983
3.	3 ^{ème} REGEN	Garoua	1983
4.	4 ^{ème} REGEN	Maroua	2014
5.	5 ^{ème} REGEN	Bamenda	2018

➤ Autres services

Outres les services déconcentrés, le Ministère de la Défense regorge en son sein les services tels que :

❖ **Les Travaux Publics**

- Le Génie Militaire ;
- La Santé ;
- Les Hôpitaux Militaires ;
- Le **CRESAR** (Centre de Recherche pour la Santé des Armées) ;
- Le **CEMPN** (Centre d'Expertise Médicale du Personnel Navigant) ;
- L'Hôpital de campagne déployé dans le cadre de la MINUSCA en vue du soutien sanitaire des troupes, ...

❖ **Les Formations, Ecoles et Centres d'Instruction**

- Le **COMECIIA** (Commandement des Ecoles et Centres d'Instructions Interarmées) ;
- L'**EMIA** (Ecole Militaire Interarmées) ;
- L'**ENSOA** (Ecole Nationale des Sous-officiers d'Active), devenue **CIESO** (Centre d'Instruction des Elèves Sous-Officiers) ;
- L'**ESIG** (Ecole Supérieure Internationale de Guerre) ;
- L'**EI Forces** (Ecole internationale des Forces de sécurité) ;
- Le **CPEFAN** (Centre de Perfectionnement et d'Entrainement des Forces Armées Nationales) ;
- **CIFAN** (Centre d'instruction des Forces Armées Nationales) ;
- Le **CFTA** (Centre de Formation Technique des Armées) ;
- Le **CISA** (Centre d'Instruction Spéciale des Armées) ; ...

(Osidimbea, la Mémoire de la zone CEMAC)

Toutefois l'armée camerounaise a connue une évolution qu'il est important de mentionner afin de mieux comprendre la raison de l'existence de certains groupes de défense.

D'après **Ngouné, 2022**, les forces d'appoint de l'Armée Camerounaise au temps du **Maquis (1959- 1969)**, le **11 novembre 1959** (41 jours avant l'indépendance), l'Armée Camerounaise voit le jour avec la levée en urgence de 300 hommes mobilisés dans les villes de Douala, Garoua et Yaoundé. Dans un contexte de rare violence, cette armée est dotée de missions spécifiques de maintien et de rétablissement de l'ordre.

En effet, depuis le 13 juillet 1955, date de l'interdiction de l'Union des populations du Cameroun (UPC) et de ses organisations, le Mouvement Nationaliste a investi le maquis pour mener une lutte armée suite au blocage administratif dont il est victime. Cette lutte est encadrée par ses organisations paramilitaires, le Comité national d'organisation (CNO), le sinistre de

défense nationale du Kamerun (SDNK) et, surtout, l'Armée de libération nationale du Kamerun (ALNK) qui voit le jour quelques mois avant la mise en place de l'armée camerounaise, en mai 1959.

L'**ALNK** est alors créée par Martin Singap dans l'optique de coordonner les actions du CNO, du SDNK et du territoire militaire du Centre (TMC), qui s'étendent dans l'ensemble des régions troublées de l'ouest, du littoral et du centre-sud du pays. Compte tenu des actions menées par les diverses troupes de l'ALNK qui essaient au Cameroun français, le rôle principal de la jeune armée camerounaise est donc de combattre le mouvement nationaliste sous maquis et de permettre une transition contrôlée vers le Cameroun indépendant. Ahmadou Ahidjo engage ainsi sans ambages l'armée camerounaise naissante dans cette voie dans un discours tenu en août 1963, à l'occasion du baptême de la deuxième promotion des élèves officiers camerounais

L'armée camerounaise est ainsi conçue à son origine comme un corps de troupes réunies pour vaincre militairement ceux que le discours colonial puis postcolonial présente comme des assassins et des brigands, en d'autres termes comme les ennemis de la nation en construction. L'empreinte de ce contexte donne un contenu singulier au maintien de l'ordre qui accompagne la « pacification ». La réalisation de cette mission au fort caractère idéologique nécessite en effet la prise en compte des difficultés inhérentes à la guérilla mise en œuvre par les militants de l'UPC.

Confrontée à cette tactique de guerre irrégulière qui tire son originalité et son efficacité de la mobilité des combattants et de la surprise, l'armée camerounaise ne dispose pas en 1959 d'effectifs suffisants pour rétablir l'ordre menacé par les revendications nationalistes. C'est la raison pour laquelle, suivant en cela la logique de la doctrine de la guerre révolutionnaire établie par le colonel Charles Lacheroy et expérimentée en Sanaga-Maritime dans le cadre de la zone de pacification (ZOPAC) en 1957, l'élite politique et militaire organise des forces d'appoint, c'est-à-dire des forces locales mobilisées pour apporter un soutien multiforme à l'armée camerounaise en pleine gestation. Tout comme en Algérie, ces forces d'appoint furent variées au Cameroun, qu'il s'agisse de la garde civique nationale de l'Ouest (GCNO), des corps francs du Mungo, des guerriers Bamoun ou encore des groupes d'autodéfense qui nous intéressent plus particulièrement dans cet article, du fait de leur ancienneté dans le dispositif de répression et du caractère populaire de leur formation.

L'autodéfense est d'abord une organisation locale mise sur pied par le pouvoir colonial pour soutenir les forces régulières sur le terrain de la lutte antinationaliste. C'est une stratégie qui vise à enlever aux militants de l'UPC retranchés dans les maquis l'appui de la population et à mettre celle-ci à l'abri des représailles. Dans le plan de riposte contre les attaques des

upécistes enregistrées dans la Sanaga-Maritime, l'administrateur Daniel Doustin propose ainsi, en 1957, la participation de la population civile à la lutte anti-UPC pour diluer l'ambition politique et idéologique de la lutte nationaliste. L'autodéfense est alors considérée comme un élément de propagande administrative qui vise à servir les intérêts du régime colonial.

En 1959, alors que la violence nationaliste s'intensifie dans la région bamiléké et culmine avec l'assassinat du roi de Bafou, le chef Jean Ngouadjeu, dans la nuit du 21 au 22 septembre 1959, les populations sont appelées à briser leur mutisme et à faciliter la traque des groupes armés de l'UPC. Jean Keutcha, responsable de la subdivision de la Mifi à la veille de l'indépendance, revient sur cette période dans un ouvrage publié en 1991 et évoque le silence et l'inaction des populations face aux attaques des troupes de l'ALNK ; silence et inaction qu'il explique par un sentiment de peur lié à la brutalité des attaques et à la hantise des représailles. Il ajoute que le gouvernement « ne peut pas sauver les gens malgré eux. Un médecin ne peut pas guérir un malade qui refuse ses soins et ne croit plus à la vie ». Selon les discours officiels de l'époque, c'est précisément l'effort conjugué de la population et des forces de l'ordre qui aurait fini par ramener le calme dans les zones touchées par les troubles.

Ainsi, selon Léon Koungou, la promotion de la défense populaire reposerait sur le principe de la participation du peuple tout entier à l'effort de défense en vue de s'opposer par tous les moyens à l'invasion du sanctuaire national. Les enfants, les femmes et les hommes qui ne sont pas encore « contaminés par le virus upéciste » sont par conséquent appelés à se mobiliser pour rétablir l'ordre dans leur milieu de vie : l'autodéfense apparaît alors comme une structure partisane qui s'oppose à l'insécurité engendrée par les combattants de l'ALNK.

Une fois l'indépendance acquise, la lutte armée ne cesse pas au Cameroun français. Les troupes de l'ALNK s'activent toujours pour réclamer ce que l'UPC appelle désormais la « vraie indépendance du Cameroun ». Ahmadou Ahidjo, qui dispose depuis le 29 octobre 1959 des pleins pouvoirs votés par l'Assemblée législative du Cameroun, encourage la population à se mobiliser contre ceux qu'il présente comme les adversaires du progrès économique, de la paix et de l'unité nationale.

Pendant que les militants de l'UPC qualifient les groupes d'autodéfense d'« auto de France24 », sous-entendant qu'ils participeraient au maintien de la France au Cameroun dans une perspective néocoloniale, une instruction interministérielle de 1962 organisant ces structures les définit comme « une formation civile assurant spontanément et bénévolement la protection des personnes et des biens d'un village, d'un regroupement rural ou d'un quartier urbain contre les actions des hors-la-loi ». Cinq ans plus tard, en 1967, un nouveau décret présidentiel portant sur les forces auxiliaires décrit l'autodéfense comme « normalement constituée dans des circonstances exceptionnelles et prévue dans les plans de protection, de

mobilisation, de défense ». Cette perception gouvernementale met les organisations d'autodéfense au centre des activités de maintien de l'ordre et souligne la collusion des intérêts entre ces forces de sécurité locale et l'armée camerounaise « de métier ».

Comme nous l'avons dit plus haut, le territoire est divisé en 5 régions militaires interarmées et à chaque région militaire correspond une région de gendarmerie

➤ **RMIA 1**

- Ressort territorial : Centre, Sud et Est
- État-major : Yaoundé

Appartiennent à cette région la Brigade du Quartier Général (**BQG**), les 11^e et 12^e Brigades d'Infanterie Motorisée (**BRIM**), les Unités des Bases Aériennes (**BA**) 101 et 102 ainsi que le 10^e Groupement de Sapeurs-Pompiers

- **Brigade du Quartier Général de Yaoundé**

BCS à Yaoundé

BA à Yaoundé

BHP à Yaoundé

1^{er} BI à Yaoundé

2^e BI à Yaoundé

3^e BI à Yaoundé

11^e Brigade d'Ebolowa

11^e Bataillon de Commandement et de Soutien à Ebolowa

11^e Bataillon d'Infanterie Motorisée à Ebolowa

12^e Bataillon d'Infanterie Motorisée à Djoum

13^e Bataillon d'Infanterie Motorisée à Ambam

11^e Bataillon d'Appui à Sangmélina

12^e Brigade de Bertoua

12^e Bataillon de Commandement et de Soutien à Bertoua

14^e Bataillon d'Infanterie Motorisée à Bertoua (ex-12^e BIM)

15^e Bataillon d'Infanterie Motorisée à Yokadouma (ex-13^e BIM)

16^e Bataillon d'Infanterie Motorisée à Garoua-Boulai

12^e Bataillon d'Appui à Bertoua

Base Aérienne 101 de Yaoundé

Base Aérienne 102 de Bertoua

10^e Groupement de Sapeurs-Pompiers

➤ **RMIA2**

- Ressort territorial : Littoral et Sud-ouest

- État-major : **Douala**

- Composition :

21^e Brigade d'infanterie Motorisée de Buea

21^e Bataillon de Commandement et de Soutien à Buea

21^e Bataillon d'Infanterie Motorisée à Buea

22^e Bataillon d'Infanterie Motorisée à Mamfe

23^e Bataillon d'Infanterie Motorisée à Loum

24^e Bataillon d'Infanterie Motorisée à Akwaya

21^e Bataillon d'Appui à Kumba.

- Unités aériennes basées sur la base aérienne 201 de Douala

21^e Escadron de Transport Aérien : 211^e Escadrille de Transport et de Transport d'Assaut et 212^e Escadrille de Transport et de Transport d'Assaut

22^e Escadron Aérien : 221^e Escadrille de Transport et de Transport d'Assaut et 222^e Escadrille de Reconnaissance

- Autres unités

Bataillon des fusiliers-Commandos de l'Air, basé sur la commune de Mamfe et appartenant à L'armée de l'Air.

20^e Groupement de Sapeurs-Pompiers de Douala : 20^e Compagnie de Commandement et de Services, 201^e Compagnie d'Incendie de Douala, 202^e Compagnie d'Incendie d'Édéa, 203^e Compagnie d'Incendie de Nkongsamba, 204^e Compagnie d'Incendie de Buea, 205^e Compagnie d'Incendie de Limbe, 206^e Compagnie d'Incendie de Kumba.

➤ **3^{ème} Région militaire**

Ressort territorial : Adamaoua, Nord État-major : Garoua

Composition :

31^e Brigade d'Infanterie Motorisée de N'Gaoundéré

31^e Bataillon de Commandement et de Soutien à N'Gaoundéré

31^e Bataillon d'Appui à N'Gaoundéré

31^e Bataillon d'Infanterie Motorisée à Tchollire

32^e Bataillon d'Infanterie Motorisée à Poli

33^e Bataillon d'Infanterie Motorisée à Tibati

Base aérienne 301 de Garoua

31^e Escadron Aérien (311^e et 312^e Escadrilles de Chasse et d'Appui)

32^e Escadron Aérien (321^e Escadrille de Liaison et d'Observation et 322^e Escadrille de Reconnaissance)

Base aérienne 302 de N'Gaoundéré

33^e Escadron Aérien (331^e et 332^e Escadrilles de Chasse et d'Appui et 333^e Escadrille de Reconnaissance)

30^e Groupement de Sapeurs-Pompiers

➤ **4^{ème} Région Militaire**

- Ressort territorial : Extrême-Nord
- État-major : **Maroua**

41^e Brigade d'Infanterie Motorisée de Kousseri

41^e Bataillon de Commandement et de Soutien à Kousseri

41^e Bataillon d'Appui à Kaélé

41^e Bataillon d'Infanterie Motorisée à Maltam

42^e Bataillon d'Infanterie Motorisée à Mora

43^e Bataillon d'Infanterie Motorisée à Mayo-Oulo

40^e Groupement de Sapeurs-Pompiers

Appartient également à cette région le 41^e escadron aérien (411^e et 412^e escadrilles de chasse et d'appui) sur la base aérienne 401 de Maroua.

➤ **5^{ème} Région militaire**

- Ressort territorial : Ouest et Nord-Ouest
- État-major : Bamenda

Cette région militaire est constituée de deux brigades :

- Brigade d'intervention rapide
- Quartier général à Bafoussam

Bataillon Spécial Amphibie (BSA) à Tiko

Bataillon des Troupes Aéroportées (BTAP) à Koutaba

Bataillon Blindé de Reconnaissance (BBR) à Douala

51^e Brigade d'Infanterie Motorisée de Bamenda

51^e Bataillon de Commandement et de Soutien à Bamenda

51^e Bataillon d'Appui à Kumbo

51^e Bataillon d'Infanterie Motorisée à Dschang

52^e Bataillon d'Infanterie Motorisée à Nkambe

53^e Bataillon d'Infanterie Motorisée à Wum

Le 50^e Groupement de Sapeurs-Pompiers est rattaché à la région

2.1.2. Organisation des bataillons

Chaque bataillon de commandement et de soutien (BCS) est constitué d'un état-major, d'une compagnie de commandement et des services (CCS), d'une compagnie des transports (CT), d'une compagnie des matériels (CMAT), d'une compagnie du commissariat (COM) et de l'infirmerie de la brigade.

Chaque bataillon d'infanterie motorisée (BIM) est composé d'une compagnie de commandement et des transmissions (CCT), d'une compagnie antichar (CAC) et de trois compagnies d'infanterie motorisée (CIM).

Les bataillons d'appui (BA) sont constitués d'une CCT, d'une CAC, d'une batterie d'artillerie sol-sol (BASS) et d'une batterie d'artillerie sol-air (BASA).

Un groupement de sapeurs-pompiers est formé d'une compagnie de commandement et de services et de trois à six compagnies d'incendie.

- **Les missions et objectifs de l'armée camerounaise**

L'armée camerounaise a pour mission principale de préserver l'intégrité du territoire national et la prévention du corps social de toutes les menaces contre le patrimoine reçu. Pour atteindre cet objectif, elle envoie constamment ses soldats sur des théâtres d'opérations pour mettre hors d'état de nuire les ennemis de la nation. Nous pouvons citer par exemple la guerre sur la péninsule de Bakassi, la guerre contre Boko Haram, la milice centrafricaine à l'EST du Cameroun. Au-delà de cette mission régalienne de l'armée, cette dernière doit également extirper de la nation les germes susceptibles de porter atteinte à la volonté du vivre ensemble. Et c'est le cas de la crise anglophone qui est d'actualité.

En clair, la présentation de l'armée camerounaise dans son intégralité, avec sa mission principale, nous permettent de nous situer sur notre étude. Il en suit des généralités sur la réadaptation psychosociale.

2.2. Généralités sur la réadaptation Psychosociale

La réadaptation Psychosociale répond aux besoins particuliers des personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale. Elle a pour mission de soutenir ces personnes, d'améliorer leur qualité de vie, leurs relations interpersonnelles et leur insertion dans un milieu de leur choix. Les personnes ainsi soutenues peuvent enfin savourer le succès, le plaisir de vivre et la satisfaction de leurs aspirations.

Pour ce qui est de l'approche globale, holistique (qui considère l'être humain dans son ensemble, en prenant en compte ses dimensions physique, mentale, émotionnelle et spirituelle)

s et écosystémique, le processus de réadaptation Psychosociale tient compte chez l'individu de l'interaction entre divers facteurs biologiques, psychologiques sociologiques et environnementaux, Multidimensionnel et dynamique, il s'inscrit dans la durée. (AQRP, 2014).

En plus des besoins primaires, la réadaptation Psychosociale prend en considération les motivations fondamentales des êtres : le désir d'être utile, le sens de l'appartenance, de l'épanouissement, de l'accompagnement.

Parlant de l'approche professionnelle, toute intervention se fonde sur une confiance mutuelle et un partage de pouvoir dans une rétrospective de croissance, l'intervention vise :

- À soutenir la personne
- À renforcer ses compétences
- À l'amener à mobiliser sa force pour se rétablir.

Les trois pierres angulaires du rétablissement sont l'espoir, la volonté d'agir et l'action responsable catalysent l'utilisation efficace des services de réadaptation. (AQPR, 2014).

2.2.1. Le contexte environnemental de la réadaptation

La guerre et ses conséquences ont toujours fait l'objet de plusieurs interrogations quant à la prise en charge des victimes. Après la blessure, le militaire est appelé à se réadapter dans son institution et psychologiquement afin de se réinsérer dans la société en général. Dans cette partie, il nous sera question de présenter le déploiement de l'armée camerounaise dans les différents théâtres d'opérations. Autrement dit, les différentes guerres auxquelles le Cameroun a fait face ou fait face.

• Le déploiement des bataillons camerounais en République Centrafricaine

L'intervention de l'Armée camerounaise dans la Mission des Nations Unies pour le Soutien de la Centrafrique (MINUSCA) a laissé plusieurs blessures invisibles dans les rangs des militaires camerounais. La recrudescence de certains troubles de comportements chez les casques bleus camerounais du retour de la République Centrafricaine a été relevée dans leurs unités psychologiques. Ce constat a amené la Division de la Santé Opérationnelle (DSO, 2015) à organiser des bilans opérationnels dès le débarquement des troupes. Le bilan psychologique du deuxième bataillon camerounais (BATCAM) a révélé une prévalence de 19,73 % de traumatisme sévère, 10,52% de traumatisme important, 27, 63% de traumatisme modéré et 42,10% de traumatisme léger. (DSO, 2015, 2016).

Le rapport d'Octobre 2017 de la Division de la Santé Opérationnelle des soldats au Ministre de la Défense montre que 14,78% du troisième bataillon camerounais (BATCAM)

sont victimes d'un traumatisme sévère, 09,20% victimes d'un traumatisme modéré et 17,49 % d'un traumatisme léger.

- **La guerre contre la secte terroriste Boko Haram**

Selon le DSM (2015, 2016), en 2014, on note un afflux des soldats camerounais présentant des signes de traumatisme psychique et de blessures physiques. Ces derniers reviennent de la lutte anti-terroriste dans la région de l'Extrême-Nord contre la secte islamique Boko Haram. Ce phénomène attire l'attention des services de santé des armées et même du public, notamment les familles. Considérés au départ comme des simulateurs qui veulent fuir le front, ces victimes seront finalement prises au sérieux au regard de la sévérité des symptômes chez certains.

En outre, en reconnaissant la violence de la guerre antiterroriste, des médecins militaires vont commencer à sensibiliser la hiérarchie sur la spécificité de cette symptomatologie. Le service de santé des Armées fera ainsi appel aux psychiatres civils qui viendront clarifier l'aspect psycho traumatique des séquelles de la guerre. En dehors de l'Hôpital Jamot de Yaoundé qui accueillait déjà certains militaires souffrant de troubles psychiques, une consultation de psychiatrie est ouverte à l'Hôpital Militaire de la Région N°1. Cette consultation s'occupe principalement de la prise en charge des troubles psychiatriques liés à la guerre antiterroriste, la principale affection étant le Trouble de Stress Posttraumatique.

En fin 2014, on dénombre 45 cas d'État de Stress Post traumatique. En 2015, les registres de l'Unité Technique Psychiatrie/Psychologie de l'Hôpital Militaire de Région N°1 révèlent 118 cas de TSPT. C'est l'année de la plus forte incidence jusqu'en 2016, on note 64. En fin Octobre 2017, le registre était à 29 cas. Il ne s'agit là que des cas suivis, car plusieurs, à cause de la mobilité opérationnelle, de la honte, du sentiment de faiblesse, n'ont pas été pris en compte (DSM, 2015, 2016).

- **La crise anglophone au Cameroun**

Cela fait cinq ans que la crise anglophone a débuté au Cameroun avec les premières grèves à Buea et Bamenda le 11 octobre 2016.

La crise a débuté avec les avocats, qui se sont mis en grève le 11 octobre 2016 pour protester contre l'absence d'une version anglaise des actes de l'Organisation pour l'harmonisation en Afrique du droit des affaires. Les avocats avaient même refusé l'application du code civil francophone dans les régions anglophones du Sud-Ouest et du Nord-Ouest.

Mais ce qui au départ n'était qu'un acte de mauvaise humeur s'est heurté à la répression du gouvernement camerounais qui va faire le jeu des sécessionnistes les plus extrémistes et

conduire à la proclamation de l'indépendance de l'Ambazonie, un an plus tard. (Deutsch well,2022).

Cette guerre qui est en cours, a causée et continue de causer des dégâts sur les plans matériel, humain, économique etc. et les soldats qui sont sur les fronts sont les plus exposés. L'armée enregistre chaque jour des blessés physiques et même psychologiques, qui sont suivis et pris en charge dans les différents services de santé dont dispose l'armée camerounaise.

- **La guerre sur la péninsule de Bakassi**

Réputée riche en pétrole, en gaz et en poissons, la presqu'île de Bakassi est un territoire d'environ 1.000 km² de mangroves dans le golfe de Guinée, où pullulent de nombreux groupes armés.

Plusieurs incidents ont opposé les forces camerounaises à des groupes armés dans la péninsule. Depuis novembre 2007, plusieurs attaques, attribuées à des groupes armés dont certains affirment militer contre la rétrocession, ont provoqué la mort d'une cinquantaine de personnes dont un sous-préfet camerounais.

Les Bakassi Freedom Fighters sont un groupe rebelle membre du Niger Delta Defence and Security Council (NDDSC) qui a notamment revendiqué des attaques en juin et juillet dans la péninsule qui avaient coûté la vie à 7 soldats camerounais et un sous-préfet. Le Monde (2008).

En un mot, le contexte environnement de la réadaptation au Cameroun est plutôt rendu et marqué par des conflits, tensions et autres.

Que dire du contexte social !

2.3. Le contexte social de la réadaptation

D'après Levy (2014), il existerait deux catégories distinctes de blessures : les blessures physiques et les blessures psychiques. Chez le soldat, la blessure dite physique s'apparenterait, selon elle, à une « une blessure de guerre à la suite d'une explosion ou d'un échange de tirs sur un théâtre d'opération ». La blessure psychique, de son côté, « résulte d'un événement hors du commun confrontant directement le sujet à la mort ou à un équivalent symbolique. Elle s'explique à travers différents symptômes constitutifs d'un trouble de stress post-traumatique ».

La distinction entre ces deux catégories de blessures tient du fait que les blessures psychiques sont invisibles mais ont des conséquences dévastatrices sur la vie professionnelle, familiale ou sociale de la personne qui en souffre. De plus, comme le souligne Lebigot, (2008), « ceux qui en souffrent n'en parlent pas spontanément ou très peu » ce qui rend le diagnostic de ces blessures difficile à établir.

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT), désigne un type de trouble anxieux sévère qui se manifeste à la suite d'une expérience vécue comme traumatisante. Les souvenirs, les images, les odeurs, les bruits et les sensations assimilées à l'événement traumatisant peuvent dévaster la vie de la personne qui en souffre. Ainsi, plusieurs symptômes caractéristiques apparaissent à la suite de la survenance de l'événement traumatisant. Le symptôme d'intrusion, manifesté par : flashback, angoisse, cauchemar, tension musculaire. Le militaire blessé Revit les souvenirs qui le hantent ;

Le symptôme d'évitement, manifesté par : amnésie, marginalisation et détachement de sa famille et de ses proches, manque de communication. Le militaire blessé fuit et s'enferme dans une sphère négative liée aux événements qu'il a vécus ;

Le symptôme d'hyper stimulation, manifesté par : insomnie, irritabilité, énervement, peur, possible comportement violent. Le militaire blessé est en détresse psychique. Le traumatisme psychique se présente comme la confrontation à une réalité insupportable qui atteint profondément l'esprit. Ce traumatisme ne facilite pas la réadaptation professionnelle du militaire blessé sur un théâtre d'opération.

Le soldat, dès son retour du théâtre d'opération, a besoin d'un suivi psychosocial pour se rétablir pour celui qui a choppé une blessure (physique ou psychique). Après la blessure, certains d'entre eux qui ne sont plus capables de continuer à servir dans leur institution, auront besoin d'être orienté vers d'autres métiers, étant donné que l'armée camerounaise est un corps de métier. Cela leur permet de se réinsérer dans leur milieu socio professionnel, il s'agit de la réadaptation du soldat blessé en guerre.

D'après Daphney et Allaire (2013), La réadaptation est une étape essentielle qui permet à l'usager de passer de l'incapacité à réaliser la plupart de ses soins à une reprise totale ou partielle de ses activités de la vie quotidienne.

Plusieurs personnes ont du mal à accepter leur nouvelle condition après une blessure ou un accident, ce qui les trouble souvent et les fait penser qu'ils ne sont plus utiles pour la société. (St-Germain & al., 2008a).

Le processus de réadaptation devrait permettre à la personne soignée de progresser de façon à rétablir le lien avec elle-même, puis de mieux accepter sa condition. La qualité du cheminement influence positivement ou négativement sur la personne dans l'acceptation de sa condition et l'implication dans son rétablissement. Il est alors fondamental que l'infirmière en réadaptation s'engage dans une approche humaniste centrée sur l'usager ; une approche dans laquelle la personne soignée sera portée à collaborer activement à son rétablissement (St-Germain et al., 2008a). La personne soignée doit être le premier acteur de la réadaptation c'est-à-dire celui-là qui va favoriser son traitement pour faciliter la tâche à l'infirmière en

réadaptation. Cela s'explique avec St Germain et al. (2008a), en réadaptation, les résultats dépendent beaucoup de la capacité et du rythme d'apprentissage de l'utilisateur. Ainsi, la personne doit collaborer activement à ses soins afin de pouvoir prendre en charge sa propre réadaptation en devenant plus apte à exercer son pouvoir de décision et en retrouvant son autonomie (St-Germain & al., 2008a)

Le processus de réadaptation devient effectif après les deux grandes guerres mondiales qui a causé beaucoup de dégâts sur la santé physique et psychique des personnes. On parlera de la réadaptation médicale à cette période-là avec la récupération fonctionnelle du docteur Gabriel Bidou. La période des Deux Guerres mondiales (1914-1945) voit émerger la réadaptation médicale. Il s'agit d'une époque très active. De nombreuses initiatives voient le jour dont celle du docteur Bidou, (1878-1959). Il crée en 1924, à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, le premier Service de récupération fonctionnelle des Hôpitaux de Paris. Ce médecin français développe les concepts de récupération fonctionnelle, notamment d'orthopédie instrumentale, d'autonomie et de rééducation au niveau de la déficience fonctionnelle. Pendant ce temps, les infirmières s'illustrent dans les hôpitaux militaires. Elles y gagnent une renommée et de là, la nécessité d'élaborer une formation plus complète s'imposera (Warnet, 2007).

Chez le soignant, l'humanité fait ressortir les côtés les plus empathiques, authentiques et fondamentaux de la pratique infirmière. Dans une situation telle que la réadaptation où la personne soignée doit se « rebâtir » dans tout son être, autant physique, psychologique, psychosocial et spirituel, l'encadrement de l'infirmière devient un élément déterminant de son rétablissement. Ce type d'encadrement fait écho à l'approche Caring de Waghorn, (1999)

L'approche Caring a été implantée par les infirmières dans plusieurs milieux de réadaptation au Québec. Elle préconise le respect de la dignité des usagers tout en visant le développement optimal de leur potentiel (Watson et Foster, 2003). Le soigné est considéré de façon holistique, autant dans son corps que dans son âme et son esprit. Le soigné a besoin d'une attention particulière du soignant qui lui donne des soins adaptés tout en respectant son rythme d'apprentissage.

Tout comme la réadaptation, la réhabilitation professionnelle correspond aux outils mis en œuvre pour accompagner les personnes souffrant de troubles psychiques sévères vers le retour à l'emploi. Elle a pour objectif à la fois de permettre aux personnes d'élaborer un projet professionnel en lien avec leurs compétences et leurs envies, de les accompagner dans la réalisation de ce projet et de viser à l'obtention d'un emploi stable et adapté aux ressources et aux difficultés de la personne, fait aux enjeux de l'accès à l'emploi pour les personnes souffrant de troubles psychiques sévères. Secker (2001)

Il s'avère ensuite qu'avoir une activité professionnelle peut contribuer efficacement au rétablissement des personnes souffrant d'un trouble psychique (Waghorn & al., 2007). Les personnes qui recourent aux services de réhabilitation psychosociale expriment très souvent une demande d'aide à la réinsertion professionnelle.

La réussite du retour à l'emploi est également favorisée par la mise en œuvre d'un accompagnement personnalisé, par la proximité et la disponibilité des accompagnants, qui doivent soutenir le projet de la personne et l'aider à restaurer son pouvoir d'agir (empowerment). Un sentiment d'efficacité personnelle dans la recherche d'emploi, une diminution des obstacles perçus au retour à l'emploi (sentiment de contrôle dans la démarche de réinsertion) et le fait d'accorder une valeur plus importante au travail par rapport aux autres domaines de la vie permettent également aux personnes d'être dans une démarche plus efficace de réinsertion professionnelle.

Certaines études montrent que le taux d'insertion en milieu ordinaire avec les programmes d'emploi accompagné serait au moins deux fois supérieur à celui obtenu par les pratiques traditionnelles d'aide à la réinsertion (Drake & al., 2012).

Le modèle IPS (Individual Placement and Support) est actuellement le modèle de référence des programmes d'emploi accompagné pour les personnes avec handicap psychique. Ces programmes montrent un taux d'insertion moyen en milieu ordinaire d'environ 60% sur 18 mois (23% avec les autres méthodes d'accompagnement) (Bond & al., 2008) ; (Drake & al., 2012).

La réinsertion professionnelle met en jeu un « triple mouvement », celui de la personne accompagnée, de l'entreprise qui doit favoriser un cadre intégrateur, et des accompagnants indispensables pour « sécuriser le parcours » (Biche, 2015).

En gros pour le contexte social, les choses sont de plus en plus sérieuses, tant donné les études et les situations comme les deux guerres mondiales, ce qui nous pousse à parler des acteurs de la réadaptation psychosociale des blessés de guerre.

2.5. Les acteurs et les outils de la réadaptation Psychosociale et de la réinsertion des soldats blessés de guerre

Pour une meilleure compréhension de l'action des acteurs dans la réadaptation psychosociale des soldats, nous avons jugé de commencer par expliquer brièvement ce que l'on entend par '**Action Communautaire**'

L'action communautaire désigne un processus qui consiste à mobiliser un groupe de personnes ou une communauté concernée par un problème commun, afin de trouver une résolution au problème. L'action communautaire ne signifie pas qu'un besoin est égal à une

réponse mais plutôt on cherche comment on fabrique ensemble du bien commun car le fait de fabriquer du bien commun signifie qu'on a résolu les 3 quart des problèmes. (Poupart & al., 1996)

« La communauté désigne ce qui est commun aux membres d'une collectivité particulière ; elle repose sur des solidarités ou des soudures sociales. Ces solidarités ont deux sources : les valeurs et les intérêts. Ce sont les deux manières pour un être humain de tisser son appartenance à une communauté ». Les 3 types d'interactions sociales d'un individu étant la famille ou le voisinage, les groupes sociaux et l'État. L'approche communautaire est une mobilisation de valeurs et une utilisation des liens d'intérêt. Le respect de la communauté et de la culture de l'individu est important dans la pratique communautaire. La culture désigne « les valeurs, les idéaux, les croyances, lesquels créent un sentiment d'appartenance collective, inspirent l'action des individus et donnent un sens à l'action » (Poupart & al., 1996)

Après cette brève explication sur l'action communautaire, nous allons nous intéresser après aux acteurs c'est-à-dire ceux qui s'occupent de la prise en charge des soldats lorsqu'ils reviennent de guerre.

2.5.1. Les acteurs institutionnels de la réadaptation des blessés de guerre

La plupart des pays développés considèrent la réadaptation Psychosociale et professionnelle du militaire blessé en guerre comme un espace qui lui permet de partir d'une situation de mal-être à une situation où il pourra se sentir avec les siens (ses collègues de service), dans son milieu. En effet, dans tous les pays, le soldat devient un être vulnérable et indigent lorsqu'il revient de guerre avec une blessure qui l'empêche de se mouvoir comme avant. La blessure de guerre (physique ou psychique) demande une attention particulière envers le soldat qui en est victime. C'est ainsi que plusieurs acteurs se mobilisent pour favoriser la réadaptation Psychosociale et professionnelle du militaire qui reviens du front avec une blessure.

Montleau et lapryre (2013) considèrent que, pour le soldat blessé physiquement, les traces des plaies ou de l'intervention chirurgicale sont inscrites sur le corps. Elles témoignent souvent, dans la réalité comme dans l'imaginaire, de l'exposition au sacrifice consentie par le soldat, voire de son héroïsme. Dans les représentations collectives, les blessures physiques constituent aujourd'hui encore le paradigme de la blessure de guerre. À l'inverse, les blessures psychiques, qui témoignent dans leurs effets de la confrontation du combattant à la mort dans sa dimension réelle, ont longtemps généré dans l'institution militaire des attitudes ambivalentes sinon hostiles. Durablement connotées du côté de la faiblesse, de la lâcheté et de la défaillance de

ceux qui en étaient atteints, leur seule présence a pu représenter une menace pour la cohésion de l'institution, donc pour son intégrité.

Certains soldats peuvent paraître bien portant physiquement pourtant ils ont des troubles psychiques graves. Nous verrons comment l'armée française en tant qu'acteur de la réadaptation s'y prend pour réadapter ses soldats qui reviennent du front selon (Montleau et Lapryre)

De retour en France, le blessé en opérations est accueilli dans un hôpital d'instruction des armées (hia) pour une durée variable selon les tableaux médicaux, allant de quelques jours à plusieurs mois. Cette phase correspond à un temps de prise en charge dans l'aigu et l'urgence qui se fait pour le plus grand nombre dans les services de réanimation, de chirurgie et de psychiatrie. Pour certains, ce seront des gestes de sauvegarde face à la mise en jeu du pronostic vital. Durant cette période, l'importance du retentissement psychique et fonctionnel est d'emblée prise en compte. (Montleau et lapryre, 2013).

Ils poursuivent en disant que, Si les soins dispensés relèvent pour tous les usagers de la même implication des équipes médicales, une attention toute particulière est accordée à l'accueil des blessés en opération. Revenant d'une zone de haute insécurité, coupés des liens et de la chaleur communautaire de leur groupe d'appartenance, souvent culpabilisés d'avoir laissé leurs camarades en situation exposée, ils se montrent très sensibles aux attentions et aux mesures qui témoignent que, même diminués dans leur potentiel physique et/ou psychique, leurs spécificités de militaires et de combattants sont bien prises en considération.

Au service de médecine physique et de réadaptation, une salle de repos et de loisirs chaleureuse et agréable leur est réservée. Mais le plus important tient dans l'attitude des soignants à leur endroit : l'attention, le tact et la considération doivent témoigner du respect porté au soldat blessé. Cela implique, il est vrai, une forte impulsion de la part de la chefferie et une véritable culture d'établissement dont les valeurs maîtresses tiennent à l'accueil, à l'interdisciplinarité et à la compétence.

Cependant, du retour de l'opération, les soldats sont encore bouleversés pour la plupart surtout si c'est la première fois, ils ont l'impression d'avoir vu la mort en face, raison pour laquelle une prise en charge immédiate est nécessaire. Le constat est que le premier endroit où le soldat se sent en sécurité lorsqu'il est blessé c'est l'hôpital, car cet endroit représente à la fois un espace de soins, de transition et le promoteur de la réinsertion.

2.5.1.1 L'hôpital comme un espace de soins

Pour certains, le séjour à l'hôpital est une période où ils obtiennent satisfaction de leur réadaptation. Cette période va de la prise en charge jusqu'à la réadaptation. Après évaluation de la qualité de la remise en situation sociale c'est-à-dire retour dans la famille, l'immersion

dans le tissu social d'appartenance et souvent reprise de contact avec l'unité, le soldat peut se sentir désormais à l'abri du danger. Cependant, il est clair que l'hôpital, en plus d'être un espace de soins est aussi un espace de transition

2.5.1.2 L'hôpital comme un espace de transition

La plupart des soldats, à cause des moments traumatiques par lesquels ils sont passés, ou suite au fait qu'ils ont été touché physiquement ou psychiquement considèrent l'hôpital comme un espace de transition où ils expérimentent leur nouvel être. Pour eux, l'hôpital leur permet de prévenir des risques liés aux effets du traumatisme psychique ou aux réactions face au handicap physique comme le refuge dans des attitudes régressives, tentations du repli, agressivité dirigée vers les autres ou contre soi. Il incombe alors à l'hôpital de permettre aux blessés de trouver une place active, des lois qu'ils en ont les ressources, dans leur parcours de soin et de vie. Cela fait de l'hôpital un promoteur de la réinsertion. Nous prenons l'exemple de l'histoire de chez nous, de Frank Neville Read : ses blessures et son rétablissement, Frank était un agriculteur qui en 1916 fût d'abord affecté par un traumatisme psychologique dû aux bombardements. L'année suivante, il a reçu une balle dans le bras. Puis il fût blessé en Angleterre à la main dans un accident de chemin de fer. Suite à tous ces incidents en 1916 et 1917, il se retrouva dans un hôpital de Bramshott, en Angleterre

Une infirmière qui était chargée de ses soins lorsqu'il se remettait d'une opération à la main, trouva plusieurs moyens inventifs pour accélérer son rétablissement. Elle lui suggéra de la faire la broderie afin de retrouver la pleine capacité motrice de sa main. La motricité fine nécessaire pour coudre avec de la laine et l'usage Constant d'une paire de ciseaux renforçaient petit à petit ses muscles. Au fil du temps, Il retrouva l'usage de son bras et de sa main.

La broderie fût employée comme exercice de réadaptation des soldats blessés durant de nombreux conflits. Les soldats ayant perdu l'usage de leurs bras brodaient et cela facilitait leur rétablissement. (Neville, 2015). Après la transition entre son titre de guerrier et son état de personne vulnérable, l'hôpital représentera pour le blessé le promoteur de la réinsertion

2.5.1.3 L'hôpital promoteur de la réinsertion : invention de la C2RBO

La cellule de réadaptation et de réinsertion du blessé en opération (c2rbo) est issue de ce constat. Il apparaissait en effet nécessaire d'identifier les obstacles auxquels se heurtent les blessés physiques et/ou psychiques rentrant d'opération extérieure et d'apporter une aide personnalisée à leur projet de réadaptation et de réinsertion en faisant se rencontrer dans un même lieu les différents acteurs médicaux, militaires, sociaux et administratifs.

Thomas (2008) considère que, la Première Guerre mondiale est particulièrement violente. Face à la puissance de frappe accrue des armées en présence, les troupes subissent des pertes considérables. Non seulement le nombre de morts est démultiplié, mais la quantité de blessés

s'accroît et les types de blessures s'aggravent. Les infirmes de guerre font l'objet de soins particuliers : des centres spéciaux sont créés à leur intention. Dans ces établissements, les médecins expérimentent de nouveaux traitements tels la physiothérapie, l'hydrothérapie ou la radiothérapie et, en collaboration avec des ingénieurs, mettent au point de nouvelles prothèses. Certains de ces instituts ont également pour vocation de rééduquer professionnellement les soldats invalides de guerre afin qu'ils puissent exercer un métier lors de leur retour à la vie civile

Dal 'secco (2002) dira que dans ces circonstances, l'ensemble de la communauté de défense dit avoir « un devoir moral et une obligation constante qui passe par la prise en charge, le suivi et l'accompagnement ». Des soins et un soutien humain à la hauteur du sacrifice consenti ! Afin de pouvoir traiter la blessure dans sa globalité, physique comme psychique, le militaire suit donc un véritable « parcours du blessé ». Des étapes successives qu'il faut franchir, avec le temps. Ces étapes permettent au soldat de se sentir non seulement à nouveau avec les siens mais aussi de lui faire comprendre que son rétablissement dépend en partie de lui, voilà pourquoi la cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre (CABAT) nous propose :

- **Deux stages multisports**

Sur ce chemin de résilience, les « Rencontres militaires blessures et sport » constituent un maillon important. Ces RMBS ont été créées en 2012 par la Cellule d'aide aux blessés de l'armée de terre (CABAT). Il s'agit de deux stages multisports avec deux objectifs principaux. Tout d'abord renouer avec une pratique sportive adaptée à chaque handicap et, pourquoi pas, s'engager dans un parcours en compétition. Mais aussi favoriser les échanges entre blessés, principaux acteurs de l'accompagnement et l'ensemble des partenaires de la réadaptation médicale, professionnelle, sociale et psychologique.

CABAT (2012)

Grâce à ce type stage, lorsqu'un blessé se retrouve avec les autres qui sont dans la même situation que lui, son mal est en quelque sorte atténué et il ressent l'envie de se battre pour son rétablissement.

- **Nouvelles prises en charge du stress de combat en milieu militaire.**

Nous présentons ici l'exemple français des nouvelles prises en charge du stress de combat qui est généralement à l'origine des traumatismes de guerre. C'est ce type de protocoles que l'Armée camerounaise est en train de mettre en place selon (Clervoy, 2008). Ils sont essentiellement basés sur les structures mises en place et le SAS de fin de mission.

Les structures mises en place Actuellement, au sein des armées françaises, le commandement est responsable du bien-être de ses hommes. Sous sa direction, les psychologues

des armées assurent le soutien psychologique du personnel pendant et après la mission. Dans l'Armée de Terre, les registres d'action médico-psychologique et psychosociale sont bien différenciés, avec des acteurs spécifiques dont les responsabilités se complètent mais ne se recouvrent pas. D'un côté le Service de Santé des Armées (SSA) et de l'autre la Cellule d'Intervention et de Soutien Psychologique de l'Armée de Terre (CISPAT).

- **Le Service de Santé des Armées**

Alors que la discipline psychiatrique s'était individualisée et que les spécificités des pathologies en temps de guerre étaient reconnues, les conflits de la seconde moitié du XXe siècle ont vu l'arrivée des psychiatres « au front ». Sous l'impulsion de Bernard Lafont, se met en place une doctrine sur la place et le rôle du psychiatre en opération, auprès du commandement et en association avec le médecin d'unité. Depuis la guerre du Golfe en 1991 et dans l'héritage de « la psychiatrie de l'avant », le SSA envoie dans les zones de guerre des psychiatres (qui peuvent notamment décider des évacuations sanitaires pour motif psychiatrique). Ainsi, tant que l'effectif de spécialistes est suffisant, un psychiatre est intégré aux structures médico-chirurgicales projetées sur les théâtres d'opération (Clervoy, 2008).

Dans l'exemple du conflit afghan, il y'a eu en permanence, par rotations de trois mois, un psychiatre du SSA basé en service hospitalier à Kaboul, qui travaille en partenariat avec les médecins d'unité (accompagnant leurs troupes sur le terrain) pour la prise en charge des décompensations psychiatriques, rapatriant au besoin le militaire dans un Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) en France métropolitaine. Le relais est alors pris par l'équipe médicale du HIA qui assurera le suivi spécialisé et jugera de l'aptitude du militaire concerné à poursuivre son contrat.

D'une manière générale, le SSA assure le suivi médical, par les Visites Systématiques Annuelles (VSA), tout au long de la carrière par un médecin du SSA et visite systématique avant tout départ en OPEX. Il prévoit que les militaires ayant participé à une OPEX peuvent bénéficier à leur demande et avant le 60^{ème} jour suivant le retour d'un dépistage médical portant sur les risques sanitaires et d'un entretien psychologique. Il permet également aux militaires radiés déclarant une pathologie présumée imputable au service et non pensionnés d'être pris en charge par le SSA. Le médecin d'unité s'associe à un spécialiste en psychiatrie pour évaluer leur aptitude ou une prise en charge (Clervoy, 2008).

En termes de prise en charge psychologique et psychiatrique, le SSA dispose d'un ensemble de moyen qui reposent sur :

- Les médecins d'unité

- Les hôpitaux d'instruction des armées dotés chacun d'un service psychiatrique (avec psychiatres et psychologues), en mesure de prendre en charge tout militaire,
- Les psychiatres projetés sur le terrain
- Les cellules de soutien psychologiques de chaque armée, dont la CISPAT, les CUMP (Centres d'Urgence Médico-Psychologiques) de la Gendarmerie, et le Service Médico Psychologique Central de l'Armée de l'Air (SMPCAA) qui sont composées de psychologues recrutés par les états-majors. Boisseaux et Colas, (2009) soulignent qu'« à la différence de ce qui peut être le cas en milieu civil, le médecin d'unité est donc celui qui est le mieux en position d'assurer le suivi et la collaboration de soins qui vont bien au-delà d'une prise en charge au moment critique. ». En effet, le médecin d'unité reste l'interlocuteur unique tout au long du suivi posttraumatique du patient, alors qu'en situation de catastrophe civile où les CUMP interviennent, elles réorientent les victimes vers leurs médecins traitants ou des CMP sans coordination pérenne.

2.5.2. Les acteurs non-gouvernementaux de la réadaptation psychosociale et de la réinsertion des soldats blessés en guerre

Le Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires (CRASH), est un centre de réflexion créé par Médecins sans frontières en 1999. Sa vocation : stimuler la réflexion critique sur les pratiques de l'association afin d'en améliorer l'action.

D'après Brauman (2017), L'aide délivrée à titre humanitaire se définit comme assistance désintéressée apportée à des personnes en graves difficultés, auxquelles nous lie la seule appartenance à l'humanité. Elle se distingue en principe d'autres formes d'aide, motivées par un soutien politique ou des liens de solidarité communautaire. Bien qu'acceptable par tous, cette définition ne rend compte ni de ses variations de sens dans la courte histoire qui est la sienne, ni de la confusion et des contradictions des usages courants du mot.

Secourir les soldats tombés sur le champ de bataille, les soustraire aux hostilités dès lors qu'ils sont hors de combat, protéger ceux qui leur prodiguent leur aide, voilà qui résume le contenu du premier traité diplomatique humanitaire, signé à Genève le 22 août 1864 par douze États. Pour ce faire, l'hôpital ou le service sanitaire joue un rôle déterminant, en tant qu'acteur de la réadaptation psychosociale.

2.6. Les fondements de la réadaptation Psychosociale et de la réinsertion des soldats blessés en guerre

2.6.1. Les fondements juridiques

2.6.1.1. La convention de Genève

D'après ICRC (2022), le 12 août 1949, il y a eu Adoption des quatre conventions de Genève : pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne ; pour l'amélioration du sort des blessés, des malades et des naufragés des forces armées sur mer ; relative aux prisonniers de guerre ; relative à la protection des populations civiles en temps de guerre.

Février-octobre 1863 À l'initiative d'Henry Dunant, création à Genève du Comité international et des Sociétés nationales de secours aux militaires blessés.

Selon la convention (n° 159) sur la réadaptation professionnelle et l'emploi des personnes handicapées (1983), La Conférence générale de l'Organisation internationale du Travail, Convoquée à Genève par le Conseil d'administration du Bureau international du Travail, et s'y étant réunie le 1^{er} juin 1983, en sa soixante-neuvième session ;

Notant les normes internationales existantes énoncées dans la recommandation sur l'adaptation et la réadaptation professionnelles des invalides, 1955, et dans la recommandation sur la mise en valeur des ressources humaines, 1975 ;

Notant que depuis l'adoption de la recommandation sur l'adaptation et la réadaptation professionnelles des invalides, 1955, la manière d'envisager les besoins de réadaptation, le domaine d'intervention et l'organisation des services de réadaptation, ainsi que la législation et la pratique de nombreux Membres concernant les questions couvertes par ladite recommandation ont évolué de manière significative ;

Considérant que l'Assemblée générale des Nations Unies a proclamé 1981 Année internationale des personnes handicapées, avec pour thème « pleine participation et égalité » et qu'un Programme d'action mondial concernant les personnes handicapées, de large portée, doit mettre sur pied des mesures efficaces, aux niveaux international et national, en vue de la réalisation des objectifs de « pleine participation » des personnes handicapées à la vie sociale et au développement et d'« égalité » ;

Considérant que, par suite de cette évolution, il est approprié d'adopter de nouvelles normes internationales en la matière, qui tiennent compte en particulier de la nécessité d'assurer l'égalité de chances et de traitement à toutes les catégories de personnes handicapées, dans les zones rurales aussi bien qu'urbaines, afin qu'elles puissent exercer un emploi et s'insérer dans la collectivité ;

Après avoir décidé d'adopter certaines propositions concernant la réadaptation professionnelle qui constitue la quatrième question à l'ordre du jour de la session ;

Après avoir décidé que ces propositions prendront la forme d'une convention internationale,

Les lois votées pendant la guerre et l'immédiat après-guerre établissaient une différenciation selon que la personne était mutilée de guerre, du travail, ou infirme civil : ainsi indemnités, réparations, reclassement, droit au travail plus ou moins protégé étaient réservés aux victimes militaires et excluaient les infirmes civils.

2.6.2. Les fondements sociologiques de la réadaptation Psychosociale

2.6.2.1. Les fondements sociaux de la réadaptation

Selon Rapnouil (2013), Le but général de la réadaptation psychosociale est de restaurer, maintenir, améliorer la qualité de vie des personnes avec des problèmes de santé mentale en les aidant à maintenir, développer et utiliser des habilités sociales et fonctionnelles pour vivre, apprendre et travailler dans la communauté avec le plus d'autonomie et de satisfaction possible.

Au service de cet objectif, il faut développer et coordonner des actions de soins classiques dont la cible est le symptôme, des soins plus spécifiques s'apparentant aux soins de rééducation fonctionnelle dont la cible est la limitation fonctionnelle, des actions de soutien au processus de rétablissement de l'individu et des actions d'adaptation de l'environnement aux limitations de la personne dans tous les domaines de la vie.

La réhabilitation conjugue donc des actions auprès de la personne et auprès de son environnement social et même de la société

Nous verrons que plus qu'une évolution, elle implique une révolution dans différents domaines du soin, de l'accompagnement social et médicosocial, dans les politiques publiques en faveur des personnes handicapées et de la place même des personnes souffrant de troubles psychiques au sein de notre société.

Les valeurs fondamentales de la réadaptation psychosociale sont le respect de la personne, la réponse adéquate à ses besoins ainsi que le respect et l'encouragement du potentiel de chaque personne en dépit de la maladie mentale à laquelle elle est confrontée.

La dynamique de soins de réhabilitation implique la mise en œuvre associée de dispositifs ou services centrés sur l'accompagnement et le soutien vers ou dans le logement, vers ou dans l'emploi, vers ou dans la formation initiale ou professionnelle, vers ou dans les activités utiles, vers ou dans l'insertion sociale et citoyenne.

(Rapnouil, 2013).

2.7. Les fondements scientifiques de la réadaptation Psychosociale

Ducret et Grasset (1984), traite le problème de la crise d'identité dans son article sur le « devenir des méthodes processuelles dans les "espaces intermédiaires" », un problème auquel font face les acteurs institutionnels de la réadaptation Psychosociale. Pour maintenir leur action dans l'intermédiaire, les équipes doivent la définir sur la base d'autres paradigmes

inducteurs d'une pratique qui reste à la limite du soin et du soutien social. Il est question ici d'employer des méthodes de réadaptation Psychosociale propres aux disciplines impliqués dans un domaine où l'on a à faire à la multidisciplinarité.

Blakenburg (1986) considère que ce parcours passe d'un pôle normatif et instrumental à un pôle participatif et communicatif.

Lorsqu'il parle d'action participative, il fait référence à l'écoute du patient sans le contraindre, ce qui favorise son autonomie étant donné que le patient est vu comme un interlocuteur.

Par action instrumentalisée, nous entendons une réadaptation normative relatives à des critères qui rendent l'autre « hétéronome » c'est-à-dire qu'il reçoit ses lois d'ailleurs.

Blakenburg nous propose d'un côté les actes Pratiques de types instrumentaux, orienté vers l'hétéronomie de l'autre, et de l'autre côté une pratique de communication participante » orientée vers l'autonomie du patient.

L'application de ces deux méthodes en réadaptation intègre les intervenants à des réseaux constitués par des organismes de tout ordre, orienté vers sur la mobilisation des ressources disponibles malgré les handicaps liés à la maladie ; elle vise à restituer ou à développer les qualités des aptitudes perdues ou déficientes. Bref, la réadaptation correspond à un processus de développement personnel.

La notion de réhabilitation vient expliquer la réhabilitation vient expliquer la réadaptation à travers deux interprétations : nous voyons de prime abord son étymologie qui a un sens juridique désigne la restitution d'une personne dans ses droits perdus ou atteint à un moment donné. Ce premier sens est assez proche de la connotation normative de « réadapter » et de « réinsérer », qui implique également une attache précise.

Le deuxième sens développé par Y.Gasser est celui de "habilis" dans réhabilitation, qui renvoie à « rendre dispo », ou encore au fait de « rendre une inclination à l'action ». Ceci renvoie à un ensemble de possibles dont les formes ne découlent pas des potentialités remises en éveil. Cette différence entre un but à atteindre et une visée potentielle non normative paraît essentiel pour la suite.

Toutefois, les objectifs des intervenants en réadaptation sont parfois teintés de l'héritage de leurs histoires institutionnelles, c'est-à-dire qu'ils doivent parfois se détacher de l'institution pour favoriser l'émergence de la thérapie. Cela signifie qu'il faut donner son indépendance et son autonomie au patient. Le fait de recevoir d'aides des acteurs non institutionnels encourage les collectivités publiques qui rencontrent très souvent des problèmes de budgets.

La réadaptation se situe dans un espace intermédiaire entre le milieu de soins et l'environnement naturel ; cela implique les intervenants dans les interactions mobilisant aussi

bien leur identité de soignant que celle de personne ou de citoyen, auprès de malades vus comme des personnes non réduites au statut de patient. Cet espace est « virtuel et ambigu ». (Racamier,1987).

Le problème des limites dans cet espace intermédiaire du champ de la réadaptation se pose aussi relativement aux spécialités professionnelles des intervenants et quant à leur manière de collaborer.

Au stade de l'« assurance de l'intervenant », les intervenants institutionnels en réadaptation sont dans une situation inconfortable tant sur le plan de leur statut que celui du financement de leur action, laquelle est également difficilement justifiable par un discours théorique solide.

Pour conclure, l'identité d'une équipe institutionnelle dans la réadaptation ne saurait se définir d'abord par une théorie sur son action ou par un catalogue d'activités, mais par son ouverture à ce qui peut advenir dans les cadres et environnement dont elle a collectivement la responsabilité. Leurs relations avec ces derniers doivent se baser sur des évaluations du fonctionnement général de la structure (résultats thérapeutiques, diversité de moyens intégrés, coût, social, capacité de répondre à des demandes multiples, aptitudes à stabiliser un cadre sans le figer).

En peu de mots pour ce chapitre, la question de réadaptation et réinsertion des blessés de guerre a été développée avec beaucoup de soin, partant de la présentation du Cameroun sur le plan militaire et sa mission principale, les acteurs de la réadaptation, et les fondements de la réadaptation psychosociale des blessés de guerre. Il ressort clairement que le militaire blessé de guerre est au centre de nos préoccupations. Nous essaierons au suivant, de mettre un accent sur les concepts clés que nous développons.

CHAPITRE 3 : CLARIFICATION CONCEPTUELLE ET CADRE THEORIQUE

3.1. Définition des concepts

Les concepts fondamentaux de cette étude sont : **réadaptation, Psychosociale, réinsertion, soldats blessés en guerre.**

Ces différents concepts seront clarifiés au travers des *dictionnaires en ligne, des écoles des pensées, des organismes internationaux et même de l'étymologie.*

De prime abord, pour une bonne compréhension du concept **réadaptation**, nous avons jugé mieux de définir **adaptation**. De prime abord, pour une bonne compréhension du concept **réadaptation**, nous avons jugé mieux de définir **adaptation** en premier lieu, vu que **réadaptation** vient du mot **adaptation**.

L'**adaptation** désigne l'ensemble des ajustements réalisés par un organisme pour survivre et perpétuer son espèce dans un environnement.

Pour **PIAGET**, les processus d'**adaptation** sont mis en œuvre chaque fois qu'une situation comporte un ou plusieurs éléments nouveaux, inconnus ou non familiers. Jean Piaget les dit assimilateurs quand ils intègrent les données nouvelles à des patterns comportementaux antérieurement constitués, et accommodateurs lorsque les données nouvelles transforment un pattern ou un schème préexistant pour le rendre compatible avec les exigences de la situation.

D'un point de vue **psychologique**, l'**adaptation** correspond à l'ensemble des phénomènes sensoriels et comportementaux qui se traduisent par la mise en place d'un nouvel équilibre de fonctionnement à la suite d'une perturbation. (*Carnets 2 psycho*)

D'après le dictionnaire **Langue Française**, l'**adaptation** équivaut à une économie d'efforts qui, une fois réalisée, assure à chaque être, à moins de frais, l'accomplissement paisible et régulier de ses fonctions. (*P. Vidal de La Blache, Principes de géographie humaine, 1921, p. 106-107*). C'est aussi un Processus par lequel un être ou un organe s'adapte naturellement à de nouvelles conditions d'existence.

3.1.1. Réadaptation psychosociale

Pour mieux cerner cette expression, nous avons proposé de scinder en deux mots pour une meilleure compréhension. Pour ce faire, nous allons définir **Réadaptation**, puis **Psychosocial**.

3.1.1.1 Réadaptation Selon les dictionnaires en ligne

Le dictionnaire français Larousse en ligne définit **la réadaptation** comme étant une reprise Progressive de l'activité après une maladie ou une blessure. (Larousse, s.d.)

Selon le dictionnaire petit Robert en ligne (2021), la réadaptation est une réduction des séquelles d'un accident, d'une opération afin de réadapter le malade à la vie normale. (Robert, 2021)

D'après le dictionnaire internaute (2021), la **réadaptation** C'est le fait de réinsérer une personne dans la société. (Internaute, 2021)

3.1.1.2 **Réadaptation** selon les écoles des pensées

Hamonet, (2010) a introduit au cœur de la définition de la **réadaptation**, la question de l'ensemble des mesures ayant pour objet de rendre aux malades leurs capacités antérieures et d'améliorer leurs conditions physiques et mentales, lui permettant d'occuper par ses moyens propre une place aussi normale que possible dans la société.

Ainsi, la **réadaptation** est Pour Walter Hesdeen, (2001), une discipline, un esprit qui a pour ambitions d'œuvrer pour rendre une personne et toute population concernée par une infirmité ou une invalidité le moins handicapés possible dans les situations qu'elles rencontrent ou vont rencontrer au quotidien, afin que le poids de l'existence ne soit pas plus lourd à porter à cause de leur particularité. De même, Remsburg et Carson, (2006) soulignent que la **réadaptation** est une étape essentielle qui permet à l'usager de passer de l'incapacité à réaliser la plupart de ses soins à une reprise totale ou partielle de ses activités de la vie quotidienne.

D'autre part, La **réadaptation** en psychologie clinique/ sociale (1975) est un ensemble d'actions surtout médicales, sociales et éducatives visant à favoriser le retour des malades mentaux stabilisés ou améliorés, voire guéris, dans leur milieu habituel avec un niveau d'adaptation aussi bon que possible, même s'il ne peut s'accommoder de celui qui précédait la maladie.

3.1.1.3 **La réadaptation** selon l'organisation mondiale de la santé (OMS, 2023).

La réadaptation est définie comme « un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes souffrant de problèmes de santé lorsqu'elles interagissent avec leur environnement ».

Selon l'OMS, (2023), **la réadaptation** aide un enfant, un adulte ou une personne âgée à être aussi indépendant que possible dans les activités quotidiennes et lui permet de pouvoir étudier, travailler, avoir des loisirs et assurer des rôles importants dans la vie, comme s'occuper de sa famille. Pour ce faire, la réadaptation, de concert avec le patient et ses proches, s'attaque aux problèmes de santé sous-jacents et à leurs symptômes, en modifiant son environnement pour mieux répondre aux besoins du patient, en lui fournissant des aides techniques, en lui enseignant à mieux se prendre en charge et en adaptant les tâches pour qu'elles puissent être exécutées de manière plus sûre et indépendante. Appliquées ensemble, ces stratégies peuvent aider un individu à surmonter ses difficultés à penser, voir, entendre, communiquer, manger ou se déplacer.

3.1.1.4 **Réadaptation** selon l'action communautaire

D'après Wade (2003), « **la réadaptation** peut être définie comme un processus itératif de résolution de problèmes et d'éducation qui met l'accent sur les déficiences et les incapacités, et recherche à maximiser la participation dans la société tout en minimisant le stress et l'anxiété chez les patients et leur famille ».

D'après toutes ces définitions, nous pouvons définir la **réadaptation** comme étant un processus qui permet à un patient de partir d'un état de mal être à un état de bien être tout en utilisant ses propres ressources pour se venir en aide et pour

3.1.2 Psychosocial

3.1.2.1 Psychosocial selon les dictionnaires en ligne

D'après le dictionnaire internaute (2021), psychosociale est une étude scientifique sur la manière dont les pensées, les sentiments et les comportements des personnes peuvent subir l'influence des autres, de leur présence. (Internaute, 2021)

Selon le dictionnaire Larousse en ligne, il s'agit de ce qui relève à la fois de la psychologie et de la sociologie. Le petit Robert en ligne précise que **psychosocial** est ce qui se rapporte à la psychologie humaine dans la vie sociale. (Larousse, s.d.)

Pour le dictionnaire français éducalingo (2022), **psychosociale** renvoie à un terme qui décrit chez une personne, son développement psychologique et son interaction dans un environnement social. (Educalingo, 2022)

3.1.2.2 Psychosocial selon les organismes internationaux

Par contre pour UNHCR, (2013) le terme **psychosocial** fait référence à la relation entre les faits psychologiques (la façon dont un enfant ressent les choses, pense et agit) et les facteurs sociaux (relatifs à l'environnement ou au contexte dans lequel l'enfant vit : la famille, la communauté, l'État, la religion, la culture).

3.1.2.3 Psychosocial selon les écoles des pensées.

Selon Bloyet, (2015), **psychosocial** est un ensemble d'activités visant à protéger ou promouvoir le bien-être et/ou à prévenir ou traiter un trouble mental.

Josse, (2019) définit enfin **psychosocial** comme une action visant prioritairement à créer, restaurer et maintenir le fonctionnement social de la population affectée ainsi que l'équilibre affectif et émotionnel des individus au sein de leur environnement social.

Au vu de ces définitions, l'OMS dira que la réadaptation Psychosociale est l'une des composantes des soins de santé complets à assise communautaire, c'est-à-dire qu'elle donne à de nombreux individus la possibilité d'acquérir ou de recouvrer les compétences pratiques nécessaires à la vie en communauté, à leur socialisation et leur apprend à faire face à leurs incapacités.

3.1.3 Définition de **réinsertion**

3.1.3.2. **Réinsertion** selon les dictionnaires en ligne

Le dictionnaire Langue française définit **Réinsertion** comme une action sociale visant à redonner à un individu sa place dans la société, notamment lorsque celui-ci a effectué un séjour en prison. (Langue française, s.d.)

De même, le Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine (2023) la définit comme étant une action visant à rendre à une personne la plénitude des relations familiales, sociales, professionnelles qu'elle entretenait avant une maladie ou un accident ou lui assurer des relations aussi proches que possible des précédentes. (Académie de Médecine, 2023)

Le dictionnaire Educalingo quant à lui la définit comme insérer de nouveau quelque chose quelque part ; assurer à un handicapé, à un ancien détenu une nouvelle insertion sociale. (Educalingo, s.d.)

3.1.3.2. Réinsertion selon les écoles des pensées

Selon Recherche TPE (2015), la **réinsertion** est « une remise dans la communauté, active et libre, de la cité et participation à la vie sociale générale, d'un malade (guéri ou handicapé) ou d'un inadapté »

Pour J.L CHEVALLIER (2001), psychologue, la **réinsertion** est « la résultante des deux processus de réadaptation et de réhabilitation qui se décrit comme l'introduction d'un élément dans un système cohérent, éventuellement complexe. Il s'agit là du rapport de la personne à son entourage familial, à son voisinage et du partage et de la participation à la vie sociale, de façon plus ou moins harmonieuse, plus ou moins satisfaisante ».

3.1.3.3. **Réinsertion** selon les organismes internationaux

L'Institut National du Cancer (2022) définit **Réinsertion** comme étant le retour à la vie normale dans toutes ses dimensions (physique, psychologique, sexuelle, professionnelle et sociale) après une maladie.

3.1.4 Soldat

3.1.4.1. **Soldat** selon les dictionnaires en ligne

Pour le dictionnaire Larousse, un **soldat** est un homme équipé et instruit par l'Etat pour la défense du pays ; tout homme appartenant à la profession militaire (particulièrement dans l'armée de terre). (Larousse, s.d.)

Pour le Dictionnaire de la langue Française, un **soldat** est un homme ou femme servant dans une armée ; une personne qui appartient et dépend d'une armée. (Langue française, s.d.)

C'est aussi un homme de guerre qui s'engage de servir un prince ou un Etat moyennant une centaine de paye.

Ce mot est formé de l'Italien soldato, & celui-ci du Latin solida, ou solidata, ou solidus, solde ou paye ;

3.1.5 Définition du mot **Guerre**

3.1.5.1. **Guerre** selon les dictionnaires en ligne

Le dictionnaire Larousse dira que la **guerre** est une lutte armée entre Etats ; lutte entre groupes, entre des pays qui ne va pas jusqu'au conflit sanglant ; lutte entre des personnes, hostilité. (Larousse, s.d.)

Quant au dictionnaire le Petit Robert, la **guerre** est une lutte armée entre Etats, considérée comme un phénomène historique et social ; conflit particulier, localisé dans l'espace et dans le temps. (Robert, s.d.)

3.1.5.2. **Guerre** selon les écoles des pensées

L'un des auteurs classiques, Quincy Wright, (1942) de l'université de Chicago définit la **guerre** comme « un contact violent entre entités distinctes mais similaires ».

Pour Raymond, (1942) la **guerre** est donc un moyen qui est mis en œuvre en vue d'une finalité politique et cette finalité politique constitue sa raison d'être.

Selon Clausewitz, (2001) « la **guerre** n'est rien d'autre que la continuation des relations politiques, avec l'appoint d'autres moyens. »

3.1.5.3. **Guerre** selon les organismes internationaux

Le dictionnaire pratique du droit humanitaire, (2006) définit la **guerre** comme un phénomène de violence collective organisée qui affecte les relations entre les sociétés humaines ou les relations de pouvoir à l'intérieur des sociétés.

3.1.6. Définition du mot **acteur**

3.1.6.1. **Acteur** selon les dictionnaires en ligne

Le dictionnaire en ligne le petit Robert définit **acteur** comme étant une personne qui prend une part active, joue un rôle important. (Robert, s.d.)

Quant au dictionnaire Larousse, c'est une personne qui participe activement à une entreprise, qui joue un rôle effectif dans une affaire, dans un événement. (Larousse, s.d.)

Le dictionnaire internaute, (2023) dira que c'est une personne qui joue un rôle déterminant dans une action.

3.1.6.2. **Acteur** selon écoles des pensées

Selon colin (2004), qu'il soit individuel ou collectif, l'**acteur** désigne en général le support des conduites sociales.

D'après Grossman, (2010) le terme **acteur** désigne celui qui agit, en tant qu'acteur individuel ou en tant qu'acteur collectif. Dans le processus de prise de décision, il renvoie à la participation à la décision.

3.1.6.3 Définition du mot **acteur** selon les relations internationales

(Braillard & al., 2016) considère que, dans le champ des relations sociales, il faut entendre par **acteur** toute autorité, tout organisme, tout groupe et même toute personne susceptible de jouer un rôle.

Dans le domaine des relations internationales, on peut considérer comme **acteurs** les entités dont l'action dépasse le cadre des frontières d'un État et qui donc participent activement aux relations et communications traversant les frontières.

3.1.7. Définition d'**outil**

3.1.7.1. Selon les dictionnaires en ligne

Selon Le dictionnaire encyclopédie France, (2023) On peut donc, par extension métaphorique, appeler **outil** tout ce qui est de l'ordre des moyens pour une société. Toutes les institutions, tous les instruments de pensée (langue, parole, concept) sont de l'ordre des outils.

Objet fabriqué, utilisé manuellement ou sur une machine pour réaliser une opération déterminée. 2. Élément d'une activité qui n'est qu'un moyen, un instrument. (Larousse, s.d.)

Pour le dictionnaire en ligne le Robert, c'est un Objet fabriqué qui sert à agir sur la matière, à faire un travail. (Robert, s.d.)

3.1.7.2 Selon Technoscience net, (2023)

Un **outil** est un objet finalisé utilisé par un être vivant dans le but d'augmenter son efficacité naturelle dans l'action. Cette augmentation se traduit par la simplification des actions entreprises, par une plus grande rentabilisation de ces actions, ou par l'accès à des actions impossibles sans cet outil.

L'**outil** peut être compris comme un prolongement du corps, un intermédiaire d'action, voire comme une prothèse dans le sens où il remplace (ou même crée) un membre ou un organe

Outil selon les écoles des pensées

3.1.7.3 Pour (Rothier & al., 2013), un **outil** peut être défini dans les situations d'enseignement et d'apprentissage comme un dispositif matériel ou un artefact servant ces situations. Ainsi le tableau noir ou blanc, les cahiers, les manuels scolaires, les ordinateurs, les cartes géographiques, les compas, les flûtes... peuvent être considérées comme des outils.

3.1.8. Armée

3.1.8.1 Armée selon les dictionnaires en ligne

Le petit Robert définit **armée** comme étant une d'abord une Réunion importante de troupes. Lever une armée. Armée d'occupation, de libération. Ensuite comme un ensemble des forces militaires d'un État ; comme une Grande unité militaire réunissant plusieurs divisions (éventuellement réunies en corps d'armée). (Robert, s.d.)

Quant au dictionnaire Larousse, c'est un Ensemble des moyens militaires affectés à une expédition, à un théâtre d'opérations ou à une mission, ou placés sous le commandement d'un grand capitaine. (Larousse, s.d.)

Étymologiquement parlant, (Vers 1360) Du roman armata (sens identique), dérivé, via le participe passé substantivé, du latin armo, armare (« armer »), lui-même du latin arma (« armes »). Le terme est utilisé pour désigner l'ensemble des hommes engagés directement par le suzerain, distinct de l'ost féodal.

L'**armée** est la manifestation la plus claire, la plus tangible et la plus solidement rattachée aux origines que l'on puisse avoir de l'État. (Sorel, 1908).

En clair, nous avons jugé intéressant de connaître dans sa profondeur chaque mot clé ou terme clé que nous avons analysée. S'en suit de l'approche communautaire qui revêt d'un cadre spécial.

3.1. Cadre théorique

L'article sur les dispositifs de soutien médicaux-psychologiques dans l'armée française a pour auteur Melchior (2018) et traite du traumatisme de guerre ainsi que du rôle des centres médicaux des armées (CMA) et du service de santé Militaire (SSA) dans la prise en charge des blessés de guerre.

Les traumatismes de guerre ont toujours été présent chez les soldats qui reviennent de guerre, même après les deux guerres mondiales mais seulement, ne retenaient pas encore l'attention des médecins, psychologues et psychiatres, pourtant l'on pouvait le remarquer au travers de leurs récits après le retour de la guerre. Ce n'est qu'à l'occasion de la guerre du Vietnam et la description du « post Vietnam Syndrom » que les médecins militaires américains ont résolument isolé du syndrome psycho traumatique et généralisé sa reconnaissance.

De nos jours, nombreux travaux et approches sont entrepris pour traiter la maladie psycho traumatique, sauf qu'ils ne peuvent pas satisfaire totalement les différentes techniques de prise

en charge puisque l'être humain ne peut pas du jour au lendemain effacer de sa mémoire les événements traumatiques qu'il a vécu comme un ordinateur le ferait.

Le rôle que joue l'armée via les organismes spécialisés en faveur de l'accompagnement psychosocial des soldats blessés en guerre est d'autant plus déterminant que leur réinsertion en dépend. Le besoin de se réaffirmer du soldat victime de guerre, lequel besoin le poussant à avoir les tares qui nécessitent une assistance, nous amène à mettre de l'emphase sur cet accompagnement psychosocial qui se fera à travers les soins spéciaux de la part du personnel qualifié. Les établissements doivent être équipés pour mettre en évidence le parcours du blessé psychique. C'est d'ailleurs ce que développe Melchior dans son article sur les « dispositifs de soutien médicaux-psychologiques dans l'armée française »

1- L'organisation du parcours de soins et de santé des blessés psychiques

La santé des militaires dépend en partie des chefs d'Etat-major, et du service de santé des armées (SSA) qui assure un soutien adapté au profit des forces armées sur les théâtres d'opérations extérieures (OPEX) ainsi que sur le territoire national, le but étant de veiller sur l'aptitudes des retournés de guerre, en maintenant leur intégrité physique et psychique. Les militaires ne sont pas les seuls bénéficiaires, car il y a également les anciens combattants, les militaires retraités et les familles des militaires.

Pour ce faire, trois (3) plans sont élaborés pour la prise en charge des troubles psychiques post-traumatiques. Nous avons :

Le plan d'action 2015-2018 « prise en charge et suivi du blessé psychique dans les forces armées. Les médecins de forces, les infirmiers militaires et auxiliaires sanitaires dans les centres médicaux des armées (CMA) et leurs antennes, ainsi que les équipes soignantes de psychiatrie s'occupent du soutien médico-psychologique des militaires, avec le renfort du SSA.

a) Le parcours de soins du blessé psychique

Chacune des armées (marine nationale, armée de l'air et armée de terre) dispose de son propre service de psychologie reparté ainsi qu'il suit : l'ensemble des psychologues de la marine nationale sont placées sous l'autorité organique et technique d'un psychiatre du SSA ; les psychologues cliniciens de l'armée de l'air, sous l'autorité technique d'un psychiatre militaire qui participent à la prévention, au repérage, au soin, et à l'expertise des militaires ; l'armée de terre est dotée d'une cellule d'intervention et troubles et soutien psychologiques dont les missions, en coordination avec le SSA, sont de conseiller le commandement, d'évaluer et de prendre en considération les risques psychosociaux spécifiques de l'environnement militaire et d'apporter des réponses psychosociales aux répercussions d'un événement traumatisant sur les impliqués indirects et sur l'organisation des groupes.

Le médecin des forces, pivot des soins des militaires blessés et malades, prend en charge avec l'aide de son équipe, les impliqués directs après un événement traumatique sur le plan médico-psychologique. La technique d'intervention immédiate appliquée par les médecins et infirmiers est celle de Salomon (1917) : l'immédiateté des soins, la proximité des lieux où ils sont dispensés, leur simplicité et l'espérance de guérison a pour but d'atténuer le sentiment d'abandon qui détermine le moment de l'effroi. Cela prône en effet la fraternité entre les membres d'un groupe d'appartenance comme l'unité de combat, et permet que le sujet se sente en confiance lorsqu'il voit des personnes qui vivent les mêmes choses que lui.

b) L'accompagnement psychosocial

A ce niveau, en dehors de l'accompagnement des blessés physiques et/ou psychiques dans les différentes démarches de reconnaissance institutionnelle par les armées et leurs cellules d'aide aux blessés ainsi que par les SSA, il est mis sur pied différents stages de réhabilitation et de resocialisation permettant au blessé de se soustraire de l'isolement social, lequel pourrait le ramener dans les souvenirs qu'il essaie de combattre. De même, d'autres dispositifs vont permettre une immersion professionnelle ayant pour objectif de permettre au blessé psychique présentant une maladie psycho traumatique chronique de bénéficier d'une transition professionnelle dans le milieu militaire ou civil.

Dans le cadre de notre étude, nous allons nous appesantir sur cette partie en ce sens que, la réadaptation psychosociale du blessé en opération est assurée par les acteurs qui lui préparent une bonne réinsertion professionnelle. Dans le cas du blessé de guerre au Cameroun, l'hôpital militaire de Yaoundé a pour mission de le soigner, suivre son profil évolutif, de dédramatiser le vécu douloureux de sa pathologie et de l'amener vers un rétablissement complet sans séquelles et aux cas où il présenterait des séquelles, l'hôpital a pour mission de l'orienter dans les services spécialisés pour faciliter sa réinsertion professionnelle

c) Ecoute Défense

Il s'agit d'une plate-forme téléphonique encore appelé numéro vert, armée par l'ensemble des psychologues du SSA mise en place depuis 2012, qui favorise l'accueil, l'écoute, l'orientation au profit des militaires, des anciens militaires et leurs familles et est disponible 7J/7 et 24H/24. Les militaires bénéficient au travers de cette plate-forme d'un parcours de soins, et leurs familles d'une écoute et une orientation vers un soutien psychologique parfois financièrement pris en charge par l'Etat. Même si cette plate-forme qui au départ était pour les militaires présentant des troubles post-traumatiques s'étend jusqu'aux situations de harcèlement, discriminations et violences de nature sexuelle au sein du ministère des armées, et depuis peu aux situations de souffrance au travail.

LA PRISE EN CHARGE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE PAR LES SOIGNANTS MILITAIRES

Les soignants militaires ont un rôle très important à jouer dans la réadaptation psychosociale du soldat blessé en guerre. Voilà pourquoi il devrait garder une distance critique vis-à-vis des enjeux institutionnels, individuels et collectifs mobilisés après un événement traumatisant. La survenue d'un événement traumatisant va venir bouleverser l'individu, et pour le militaire, remettre en question sa légitimité dans son institution, en interrogeant sa place au sein de cette fraternité d'armes. La prise en charge médico-psychologique par les soignants militaires est très complète et spécifique aux besoins des militaires. Les soignants sont formés pour traiter les problèmes de santé mentale et physique qui peuvent survenir en lien avec le service militaire comme le stress post-traumatique, l'anxiété, la dépression etc. ils sont également habitués à travailler dans un environnement unique et à prendre en charge des cas particuliers liés à la vie militaire. Ils peuvent offrir un soutien à la fois médical et psychologique, adapté aux besoins spécifiques des militaires.

CONCLUSION

A la fin d'un évènement traumatique, le blessé psychique est confronté à une double situation : celle de surmonter la réticence à se découvrir dans la rencontre avec un soignant et celle de lutter contre un sentiment de déloyauté en découvrant que la nature n'offre pas toujours du bonheur. La blessure physique témoigne d'un sacrifice dans le réel, qui a coûté un morceau de chair pour que la paix continue de régner au sein du territoire. Le blessé psychique quant à lui accepte de porter seul la responsabilité de la possible vulnérabilité du groupe.

Pour résumer ce chapitre, nous dirons que le fait de clarifier les mots clés sur tous les angles, le parcours de soins du blessé psychique et l'accompagnement psychosocial nous poussent à prendre en compte ce que les pensées de Melchior développent de façon plus approfondie et explicite, ce qui en aucun cas ne nous éloigne pas de la méthodologie à suivre au prochain chapitre.

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE

D'après Grawitz (2004), « la méthodologie est la science de la méthode, c'est la branche de la logique qui étudie les principes et démarches de l'investigation scientifique ». La méthodologie de recherche est très importante car, elle décrit la démarche du chercheur dans ses investigations pour la collecte des données relatives à la vérification de ses hypothèses. Elle détermine la faisabilité de la recherche et la crédibilité des résultats. Dans le cadre de cette étude, les choix méthodologiques effectués seront présentés dans ce chapitre. Ces derniers ont été orientés en fonction des objectifs de notre recherche. À cet effet, il sera question de faire une présentation qui commencera par des précisions sur la direction méthodologique donnée à notre recherche. Nous situerons par la suite le terrain de l'étude, les caractéristiques de la population et de l'échantillon, l'instrument de collecte des données, ainsi que la méthode qui sera adoptée et enfin le traitement et l'analyse des données.

4.1.Rappel de la problématique de l'étude, de la question et des objectifs de recherche

Cette partie consiste à faire un bref résumé de la problématique de l'étude et le rappel de la question et des objectifs de recherche

4.1.1. Rappel de la problématique de l'étude

Notre étude porte sur l'intervention et accompagnement psychosocial, plus particulièrement sur la Réadaptation psychosociale et la réinsertion des soldats blessés en guerre : acteurs et outils de l'armée Camerounaise. Nous sommes partis du constat selon lequel pendant un séjour passé à l'hôpital militaire de Yaoundé en tant que garde malade, nous avons observé les patients et parmi eux se trouvaient certains qui avaient des jambes et des bras bandés voire amputés. Après renseignement, nous avons appris qu'il s'agissait des blessés de guerre. C'est ainsi qu'au jour suivant, nous nous sommes permis d'approcher quelques-uns qui ont bien voulu se confier à nous en nous expliquant comment se passaient leur prise en charge et les difficultés auxquelles faisait face l'hôpital militaire pour les réadapter. Cette étude pose le problème de l'insuffisance des outils psychosociaux de la réadaptation et de la réinsertion des blessés de guerre au Cameroun.

Au terme de l'analyse théorique, il en ressort que les modalités de la réadaptation Psychosocial et la réinsertion des militaires blessés sur les théâtres d'opérations se rapportent aux différentes applications qui découlent de la théorie de Montleau (2013) « Après la blessure,

Les acteurs et les outils de la réinsertion ». Ce sont elles qui, au sens des acteurs doivent favoriser la réadaptation Psychosociale des militaires blessés en guerre. L'attention portée aux patients, la prise en charge et l'autonomie favorisent la réadaptation et la réinsertion du soldat blessé.

4.1.2. Rappel de la question de recherche

Du problème de recherche ci-dessus découle la question principale de recherche suivante : quels sont les acteurs de la réadaptation psychosociale et de la réinsertion des soldats blessés en guerre dans le contexte de l'armée Camerounaise ?

4.1.3. Rappel des objectifs de recherche

4.1.3.1.Objectif général

La question de recherche de cette étude nous permet d'identifier et d'étudier pour mieux comprendre leurs actions, les acteurs et les outils de la réadaptation psychosociale et de la réinsertion des soldats blessés en guerre au Cameroun.

4.1.3.2. Rappel des objectifs spécifiques

De façon spécifique, cette étude voudrait :

- Identifier les acteurs et les outils de la réadaptation psychosociale et de la réinsertion des soldats blessés en guerre au Cameroun
- Etudier les acteurs et les outils de la réadaptation psychosociale et de la réinsertion des soldats blessés en guerre au Cameroun.

4.2.Type de recherche

La recherche que nous réalisons s'inscrit dans le vaste domaine des études menées en sciences de l'éducation, plus particulièrement dans le champ de l'intervention et action communautaire. Elle aborde les questions relatives aux actions, aux acteurs et aux outils de l'armée camerounaise sur la réadaptation Psychosociale et de la réinsertion des soldats blessés en guerre. Afin de tenir compte de la complexité et de la singularité des situations vécues par les participants de notre échantillon, nous avons choisi d'utiliser une méthode qualitative.

4.3. Approche qualitative

Contrairement à la méthode quantitative, la méthode qualitative est représentée par des mots et non des chiffres. Comme la plupart des recherches qui sont effectuées dans ce champ, celle que nous réalisons s'inscrit dans une démarche d'exploration, de compréhension et de description. Adoptant ainsi l'approche constructiviste (Fortin,2010).

Defosse (2002), fait la remarque selon laquelle la méthode qualitative est " une approche subjective c'est-à-dire qu'elle donne la priorité à la parole des sujets en situation et au sens

qu'ils attribuent à leur vécu''. Ainsi, cette méthode apparaît à notre sens adaptée pour une meilleure compréhension de notre problématique. En effet, au travers du dialogue, cette dernière nous permet de rentrer au cœur des situations vécues par chaque Militaire de notre échantillon. « Le but de la recherche qualitative est de développer les concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans les contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants » (Mays et Pope, 1995, p.43).

Pour Gaspard (2019), à la différence de l'étude quantitative, l'étude qualitative est une méthode qui permet d'analyser et comprendre des phénomènes, des comportements de groupe, des faits ou des sujets. L'objectif n'est pas d'obtenir une quantité importante de données, mais d'obtenir des données de fond (de qualité). Cette méthode de recherche descriptive se concentre sur des interprétations, des expériences et leur signification. Son approche compréhensive peut être utilisée dans beaucoup de domaines comme dans les sciences sociales, histoire ou études de marché (notamment en marketing). Afin d'obtenir une meilleure construction de dialogue entre les participants et le chercheur, la méthode d'analyse qualitative qui a été choisie est celle de l'entretien individuel. Ce dernier nous permet de définir certains thèmes au préalable qui ont guidé les échanges tout en laissant à nos interlocuteurs et à nous-mêmes une certaine liberté d'expression. (De Rorthays, 2013, p.11.).

Gaspard (2019) considère que, pour effectuer une étude qualitative, l'on peut faire passer des entretiens. L'entretien permet au chercheur de collecter les données verbales qui sont récoltées grâce à des questions (préparées ou non).

Cette seconde technique de l'étude après l'observation permet de comprendre le sujet à partir d'interprétation de données récoltées lors des témoignages. Il distingue donc :

- L'entretien directif
- L'entretien semi-directif
- L'entretien non-directif

La technique de l'entrevue semi- dirigée est la principale méthode de collecte de données utilisée dans ces recherches (Fortin, 2010). « Elle consiste en un mode particulier de communication verbale entre deux interlocuteurs, un intervieweur qui recueille l'information et un répondant qui fournit les données » (Fortin, 2010, p.427).

Pour Karsenti et Savoie-Zajc (2011), c'est une technique qui permet aussi de centrer le discours des personnes interrogées autour des thèmes préalablement définis et consignés dans un guide appelé guide d'entrevue. Selon ces auteurs, par ce procédé, le chercheur assure une certaine consistance d'une entrevue à l'autre, même si, elles peuvent différer selon l'ordre des questions ou la dynamique des rencontres.

Dans le Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales, Mucchielli avançait que : L'important, désormais, en sciences humaines et sociales n'est plus uniquement de « valider » l'approche qualitative, ses critères de certification, son éthique, son paradigme de référence, les théories inductives trouvées... (car tout cela est largement établi), mais de participer à l'accumulation des connaissances dans ce domaine et d'accélérer le transfert de ces connaissances dans la société. (1996 : 5)

4.4. Site de l'étude

Notre étude est réalisée dans la ville de Yaoundé, capitale politique du Cameroun, région du Centre, département du Mfoundi, arrondissement de Yaoundé III au quartier NGOA Ekelle, durant la période allant de Mars 2022 à 2024. Pour des raisons stratégiques (lieu de résidence, lieu d'études, contraintes financières et temporelle), nous avons choisi comme site d'étude, le Ministère de la défense, plus précisément l'hôpital de la garnison Militaire de Yaoundé, dans les services de chirurgie et de psychiatrie.

4.4.1. Justification du choix du site

Le site de cette étude a été choisi du fait que, non seulement il s'agit de l'Hôpital de la région militaire n°1 mais aussi il est l'hôpital où sont soignés les soldats blessés lorsqu'ils reviennent de guerre, et aussi parce qu'il possède les médecins spécialisés dans la prise en charge de ces blessés. De plus, étant donné que nous avons fait nos études académiques à Yaoundé et que le site c'est-à-dire l'hôpital militaire de Région n°1 se trouve à Yaoundé, nous avons eu plus de motivation à choisir ce site pour mieux mener notre recherche.

4.4.2. Présentation du site de l'étude

Août 1993 : création de l'Hôpital Militaire de Yaoundé par décret n°93/213 du 04 août 1993 portant création et organisation des formations hospitalières militaires. En ce moment-là, il est un commandement et non un service, mais reste inactivé. Un commandant de l'Hôpital Militaire de Yaoundé est nommé et travaille avec un comité restreint à la structuration de l'institution.

En 1994, activation du Commandement de l'Hôpital Militaire de Yaoundé

Etat des lieux :

L'hôpital, qui alors, résulte de la fusion de l'infirmerie de garnison et du centre médical militaire de Yaoundé, hérite des deux bâtiments qui abritaient les deux premières structures et s'enrichît d'un bâtiment nouveau à trois niveaux, il est alors doté de onze (11) services spécialisés.

En 2001, suite aux grandes réformes qu'ont connues les forces de Défense, l'Hôpital Militaire de Yaoundé change d'appellation et devient l'Hôpital militaire de Région n°1. Il

devient à l'occasion un service et se voit nommer son tout premier médecin-Chef. Il couvre alors une superficie d'environ 6,54 Ha répartie sur deux sites :

- Le premier, d'une superficie d'environ 3Ha, est situé sur le plateau ATEMENGUE et abrite l'administration et tous les services spécialisés de l'HMR1,
- Le second, situé au quartier EKOUNOU à Yaoundé abrite l'unité technique de la morgue.

De 2001 à nos jours, l'HMR1 a bénéficié de la construction de plusieurs nouveaux bâtiments. Ce qui a permis de faire passer sa capacité d'accueil de 80 à 140 lits aujourd'hui. Dans le même temps et plus précisément en 2014, l'HMR1 s'est vu doter d'un centre d'hémodialyse d'une capacité de 18 générateurs dont la mise en service reste attendue. L'Hôpital militaire de Région n°1, en 2015, dispose de vingt eux (22) services spécialisés qui sont :

1. Le service spécialisé d'Ophtalmologie
2. Le service spécialisé d'ORL A
3. Le service spécialisé d'ORL B
4. Le service spécialisé de stomatologie
5. Le service spécialisé d'accueil et urgences
6. Le service spécialisé de chirurgie
7. Le service spécialisé d'Anesthésie et de réanimation
8. Le service spécialisé de Gynécologie et d'obstétrique
9. Le service spécialisé de pédiatrie
10. Le service spécialisé de cardiologie
11. Le service spécialisé de médecine interne/ neurologie
12. Le service spécialisé de pneumologie
13. Le service spécialisé de Gastro-Entérologie
14. Le service spécialisé de diététique
15. Le service spécialisé de dermatologie
16. Le service spécialisé d'Epidémiologie et des maladies infectieuses-CTA
17. Le service spécialisé de radiologie et d'imagerie médicale
18. Le service spécialisé de biologie et d'analyses médicales
19. Le service spécialisé de pharmacie
20. Le service spécialisé de pharmacie du Centre de traitement agréé des patients VIH/SIDA
21. Le service spécialisé de Neurochirurgie
22. Le service spécialisé d'Urologie

A ces services spécialisés, s'ajoutent deux unités techniques :

1. L'Unité technique de kinésithérapie
2. L'unité technique de psychologie/ psychiatrie.

En ce qui concerne le personnel, l'Hôpital militaire de Région n°1 est doté d'un effectif de 302 personnes réparties comme suit :

- 24 MEDECINS SPECIALISTES SONT 05 CIVILS
- 11 MEDECINS GENERALISTES SONT 08 CIVILS
- 02 PHARMACIENS
- 01 DIEGETICIEN
- 01 VIROLOGUE
- 39 OFFICIERS TECHNICIENS
- 03 OFFICIERS D'APPUI LOGISTIQUE
- 01 OFFICIER D'ADMINISTRATION
- 126 SOUS-OFFICIERS DE SANTE
- 12 SOUS-OFFICIERS DE SANTE DETACHES
- 22 PERSONNELS NON OFFICIERS D'APPUI
- 60 PERSONNELS CIVILS D'APPUI ONT 34 VACATAIRES

Sur le plan médical, l'HMR1 compte

- 24 MEDECINS SP2CIALISTES DONT 05 CIVILS
- 11 MEDECINS GENERALISTES DONT 08 CIVILS
- 02 PHARMACIENS
- 01 DIEGETICIEN
- 01 VIROLOGUE
- 60 INFIRMIERS IPLOMES D'ETAT
- 143 INFIRMIERS BREVETES, INFIRMIERS BREVETES ACCOUCHEURS, AIES SOIGNANTS et PERSONNELS PARAMEDICAUX

Pour un total de 242 personnels médicaux soit 80,13% de l'effectif global.

4.4.3. Population de l'étude.

Tsack (2004, p.7) définit la population comme étant « un ensemble fini ou infini d'éléments définis à l'avance sur lesquelles portent les observations ». Rongere (1979, p.63) quant à lui considère que la population est « l'ensemble d'individus qui peuvent entrer dans le champ de l'enquête et parmi lesquels sera choisi l'échantillon ».

La population peut être alors défini comme un ensemble de sujets ou individus ayant un ou plusieurs caractéristiques observables Communes sur lequel porte les investigations du chercheur. Ceci nous amène donc à nous questionner sur les critères de sélection de la population choisie.

4.4.4. Les caractéristiques de la population

Il s'agit ici de chercher à mieux comprendre comment les militaires arrivent à se réadapter et à se réinsérer ou comprendre les actions et les outils de l'armée camerounaise grâce auxquels les militaires blessés par la guerre parviennent à braver leurs difficultés après le retour de la guerre. Les militaires vont en guerre dans le but de combattre les délinquants ou les terroristes afin de maintenir la paix au sein du territoire. Sur le théâtre d'opération, ils rencontrent des difficultés et sont parfois victimes de blessures graves voire de la mort, d'autres encore ont des troubles psychiques. Ils chercheront donc à vaincre ces difficultés afin de pouvoir se réinsérer professionnellement.

Les militaires blessés en guerre étaient tous de sexe masculin, âgés entre 26 à 30 ans et revenaient tous des théâtres d'opérations de guerre à l'extrême-nord, Nord et Sud-ouest. Également, ils se faisaient soigner à l'hôpital de la première région militaire de la garnison de Yaoundé.

4.4.5. Critères de sélection des participants

Pour obtenir notre population, nous avons appliqué les principes d'inclusion et d'exclusion. Ces principes signifient respectivement que les sujets présentent les mêmes caractéristiques de sélection établies et sont inclus dans l'échantillon. Par contre, ceux ne remplissant pas les caractéristiques de sélection établies sont exclus de l'échantillon. Notre population est donc constituée de deux groupes à savoir : les militaires blessés en guerre, ayant été soignés ou qui sont soignés au sein de l'hôpital Militaire de la première Région (Yaoundé) et les acteurs de la réadaptation et de la réinsertion des soldats blessés. Pour faire partie de la population étudiée, les critères de sélection ont été définis ainsi qu'il suit :

- Être de nationalité camerounaise
- Être de l'armée camerounaise
- Être Militaire blessé sur un théâtre d'opération
- Être suivi à l'hôpital Militaire de Yaoundé

C'est à partir de cette base de critère que nous obtenons notre échantillon.

4.5. Échantillon et échantillonnage.

Pour Gaspard (2019), que l'étude soit qualitative ou quantitative, l'échantillonnage permet de récolter des informations pertinentes à partir d'un public cible, afin de répondre à la problématique et aux hypothèses de départ. L'échantillonnage est un procédé qui permet de

définir un échantillon dans un travail d'enquête. Il s'agit d'étudier une partie sélectionnée pour établir des conclusions applicables à un tout. En d'autres termes, l'échantillonnage est une sélection précise de personnes ciblées pour réaliser un entretien, un focus group, un sondage ou un questionnaire. D'après Fortin (2010), dans le cadre des recherches qualitatives, Les techniques d'échantillonnage utilisés sont pour la plupart non probabilistes.

Il s'agit d'une méthode d'échantillonnage non probabiliste encore appelé par Angers (1992) Echantillonnage type. Cette méthode consiste à sélectionner les cas « type », par exemple, les cas extrêmes ou les phénomènes rares. Ici, les participants choisis pour faire partie de l'échantillon apparaissent comme des modèles de la population d'étude. Pour ce faire, les chercheurs en fonction de l'étude fixent les traits (dans le cas de la présente, les critères inclusifs) que doivent remplir les participants. Les cas des blessés de guerre admis à l'hôpital de la garnison militaire de Yaoundé seront systématiquement enrôlés, en cas d'acceptation de faire partie de l'étude, jusqu'à saturation.

La procédure a consisté à identifier parmi les hôpitaux militaires, l'hôpital qui prend en charge les soldats blessés en guerre. Une fois le site identifié, nous avons déposé une autorisation de recherche signée par le chef de département. puis après acceptation de collecte des données par le ministre de la défense, nous avons au préalable cherché à obtenir une autorisation d'accès signé par le secrétariat de l'hôpital militaire puis nous nous sommes rendu au service de chirurgie où nous avons rencontré les patients avec les différentes blessures mais puisque notre sujet portait sur la réadaptation psychosociale des soldats blessés en guerre et leur réinsertion, les chirurgiens nous ont fait rencontrer les soldats qui se faisaient soigner là-bas.

Toutefois, il ne s'agit pas de tous les soldats blessés de cet hôpital car en effet, pour faire partie de notre étude, ils doivent obéir à certains critères de sélection.

Les entretiens peuvent s'inscrire dans des devis simples ou mixtes, avec ou sans triangulation. Sont aussi fournies des indications sur la façon de construire un guide d'entretien. Les manuels de méthodologie (Boutin, 2006 ; Kvale, 1996 ; Rubin et Rubin, 2004) présentent des techniques d'analyse (catégorisation, thématisations, théorisation, etc.)

Pour Fortin (2010), il est difficile de déterminer d'avance la taille d'un échantillon dans une recherche qualitative, cette stratégie nous permettrait de combler cette lacune et de tendre vers « une certaine représentativité » de la population étudiée dans le sens où nous pourrions interviewer au moins un membre de chaque sous-groupe de cette population. La stratégie de la pratique et le caractère méthodique de cette approche qui consiste en la constitution de notre échantillon de recherche, nous permet d'identifier des variables pertinentes comme le type d'hôpital choisi, l'hôpital Militaire, le sexe des participants « masculin », les grades des militaires blessés, leur service d'appartenance et y définir des sous-groupes. De ce point de vue,

cette stratégie nous donne l'avantage de rencontrer toutes les catégories de blessés et les acteurs de la réadaptation et de la réinsertion dans l'hôpital Militaire choisi.

4.6. Outil de collecte des données

« La phase de la collecte de données consiste à employer des stratégies souples visant à favoriser l'interaction avec les participants ». Najac (2013). D'après Fortin (2010), cette phase consiste à récolter auprès de ceux-ci, des informations utiles et nécessaires en vue de répondre aux objectifs et aux questions de la recherche. L'entretien désigne un dialogue mettant les interlocuteurs dans une situation d'échange sur un thème prédéfini et suggéré par le chercheur. Dans le cadre de cette recherche, l'entretien individuel est le mieux indiqué pour la collecte des données. L'entretien individuel, plus que tout autre dispositif, permet de saisir, au travers de l'interaction entre un chercheur et un sujet, le point de vue des individus, leur compréhension d'une expérience particulière, leur vision du monde, en vue de les rendre explicites, de les comprendre en profondeur ou encore d'en apprendre davantage sur un objet donné. Comme la parole est donnée à l'individu, l'entretien s'avère un instrument privilégié pour mettre au jour sa représentation du monde. Najac (2013). Bien qu'il existe un large éventail de possibilités en matière d'entretien individuel, les données indiquent que les chercheurs en sciences de l'éducation manifestent une nette préférence pour les entretiens de type semi-dirigé. Deux qualificatifs sont ainsi attribués aux termes entretien/entrevue à savoir semi-dirigé ou semi-structuré. Parfois le déterminant semi dirigé/semi-structuré qualifie le questionnaire ou le guide d'entretien et non l'entretien lui-même. Najac (2013).

Selon Mvoto (2009), l'entrevue individuelle est une situation d'interaction verbale de deux personnes désirant construire un savoir d'expertise et dégager une compréhension d'un phénomène d'intérêts communs. Les échanges peuvent se faire en face à face, par téléphone ou, par courriel sur la base d'un guide.

4.6.1. Justification du choix des techniques d'entretiens individuels.

Le choix de cette technique repose pour nous, sur le fait qu'elle nous permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Les échanges favorisent l'émergence de connaissances, d'opinions et d'expériences comme une réaction en chaîne grâce à la réunion de personnalités diverses favorisant l'expression et la discussion d'opinions controversées.

Dans le cadre de notre étude, les entretiens se sont déroulés dans un esprit de convivialité, de confiance mutuelle, mais aussi de confidentialité. En orientant et en guidant ces entrevues selon les objectifs visés dans cette recherche, l'utilisation de cette technique nous a permis de saisir en profondeur l'histoire de l'expérience objective et subjective qu'a vécue chaque

participant durant son processus de réadaptation psychosociale dans l'armée Camerounaise. Le choix de cette technique se justifie aussi par le fait qu'elle pourra nous permettre non seulement d'obtenir des infos riches et inhérentes aux acteurs concernés (répondants), leur point de vue, les facteurs qui ont contribué à la réalisation de leur choix professionnel mais aussi de retranscrire les données récoltées sous forme de verbatim, mais aussi de faciliter leur traitement.

4.6.2. Construction du guide d'entretien.

Notre recueil des données s'est fait sur la base d'un guide d'entretien. Dans une recherche de type qualitative avec comme instrument l'entretien individuel, il était difficile de faire une pré-enquête ou un pré-test au sens strict du terme sur la même population de l'étude, car l'entretien est un échange avec une personne. Faire un essai ne pouvait non plus rendre crédible l'étude pour les sujets. Cependant nous avons trouvé des moyens de pallier à ces difficultés.

4.6.2.1. Pré-enquête

Notre pré-enquête a consisté au repérage de la structure qui constitue notre site d'étude. En effet, en vue d'obtenir des informations fiables sur la réadaptation Psychosociale et la réinsertion des militaires camerounais qui reviennent de la guerre avec des blessures, nous nous sommes rendus à l'hôpital de la garnison Militaire de Yaoundé. Cette pré-enquête nous a permis de décider de concert avec les participants du lieu des entretiens, des jours des entretiens, de la durée des entretiens, du matériel de recueil des verbatims. Ainsi, cette pré-enquête a permis de délimiter les champs de la recherche, d'identifier le terrain et le type de population pouvant faire partie de l'étude, définir les critères de choix de l'échantillonnage, de définir le contenu des notions qui devaient être au centre des échanges des entretiens individuels, et choisir la population d'enquête.

4.6.2.2 Présentation du guide d'entretien.

Ce guide d'entretien est fait dans le but de recueillir les données ou les informations venant de la population de l'étude. Il faut rappeler ici que, ce guide a été utilisé pour les entretiens individuels. Nos entretiens sont partis d'une grande question et en fonction de la réponse de l'enquêté, on a d'autres renseignements importants, en d'autres termes, nous avons fait des relances. Cependant, avant la phase d'échange proprement dit, nous avons eu à préciser quelques paramètres de l'entretien aux enquêtés à savoir : la confidentialité des informations recueillies, l'objectif de cet entretien, le choix des participants, le thème de l'entretien et l'enregistrement en version audio de l'entretien. Cette procédure visait à obtenir le consentement des interviewés sur tous les points que nous devons aborder. Afin de mieux circonscrire les informations que nous recherchions auprès des participants, trois (3) grands thèmes ont été retenus pour conduire ces entrevues d'entretiens individuels. Ils ont été élaborés tout en tenant compte des objectifs spécifiques visés dans cette recherche. Ce sont :

Thème 1 : le vécu du soldat pendant et après la blessure

- Sous thème 1 : d'où vient-il ?
 - Quel est son unité d'appartenance ?
 - Quel âge a-t-il ?
 - Quel est son sexe ?
 - Quelle est sa situation matrimoniale ?
 - Quel est son niveau d'étude ?
- Sous thème 2 : quels sont ses besoins ?
 - Quels sont ses besoins psychologiques ?
 - Quels sont ses besoins sociaux ?
 - Quels sont ses besoins médicaux ?
- Sous thème 3 : A-t-il des préoccupations ?
 - Quels sont ses sentiments ?
 - Quelles sont ses peurs ?
 - Quelles sont ses émotions ?
 - Quelles sont ses attentes ?

Thème 2 : les acteurs et les outils de la réadaptation

- Sous thème : quels sont les acteurs de la réadaptation psychologique et sociologique des soldats blessés ?
 - Quel est leur rôle ?
 - Quelle est leur mission ?
 - Quel est leur niveau d'intervention : outils et dispositifs mobilisés pour la réadaptation (juridiques, financiers, humains, sociaux) ?
 - Quelles sont les difficultés rencontrées ?
 - Quels sont les partenaires institutionnels et non- institutionnels ?

Thème 3 : acteurs et les outils de la réinsertion

- Sous thème : quels sont les acteurs et les outils de la réinsertion des blessés de guerre ?
 - Quel est leur rôle ?
 - Quelle est leur mission ?
 - Quel est leur niveau d'intervention : outils et dispositifs mobilisés pour la réinsertion (juridiques, financiers, humains, sociaux) ?
 - Quelles sont les difficultés rencontrées ?
 -

4.6.2.3. Cadre de l'entretien.

Le cadre de l'entretien renvoie au lieu de déroulement de l'entretien et aux modalités de collecte des données des interviewés. Les débuts des entretiens étaient marqués par la présentation de l'autorisation du ministre de la défense à l'interview afin de pouvoir matérialiser leur adhésion au dit entretien tout en précisant que les données seront strictement anonymes et confidentielles s'ils le souhaitent. Nous avons pour ceux qui étaient encore en train de se faire soigner, choisi un endroit calme où nous devrions passer l'entretien sans être interrompu et sans frustration.

4.7. Technique d'analyse des données.

La méthode adoptée pour analyser les résultats de notre recherche est l'analyse thématique de contenu. Selon Paillé et Mucchielli (2016), c'est une méthode qui consiste en une réduction des données brutes d'un matériel par la dénomination de thèmes ou de catégories afin de parvenir à leur trouver un sens et une signification. Dans le cadre de notre recherche, la procédure qui a été utilisée est celle décrite par L'Écuyer (1990).

L'Écuyer (1990), fait savoir qu'une bonne analyse de contenu doit obéir à six exigences principales. Selon l'auteur, une analyse de contenu doit être « objectivée et méthodique » à partir de règles explicitement formulées permettant ainsi son apprentissage, sa transmission et l'aboutissement à des conclusions semblables par différentes personnes associées à la recherche. Elle doit aussi être « exhaustive et systématique » tout en tenant compte de tout le matériel recueilli lors de la collecte de données. Il indique également qu'une analyse de contenu doit aussi être « centrée sur la recherche de signification du matériel analysé » et avoir une pertinence théorique de par son caractère « génératif ou inférentiel »

4.7.1. Analyse de contenu.

Procéder à une analyse de contenu ne consiste pas à réaliser un résumé du matériau obtenu. Blanchet et Gotman (1992), ont distingué plusieurs types d'analyse de contenu selon leur degré de formation. Parmi ces types d'analyse de contenu, nous avons choisi l'analyse de contenu thématique. Ce choix se justifie par le fait qu'il nous permet de découper transversalement l'ensemble des entretiens et rechercher une sorte de cohérence thématique. Pour ce faire, il était nécessaire de construire une grille d'analyse des données.

4.7.2 Techniques de dépouillement des données

Dans une recherche de type qualitatif, l'analyse ne saurait être faite sur la base de simple prise lors du déroulement des entretiens individuels et encore moins sur la base des souvenirs mémorisés. Ces procédures n'ont pas de légitimité scientifique. Selon Bardin (1997), une analyse qualitative, pour être fiable doit être faite en trois étapes. Tout d'abord, le recueil des données a consisté en la transcription de l'interview enregistrée au cours des entretiens. Cette

transcription était suivie de la sélection de certains éléments des discours sur la base des faits saillants et des préoccupations dominantes afin de réaliser auprès de quatre groupes, de façon systématique ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse au cours des entretiens. Et ce sont ces éléments des discours sélectionnés que nous allons analyser et présenter dans nos résultats. Ensuite, la deuxième étape consistant non seulement à définir les codes qui devaient sélectionner certains être affectés auxdits éléments des discours mais aussi éléments des discours. Le but étant de corroborer ou de réfuter nos objectifs de départ.

Par ailleurs, la transcription de nos interviews a été faite par nos propres soins. Aussi de noter mot à mot tout ce que dit le consultant sans en changer le texte, et même les hésitations, sans interpréter et sans abréviation. Cependant, il faut noter que les discours hors textes sujet ne sont pas transcrits, car il s'agit des pauses que les participants se donnent pour se détendre. Les interviews en fait, tel que nous l'avons déjà précisé, duraient en moyenne 15 minutes. Il était donc de bon ton de briser de temps en temps le silence, en d'autres termes d'introduire des commentaires hors contexte, des blagues pour permettre aux interviewés de récupérer et d'être davantage inspiré.

4.7.3. Codage des résultats

D'après Berg (2003), le codage explore ligne par ligne, mot à mot les textes de interviewés, il décrit la classe et transforme les données qualitatives brutes en fonction de la grille d'analyse que nous avons présentées plus haut.

4.8. Considérations Ethiques et Déontologiques

Les recherches en sciences sociales portent pour la plupart essentiellement sur l'étude des phénomènes qui ont trait aux comportements d'un individu ou d'une communauté, ce qui signifie que l'être humain est au centre de la recherche. Pour ce faire, dans un milieu aussi confidentiel que celui de l'armée, il est nécessaire de respecter l'éthique. Dans la considération éthique et déontologique, il est question de respecter les précautions du ministère de la défense et la dignité des participants. De même pour affirmer leur humanité, il faut respecter leur dignité dans ce sens qu'ils sont déjà handicapés et qu'il faudrait en tenir compte. Dans l'optique d'appliquer cela, nous avons après l'obtention d'une autorisation de recherche auprès des autorités compétentes de l'université adressé une demande d'autorisation de collecte des données au ministre chargé de la défense afin de mener les recherches au sein de son ministère. Chose qui n'a pas été facile vu la confidentialité qui existe dans ce corps de métier raison pour laquelle nous avons reçu la réponse du ministre après quatre (04) mois.

Toutefois l'autorisation du ministre était accentuée sur des précautions à prendre par les chercheurs pendant les entrevues. Il s'agissait de :

- L'anonymat (nous devions faire savoir aux participants que leurs noms ne figureraient pas dans le travail ou aucun signe permettant de les identifier raison pour laquelle nous ne leur avons même pas demandé comment ils s'appelaient parce que nous allions utiliser des paronymes.)
- La confidentialité (nous n'avons pas le droit de divulguer les informations recueillies)
- L'autorisation d'utiliser des magnétophones (bien que nous ayons reçu l'autorisation du ministre par rapport à l'utilisation des magnétophones, il était de bon ton de demander leur autorisation avant de le faire car beaucoup avaient peur pour leur carrière.)

En clair, il est important de présenter en quoi consiste notre étude et quels sont les moyens mis à notre niveau, les approches et investigations menées sur le terrain afin d'être au parfum des informations classés A1. C'est le cas de notre dévolu jeté sur le Ministère de la défense qui a l'honneur de nous faciliter la tâche. Car son autorisation de nous intéresser à son ministère était ce qu'il fallait pour pouvoir être efficace. Il ressort que notre satisfaction était grande à l'issue de ces investigations. Chose faite, place au résultat.

CHAPITRE 5 : ANALYSE ET PRESENTATION DES RESULTATS

Dans ce chapitre, il sera question de présenter les résultats des différentes investigations réalisées sur le terrain. Nous présenterons tour à tour les résultats liés aux caractéristiques socio démographiques des participants. Notamment JC, Frank, Jimmy, Nick, Luc, Jeanne et Didier. Il s'agit ici des noms d'emprunts que nous avons utilisés pour préserver l'anonymat des personnes ayant participé à l'entretien. Avec les soldats, nous avons évoqué leur vécu sur le terrain, leur situation psychologique et leur réadaptation psychosociale ainsi que leur réinsertion.

Au plan méthodologique, ces données renvoient aux informations recueillies lors de l'entretien semi-directif avec les participants, à partir de la méthode d'analyse de contenu de type thématique.

5.1. Caractéristiques générales de l'échantillon

	Age	Sexe	Grade	Situation matrimoniale	Dernier diplôme
J C	30	M	Sergent	Célibataire	CAP
Frank	30	M	Caporal	Célibataire	CAP
Jimmy	28	M	1 ^{ère} classe	Célibataire	PROBATOIRE
Nick	26	M	Caporal	Marié	CAP
Marc	28	M	QM2	Marié	CAP
Luc	55	M	colonel	Marié	Master
Jeanne	38	F	Civile	Mariée	Doctorat
Didier	30	M	Civil	Célibataire	Master

L'échantillon de cette étude est constitué de sept (7) participants âgés entre 26 et 30ans pour les soldats et 30 à 55 ans pour les acteurs de la réadaptation. Le tableau d'identification des soldats suggère que 100% des blessés de guerre, participants de notre étude sont de sexe masculin tandis que, pour les acteurs, nous avons deux personnes de sexe masculin et une personne de sexe féminin. L'échantillon comprend 4 soldats, un médecin de l'hôpital militaire, un agent de santé au service de psychiatrie et un membre du service de réinsertion.

5.2. Analyse des résultats de la recherche

JC 30 ans, est un soldat qui contrairement aux autres était régulièrement sur le théâtre d'opération, la seule différence est que cette fois-ci il a reçu une balle au niveau de la jambe gauche. D'abord sur le terrain d'opération, il a été choqué par une nouvelle qui l'a déstabilisé :

sa copine le trompait. Et après la blessure, elle le quitte parce que dit-il elle ne supportait pas le voir avec une béquille.

C'est un soldat qui aime le métier qu'il a choisi, et qui reconnaît que ce qui lui est arrivé fait partir des risques du métier. Au début de notre entretien, il nous fait comprendre qu'il est plutôt reconnaissant du fait que le pire n'est pas arrivé : **il est difficile pour moi d'oublier cette image surtout après avoir subi un choc pareil. Dieu merci je suis en vie car certains de mes camarades en sont morts. J'ai été bien opéré, je me rétabli bien, je reviens à l'hôpital juste pour le massage. C'est vrai que je n'ai pas encore rejoins mon unité mais je compte rejoindre les rangs dans très bientôt.** D'après ce témoignage, nous pouvons croire qu'il est un soldat très épanoui et qu'il n'a pas de souci. Or, il est juste un soldat qui est fier de servir son pays et de préserver l'intégrité du territoire national : **par rapport aux traumatismes, il faut dire que nous sommes habitués à aller sur le terrain la seule différence est que cette fois-ci j'ai ramené une blessure donc si c'était à refaire, j'allais y retourner.** Cependant, il n'est pas à négliger qu'être sur le terrain est toujours flippant et parfois même traumatisant, raison pour laquelle JC n'était pas épargné : **je me suis senti découragé lorsque j'étais sur le lit d'hôpital lorsque j'ai choppé une blessure et j'ai même regretté d'avoir fait l'armée mais maintenant ce que je voudrai c'est guérir et reprendre le travail comme les autres.** Ceci montre l'attitude que peut avoir n'importe quel être humain lorsqu'il est confronté à la mort, il regrette au départ le choix qu'il a fait et plus tard comprend que la vie n'est pas simple.

JC aurait eu peu de contact avec ses proches lorsqu'il était alité parce qu'il voulait affronter tout seul cette étape de sa vie, une preuve encore de sa force en tant que soldat. Pour lui, la blessure de guerre n'est pas la fin du monde et il était conscient que c'est plus effrayant pour certains civils que pour les personnes appartenant aux corps armées : **certains membres de ma famille ne pouvaient pas supporter me voir dans cet état raison pour laquelle je refusais certaines visites même s'ils insistaient.** Cela signifie d'un autre côté qu'il était bien pris en charge par son institution.

A la question de savoir quel effort personnel il fait pour sa réadaptation, JC est plutôt un bon sportif et une personne qui sait bien se débrouiller tout seul, bref il n'est pas un paresseux : **je fais les efforts physiques comme la marche pour raccourcir la durée de ma réadaptation. Même pendant que j'étais alité, je faisais l'effort de me laver moi-même pour sentir que je suis utile.** Cela n'exclut pas le fait qu'il faut suivre les instructions des médecins avant d'engager quoi que ce soit surtout dans ce genre de situation.

JC a néanmoins quelques préoccupations vis-à-vis de son institution qui pourraient le rendre plus engagé qu'il est déjà : **si l'armée pouvait nous augmenter les salaires et les**

allocations familiales, même nous favoriser les stages, ce serait mieux. C'est d'ailleurs la préoccupation de tous les soldats qui reviennent de guerre.

Frank 30 ans, est un soldat qui en plus d'avoir reçu une blessure physique, est touché psychologiquement parce qu'il a reçu la balle au niveau de la tête, ce qui a causé la paralysie d'un côté de son corps. Au premier contact avec lui, il avait l'air normal mais lorsqu'il a commencé à s'exprimer, on pouvait ressentir un manque en lui : **sur le plan psychologique, je me sens bouleversé parce que j'ai d'abord reçu la balle au niveau de la tête. Je me suis réveillé sur le lit d'hôpital et je ne comprenais pas ce qui se passait. Psychologiquement, je me sens mal à l'idée de savoir que je ne suis plus le même et que les autres me regardent avec pitié. Certaines personnes m'interpellent pour me demander si à mon jeune âge j'ai déjà eu l'AVC, d'autres murmurent juste et ça me dérange vraiment mais je n'ai pas le choix.** Quand il a parlé ainsi, l'on pouvait voir dans ses yeux un sentiment de peur et d'angoisse, chose normale pour quelqu'un qui du jour au lendemain est devenu infirme : **cette balle que j'ai reçue a causé la paralysie de mon côté gauche.** En entendant cela, l'on peut dire que ce n'est pas possible surtout avec ce que nous voyons dans les films d'action mais chaque personne meurt quand c'est son jour.

Ce n'est pas à cause de la blessure que Frank va baisser les bras car l'amour qu'il porte pour son pays lui donne l'espoir que tout ira mieux : **je ne regrette pas totalement parce que je me dis que c'est un métier comme les autres. J'ai toujours envie de servir mon pays parce que c'est jusqu'au sacrifice suprême.** Il est vrai que lorsqu'il avançait ces propos, ce n'était pas avec certitude vu ce qu'il dira plus loin.

En évoquant la question de la qualité de la prise en charge, Frank a d'abord dégagé un sourire ironique avant de prendre la parole : **je n'ai pas encore été opéré c'est-à-dire que la balle est toujours dans ma tête mais la douleur a un peu baissé parce qu'on essayait de calmer avec autres choses. Le traitement ne me soulage pas vraiment mais j'ai appris à faire avec.** L'on peut noter là le manque de moyens et d'outils pour assurer une prise en charge normale.

Par ailleurs, Frank a gardé plutôt de bonnes relations avec ses proches, ce qui d'une part ne rendait pas la réadaptation très pénible : **les rapports avec certains membres de ma famille et certains de mes collègues sont restés les mêmes. Ils m'appellent souvent et me soutiennent financièrement de même que la famille.**

Frank également avait des doléances ou des besoins qu'il voudrait soumettre à son institution : **j'aimerais que l'armée Camerounaise puisse nous accorder des stages à nous qui sommes blessés et améliorer notre prise en charge, de même pour ceux qui sont encore**

sur le terrain. Ces propos laissent entendre qu'il se sent délaissé et mis à part à cause de la blessure et qu'il aimerait se sentir utile.

Jimmy 28 ans, un soldat qui se trouve très loin de son institution et de sa famille et qui a beaucoup déploré la qualité de sa prise en charge d'où son mauvais état psychologique : **depuis que j'ai reçu la balle je suis dérangé psychologiquement d'abord par la manière dont je suis prise en charge et ensuite par la balle que j'ai reçue à la jambe. Je ne suis pas bien traité à l'hôpital, je dépense à mes frais. J'ai tellement aimé l'armée mais après cette blessure, je ne suis pas sûr de ressentir encore le même amour pour l'armée. D'abord que je suis convaincu que même si je remarche un jour, je ne pourrai plus jamais bien marcher comme avant. C'est vrai que d'un autre côté, je prends cela comme la volonté de Dieu et je le remercie car il y a les gens qui sont mort pendant la mission.** Après avoir dit cela, il est devenu tout triste et on pouvait lire dans ses yeux un sentiment de pitié et de regret d'après l'idée qu'il se faisait de ce métier avant d'y intégrer.

Jimmy avait un pied qui ne se posait pas au sol et ne pouvait pas se plier (son pied touché par la blessure), ce qui a même fait en sorte que l'entretien avec lui se passe plutôt dans la station debout contrairement aux autres soldats. Il semblait en même temps déçu du résultat car il ne voyait pas de grands changements : **mon problème pour le moment est de me faire soigner. Avant je marchais avec une canne anglaise et maintenant je marche avec deux, ce qui signifie qu'il n'y a pas d'évolution au contraire le mal s'aggrave.** Il n'arrivait pas à croire ce qui lui arrivait car c'était comme un cauchemar qui n'allait peut-être jamais prendre fin.

Il disait avoir perdu du poids non seulement à cause de la blessure, mais aussi de la qualité de la prise en charge qu'il recevait : **je me vois différent de comment j'étais avant. Même mes collègues sont dépassés par le fait que je ne marche pas encore. Tout ça parce que je ne suis pas bien pris en charge. Je fais les dossiers administratifs tout le temps et pas de réponse depuis 4 mois que je fais les dossiers de prise en charge, je viens encore de refaire et pendant ce temps ma blessure s'aggrave. Toutes les dépenses m'incombent parce que je n'ai pas l'autorisation de prise en charge.** En attendant cela, Jimmy viendrait d'une famille pas très à l'aise financièrement et d'un autre côté, il serait juste fâché contre la lenteur de son administration à réagir face à son problème de santé.

Jimmy est dans une ville qui est très éloignée de sa famille et de ses proches. Il avait peut-être besoin de l'affection de ses proches pour se sentir mieux psychologiquement : **ma famille vit dans le Nord et sud-ouest, c'est alors difficile pour elle de venir m'assister. Je vis chez mon cousin qui n'est presque jamais à la maison je suis presque abandonné à moi-même.**

C'est l'un des aspects qui le mettaient en colère et qui le rendaient triste raison pour laquelle il avait besoin d'une chaleur venant de ses proches.

A la question de savoir quelles relations Jimmy entretenaient désormais avec ses collègues, il a voulu fondre en larmes avant de répondre : **j'ai gardé de bonnes relations avec mes collègues et amis même si en les voyants je les envie parce que je ne peux plus porter les rangers.** Accepter sa situation actuelle ne sera pas du tout facile pour lui mais il a espoir qu'un miracle fasse que les choses redeviennent comme avant.

Il ne comprenait pas qu'avec ce genre de blessure l'on doit être patient et attendre le rétablissement progressif. Ce n'est pas facile pour un soldat de rester sur place à ne rien faire : **pour la rééducation, j'ai essayé la kiné et ça a plutôt aggravé ma blessure car ça m'a déplacé l'os donc ma réadaptation se seulement à l'hôpital pour le moment. J'aimerais parce que j'aime beaucoup le terrain et je me sens inutile en ce moment. Je suis d'ailleurs tout le temps sur le terrain.**

Au moment où nous lui avons dit que l'entretien tire à sa fin, il a commencé à murmurer quelque chose et quand nous lui avons demandé de quoi il s'agissait, il a répondu **madame, mon seul problème n'est pas au niveau de ma blessure hein je n'ai peut-être pas de traumatisme psychique je dors normalement mais ma copine s'est faite engrosser par quelqu'un d'autre pendant que j'étais au front, ce qui m'a déstabilisé au point où je n'étais plus concentré dans la mission.** Ceci nous laisse comprendre qu'il était déjà découragé sur le terrain avant même de recevoir la balle. Le fait de ne pas être concentré dans la mission pourrait être l'une des raisons ayant causées la blessure de guerre mais ce n'était pas le seul point qui le déstabilisait : **je ne recevais pas ma prime quand j'étais sous repos médical, ce que l'armée devrait revoir. Ce n'est pas normal qu'un soldat soit au front et qu'il ne reçoive pas sa prime sous-prétexte qu'il est sous repos médical.**

Nick, 26 ans

Le plus jeune de l'échantillon des soldats et d'ailleurs le seul homme marié avec un enfant qu'il n'a pas encore rencontré à cause de la blessure et du terrain se sent très bouleversé face à ce qui se passe. A la question de savoir comment il se sent il me répond : **j'ai reçu la balle au niveau du bras et du rein, j'ai fait un mois et une semaine à l'hôpital avant mon opération. Il a fallu que plusieurs personnes interviennent parce que certains matériels manquaient. Parfois lorsque certains médicaments n'étaient pas trouvés par les infirmiers, on envoyait mes gardes malades les chercher hors de l'hôpital et à mes propres frais. J'ai passé plusieurs nuits blanches à cause de la douleur parce que les calmants qu'on me donnait ne suffisaient pas pour calmer, ça calmait à courte durée.** L'entretien avec Nick a eu lieu

quelques jours après son opération. Nous l'avons d'abord rencontré pour le préparer à l'entretien il a consenti sans savoir que le jour d'après il allait se faire opérer, il a donc fallu quelques jours pour qu'il se remette un peu pour pouvoir participer à l'entretien.

Dans ses propos, on pouvait lire la peur dans ses yeux, la peur de ne pas guérir et d'être abandonné par les siens : **je suis vraiment traumatisé quand je vois mon corps qui n'est plus le même qu'avant. Je suis ici avec ma mère et mon camarade qui est aussi garde malade et qui prend soin de moi car c'est lui qui effectue toutes les courses, mes camarades ne peuvent même pas me rendre visite car je suis loin.**

A cause de la distance qui le sépare de ses camarades d'armes, les rapports ne sont plus les mêmes et Nick se sent abandonné : **avec mes collègues, je ne garde plus vraiment les mêmes relations qu'avant la blessure. Certains se soucient de moi et d'autres m'ont complètement oublié. Je suis vraiment gêné de savoir que c'est seulement le travail qui nous liait.** Son ressenti était tout à fait normal parce que c'est dans les moments pareils qu'on a le plus besoin de l'attention de ses proches surtout de ses collègues avec qui on a cheminé et quand ce n'est pas le cas, c'est regrettable.

Il se fait tellement du souci pour sa femme et a une forte envie de retourner auprès de sa famille : **ma femme a eu notre bébé deux mois avant ma blessure raison pour laquelle elle n'est pas encore venue me voir, moi aussi je n'ai pas encore vu notre bébé. J'ai mal d'apprendre qu'elle se fait du souci pour moi au point où elle ne mange pas et qu'elle perd du poids. J'ai juste envie de vite guérir pour aller les voir.** On aurait dit que le simple fait de pouvoir revoir sa famille allait favoriser son rétablissement.

A cause de tout ce qui se passe, Nick se sent découragé et aimerait que son institution prenne en compte certains détails : **pour commencer, c'est mon bras droit c'est-à-dire mon bras fort qui est touché. Mes camarades qui se soucient de moi ont pris peur lorsque l'hôpital a mis long avant de m'opérer, ce qui fait qu'ils n'ont plus l'amour, ni la hargne de servir comme avant car ils se disent que si demain ils tombent, ils ne seront pas pris en charge. A un moment, ma famille voulait déjà s'en occuper car ils ne supportaient pas me voir dans cet état. Bref, mon souhait est que l'armée puisse prendre en compte nos souffrances et les abréger.**

Nick a des besoins médicaux et déplore le fait qu'il se soigne à ses frais : **je reçois normalement mes primes pour le moment, sauf que je dépense mon propre argent pour me faire soigner chose qui n'est pas normal. J'ai l'autorisation de prise en charge mais quand je me rends à la pharmacie et qu'il n'y a pas un médicament, on me demande moi-même le chercher hors de l'hôpital. Je n'ai plus envie de retourner sur le théâtre d'opération même si je venais à guérir totalement parce que psychologiquement je suis**

découragé par la manière dont on traite les blessés de guerre ici. J'étais sensé commencer avec la rééducation depuis lundi mais l'autorisation traîne à sortir. Une autre ordonnance vient de tomber et il faut que j'achète ces médicaments, même manger je le fais à mes propres moyens. J'ai même appris qu'il y avait de la nourriture pour les évacués mais moi on ne m'a jamais donné ça. Pendant l'entretien, certains de ses collègues passaient et lui faisaient signe de la tête de ne pas nous dire tout ce qu'il me disait mais ça ne l'a pas arrêté tellement il était en colère.

Après lui avoir posé toutes les questions, Nick a commencé à raconter comment ils se sont faits attaqués : **un bororo nous a informé avant que les terroristes eussent enterrés la mine quelque part, et mes chefs ont négligés l'information soi-disant qu'ils avaient pris les dispositions pour cela. Nous voilà donc entrain de partir, arrivé à un endroit la mine a sautée et nous étions dans le dernier camion. La chance que nous ayons eu est qu'ils ont ratés le branchement de la mine, ce qui n'a pas fait trop de ravages. A l'instant même ils se sont mis à nous tirer dessus et nous avons ripostés. Certains d'entre nous ont pu s'échapper et moi en envoyant le pied pour sauter, la balle m'a atteint au niveau des reins et du bras.**

Après avoir fini avec les soldats, nous avons demandé à passer l'entretien avec les acteurs de la réadaptation c'est-à-dire ceux qui s'occupent de leur réadaptation physiques et psychiques ce qui n'a pas été un succès total.

Luc, 55 ans : l'un des médecins de l'hôpital Militaire

Son secrétaire lui a annoncé qu'il y a une étudiante qui voulait s'entretenir avec lui, il devint furieux car il pensait que c'était pour lui soutirer des informations confidentielles. Il a fallu insister pour qu'il change d'avis. Luc s'occupe de la blessure physique des soldats blessés en guerre et à la question de savoir quelle est leur mission il répond : **la mission de l'hôpital Militaire est de recueillir le militaire blessé, le soigner et suivre son profil évolutif c'est-à-dire voir s'il va vers la guérison complète ou s'il va vers les séquelles. Et s'il va vers les séquelles, ça peut être des séquelles physiques ou psychologiques, l'hôpital a pour rôle d'amener le patient vers le rétablissement au maximum de son traumatisme, soutenir les actions des militaires qui sont dans les zones d'opération.**

Il est à préciser que l'hôpital militaire de Yaoundé est celui de la première Région Militaire et c'est cet hôpital qui reçoit les blessés de guerre car il y a au sein de l'hôpital une

équipe soignante et de spécialistes. C'est ce que Luc essayait de nous expliquer lorsque nous lui avons demandé quel était leur niveau d'intervention : **l'hôpital militaire intervient à tous les niveaux. On y trouve des chirurgiens, des psychologues, des psychiatres, des réanimateurs, des rhumatologues, des neurologues, bref toutes les spécialités qui peuvent être sollicitées dans le cadre des blessures de guerre.**

A la question de savoir s'il y a un service de réadaptation, il dit : **il y en a au sein du ministère bien qu'il ne soit pas encore opérationnel. Il s'agit de la kinésie thérapie et de la réadaptation fonctionnelle.** Ceci dit, la réadaptation des soldats se passe principalement à l'hôpital et en famille. Certains cas qui se présentent comme la fracture au niveau de la jambe, du bras, il y a un service qui s'occupe de la kinésie thérapie, sauf qu'il y a toujours des cas plus sérieux dont l'hôpital ne peut s'en occuper, on les envoie donc dans un centre spécialisé : **Pour les cas spéciaux, on les envoie au centre des handicapés à Etoug Ebe en attendant que le centre de réadaptation soit fonctionnel. Et pour les malades psychiques, le ministère dispose d'un service de psychiatrie.**

Pour le moment l'hôpital militaire ou le ministère de la défense n'a pas encore de partenaires, ce qui signifie qu'il s'occupe seul de ses blessés de guerre.

Cependant, l'hôpital rencontre quelques difficultés dans la prise en charge des soldats blessés en guerre et cela dit-il, freine l'évolution de la réadaptation chez certains soldats: **nous avons comme difficultés la prise en charge sur la longue durée par exemple un blessé de 2014 qui continue à être pris en charge jusqu'au jour d'aujourd'hui, crée les difficultés au niveau financier, thérapeutique et institutionnel, pourtant chaque année les blessés s'accumulent et cela devient compliqué pour le personnel soignant.**

Comme nous l'avons dit plus haut, l'hôpital Militaire dispose des services qui s'occupent de la santé physique des soldats blessés en guerre et d'un service de psychiatrie qui s'occupe de leur santé mentale.

Jeanne, 36 ans travaille au service de psychiatrie de l'hôpital Militaire, sauf que ce service est un peu détaché de l'hôpital, chose que nous trouvons normal car c'est un service qui traite des cas sérieux. Jeanne est une personne gentille qui sait aussi s'y prendre avec ses patients. La première question abordée avec elle était celle de savoir quelle est la mission du service de psychiatrie : **le but du suivi des blessés est de traiter ou soulager la souffrance, de dédramatiser le vécu douloureux de leur pathologie, de faciliter leur réinsertion professionnelle (on accompagne le soldat blessé ainsi que sa famille) parce que la famille doit aussi être accompagnée.**

Le niveau d'intervention du service de psychiatrie dépend de deux situations que Jeanne va nous expliquer dans les termes très simples : **pour commencer, le soldat qui est évacué de**

la zone de guerre avec un problème de santé mentale bénéficie d'une prise en charge c'est-à-dire que ses soins sont couverts car il est considéré comme étant un patient. Il bénéficie d'un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique et en fonction de l'évolution de la maladie, il peut guérir avec ou sans séquelles. Au cas où il y a des séquelles, son poste de travail ou son unité pourrait être aménagé au moment de la réinsertion professionnelle. D'un autre côté, le militaire qui à la fin de sa mission développe un problème de santé mentale ne bénéficie pas systématiquement d'une prise en charge. Il faut faire une demande pour obtenir la prise en charge médicale.

A la question de savoir s'il y a des cas spéciaux qu'on envoie hors du service de psychiatrie pour se faire soigner, elle répond par l'affirmatif : **pour les patients les plus agités et/ou très agressifs, du fait du plateau technique limité, on les envoie au centre Jamot. Ce ne sera plus le cas parce qu'on vient de construire un service de réadaptation au sein du Ministère de la Défense.**

Comme outils utilisés pour la réadaptation, nous avons le suivi pharmacologique avec les soins médicamenteux, les psychothérapies les plus utilisés sont les EMDR, le TCC

- **Tout comme les services qui s'occupent de la santé physique des blessés, le service de psychiatrie rencontre aussi des difficultés dans l'exercice de ses fonctions comme le fait qu'il y ait manque de personnel, beaucoup de travail pour peu de personnel. Aussi, il y a des militaires qui au départ sont évacués pour les blessures physiques et qui plus tard présentent des traumatismes psychiques comme le flash-back, le stress....**

Didier, 30 ans : travaille au service de réinsertion aux anciens combattants

Notre entretien avec Didier n'a pas été satisfaisant parce qu'apparemment le service de réinsertion traite beaucoup plus de la réinsertion des anciens combattants et des victimes de guerre, pas des soldats blessés en guerre.

Didier a commencé par nous donner la différence entre un ancien combattant et une victime de guerre : **les anciens combattants sont les soldats ayant servi dans l'armée depuis la création de l'armée Camerounaise. De même, tout gendarmes n'ayant pas été radié ou en retraite sont considérés comme anciens combattants. Par contre, les victimes de guerre représentent tout militaire ou civil ayant participé à un conflit ou mission armée (participation passive pour les populations ou les civils ; participation active pour les soldats).**

Tout comme son nom l'indique, le service de réinsertion veille à ce que les catégories des personnes suscitées ne restent pas sans rien faire raison pour laquelle, il sait les occuper à bon escient : **la mission du service de réinsertion est de former les anciens combattants dans différents secteurs d'activités (agriculture à Binguéla, Mfou, Obala, Okola...) avec l'appui des administrations compétentes. Nous faisons aussi dans la pisciculture, l'élevage, l'assistance en cas de malheur ou autres, en vue de leur réinsertion.**

Également, nous prévoyons mettre sur pied une carte qui servira à les identifier afin de les assister normalement et facilement.

Pour leur réinsertion, l'idée de départ était de les réorienter vers la sécurité privée c'est-à-dire que chaque ancien combattant assure la sécurité de la localité dans laquelle il se trouve, mais ils ont trouvé cela pénible parce qu'ils sortent fraîchement du traumatisme de l'armée en plus les grades et les âges de certains ne les permettent pas de travailler en tant que vigile. Nous notons aussi que, par excès les orphelins et les veuves bénéficient de cette formation pour la réinsertion.

Ce service rencontre des difficultés qui pourraient freiner la réinsertion : le service ne reçoit pas assez de fonds pour la réinsertion. Pour cela, le service a été intégré dans le budget programme qui permettra désormais de soutenir financièrement l'encadrement de ces anciens combattants et victimes de guerre.

En résumé, cette partie nous a clairement ressorti ce à quoi font face ces jeunes soldats blessés de guerre, les difficultés qu'ils rencontrent tant pour leur réadaptation que pour leur réinsertion. Le Ministère de la défense fait de son mieux pour mieux pour leur prise effective en charge, avec la création par exemple du centre Militaire des invalides, qui vient à la suite de la création du centre des anciens combattants et victimes de guerre (CACVG). Même si le service rencontre de difficultés, nous pensons que nous avons notre rôle à jouer dans le processus de réinsertion.

CHAPITRE 6 : « SYNTHÈSE, INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS »

Ce chapitre porte sur l'interprétation et la discussion des résultats de notre étude. Nous commencerons par rappelerons Il sera question pour nous de rappeler la question et l'objectif de cette étude.

6.1. Rappel de la question et de l'objectif de recherche

Au début de notre étude, nous avons formulé la question de recherche suivante : *quels sont les acteurs et outils de la réadaptation psychosociale et de la réinsertion des soldats blessés en guerre dans le contexte Camerounais ?*

A travers cette question de recherche, nous envisagions identifier les acteurs de la réadaptation psychosociale des soldats blessés en guerre et voir quels outils ou moyens ces acteurs pourraient utiliser pour mieux les réadapter afin d'assurer leur réinsertion socio professionnelle.

De là, l'objectif suivant a été formulé : identifier et comprendre les actions, les acteurs et les outils de la réadaptation psychosociale et de la réinsertion des soldats blessés en guerre dans le contexte de l'armée Camerounaise.

Rappelons les deux objectifs de recherche qui ont organisés cette étude :

Os1 : identifier et comprendre les actions et les acteurs de la réadaptation psychosociale et de la réinsertion des soldats blessés en guerre dans le contexte de l'armée Camerounaise.

Os2 : identifier les outils de la réadaptation psychosociale et de la réinsertion des soldats blessés en guerre dans le contexte de l'armée Camerounaise.

De l'analyse des discours obtenus de l'entretien semi-directif, il ressort que, d'abord un militaire blessé en guerre fait désormais partie d'une catégorie de militaire à qui l'armée doit prêter son attention ensuite, la réadaptation psychosociale et la réinsertion du militaire blessé en guerre dépend de la qualité de la prise en charge par les acteurs de la réadaptation et de la réinsertion.

Par ailleurs, Simon Mailloux (2014) dans Revue Militaire Canadienne nous montre que, l'esprit de concurrence entre les patients facilite le rétablissement et peut même réduire le temps mis par l'hôpital ou le centre de réadaptation pour aboutir au résultat. Par exemple, si la réadaptation allait durer un an, la concurrence peut ramener cela à quelques mois grâce aux efforts et aux entraînements.

6.2. Interprétation et discussion des résultats

Ici, il s'agit de la discussion des résultats à la lumière des théories et des questions de la recherche.

6.2.1. L'impact de la guerre sur les soldats pendant et après la blessure.

A la question de savoir quels sont leurs besoins, sur le plan psychologique, les participants de cette étude ont éprouvé les besoins suivants : oublier ce cauchemar qu'on appelle la guerre. Sept (7) mois après leur blessure, certains soldats se disent toujours bouleversé par ce qui s'est passé. Un autre se dit dérangé psychologiquement par la situation et la manière dont il est pris en charge tandis que d'autres expriment un sentiment d'abandon et un besoin d'autonomie, que l'armée améliore la prise en charge et réponde favorablement à leurs demandes de prise en charge.

Sur le plan social, les soldats expriment des besoins contradictoires : ils souhaitent d'une part ne plus avoir à rencontrer les membres de leur famille dans cet état, et d'autre part ils aimeraient garder leurs proches avec eux. De même, certains expriment un besoin d'utilité social : rester au service de la nation en retournant au front, bref se sentir utile, servir son pays. Ils aimeraient que l'armée augmente leurs salaires et allocations familiales, leur favorise les stages, qu'ils aient accès aux primes de missions

Enfin concernant les besoins médicaux, les sujets parlent de : la douleur de la blessure ; le traitement qui ne soulage pas ; la blessure qui s'aggrave avec le temps ; besoin d'une prise en charge médicale non payante. Si nous nous intéressons à ces différentes expressions de besoins par les soldats, nous nous rendons compte que, au niveau psychologique certains sont surpris des conséquences néfastes du terrain une fois qu'ils encaissent une blessure surtout pour ceux qui ont reçu une balle alors qu'ils n'étaient pas habitués au terrain, ce qui fait en sorte qu'ils soient plus troublés psychologiquement. Par contre, ceux qui sont habitués au terrain sont traumatisés à cause du vécu sur le terrain mais considèrent la blessure comme une conséquence normale de la guerre.

Pour ce qui est des besoins sociaux et médicaux, l'étude permet de voir que les soldats ont tous besoins d'une attention particulière et une envie de savoir qu'ils comptent encore pour leurs proches. Dans ce cas, il faudra guérir non seulement la blessure physique, mais aussi la blessure psychologique et l'isolement social dans lequel plonge le traumatisme.

Les résultats de cette étude se basent sur le vécu des soldats pendant et après la blessure de guerre. Nous avons remarqué que 100% de nos participants qui reviennent de guerre sont troublés psychologiquement par leur vécu sur le terrain. Les images des camarades tués par les terroristes, le sang qu'ils ont vu et la peur d'être tué restent des souvenirs qui sont collés à leur mémoire à leur retour du front. D'après Hugo Ruaud (2021) : « Chez les militaires, le stress

post-traumatique n'est plus un tabou. C'est un mal invisible souvent reconnu, qui touche de nombreux de soldats de retour de leur mission. ». Pour Ruaud, les conséquences psychologiques de la guerre chez le soldat devraient faire l'objet d'une attention particulière car peuvent les affecter à long terme.

Allant dans le même sens que Ruaud, Freud (1920), dans sa théorie Au-delà du principe de plaisir considère que, avec les traumatisés de guerre, le rêve n'obéit plus à la logique du plaisir refoulé. Le rêve qui se transforme en cauchemar post-traumatique ne se présente plus comme la manifestation d'un désir mais comme la répétition de l'effroi suscité par le cauchemar. Ici, Freud explique que le fonctionnement psychique de l'individu est régi par un conflit plus élémentaire que le principe du plaisir : le conflit fondamental entre une pulsion de vie et une pulsion de mort. Selon lui, la pulsion de mort dérive du besoin biologique de tout organisme de retourner à son état initial, inorganique mais à la pulsion de mort. Il continue en disant que, de nombreux comportements humains ne sont manifestement pas accompagnés de plaisir, et ne semblent pas davantage y mener indirectement : par exemple la réactualisation compulsive d'événements douloureux ou de scènes humiliantes dans la cure psychanalytique, les contenus du rêve dans les névroses traumatiques, etc. Ceci s'explique par le fait que le soldat, une fois qu'il est sur un théâtre d'opération est involontairement confronté à la mort à chaque seconde de sa vie et il vit déjà un premier traumatisme. Dès lors qu'il devient blessé de guerre, il est en combat permanent avec son état psychologique et la peur de revivre ce qui s'est passé peut le plonger dans les vices. De même, un soldat qui revient de guerre devient un danger pour sa famille, son entourage et pour lui-même dans ce sens qu'il aura tendance à revivre ces moments par cauchemars, flash-back et autres par conséquent, il va se pencher vers l'alcool ou la drogue pour essayer d'oublier

Toutefois, le gouvernement du Canada (2019) considère que, L'Etat de Stress Post Traumatique et le stress lié à la guerre (ESPT) désigne une réaction psychologique à un événement traumatique intense, en particulier lorsque la vie est menacée. Dans la majorité des cas, les symptômes s'estompent ou disparaissent au bout de quelques mois, surtout lorsque le sujet bénéficie du soutien des membres de sa famille et des amis bienveillants. Dans les autres cas malgré tout nombreux, les symptômes ne semblent pas se résorber rapidement. Dans le cas des vétérans, le traumatisme peut être lié à des opérations directes de combat dans une zone de guerre dangereuse ou à la participation à des missions de maintien de la paix dans des conditions éprouvantes et stressantes.

Un plan d'action a été lancé en 2011 dans les armées selon le journal 20 Minutes France (2012), pour renforcer la formation des médecins d'unité, les mieux placés pour détecter les

premiers troubles, et sensibiliser les militaires au stress opérationnel. Les médecins soulignent l'importance du suivi des anciens d'Afghanistan, y compris après leur départ de l'armée, les troubles pouvant se manifester plusieurs mois, voire des années après le choc psychologique.

Un dispositif de suivi des familles avant le départ, pendant et après le retour d'opération, a également été mis en place le SSA. Et le renforcement du dispositif libère la parole. Reconnues comme blessure de guerre depuis 1992, "les blessures psychiques" ont, selon les services des affaires sociales, donné lieu à l'octroi de 1.100 pensions militaires d'invalidité en dix ans, sur 1.600 demandes déposées. 20 minutes (2012).

6.2.2. L'influence de la prise en charge par les acteurs de la réadaptation sur les blessés de guerre

A côté des besoins des soldats, ils ont des préoccupations c'est-à-dire des sentiments, des peurs, des attentes, des émotions. Ils ont fait part du sentiment de regret et de découragement ; la peur de voir leur corps transformé et la peur de ne pas remarcher ;

Les émotions des soldats varient selon leur expérience sur le terrain et leur façon d'appréhender la blessure : Moral haut pour certains, le regard de l'autre qui gêne d'autres.

L'entourage du soldat blessé constitue un facteur de guérison pour lui et en même temps une source de stress dans ce sens que, parfois certaines personnes le rassurent en lui disant que tout ira bien dans très bientôt tandis que d'autres le regardent avec pitié et d'autres même se moquent de son handicap. D'après les interventions des uns et des autres, nous remarquons qu'ils ont besoin d'affection venant soit de leur famille ou de leurs collègues et amis bref, de leurs proches. Le soldat Nick par exemple, qui n'a pas de famille proche de l'hôpital où il est pris en charge et dont son unité d'appartenance est à des milliers de kilomètres de l'hôpital, se sent seul et abandonné par ses pairs. La réadaptation peut prendre plus de temps que prévu si d'abord psychologiquement le patient n'est pas stable. Le fait de se retrouver avec une jambe ou un bras amputé l'affecte beaucoup raison pour laquelle il a besoin des personnes pour lui remonter le moral. Certains bénéficient de la solidarité de leurs frères d'arme de par leur assistance financière mais ils ont plus besoin de l'assistance physique de ces derniers.

Ceci s'explique à travers la théorie de l'identité selon Erikson (1968) qui considère que les soldats qui doivent réconcilier leur identité de soldats avec leur identité civile peuvent avoir des difficultés à se réadapter. Erikson donne au concept d'identité des connotations différentes : « tantôt il semble se référer à un sentiment conscient d'unicité individuelle, tantôt à une force inconsciente poussant à la continuité de l'expérience, tantôt encore à une solidarité avec les idéaux d'un groupe ». Le soldat blessé se retrouve entre deux mondes c'est-à-dire le monde civil et le monde militaire raison pour laquelle il sera désormais susceptible à certaines

exigences de la circonstance. Par exemple la peur, la méfiance et bien d'autres choses qui peuvent lui rappeler l'évènement qu'il vient de vivre.

Allant dans le même sens, Favrod (2012) souligne la redécouverte du sens à la vie c'est-à-dire que le soldat conçoit de nouveaux buts et de nouvelles valeurs. Ses projets antérieurs sont remis en question par la maladie, qui peut remettre en question les relations interpersonnelles. Le soldat doit donc bâtir de nouveaux projets, voire endosser de nouveaux rôles sociaux. Cette recherche d'un nouveau sens à la vie va amener le blessé à découvrir ce qui rend la vie précieuse et enrichissante, à se réaliser dans une activité créatrice, à s'engager dans le soutien aux pairs ou encore à développer une nouvelle vision du monde sur le plan spirituel ou philosophique. A partir de là, un projet de vie est à construire.

Pour rejoindre cette idée, Meeus (2011) met en évidence une certaine stabilité sur le statut de l'identité : les changements de statuts représentent certainement des moments décisifs dans le développement. Ainsi, le processus de changement de l'identité apparaît moins dynamique qu'on ne le supposait, les individus ne changeant pas beaucoup d'un statut à un autre. Il est donc difficile pour un soldat de changer d'identité du jour au lendemain car celui-ci était déjà habitué à un mode de vie qui lui était propre et régulier. Une fois qu'il est victime d'une blessure de guerre, il est tiraillé par la transition de la vie militaire à la vie civile.

De même, les soldats ne conçoivent pas le fait d'être devenu des blessés de guerre. Le fait d'avoir reçu une balle les affecte au point où certains ont très peur quand ils pensent qu'ils ne seront plus jamais comme avant. Ceci s'explique à travers leurs interventions où ils disent tous avoir pris peur du métier qu'ils ont choisi au moment où ils sont tout le temps confronté à la mort. Il y a même des soldats que l'on dit blessés, mais dont le sang n'a pas coulé, et qu'il est donc plus compliqué d'identifier, puis de diagnostiquer qui sont victimes de stress post-traumatiques.

La priorité du soldat est de préserver l'intégrité de son territoire, c'est la raison pour laquelle il se sent gêné lorsqu'il se trouve dans l'incapacité d'accomplir son serment à cause d'une blessure de guerre. D'après les entretiens avec eux, ils semblent découragés par la manière dont ils sont pris en charge après la blessure car disent-ils, on s'occupe de celui qui est à même d'être utile et quand vient le moment où il n'est plus utile, il devient comme une vieille chaussette. Peu importe le traitement qu'on lui aurait donné, ça n'aura pas été suffisant par rapport à s'il était encore à même d'aider voilà pourquoi certains se sentent découragés après la blessure et vont jusqu'à regretter d'avoir choisi l'armée comme métier. Sans oublier le fait que, une fois qu'il est blessé de guerre est détaché de ses habitudes, voire même des personnes avec qui il cheminait. Certains de ses proches restent les mêmes tandis que d'autres le voient

désormais comme une personne vulnérable ou une gêne pourtant c'est dans les moments pareils qu'il a le plus besoin de l'attention de ses proches et surtout de ses collègues car c'est à travers eux qu'il se voit encore soldat. Selon les résultats de notre entrevu, certains étaient plutôt bien entourés tandis que d'autres n'avaient même pas leurs proches à côté pour les soutenir.

Leur psychologie est troublée au moment où ils ne peuvent plus, même s'ils le voulaient, servir l'armée en pleine régime. La pension d'invalidité n'est même pas comme un acquis, il doit se battre et attendre longtemps avant que ça ne passe, et entre temps il dépense sur sa santé alors que l'armée est sensée prendre soin de lui. De même, pour les soldats dont un membre a été amputé, ils n'ont pas facilement accès au stage qui leur permettent d'avancer en grade.

Nous voyons ici que chaque soldat, en fonction de son mal reçoit un traitement adapté à son mal et dont les comprimés ne font pas effet sur les autres, ce qui signifie que l'hôpital devrait revoir ce volet-là. D'aucuns disent que le traitement ne les soulageait pas à long terme et d'autres disent que les médicaments ne faisaient aucun effet.

Ces résultats vont à l'encontre de ceux de l'armée française sur la prise en charge des blessés de guerre. Selon le Ministère des Armées (2020), la prise en charge des blessés en France repose sur le concept original qui place l'équipe médicale et chirurgicale au plus près de la victime. Une chaîne santé organisée en quatre niveaux assure donc la prise en charge continue du Militaire depuis la blessure jusqu'à la rééducation et la réinsertion : le poste médical, unité médical opérationnel de niveau 1 ou rôle1, est la plus petite structure de santé déployée sur les théâtres d'opérations. Il est intégré à l'unité de combat dont il assure le soutien ; sa composition (Médecin, infirmier, auxiliaire sanitaire) varie en fonction de la mission à réaliser. Son personnel est formé pour agir en situation d'isolement et en milieu hostile. Ensuite, nous avons l'antenne chirurgicale qui est une unité opérationnelle de niveau 2 déployée sur le terrain pour pratiquer la réanimation et des gestes chirurgicaux de sauvetage afin de limiter séquelles et stabiliser le blessé avant son évacuation ; l'hôpital médicochirurgical (HMC), unité médicale de niveau 3, peut être déployé sous tente, en structure métallo-textile, dans des équipements techniques modulaires préfabriqué ou dans un bâtiment existant. Il dispose d'un ou de plusieurs blocs opératoires, d'équipements d'imagerie médicale, éventuellement d'un scanner et d'un laboratoire d'analyse et enfin, le module de chirurgie vitale, qui permet de réaliser au maximum cinq interventions de chirurgie de sauvetage. Il est destiné à renforcer temporairement une zone de combat pour une opération à risques ou un bâtiment lorsqu'un assaut à la mer est décidé. Ministère des Armées (2022).

L'objectif de soigner les blessés de guerre selon le Ministère des Armées est de donner aux militaires les meilleures chances de survie et de récupération fonctionnelle. Ce soutien fonctionnel est considéré comme un facteur essentiel de moral du combattant.

Un autre constat est que personne ne souhaite demeurer sur le lit de maladie. Chaque soldat fournit des efforts personnels hormis ce que les responsables soignants leur demandent de faire pour vite se rétablir. Certains font des exercices physiques, d'autres essaient de faire eux-mêmes leurs tâches, etc. la réussite de la réadaptation commence par la volonté du patient à accepter les soins et affronter les défis auxquels il fait face.

6.2.3. Les moyens et outils utilisés par l'armée pour réadapter et réinsérer les soldats blessés en guerre

Les acteurs de la réadaptation psychosociale des soldats blessés en guerre ont pour mission : recueillir le militaire blessé, le soigner et suivre son profil évolutif, bref l'amener vers le rétablissement ; traiter ou soulager la souffrance du blessé, dédramatiser son vécu douloureux, faciliter sa réinsertion professionnelle. L'hôpital militaire intervient à tous les niveaux c'est-à-dire physique et psychologique : au niveau physique nous avons des chirurgiens, des réanimateurs, des rhumatologues, des neurologues etc. (opérations chirurgicales, réanimations, pansement des blessures et autres) ; et au niveau psychologique nous avons des psychologues et psychiatres (le suivi psychiatrique, psychothérapeutique, psychologique, etc.). L'hôpital militaire possède un service de réadaptation qui n'est pas encore fonctionnel, raison pour laquelle les cas sérieux sont envoyés au centre des handicapés et au centre Jamot. Comme outils, nous notons le suivi pharmacologique avec les soins médicamenteux, les psychothérapies comme le EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), le TCC (Thérapie Cognitivo-Comportementale).

D'après Numinus (2016), la thérapie cognitivo-comportementale est une pratique est une pratique centrée sur la cognition et le comportement. Elle vise à modifier positivement les croyances et pensées négatives que le client cultive en lui-même. Ces croyances parfois erronées peuvent en effet générer un comportement névrotique (phobies, troubles obsessionnels compulsifs, dépendances etc.) ou un état de souffrance avancé.

A côté de la thérapie cognitivo comportementale, Diane Séhié (2020) dans la catégorie thérapie conjugale et familiale nous propose la thérapie familiale qui s'avère être une solution pour que chacun retrouve un équilibre personnel et un plaisir à vivre ensemble. Le constat est que, le soldat en phase de réadaptation a plus besoin d'être bien entouré pour se rétablir dans de bonnes conditions. Une thérapie familiale serait la bienvenue pour que la famille ait une éducation particulière sur comment vivre avec le soldat qui est désormais une personne vulnérable qui a besoin d'une attention particulière. C'est avec la famille qu'il passe plus de temps pendant la maladie raison pour laquelle il faudrait par exemple lui donner de l'espoir d'une guérison, le rassurer qu'il ne soit pas seul, lui faire comprendre qu'il est un brave soldat etc.

Suite aux entretiens des acteurs de la réadaptation, nous comprenons que l'hôpital est le premier et le principal espace de la réadaptation. C'est à l'hôpital que tout commence c'est-à-dire que quand le soldat reçoit une balle, il est d'abord conduit à l'hôpital où il reçoit les soins en attendant les autres étapes de la réadaptation. L'hôpital représente un espace de soins, un espace de transition et c'est également le promoteur de la réinsertion selon l'Article de Franck Montleau et Eric Lapeyre (2013) dans Après la blessure, les Acteurs et les outils de la réinsertion : si les soins dispensés relèvent pour tous les usagers de la même implication des équipes médicales, une attention toute particulière est accordée à l'accueil des blessés en opération. Revenant d'une zone de haute insécurité, coupés des liens et de la chaleur communautaire de leur groupe d'appartenance, souvent culpabilisés d'avoir laissé leurs camarades en situation exposée, ils se montrent très sensibles aux attentions et aux mesures qui témoignent que, même diminués dans leur potentiel physique et / ou psychique, leurs spécificités de militaires et de combattants sont bien prises en considération.

De même, l'hôpital est pour certains un espace de transition car le soldat blessé passe d'une étape de guerrier à une étape où il doit être pris en charge : atteints dans leur chair et dans leur âme, touchés dans leurs capacités fonctionnelles et parfois relationnelles, ils vont de ce fait utiliser l'hôpital comme un espace transitionnel, un sas de ré expérimentation de leur nouvel être du monde, une utilisation facilitée par un environnement médical soutenant, encourageant et chaleureux, mais aussi suffisamment prévenu des risques liés aux effets du traumatisme psychique ou aux réactions face au handicap physique : refuge dans des attitudes régressives, tentation du repli, agressivité dirigée vers les autres ou contre soi. Il s'agit donc de permettre aux blessés de trouver une place active, dès lors qu'ils en ont les ressources, dans leur parcours de soins et de vie.

L'hôpital comme promoteur de la réinsertion : la cellule de réadaptation et de réinsertion du blessé en opération (C2RBO) est issue de ce constat. Il apparaissait en effet nécessaire d'identifier les obstacles auxquels se heurtent les blessés physiques et/ ou psychiques rentrant d'opération extérieure et d'apporter une aide personnalisée à leur projet de réadaptation et de réinsertion en faisant se rencontrer dans un même lieu les différents acteurs médicaux, militaires, sociaux et administratifs.

Cette pensée rejoint celle de Julia Roger (2018), dans sa thèse sur place de la médecine physique et de réadaptation dans le soutien santé des forces armées, Julia Roger qui considère que, en France la pratique physique est considérée comme un moyen de la réadaptation, plus précisément dans la rééducation. La gymnastique médicale est considérée par le chirurgien Militaire Joseph Clément (1780) comme « une partie de la médecine qui enseigne la manière

de conserver ou de rétablir la santé, par l'usage de l'exercice ». Il s'éloigne de la manière antique d'exercer la gymnastique (« appareil imposant ») pour prôner une gymnastique faite « de jeux et de plaisirs », utilisant le billard, le ballon, la natation, la chasse... « employés utilement dans l'art de guérir ».

Nous avons également le massage comme moyen de la réadaptation qui est une technique très ancienne largement répandue dès l'antiquité.

Nous avons l'hydrothérapie qui est selon J. Brousses l'usage thérapeutique de l'eau froide sous forme de bain, d'affusion ou de douche. Les bains chauds sont également utilisés.

A côté de cette technique nous avons l'électrothérapie qui est une thérapie ancienne dont les premiers essais ont été réalisés aux invalides vers 1750. La société d'électrothérapie et la société de kinésithérapie s'associent pour former une nouvelle spécialisation médicale où l'ensemble des pratiques physiques est appelé physiothérapie. Julia Roger (2018).

En résumé, la réadaptation et la réinsertion des militaires blessés de guerre est un processus complexe qui nécessite une approche globale et coordonnée. La tâche s'avérant délicate nous a aussi permis de mieux nous ressourcer sur les enjeux de la réinsertion du militaire Camerounais. La prise en charge médicale est assurée par des équipes médicales spécialisées. Nous sommes rassurés de l'espoir de revivre de ces derniers, au regard de ce que nous avons vu et entendu.

CONCLUSION GENERALE

La présente étude qui portait sur la réadaptation psychosociale et la réinsertion des soldats blessés en guerre : acteurs et outils de l'armée Camerounaise avait pour objectif générale d'identifier les acteurs de la réadaptation psychosociale des soldats blessés en guerre dans le contexte Camerounais et voir quels outils ou moyens ces acteurs utilisent pour une meilleure réadaptation, une meilleure prise en charge et une meilleure réinsertion. De cet objectif sont nés deux objectifs spécifiques qui tournaient autour d'identifier puis étudier les acteurs et les outils de la réadaptation psychosociale et de la réinsertion des soldats blessés en guerre dans le contexte de l'armée Camerounaise. Par rapport à ces objectifs, nous avons remarqué que la réadaptation psychosociale, en plus d'être une offre complémentaire pour permettre aux soldats de se relever, dans un environnement médicalisé, combinant accompagnement psychosociale, projet de vie et reprise d'activités, constitue aussi un programme de réhabilitation psychosociale adaptée à la singularité du soldat et son environnement.

Cette étude a eu recours à un échantillonnage raisonné de cinq (5) soldats blessés en guerre, deux (2) acteurs de la réadaptation et un (1) acteur de la réinsertion

Les entretiens avec les soldats ont permis d'analyser leur vécu sur le terrain et sur le lit d'hôpital. Après la collecte des données et leur exploitation, il ressort que le soldat Camerounais blessé en guerre a besoin de l'attention et d'une prise en charge de qualité car devenue une personne à besoin spécial, il semblait insatisfait de son traitement et de sa prise en charge. Les acteurs quant à eux ne disposent pas de tous les outils nécessaires pour réadapter et réinsérer ces soldats après la blessure raison pour laquelle les soldats se plaignent de la prise en charge et désirent une amélioration. Les résultats de cette étude ont montré que, d'abord 100% de nos participants qui reviennent de guerre manifestent des troubles psychologiques (cauchemar, trouble de sommeil, hallucination, anxiété..., ce qui peut être interprété comme les souvenirs des horreurs auxquelles ils ont fait face sur le terrain restent collés à leur mémoire.

Ce résultat se rapproche des études Freudiennes dans Au-delà du principe de plaisir où il montre que, avec les traumatisés de guerre, le rêve n'obéit plus à la logique du plaisir refoulé. Il se transforme en cauchemar post-traumatique et ne se présente plus comme la transformation d'un désir mais comme la répétition de l'effroi suscité par le cauchemar, ce qui est un trouble du comportement. Freud explique que le fonctionnement psychique de l'individu est régi par un conflit plus élémentaire que le principe du plaisir.

Ainsi, pour ce qui est du résultat obtenu en rapport avec le premier objectif qui était d'identifier les acteurs et les outils de la réadaptation psychosociale et de la réinsertion des soldats blessés en guerre au Cameroun, l'étude a montré que les acteurs de la réadaptation et de la réinsertion sont les responsables de la santé dans son ensemble et les chargés de la réinsertion des soldats après la blessure. (Des chirurgiens, des psychologues, des psychiatres, des réanimateurs, des rhumatologues, des neurologues, bref toutes les spécialités qui peuvent être sollicitées dans le cadre des blessures de guerre). Comme outils utilisés pour la réadaptation au niveau de la psychiatrie, nous avons le suivi pharmacologique avec les soins médicamenteux, les psychothérapies les plus utilisés sont les EMDR, le TCC.

Relativement au second objectif qui était d'étudier les acteurs et les outils de la réadaptation psychosociale et de la réinsertion des soldats blessés en guerre au Cameroun, l'hôpital militaire représente à la fois un espace de soins, un espace de transition et le promoteur de la réinsertion des soldats blessés en guerre.

La mission de l'hôpital Militaire est de recueillir le militaire blessé, le soigner et suivre son profil évolutif c'est-à-dire voir s'il va vers la guérison complète ou s'il va vers les séquelles. Et s'il va vers les séquelles, ça peut être des séquelles physiques ou psychologiques, l'hôpital a pour rôle d'amener le patient vers le rétablissement au maximum de son traumatisme, soutenir les actions des militaires qui sont dans les zones d'opération. Quant à la psychiatrie, le but du suivi des blessés est de traiter ou soulager la souffrance, de dédramatiser le vécu douloureux de leur pathologie, de faciliter leur réinsertion professionnelle (on accompagne le soldat blessé ainsi que sa famille) parce que la famille doit aussi être accompagnée. Ces résultats allaient dans le même sens que ceux du ministère des armées (2022), dont l'objectif de soigner les blessés de guerre est de donner aux militaires les meilleures chances de survie et de récupération fonctionnelle. Ce soutien fonctionnel est considéré comme un facteur essentiel de moral du combattant.

Cette étude permet à la recherche de faciliter la compréhension et les points de vue sur les interventions d'accompagnement conçues en référence de l'approche Psychosociale de Valentin Bloyet dans son mémoire parlant du bien-être Psychosocial dans le développement (2014). Qui vise à garantir le bien-être des individus en veillant à assurer leurs capacités combinées fortement diminuées à la suite d'un événement traumatique. Le but étant de comprendre non seulement la situation du blessé de guerre mais aussi la manière dont sa réinsertion est faite, dans l'optique de voir dans quelles mesures améliorer la prise en charge et le soutien apporté aux blessés.

Cette étude rend également compte des manquements liés à l'action de prise en charge, de réadaptation et de réinsertion des soldats blessés en guerre. Déjà, le fait que le centre de

réadaptation psychosociale des soldats blessés en guerre au Cameroun ne soit pas encore fonctionnel représente un manquement. Aussi, l'hôpital militaire ne dispose pas d'assez de psychologues et de psychiatres pour la prise en charge des blessés psychiques.

D'après CIRC (2003), la chirurgie des blessés de guerre exige à la fois une bonne infrastructure hospitalière et de solides compétences, faute de quoi l'hôpital, qu'il s'agisse d'un établissement nouveau ou d'une structure en cours d'adaptation pour soigner les blessés ne pourra pas fonctionner. Les blessés doivent être accueillis dans un lieu sûr, alimenté en eau et en électricité, où ils peuvent recevoir un traitement chirurgical et des soins infirmiers de qualité dans le cadre d'un système bien organisé et doté de matériel suffisant. Pourtant à l'hôpital militaire de Yaoundé, certains évacués (les soldats qui reviennent de guerre) ne bénéficient pas du repas des évacués.

SUGGESTIONS

D'après la symbolique du concept « armée-nation », prôné par son excellence Paul Biya président de la république du Cameroun dans le magazine « le temps des opportunités » du mai 2022, « l'armée ne pourrait être efficace si elle ne bénéficie pas du soutien multiforme de la Nation et la Nation n'est jamais plus forte que quand elle compte sur une armée républicaine pour la protéger ».

Parlant justement du soutien multiforme de la nation, elle peut se traduire par les recherches comme celle-ci assortir des suggestions qui peuvent conduire à une meilleure prise en charge des conditions sanitaires physiques, psychologiques et même des conditions financières des militaires en temps de validité comme en temps d'invalidité. C'est pour cela qu'au regard des différents résultats obtenus dans cette études nous pouvons nous permettre de proposer ce qui suit :

- ❖ Les ministères des enseignements supérieurs et de la défense doivent nouer des partenariats afin d'élaborer un cadre méthodologique devant permettre aux jeunes chercheurs d'avoir facilement accès à des informations militaires ;

- ❖ A la haute hiérarchie militaire doit prêter une oreille attentive aux différents processus de prise en charge et de réhabilitation des blessures de guerre ;

- ❖ A la haute hiérarchie militaire doit ne pas seulement se contenter des différents rapports qui leur parviennent, elle doit constamment faire des visites inopinées dans les différents centres de prise en charge des blessés de guerre afin d'apprécier eux même la qualité de suivi des blessées de guerre ;

- ❖ Les militaires dès l'entame de leur fonction doivent être préparés psychologiquement de l'état transitoire (imputation d'un membre du corps, traumatisme psychologique etc.) qui peut survenir dans l'exercice de leur fonction avant le sacrifice suprême ou la mort naturelle ;

- ❖ Le ministère de la défense doit pour chaque type de traumatisme ou d'invalidité qui peut arriver à un militaire en exercice, concevoir une liste d'activités de reconversion associé à un programme de réadaptation qui doit être présenter au jeune soldat dès son entrée en fonction pour éviter qu'à la longue, si un cas d'invalidité survient, le militaire ne se soucie pas trop du lendemain ;

- ❖ Les femmes des soldats doivent au même titre que leurs époux être préparés psychologiquement de ce qui peut arriver (invalidité définitive, invalidité d'une durée, etc.) à leurs époux dans l'exercice de leur fonction, ceci pour que si un jour de telle situation se présente, la femme devient le premier psychologue de son époux ;

- ❖ Chaque unité de l'armée doit être dotée d'un psychologue clinicien pour que l'état mental du militaire soit toujours bien armé ;
- ❖ Tout militaire doit participer à des opérations de défense de l'intégrité du territoire national et ne doit être sous aucun prétexte une affaire des autres ; ceci encouragerait d'avantages les blessés de guerre, car ils comprendront qu'il n'y a pas de discrimination ou encore qu'ils ne pas ceux qu'on dise que leur sort est scellé ;
- ❖ La vie n'ayant pas de prix, les évacuations sanitaires des blessés de guerre doivent se faire de manière automatique ainsi que leur prise en charge ;
- ❖ Aucune quote-part ne doit être demandée à un blessé dans son opération chirurgicale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Académie médicale. (2023). Réinsertion. Dans le dictionnaire académie médicale en ligne. Consulté le 25 mai 2023 sur <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=r%C3%A9insertion>
- Auxéméry, Y. & al., (2016). [les travaux sur les psychothérapies individuelles - Recherche \(bing.com\)](#)
- BBC NEWS, (2020) [Crise anglophone au Cameroun : comment a-t-elle commencé et quand finira-t-elle ? - BBC News Afrique](#)

Bertrand, M. (2002). Psychologie et psychanalyse devant les traumatismes de guerre. *Champ psychosomatique*, (28), pp. 97-112. <https://www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2002-4-page-97.htm>

- Blakenburg, W. (1986).
- Bloyet, V. (2014). [Le bien-être psychosocial dans le développement: le cas de l'intégration de l'approche psychosociale dans les opérations de l'Agence Française de Développement, \(cnrs.fr\)](#) HAL Id: dumas-01135939 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01135939>
- Bobbo, M. (2022) [Boko Haram dans la région de l'Extrême-Nord du Cameroun : L'arbre qui cache la forêt \(ifri.org\)](#)
- Bond, & al., (2008). Enjeux de l'accès à l'emploi pour les personnes souffrant de troubles psychiques sévères. Centre ressource réhabilitation.
- Braillard, P & al., (2016). *Les relations internationales*. Presses universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.brail.2016.01>
- Camden, C. & Levasseur, M. (2009). Réadaptation à base communautaire versus interventions communautaires de réadaptation et réadaptation dans la communauté : comparaison des concepts, et enjeux québécois et internationaux. *Développement Humain, Handicap et Changement Social / Human Development, Disability, and Social Change*, 18(1), 45–64. <https://doi.org/10.7202/1087637ar>
- Canton, (2020) [La révolte des Taiping, cauchemar de la dernière dynastie impériale de Chine. National Geographic](#)
- Clausewitz. (2001). Permanences et métamorphoses de la guerre permanences et métamorphoses de la guerre ». *La guerre et l'Europe*, édité par Anne-Marie Dillens,

Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles, 2001,
<https://doi.org/10.4000/books.pusl.20196>.

- Colin, A. (2004). Les citoyens face à l'action publique. Sandrine Rui, la démocratie en débat. *Les citoyens face à l'action publique*, p 264.
<https://doi.org/10.4000/sdt.24216>
- Daphney G & Allaire, A. (2013). The nurse in physical rehabilitation ... do you know?]. The role and the specificity of the mission of the nurse. [Perspective infirmière: revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec](#) 10(3):40-4
- Direction de Santé Militaire, (2015, 2016). *Traumatismes psychiques chez les soldats*
- Droit humanitaire. (2006). Dans *le dictionnaire droit humanitaire en ligne*. Consulté le 10 juin 2023 sur :[://dictionnaire-droit-humanitaire.org/content/article/2/guerre](http://dictionnaire-droit-humanitaire.org/content/article/2/guerre)
- DSO. (2015, 2016). Rapport annuel, 2015, 2016
- Ducret, M. & Grasset, F. (1994). Instrumentalisme et réadaptation psychosociale : devenir des méthodes processuelles dans les « espaces intermédiaires ». *Santé mentale au Québec*, 19(1), 33–46. <https://doi.org/10.7202/032292ar>
- Educalingo. (2022). Psychosocial. Dans le dictionnaire *Educalingo* en ligne. Consulté le 3 juin 2023 sur :[://educalingo.com/fr/dic-fr/psychosocial](http://educalingo.com/fr/dic-fr/psychosocial)
- Educalingo. (S.d.). Réinsertion. Dans le dictionnaire *Educalingo* en ligne. Consulté le 25 mai 2023 sur <https://educalingo.com/fr/dic-fr/reinsertion>
- Encyclopédie. (2022) [Wounded in action - Wikipedia](#).
- ENS –Web 19, (2021). [La guerre civile russe \(1918-1921\) | histoire.fr](#)
- Favrod, G. (2012). Théorie du rétablissement. *Santé mentale*, 19, P 176.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe du plaisir*. PUF.
- Futura, (2022) [Quelles sont les causes de la seconde guerre mondiale ? futura-sciences.com](#)
- Gineste, P. (2022). Les conséquences de la deuxième guerre mondiale. CITECO
- Grossaert, V. (2014) *La Guerre*. Éditions Sciences Humaines,
<https://doi.org/10.3917/sh.testo.2014.01>
- Grossman, E. (2010). Dictionnaire des politiques publiques. Pp. 31-38.
- Hammonet, C. (2010). Faut-il réhabiliter la réadaptation ? *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*.
<https://doi.org/10.1016/J.JRM.2010.10.005>

- Haut-commissariat des nations unies pour les réfugiés LTD. (2003). *Santé mentale et soutien psychosocial* directives opérationnelles pour la programmation des opérations auprès des réfugiés.
- Hichem, (2018). Le stress post-traumatique en hausse chez les soldats britanniques. Le point. <https://www.lefigaro.fr/flash-actu/2018/10/08/97001-20181008FILWWW00072-le-stress-post-traumatique-chez-les-soldats-britanniques.php>
- International Committee of the Red Cross, (2022). Institut d'aide Humanitaire Suisse
- Internaute. (2023). Dans le dictionnaire *internaute* en ligne. Consulté le 22 juillet 2023 : <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/acteur/>
- Internaute. (S.d.). Psychosocial. Dans le dictionnaire *internaute* en ligne. Consulté le 3 juin 2023 sur <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/psychosocial/>
- Internaute. (S.d.). Réadaptation. Dans le dictionnaire *internaute* en ligne. Consulté le 3 juin 2023 sur <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/readaptation/>
 - Jammet, G. (2022). *Stress post-traumatique dans l'armée* : « on se ment à soi-même ». Selon un parachutiste de palmiers. La dépêche.
- Jeune Afrique (1998), [Dans le conflit Rwanda-RDC, l'histoire bégaie-t-elle ? - Jeune Afrique](#)
- Jeune Afrique, (1998, Aout). La deuxième guerre du Congo. Géopolitiques Africaines, 78.
- Jeune Afrique, (2023). Conséquences de la crise Anglophones. Tout le monde.
 - Josse, E. (2019). Fondement et principes généraux des interventions psychosociales en urgence. *Rhizome*, (73), pp.4-5. <https://doi.org/10.3917/rhiz.073.0004>
- Khedher, A. & al, (2014). [RAPPORT assemblee-nationale.fr](#)
 - Langue Française. (S.d.). Dans le dictionnaire *langue française* en ligne. Consulté le 22 juillet 2023 sur <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/soldat>
 - Larousse (s.d.). Dans le dictionnaire *Larousse* en ligne. Consulté le 10 juin 2022 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/arm%C3%A9e/5285>
- Larousse. (S.d.). Réadaptation. Dans le dictionnaire *Larousse* en ligne. Consulté Le 3 Juin 2023 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9adaptation/66804>

- Larousse. (s.d.). Dans le dictionnaire *Larousse* en ligne. Consulté le 22 juillet 2023 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soldat/73272>
- Larousse. (S.d.). Dans le dictionnaire *Larousse* en ligne. Consulté le 22 juillet 2023 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/guerre/38516>
- Larousse. (S.d.). Dans le dictionnaire *Larousse* en ligne. Consulté le 22 juillet 2023 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/acteur/885>
- Larousse. (S.d.). Dans le dictionnaire *Larousse* en ligne. Consulté le 22 juillet 2023 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/outil/56934>
- Larousse. (S.d.). Psychosocial. Dans le dictionnaire *Larousse* en ligne. Consulté le 3 juin 2023 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychologique/64845>
- Larousse. (S.d.). Réinsertion. Dans le dictionnaire *Larousse* en ligne. Consulté le 2 septembre 2023. Sur [://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9ins%C3%A9rer/67775](https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9ins%C3%A9rer/67775)
- Le Robert. (S.d.). Réadaptation. Dans le dictionnaire *le Robert* en ligne. Consulté le 3 juin 2023 sur [lignehttps://dictionnaire.lerobert.com/definition/readaptation](https://dictionnaire.lerobert.com/definition/readaptation)
- lebigot, (2008). « [Pas plus que le soleil, la mort ne peut se regarder en face](#) » - [Amicale des Anciens du 2°RIMa 2°R.I.C 2°B.F.L et T. D. M. SARTHE \(amicale2rima.fr\)](#)
- Mailloux, S. (2014). Défense Nationale et les Forces armées canadienne. *Revue Militaire Canadienne*.
- Ngoune, Patrick Junior. 2022. « Les Forces d'appoint De l'armée Camerounaise Au Temps Du Maquis (1959-1969) ». *Revue d'histoire Contemporaine De l'Afrique*, n° 8 (mai). <https://doi.org/10.51185/journals/rhca.2022.varia02>.
- [Olivier, \(2008\) conséquences de la guerre civile russe: le pays en est sorti totalement - Recherche \(bing.com\)](#)
 - Organisation Mondiale de la santé LTD. (2023). La réadaptation compte.
 - Organisation mondiale de la santé LTD. (2023). Réhabilitation.
 - Osidimbea, (2023). La mémoire de la zone CEMAC
 - Osidimbea, (2023). La mémoire du Cameroun.
 - Pachoud, J. (2012). Afghanistan : près de 7% des soldats Français victimes de troubles psychiques. 20 minutes France.
 - Piajet, J. (1982). Fondation.
 - Poupart, & al (1996). Mieux comprendre l'approche du développement conduit par les communautés.
 - Quincy, W. (1942). Guerre, paix et droit dans un monde divisé. A study of war.

- Raymond, A. (1942). *Raymond Axon et la théorie des relations internationales*. Politique étrangère. Pp. 723-734.
- Recherche TPE. (2015). TPE la réinsertion sociale. <https://www.guichetdusavoir.org/question/voir/48886>
- Remburg et Carson. (2006). Le rôle et la spécificité de la mission de cette infirmière.RFI, (2015). BOKO Haram
- Robert. (S.d.). Dans le dictionnaire le *petit Robert* en ligne. Consulté le 22 juillet 2023 sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/acteur>
- Robert. (S.d.). Dans le dictionnaire le *petit Robert* en ligne. Consulté le 22 juillet 2023 sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/outils>
- Robert. (S.d.). Dans le dictionnaire le *petit Robert* en ligne. Consulté le 22 juillet 2023 sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/militaire>
- Robert. (S.d.). Dans le dictionnaire *petit Robert* en ligne. Consulté le 22 juillet 2023 sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/guerre-atroce>
- Roger, J. (2010). Place de la médecine physique et de réadaptation dans le soutien santé des forces armée. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique* 44(4)DOI:[10.1016/S0168-6054\(01\)00089-7](https://doi.org/10.1016/S0168-6054(01)00089-7)
- Secker, (2001). Enjeux de l'accès à l'emploi pour les personnes souffrant de troubles psychiques sévères. Centre ressource réhabilitation (2018).
 - Sorel, G. (1908). *Réflexions sur la violence*, éditions du Trident, 1987
- St Germain, &al., (2008). Le rôle et la spécificité de la mission de cette infirmière. Recherche en soins infirmiers (95) <https://doi.org/10.3917/rsi.095.0070>
- Vidal de la blache, P. (1921). *Principes de géographie humaine*. Armand Colin. Pp. 106-107.
- Vince, C. (2023) Première Guerre mondiale : résumé de la Grande Guerre 14-18 linternaute.fr
- Watson, (1999). Approche Caring. *Recherche en soins infirmiers*, (95). <https://doi.org/10.3917/rsi.095.0037>

ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation de recherche

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES SCIENCES DE
L'EDUCATION

DEPARTEMENT D'EDUCATION
SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIALIZED
EDUCATION

Le Doyen

The Dean

N°...264...../22/UYI/FSE/VDSSE

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Professeur BELA Cyrille Bienvenu**, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiante **ACHETKOUOGNIGNI Arlette Leonelle**, Matricule **20V3163** est inscrite en Master II à la Faculté des Sciences de l'Education, Département : *EDUCATION SPECIALISEE*, filière : *INTERVENTION, ORIENTATION, EDUCATION EXTRASCOLAIRE*, Option : *INTERVENTION ET ACTION COMMUNAUTAIRE*.

L'intéressée doit effectuer des travaux de recherche en vue de la préparation de son diplôme de Master. Elle travaille sous la direction de **Dr. DONG Thierry**. Son sujet est intitulé : « *Le suivi psychosocial des militaires camerounais blessés de guerre et leur réintégration dans leur milieu professionnel* ».

Je vous saurai gré de bien vouloir le recevoir et mettre à sa disposition toutes les informations susceptibles de l'aider à conduire ses travaux de recherches.

En foi de quoi, cette attestation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit /.

Fait à Yaoundé, le **08 AVR. 2022**...

Pour le Doyen et par ordre

J'ai l'honneur de vous faire connaître que vous êtes autorisée à effectuer vos recherches académiques au Ministère de la Défense, pour la période allant du 1^{er} au 31 décembre 2022.

*Vous voudrez bien prendre attache avec les responsables de **de l'Hôpital Militaire de Région N°1**, déjà instruits par mes soins à cet effet.*

Annexe 3 : Autorisation d'accès

REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix - Travail - Patrie ----- MINISTRE DE LA DEFENSE ----- DIRECTION DE LA SANTE MILITAIRE ----- REGION DE SANTE MILITAIRE N°1 ----- HÔPITAL MILITAIRE DE REGION N°1 -----	REPUBLIC OF CAMEROON Peace - Work - Fatherland ----- MINISTRY OF DEFENCE ----- DEPARTMENT OF MILITARY HEALTH ----- MILITARY HEALTH REGION N°1 ----- MILITARY REGION HOSPITAL N°1 -----
Yaoundé le 15 DEC 2022	N° 222230 /DV/MINDEF/DSM/RSM1/HMR1/12

AUTORISATION D'ACCES

Je soussigné, **Colonel-Médecin HAMADOU**, Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire de Région n°1 (HMR1) à Yaoundé,

Autorise madame **ACHETKOUOGNIGNI Arlette Leonelle**, étudiante en Master II Psychologie à l'Université de Yaoundé I, à accéder aux Services Spécialisés de l'HMR1 dans le cadre de son projet de recherche qui porte sur «**La réadaptation psychosociale et réinsertion des soldats blessés de guerre: acteurs et outils de l'Armée camerounaise** »

En cas de publication de cet article, les services d'accueil de l'HMR1 devraient être cités.

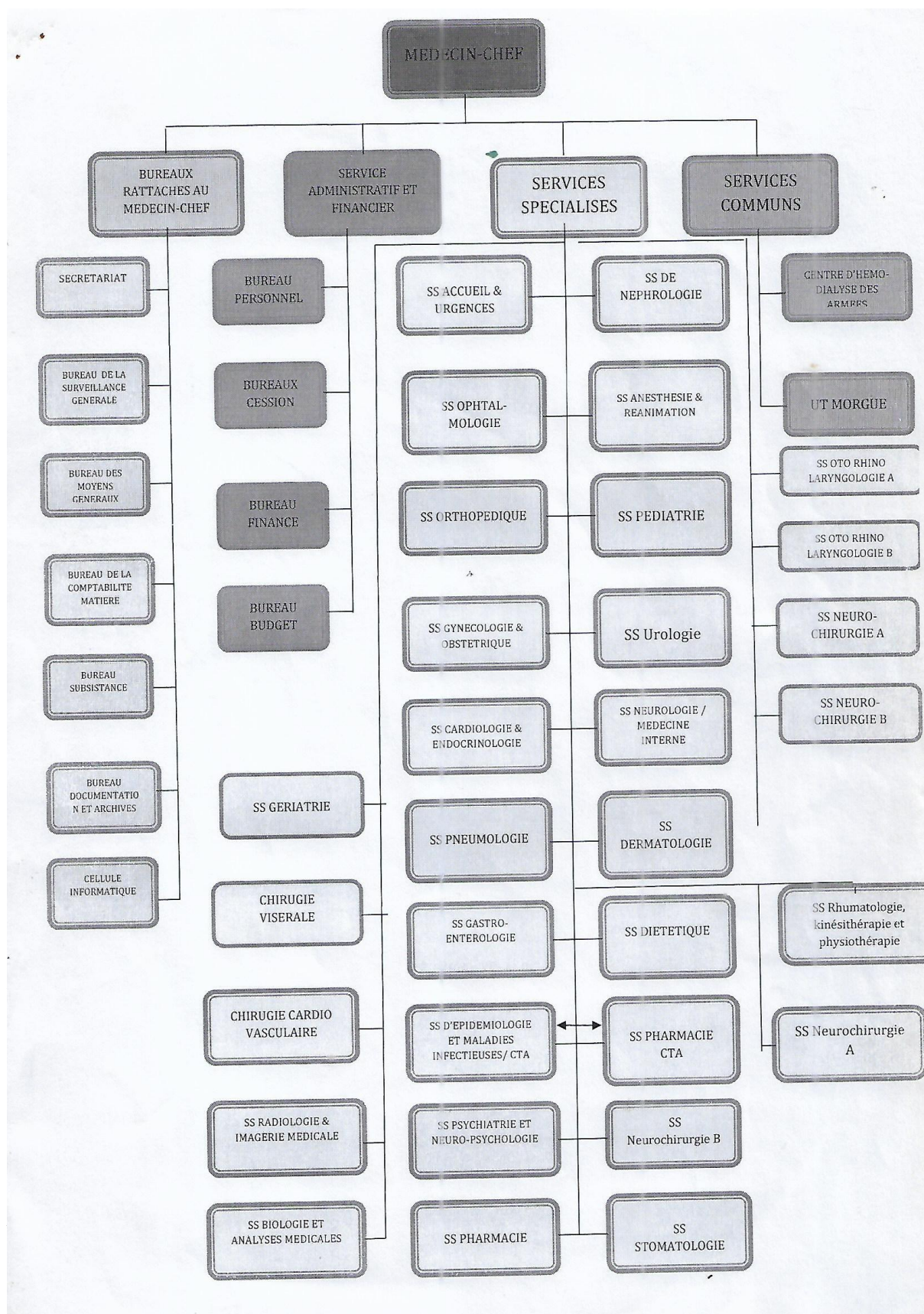
En foi de quoi la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit. /



Colonel-Médecin **HAMADOU**,
Médecin-Chef Hôpital Militaire de Région N°1
Médecin-Chef Adjoint
Hôpital Militaire de Région
N°1 Yaoundé

15 DEC 2022

Annexe 4 : Organigramme de l'Hôpital Militaire



Nous : puis-je savoir qui j'ai en face de moi ?

JC : je suis le Sergent JC du bataillon d'intervention rapide (BIR), âgé de 30ans et comme vous pouvez le constater je suis ici parce que je suis blessé de guerre, j'ai reçu une balle à la jambe.

Nous : Tout à fait. Et comment vous sentez-vous après avoir reçu cette balle ?

JC : pour commencer, je peux vous dire que je suis presque déjà guéri parce que ma blessure n'était pas très grave. Par rapport aux soins, je prends des antidouleurs et le massage me fait moins mal ce dernier temps qu'avant.

A cause de la blessure, j'ai perdu ma copine et cela a beaucoup affecté mon moral parce que elle me voyait avec les béquilles. Elle disait quelle ne pouvait plus supporter la relation pourtant nous avions déjà fait 7 ans ensemble et elle n'est même jamais venu me rendre visite.

Je n'avais même pas envie qu'on me rende visite parce que certains membres de ma famille ne pouvaient supporter de me voir dans cet état, raison pour laquelle je refusais les visites même s'ils insistaient.

Nous : vraiment désolé pour tout ça. Dites-moi avez-vous des attentes vis-à-vis de l'armée camerounaise ?

JC : si l'armée pouvait nous augmenter les salaires et les allocations familiales, ce serait mieux et même nous favoriser les stages à nous les blessés de guerre.

Je me suis senti découragé lorsque j'étais sur le lit d'hôpital et j'ai même regretté d'avoir choisi l'armée comme métier. Maintenant tout ce que je veux c'est guérir complètement et reprendre le travail comme avant.

Nous : Etes-vous suivi par un psychologue ?

JC : Il y avait juste un monsieur qui passait parfois pour nous poser des questions par rapport à notre état de santé mental et c'est tout.

Nous : comment vous sentiriez-vous si l'on vous demandait de retourner sur le terrain ?

JC : Nous sommes habitués à aller sur le terrain la seule différence est que cette fois-ci j'ai été touché par une balle donc si c'était à refaire je le ferai sans crainte.

Nous : Très intéressant JC alors quelles sont vos émotions ?

JC : Il est difficile pour moi d'oublier cette image surtout après avoir subi un choc pareil. Dieu merci pour moi je suis en vie car certains de mes camarades en sont morts. J'ai été bien opéré, je me suis déjà presque rétabli et je reviens juste à l'hôpital pour le massage. C'est vrai que je n'ai pas encore rejoint mon unité d'appartenance mais je crois que c'est pour très bientôt. Moi je suis du BIR et chez nous on prend bien soin des blessés de guerre raison pour laquelle contrairement à mes camarades militaires je n'ai pas eu de problèmes de prise en charge.

Nous : quels sont vos efforts personnels pour raccourcir le traitement ?

JC : je fais les efforts physiques, par exemple la marche pour me sentir apte. De même, pendant que j'étais encore sur le lit d'hôpital, je faisais l'effort de me laver moi-même afin de me sentir utile.

Nous : Merci JC pour votre participation et bonne guérison à vous.

JC : Merci à vous également Madame.

Entretien avec le soldat FRANK

Nous : bonjour chef vous pouvez vous asseoir

Frank : Bonjour Madame c'est vous qui étiez ici l'autre jour pas vrai ?

Nous : exactement. Je suis étudiante et je mène une recherche sur la réadaptation psychosociale et la réinsertion des soldats blessés en guerre. Et vous vous êtes ?

Frank : Je suis le caporal Frank en service à Bamenda

Nous : A quel niveau êtes-vous blessé ? parce que physiquement je ne vois aucune blessure sur vous

Frank : J'ai reçu la balle au niveau de la tête. Je me suis réveillé sur un lit d'hôpital et cette balle que j'ai reçue a causé la paralysie de mon côté gauche

Nous : Vraiment navré Frank. Mais vous vous sentez mieux maintenant qu'on a extrait la balle n'est-ce pas ?

Frank : hum qui vous dit qu'on a extrait la balle ? L'armée est un métier que j'aime mais le traitement que je reçois à l'hôpital me décourage parfois. La preuve je n'ai pas encore été opéré à cause du manque d'outils au sein de l'hôpital militaire mais la douleur baisse de mieux en mieux parce qu'on essaie de calmer avec autres choses.

Nous : Olala assiah et comment vous trouvez le traitement ?

Frank : je me sens mal à l'idée de savoir que je ne serai plus jamais le même et que les autres me regardent avec pitié. Le traitement ne me soulage pas vraiment mais je commence à m'y faire.

Nous : souhaiteriez-vous retourner sur le terrain si jamais vous vous rétablissez complètement ?

Frank : j'ai toujours envie de servir mon pays parce que mon métier c'est jusqu'au sacrifice suprême donc je pourrai retourner sur le terrain si c'était possible.

Nous : êtes-vous suivi par un psychologue ?

Frank : Sur le plan psychologique je me sens bouleversé mais je ne suis pas suivi par un psychologue. Il y a un monsieur qui passe souvent nous poser les questions et après il ne revient même plus.

Nous : Avez-vous gardé les mêmes rapports avec vos proches ?

Frank : les rapports avec certains membres de ma famille et certains de mes collègues restent les mêmes. Certains collègues m'appellent et parfois me soutiennent financièrement de même que ma famille.

Nous : votre handicap vous dérange-t-il lorsque vous vous regardez maintenant par rapport à avant la blessure ?

Frank : Quand je marche dans la rue, certaines personnes m'interpellent pour me demander si à mon jeune âge j'ai fait un AVC, d'autres parlent juste bas. Ça me dérange vraiment mais je n'ai pas le choix.

Nous : Quelles sont vos attentes vis-à-vis de l'armée camerounaise ?

Frank : J'aimerais que l'armée puisse nous accorder des stages à nous qui sommes blessés et améliorer notre prise en charge, aussi pour ceux qui sont encore sur le terrain.

Nous : Faites-vous des efforts personnels pour raccourcir la durée de votre traitement ?

Frank : Je ne peux rien faire d'autre à part suivre mon traitement normalement.

Nous : Merci Frank pour avoir participé à notre recherche. Nous vous souhaitons un prompt rétablissement.

Frank : Nous l'espérons également

Entretien avec le soldat JIMMY

Nous : Bonjour chef

Jimmy : Bonjour Madame ou Mademoiselle ?

Nous : Mademoiselle ACHETKOUOGNIGNI comment allez-vous aujourd'hui ? asseyez-vous.

Jimmy : Par la grâce de Dieu ça essaie d'aller. Non je ne peux pas m'asseoir ma jambe ne se plie pas.

Nous : Oh désolée. J'ose croire que vous savez déjà pourquoi je suis ici.

Jimmy : Oui on s'est rencontré l'autre jour ici même.

Nous : Exactement. En effet, je suis étudiante et je mène une recherche sur la réadaptation psychosociale et la réinsertion des soldats blessés en guerre et nous allons si vous le permettez vous poser quelques questions sur votre prise en charge.

Jimmy : Faites-vous plaisir. Que voulez-vous savoir ?

Nous : Pour commencer puis-je savoir qui j'ai en face ?

Jimmy : Je suis le soldat de première classe Jimmy en service au Nord

Nous : alors Jimmy comment vous sentez-vous sur le plan psychologique après que vous ayez été blessé au front ?

Jimmy : pour commencer j'ai reçu une balle au niveau de la jambe et du rein. Et depuis je suis dérangé psychologiquement, d'abord par la manière dont je suis pris en charge et ensuite par ma blessure. je ne suis pas bien traité à l'hôpital et les dépenses sont q mes frais. Je ne suis pas victime de traumatisme, je dors très bien. J'ai gardé de bonnes relations avec mes collègues et amis, même comme en les voyant a chaque fois je les envie parce que je ne peux plus porter les rangers.

Nous : quand vous dites que vous n'êtes pas bien traité à l'hôpital est-ce à dire que vous ne voyez pas de changements par rapport à votre blessure ?

Jimmy : oui madame, mon problème pour le moment est de me faire soigner parce qu'avant je marchais avec une canne anglaise et maintenant je marche avec deux, ce qui signifie qu'au lieu d'évoluer mon cas s'aggrave

Nous : navrée Jimmy tout ira bien. Vous au moins entouré de vos proches j'espère.

Jimmy : ma famille vit dans le nord-ouest et sud-ouest, c'est alors difficile pour elle de venir me rendre visite et venir m'assister. Je vis chez mon cousin qui n'est presque jamais à la maison, je suis abandonné à moi-même.

Nous : vous pensez que les voir pourrait vous soulager un peu ?

Jimmy : oui c'est mon souhait mais ils sont très loin de moi hélas.

Nous : ne soyez pas triste Jimmy on peut faire une pause si vous voulez.

Jimmy : non mademoiselle mais ça ira je suis quand même un homme. Ma copine s'est faite enceinte par quelqu'un d'autre pendant que j'étais sur le terrain, ce qui m'a déstabilisé au point où je n'étais plus concentré sur la mission. Donc vous comprenez que je vis plusieurs stress à la fois.

Nous : oui ce n'est pas évident. Si jamais vous guérissez complètement pourriez vous retourner sur le terrain ?

Jimmy : j'aimerais retourner sur le terrain si jamais je guéris parce que j'aime beaucoup le terrain et que là-bas je me sens utile. D'ailleurs je suis tout le temps sur le terrain sauf qu'il y a un problème ;

Nous : lequel ?

Jimmy : j'ai tellement aimé l'armée mais après cette blessure, je ne pense pas ressentir le même amour pour l'armée. D'abord que je suis convaincu que même si je remarque un jour je ne pourrai plus bien marcher comme avant, mais d'un autre côté, je prends cela comme la volonté de Dieu car il y a les gens qui en sont morts.

Nous : êtes-vous gêné de la façon dont vous vous voyez en ce moment par rapport à avant la blessure ?

Jimmy : Je me vois très différent de comment j'étais avant. Même mes collègues sont dépassés par le fait que je ne marche pas encore. Tout ça parce que je ne suis pas bien pris en charge. Je fais les dossiers administratifs tout le temps et pas de réponse. Depuis quatre mois que je fais les dossiers de prise en charge, rien. Je vais refaire et pendant ce temps ma blessure s'aggrave et j'ai peur. Tous les dépenses m'incombent pour le moment parce que je n'ai pas l'autorisation de prise en charge.

Nous : Je peux imaginer votre vécu courage soldat. Aimeriez-vous que l'armée fasse quelque chose pour vous ?

Jimmy : J'aimerais juste qu'on réponde favorablement à mes demandes et qu'on ait pitié de moi. J'aimerais également que l'armée revoie le volet prime de mission car je ne recevais pas normalement la mienne quand j'étais sous repos médical. Ce n'est pas normal qu'un soldat revienne du front et ne touche pas sa prime sous prétexte qu'il est sous repos médical.

Nous : faites-vous au moins des efforts physiques pour votre rééducation ?

Jimmy : Pour ma rééducation, j'ai essayé la kiné et elle a plutôt aggravé ma blessure parce que ça m'a déplacé les os, donc pour le moment, je me contente de la réadaptation à l'hôpital parce que mon pied ne peut plus bouger.

Nous : Navrée Jimmy. Nous espérons vraiment que cela sera bientôt résolu et que vous remarcherez.

Jimmy : vraiment ma sœur si seulement vous pouviez m'aider à me faire entendre, cela me plairait énormément.

Nous : Ne vous en faites pas c'est le but de notre recherche. Merci d'avoir participé à cette recherche et prompt rétablissement à vous.

Jimmy : c'est moi qui vous remercie pour votre écoute car parler avec vous va beaucoup m'aider psychologiquement.

Entretien avec le soldat NICK

Nous : Bonjour monsieur. Vous vous rappelez de moi j'espère, nous avons pris rendez-vous la semaine passée pour un entretien.

Nick : Bonjour madame l'étudiante. Bien sûr comment ne pas me rappeler d'un si joli visage ?

Nous : Ravie. Comment allez-vous aujourd'hui ?

Nick : Comme vous pouvez le constater, je suis toujours là.

Nous : ok. Je vais vous poser quelques questions par rapport à votre prise en charge si vous me permettez.

Nick : allez-y demandez-moi tout ce que vous voulez savoir et je vous le dirai.

Nous : Gentil. Tout d'abord puis-je savoir à qui j'ai à faire ?

Nick : Je suis le caporal Nick en service au Nord

Nous : Comment êtes-vous blessé Nick ?

Nick : j'ai reçu les balles au niveau du bras et des reins.

Nous : Comment se passe votre prise en charge, êtes-vous satisfait du traitement ?

Nick : J'ai fait un mois et une semaine sur le lit d'hôpital avant mon opération. Il a fallu que plusieurs personnes interviennent parce que certains matériels manquaient. Parfois lorsque certains médicaments n'étaient pas trouvés par les infirmiers, ils envoyaient mon garde malade

les chercher hors de l'hôpital et ce à mes propres frais. J'ai passé plusieurs nuits blanches à cause de la douleur parce que les calmants qu'on me donnaient ne faisaient pas effet et même quand ça calmait, c'était pour une très courte durée.

Nous : Oh là là désolée. Avez-vous au moins gardé les mêmes rapports avec vos proches ?

Nick : D'abord, je suis vraiment choqué de remarquer que c'est le travail seul qui me lie à mes collègues de service, ils sont complètement oubliés.

De plus, ma femme a eu notre bébé deux mois avant la blessure lorsque j'étais sur le terrain raison pour laquelle elle n'est pas encore venue me voir. Moi aussi je n'ai pas encore vu notre bébé et j'ai mal quand on me dit que ma femme se fait tellement de soucis pour moi et qu'elle refuse même de manger à cause de mon état. J'ai juste envie de vite me rétablir pour aller les voir vous me comprenez au moins n'est-ce pas ?

Nous : bien sûr Nick n'importe qui vous comprendrait. Ça se voit que vos proches vous manquent beaucoup, vous êtes avec qui ici ?

Nick : Je suis ici seulement avec ma mère et un camarade d'arme qui est mon garde malade et qui effectue toutes les courses. Ma famille ne peut même pas me rendre visite je suis tellement loin d'eux.

Nous : Avez-vous des attentes vis-à-vis de l'armée ?

Nick : Mon souhait est que l'armée puisse tenir compte de nos souffrances et les abréger. Par rapport aux primes, je reçois normalement mes primes pour le moment, sauf que je dépense mon propre argent pour me faire soigner, chose qui n'est pas normale. J'ai l'autorisation de prise en charge mais quand je me rends à la pharmacie et qu'il n'y a pas un médicament, on me demande d'aller moi-même le chercher hors de l'hôpital.

Nous : Vous vous sentez découragé apparemment

Nick : Pour commencer, je dirai que c'est mon bras droit c'est-à-dire mon bras fort qui est touché. Même mes camarades d'arme ont pris peur quand l'hôpital a mis assez de temps pour m'opérer. A cause de ça, ils disent ne plus avoir le même amour ni la même hargne de servir car ils se disent que si demain ils tombent, ils seront traités de la même manière. Qu'en est-il de moi selon vous ? A un moment ma famille voulait même déjà s'en charger car elle ne supportait pas me voir dans cet état.

Nous : ça se voit que vous êtes inquiet de votre état actuel et de comment les autres vous voient.

Nick : Je ne sais pas si les gens me regardent avec pitié ou pas je n'y prête même pas attention. Par contre je suis vraiment traumatisé quand je vois mon corps qui n'est plus le même qu'avant.

Nous : souhaitez-vous retourner sur le terrain après le rétablissement ?

Nick : Je n'ai plus aucune envie de retourner sur un théâtre d'opération même si je venais à guérir complètement (chose qui n'est même pas possible) parce que psychologiquement je suis

découragé par la manière dont on traite les blessés de guerre ici. J'étais sensé commencer la rééducation depuis lundi mais l'autorisation traîne à sortir. Une autre ordonnance vient de tomber et il faut que j'achète ces médicaments moi-même. Même pour manger, je le fais à mes frais pourtant j'ai appris qu'il y avait un repas gratuit pour les évacués mais on ne m'a jamais donné.

Nous : Beaucoup de courage Nick. Faites-vous des efforts personnels pour raccourcir la durée de votre traitement ?

Nick : Je ne suis pas encore au niveau de faire les efforts personnels ça sera peut-être après la rééducation.

Nous : Merci pour votre participation Nick. Bonne guérison à vous.

Nick : Je vous en prie jolie dame et merci aussi.

Nous : Je vous en prie.

Entretien avec le Docteur LUC

Nous : Bonsoir Dr

Luc : Bonsoir mademoiselle. On m'a dit que vous voulez me rencontrer depuis quelques semaines déjà de quoi s'agit-il ? Soyez brève il se fait tard et je veux déjà rentrer.

Nous : Je mène une recherche sur la réadaptation psychosociale et la réinsertion du soldat blessé en guerre et nous j'aimerais vous poser quelques questions par rapport à leur prise en charge.

Luc : J'espère au moins que vous savez que c'est un sujet confidentiel.

Nous : Oui Dr j'en suis consciente.

Luc : Que voulez-vous savoir et puis pourquoi c'est à moi que vous devez poser vos questions ?

Nous : parce que vous êtes l'un des acteurs de la réadaptation des soldats blessés en guerre.

Luc : Alors vous avez moins de 10 minutes.

Nous : Quelle est la mission de l'hôpital militaire quant à la réadaptation des soldats blessés au front ?

Luc : La mission de l'hôpital militaire est de recueillir le militaire blessé, le soigner et suivre son profil évolutif c'est-à-dire voir s'il va vers la guérison complète ou s'il va vers les séquelles. Et s'il va vers les séquelles, on l'oriente vers les services concernés par ces séquelles. Ça peut être des séquelles physiques ou psychologiques. L'hôpital a pour rôle d'amener le patient vers le rétablissement au maximum de son traumatisme., soutenir les actions des militaires qui sont dans les zones d'opération.

Nous : Quel est votre niveau d'intervention.

Luc : L'hôpital militaire intervient à tous les niveaux. On retrouve des chirurgiens, des psychologues, des psychiatres, des réanimateurs, des rhumatologues, des neurologues... bref toutes les spécialités qui peuvent être sollicitées dans le cadre des blessures de guerre.

Nous : le ministère de la défense dispose-t-il un centre de réadaptation des blessés.

Luc : Il y a au sein du ministère de la défense un service de réadaptation bien qu'il ne soit pas encore opérationnel. Il s'agit de la kinésie thérapie et de la réadaptation fonctionnelle. Pour les cas spéciaux, on les envoie au centre des handicapés à Etoug ebe en attention que le centre de réadaptation soit fonctionnel. Pour les malades psychiques, le ministère a un service de psychiatrie

Nous : Quels sont les outils que vous utilisez pour réadapter les soldats ?

Luc : comme outils utilisés pour la réadaptation, nous avons le suivi pharmacologique avec les soins médicamenteux, la kinésie thérapie pour la rééducation.

Nous : quelles sont les difficultés rencontrées ?

Luc : la prise en charge sur la longue durée par exemple un blessé de 2014 qui continue à être pris en charge jusqu'au jour d'aujourd'hui, crée des difficultés au niveau financier, thérapeutique et institutionnels, pourtant chaque année les blessés s'accumulent et cela devient compliqué pour le personnel soignant.

Nous : Merci Dr pour votre participation

Luc : Je vous en prie et j'espère seulement que cela va rester confidentiel

Nous : ne vous inquiétez pas Dr

Entretien avec le Dr Jeanne

Nous : Bonjour Dr

Jeanne : Bonjour c'est vous l'étudiante que j'ai eue au téléphone hier ?

Nous : tout à fait Dr

Jeanne : Je sais déjà pourquoi vous êtes là le médecin m'a expliqué. Sans perdre le temps on peut commencer

Nous : ok Dr dites-moi quelle est votre mission au service de psychiatrie par rapport à la réadaptation des soldats blessés en guerre ?

Jeanne : le but du suivi des soldats est de traiter ou soulager la souffrance, de dédramatiser le vécu douloureux de leur pathologie, de faciliter leur réinsertion professionnelle (on accompagne le soldat blessé ainsi que sa famille) parce que la famille doit aussi être accompagnée.

Nous : quel est le niveau d'intervention ?

Jeanne : Pour commencer, le soldat qui est évacué de la zone de guerre avec un problème de santé mentale bénéficie d'une prise en charge c'est-à-dire que ses soins sont couverts car il est

considéré comme étant un patient. Il bénéficie d'un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique et en fonction de l'évolution de la maladie, il peut guérir avec ou sans séquelles. Au cas où il y a des séquelles, son poste de travail ou son unité pourrait être aménagé au moment de la réinsertion professionnelle. D'un autre côté, qui, à la fin de mission développe un problème de santé mentale ne bénéficie pas systématiquement d'une Prise en charge. Il faut faire une demande pour obtenir la prise en charge médicale.

Nous : Quels sont les outils que vous utilisez au service de psychiatrie pour les réadapter ?

Jeanne : comme outils utilisés pour la réadaptation, nous avons le suivi pharmacologique avec les soins médicamenteux, les psychothérapies les plus utilisés sont le EMDR, TTC.

Nous : Est-ce qu'il y a des cas spéciaux que vous envoyé en dehors d'ici pour poursuivre les soins ?

Jeanne : Pour les patients les plus agités et/ou très agressifs du fait du plateau technique limité, on les envoie au centre Jamot. Ce ne sera plus le cas parce qu'on vient de construire un service de réadaptation au sein du MINDEF.

Nous : quelles sont les difficultés que vous rencontrez ici ?

Jeanne : Tout comme les services qui s'occupent de la santé physique des blessés, le service de psychiatrie rencontre aussi des difficultés dans l'exercice de ses fonctions comme le fait qu'il y ait manque de personnels, beaucoup de travail pour peu de personnels. Aussi, il y a des militaires qui au départ sont évacués pour des blessures physiques et qui plus tard présentent des traumatismes psychiques comme le flashback, le stress...

Nous : nous vous remercions Dr pour votre participation

Jeanne : je vous en prie bonne suite à vous aussi

Entretien avec Mr Didier

Nous : Bonjour Monsieur

Didier : Bonjour mademoiselle

Nous : êtes-vous prêt pour l'entretien ?

Didier : Oui on peut commencer

Nous : En tant que chef de service de la réinsertion, quel est votre rôle par rapport à la réinsertion des soldats blessés en guerre

Didier : Pour commencer, le service de réinsertion ne s'occupe pas encore des militaires blessés en guerre, nous nous intéressons aux anciens combattants et victimes de guerre. Les anciens combattants sont des soldats ayant servi dans l'armée depuis la création de l'armée camerounaise. De même, tout gendarme n'ayant pas été radié ou en retraite sont considérés comme anciens combattants. Par contre, les victimes de guerre représentent tout militaires ou

civils ayant participé à un conflit ou mission armée (participation passive pour les populations ou les civils ; participation active pour les soldats).

La mission du service de réinsertion est de former les anciens combattants dans différents secteurs d'activités (agriculture à BINGUELA Mfou, OBALA OKOLA...) avec l'appui des administrations compétentes. Nous faisons aussi dans la pisciculture, l'élevage, l'assistance en cas de malheur ou autre, en vue de leur réinsertion.

Également, nous prévoyons mettre sur pied une carte qui permettra de les identifier afin de les identifier afin de les assister normalement et facilement.

Pour leur réinsertion, l'idée de départ était de les orienter vers la sécurité privée c'est-à-dire que chaque ancien combattant assure la sécurité de la localité dans laquelle il se trouve mais ils ont trouvé cela pénible parce qu'ils sortent fraîchement du traumatisme de l'armée en plus les grades et les âges de certains ne les permet pas de travailler en tant que Virgile. Nous notons aussi que, par excès les orphelins et les veuves des militaires bénéficient de cette formation pour la réinsertion.

Nous : quelles sont les difficultés rencontrées ?

Didier : Le service ne reçoit pas assez de fond pour la réinsertion. Pour cela, le service a été intégré dans le budget programme qui permettra désormais de soutenir financièrement l'encadrement de ses anciens combattants et victimes de guerre.

Nous : Merci pour votre participation

Didier : je vous en prie Madame.

TABLE DE MATIERES

DEDICACE.....	i
SOMMAIRE	ii
REMERCIEMENTS	iii
SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
RESUME.....	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	4
1.1. Contexte de l'étude	4
1.1.1. Le contexte de la guerre au niveau mondial.....	4
1.1.2. Le contexte de la guerre au niveau du Cameroun	10
1.2. Justification de l'étude.....	12
1.3. Formulation et position du problème.....	13
1.4. Question de recherche	16
1.5. Objectifs de recherche	16
1.5.1. Objectif général	17
1.5.2. Objectifs spécifiques	17
1.6. Intérêt de l'étude	17
1.7. Délimitation de l'étude	18
CHAPITRE 2 : CONTEXTE ET FONDEMENTS DE LA READAPTATION PSYCHOSOCIALE ET DE LA REINSERTION DES SOLDATS BLESSES DE GUERRE AU CAMEROUN.	20
2.1. Généralités sur l'Armée Camerounaise	20
2.1.1. Présentation de l'Armée Camerounaise : origine et évolution	20
2.1.2. Organisation des bataillons	29

2.2. Généralités sur la réadaptation Psychosociale.....	29
2.2.1. Le contexte environnemental de la réadaptation	30
2.3. Le contexte social de la réadaptation.....	32
2.4. Le contexte humain de la réadaptation	Erreur ! Signet non défini.
2.4.1. Les statistiques des soldats camerounais	Erreur ! Signet non défini.
2.5. Les acteurs de la réadaptation Psychosociale des blessés de guerre	35
2.5.1. Les acteurs institutionnels de la réadaptation des blessés de guerre.....	36
2.5.2. Les acteurs non-gouvernementaux de la réadaptation psychosociale et de la réinsertion des soldats blessés en guerre.....	41
2.6. Les fondements de la réadaptation Psychosociale et de la réinsertion des soldats blessés en guerre	41
2.6.1. Les fondements juridiques	41
2.6.1.1. La convention de Genève	42
2.6.2. Les fondements sociologiques de la réadaptation Psychosociale	43
2.6.2.1. Les fondements sociaux de la réadaptation.....	43
2.7. Les fondements scientifiques de la réadaptation Psychosociale	43
CHAPITRE 3 : CLARIFICATION CONCEPTUELLE ET CADRE THEORIQUE	46
3.1. Définition des concepts	46
3.1.1. Réadaptation.....	46
3.1.2. Psychosocial.....	Erreur ! Signet non défini.
3.1.3. Réinsertion	Erreur ! Signet non défini.
3.1.4. Soldat blessé en guerre	Erreur ! Signet non défini.
3.1.5. Définition du mot acteur	Erreur ! Signet non défini.
3.1.6. Définition de outil	Erreur ! Signet non défini.
3.1.7. Définition de Armée selon les dictionnaires en ligne	Erreur ! Signet non défini.
3.2. Cadre théorique.....	51
3.2.1. Définition de l'approche communautaire.....	Erreur ! Signet non défini.
3.2.2. La remise en question de l'Etat-providence	Erreur ! Signet non défini.
3.3. « Au-delà du principe de plaisir », (SIGMUND FREUD)	Erreur ! Signet non défini.

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE	55
4.1. Rappel de la problématique de l'étude, de la question et des objectifs de recherche	55
4.1.1. Rappel de la problématique de l'étude	55
4.1.2. Rappel de la question de recherche	56
4.1.3. Rappel des objectifs de recherche	56
4.1.3.1. Objectif général.....	56
4.1.3.2. Rappel des objectifs spécifiques	56
4.2. Type de recherche.....	56
4.3. Approche qualitative.....	56
4.4. Site de l'étude	58
4.4.1. Justification du choix du site	58
4.4.2. Présentation du site de l'étude.....	58
4.4.3. Population de l'étude.....	60
4.4.4. Les caractéristiques de la population	61
4.4.5. Critères de sélection des participants	61
4.5. Échantillon et échantillonnage.....	61
4.6. Outil de collecte des données	63
4.6.1. Justification du choix des techniques d'entretiens individuels.	63
4.6.2. Construction du guide d'entretien.	64
4.6.2.1. Pré-enquête.....	64
4.6.2.2 Présentation du guide d'entretien.	64
4.6.2.3. Cadre de l'entretien.	66
4.7. Technique d'analyse des données.....	66
4.7.1. Analyse de contenu.	66
4.7.2 Techniques de dépouillement des données	66
4.7.3. Codage des résultats.....	67
4.8. Considérations Ethiques et Déontologiques	67
CHAPITRE 5 : ANALYSE ET PRESENTATION DES RESULTATS.....	69

5.1. Caractéristiques générales de l'échantillon	69
5.2. Analyse des résultats de la recherche	69
CHAPITRE 6 : « SYNTHÈSE, INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	79
6.1. Rappel de la question et de l'objectif de recherche	79
6.2. Interprétation et discussion des résultats	80
6.2.1. L'impact de la guerre sur les soldats pendant et après la blessure.....	80
6.2.2. L'influence de la prise en charge par les acteurs de la réadaptation sur les blessés de guerre	82
6.2.3. Les moyens et outils utilisés par l'armée pour réadapter et réinsérer les soldats blessés en guerre	85
CONCLUSION GENERALE	88
SUGGESTIONS.....	91
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	93
ANNEXES	98