



HAL
open science

La coopération inter-hospitalière, un nouvel élan pour la psychiatrie? Étude de cas : la coopération entre l'ESP de Ville Évrard et le CHU de Ouagadougou

Pauline Aimard

► To cite this version:

Pauline Aimard. La coopération inter-hospitalière, un nouvel élan pour la psychiatrie? Étude de cas : la coopération entre l'ESP de Ville Évrard et le CHU de Ouagadougou. Science politique. 2014. dumas-01139988

HAL Id: dumas-01139988

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01139988>

Submitted on 7 Apr 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Panthéon Sorbonne – Paris 1
Département de Science-Politique

Master 2 Coopération Internationale, Action Humanitaire,
Politiques de Développement

La Coopération inter-hospitalière, un nouvel élan pour la psychiatrie ?

**Etude de cas : la coopération entre l'EPS de Ville Evrard et le CHU de
Ouagadougou.**

Réalisé sous la direction de :
M. Yves VILTARD

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013-2014

AIMARD Pauline

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier fortement toute l'équipe de La Causerie pour leur accueil, les discussions et les moments partagés ensemble.
Plus particulièrement, je remercie Madame Théodore d'avoir accepté de me prendre comme stagiaire au sein de la structure, et ce malgré mon absence de compétences cliniques.
Mes remerciements les plus chaleureux à Thérèse et Madame Levrard pour leur relecture, leurs conseils, et surtout, leur soutien ! Merci pour votre accompagnement.
Enfin, je suis reconnaissante envers mon directeur de recherche, Monsieur Viltard, pour avoir accepté ce terrain de recherche et pour avoir encadré ce travail.

Avant-propos

Il est toujours intéressant et nécessaire selon moi d'explicitier dès le début quel est l'objectif des recherches menées et surtout quels ne sont pas les objectifs. Si plus loin dans l'introduction je souligne ce qui m'a amené à ce terrain de recherche ainsi que les intérêts et les limites de ce mémoire, il me semble judicieux de préciser dès à présent ce qu'il est et ce qu'il n'est pas.

Durant six mois, j'ai effectué mon stage de fin d'année au centre d'ethnopsychiatrie de l'Établissement Public de Santé (EPS) de Ville Evrard à Aubervilliers.

Ayant mené tout mon parcours universitaire à l'Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, j'ai été formée avant tout, à l'utilisation de méthodes de recherches dites qualitatives. L'un des outils majeurs de ces méthodes est l'observation ethnographique. Ce fut mon principal outil lors de mes recherches.

Comme le souligne Gilbert Rist dans son ouvrage *Le développement. Histoire d'une croyance occidentale*, « les dogmes l'emportent toujours sur l'observation lucide de la réalité. »¹. Aussi ai-je voulu éviter le piège qu'il dénonce et faire de mon mémoire le résultat d'une observation relativement longue (6 mois) et assidue (4 jours par semaine).

Celle-ci sera participante et non participante, selon les situations. Je participerai à des séances d'ethnopsychiatrie où je suis amenée à intervenir (je suis à plusieurs reprises interrogée par les thérapeutes) et j'accompagnerai les membres de l'équipe lors des visites à domicile etc.

Je suis alors durant tout mon stage dans cette double posture à la fois active, car servant comme co-thérapeute ou d'accompagnant, mais aussi passive, car mon statut de politiste ne m'autorise pas et ne me permet pas d'intervenir directement auprès des patients.

Ainsi ce mémoire repose avant tout sur de l'observation, plus précisément mon observation. Celle-ci, complétée par divers outils méthodologiques tels que l'entretien, n'a pas pour objectif de créer une énième théorie ou de faire la synthèse de celles existantes. Loin de là.

En effet, je redoute un certain enfermement de la réflexion dans les théories amenant le chercheur ou toute personne à une certaine inertie de la pensée et de la réflexivité. Il est, selon moi, redoutable de se cacher derrière les théories et surtout de croire qu'elles peuvent expliquer les réalités. C'est ainsi que nous prenons le risque de tomber dans des généralités fâcheuses et d'oublier toute la complexité du monde dans lequel nous évoluons.

Cependant, loin de nier l'utilité qu'elles ont (nous nous appuyons tous sur des théories existantes pour fonder et construire notre réflexion ; rien ne sort du néant), je tente tout du moins de me sauvegarder du danger de m'enfermer dans les théories et de n'expliquer la réalité que par celles-ci.

Ainsi ai-je voulu dans ce mémoire exposer à la fois ce que j'ai pu observer mais aussi ce que la réalité observée a fait naître comme réflexions en moi. Il s'agit donc d'un point de vue particulier, il n'engage que moi, sur une situation réelle particulière (ce que j'ai pu observer ne peut être vrai que pour cette situation. Je n'ai pas de prétention à la généralisation.).

¹Gilbert Rist, *Le développement : Histoire d'une croyance occidentale*, 4^{ème} ed, Paris, Presses de Science Po, 2013, p12.

Sommaire

Introduction	p 5
Présentation de l'objet de recherche	p 5
Des dangers d'un bon terrain	p 16
Esquisse d'une socioanalyse	p 19
Les intérêts et les limites de ce mémoire	p 22
Partie 1 : La coopération inter-hospitalière psychiatrique entre la France et le Burkina Faso	p 25
A) Les effets officiels de la coopération	p 27
B) Les effets pervers de la coopération	p 36
1) L'influence sur les soins et les prises en charge	p 42
a) Côté français	p 42
b) Côté burkinabé	p 51
2) Un outil de légitimation	p 57
a) En France : un moyen de légitimer la pratique ethnopsychiatrique	p 57
b) Au Burkina Faso : se démarquer des pratiques « traditionnelles »	p 63
Partie 2 : La coopération comme le support d'un développement psychiatrique	p 72
A) Le renforcement des capacités individuelles et institutionnelles	p 76
B) La coopération comme un substitut de l'action publique	p 92
Conclusion	p 106
Bibliographie	p 110
Bibliographie complémentaire	p 112
Annexes	p 114
Les documents officiels de la coopération inter-hospitalière	p 115
Quelques photographies de la Causerie	p 123
Les entretiens	p 129

Introduction

Présentation de l'objet de recherche

Aller au-delà des oppositions classiques, les dépasser et les transcender pour une meilleure approche et peut-être une meilleure compréhension du monde. Il est simpliste et naïf de dire que le monde n'est ni blanc ni noir, qu'il ne suit pas une vision manichéenne. Et pourtant, notre réalité est constituée de catégories bien distinctes et fermées les unes aux autres. Les mélanges ne semblent pas possibles et il faut bien le dire, nous avons besoin que le monde soit blanc ou noir. Cela nous rassure, cela simplifie les choses et nous permet surtout de les penser et de comprendre, tout du moins d'avoir l'illusion de les comprendre. Le peintre Jean Monnet disait : « C'est à force d'observations, de réflexions que l'on trouve. ». Observer une réalité permet-il réellement de la trouver, de la comprendre ? J'en doute. A l'instar de l'intervenant d'un Ted Talks en France, Yannick Roudaut, je pense que « Notre conception du monde nous interdit le monde de demain. ».

Plus proche du domaine des sciences sociales, le sociologue Norbert Elias est allé outre l'opposition traditionnelle entre sociologie et psychologie en affirmant que les deux interagissent et s'influencent mutuellement. Il ne suffit pas de dire, de se demander si l'homme est avant tout le fruit de son psychisme ou de la société, mais bel et bien de comprendre les relations qui peuvent exister entre ces deux notions et d'outrepasser ainsi le conflit classique en sociologie entre l'approche individualiste, méthodologique et holistique. Ainsi son œuvre, *Mozart Sociologie d'un génie*, montre bien que la notion de qui est un génie dépend à la fois de dispositions personnelles, résultant elles-mêmes de causes psychologiques dues à une relation particulière avec son père, mais aussi du contexte social de l'époque, celui du 18^{ème} siècle². Nous ne pouvons nous empêcher de nous demander si à l'heure actuelle Mozart, avec les mêmes capacités, aurait été considéré comme un génie ?

De même, Pierre Bourdieu a suivi cette voie, et via sa notion d'habitus nous fait comprendre non pas une détermination, une construction de l'individu par ses diverses socialisations, mais

²Norbert Elias, *Mozart, Sociologie d'un génie*, Paris, Seuil, 1991.

bel et bien le jeu qui se fait et se déroule entre un individu, son psychisme et ce qu'il a pu acquérir lors de ses différents apprentissages. Enfin, dans un registre plus spécifique, celui des questions de genre, Margaret Mead affirme dans l'introduction de son livre, *Mœurs et Sexualité en Océanie* : « Si l'on raisonne que par contraires-si l'on décide qu'une démarche de la vie sociale, pour n'être pas spécifiquement sacrée est obligatoirement profane, que si les hommes sont forts, les femmes doivent être faibles - on ne tient pas compte du fait que les sociétés jouissent d'une liberté de choix beaucoup plus grande à l'égard des aspects de la vie, qu'elles peuvent minimiser, souligner ou ignorer complètement.»³.

Ainsi, notre approche de la réalité semble biaisée car nos catégories mentales pour la penser sont inadaptées et ne font que refléter la manière de fonctionner de l'être humain. A ce que je sache, l'homme n'a pas fait le monde dans lequel nous évoluons. Certes il l'a façonné mais à son image et non à celle de la réalité, s'il existe une image de la réalité, car après tout celle-ci ne peut exister qu'à travers l'œil de celui qui l'observe. La physique quantique connaît ce problème, qui est appelé dans cette discipline « Le paradoxe de Schrödinger » : l'observation de particules quantiques influe sur le résultat qui n'existerait que par la mesure, l'expérience menée par l'observateur.

Par conséquent, nous nous imprégnons peu à peu de cette certitude que la manière dont nous percevons ce qui nous entoure est bien ancré dans le réel, surtout les catégories, les théories instaurées dans le temps et dont un des dangers est d'enfermer et de limiter notre pensée, notre intellect, plus qu'autre chose.

L'ethnopsychiatrie est un domaine qui, de par sa nature, nous invite à aller outre des oppositions classiques ancrées en nous, à savoir la médecine conventionnelle (celle pratiquée en Occident) et la médecine traditionnelle. De façon plus précise, il s'agit de dépasser notre conception occidentale (je dis notre conception occidentale car je suis occidentale) de la médecine et de la psychiatrie de façon plus précise et accepter que des interprétations traditionnelles, que nous nommons magiques de façon générale, ont autant leur place, soient sur le même pied d'égalité que notre approche qualifiée de plus rationnelle.

³ Margaret Mead, *Mœurs et Sexualité en Océanie*, Paris, Pocket, 1963, p17.

Au final il ne s'agit que d'une question d'interprétation. Comme le souligne Tobie Nathan : « (...) le point de vue d'un 'psy' formé dans les universités d'Occident n'a aucune raison d'être a priori plus vrai que celui d'un guérisseur formé auprès de ses maîtres en brousse. »⁴. Ainsi, il poursuit : « B, fils de A, lui-même chef d'un lignage fon d'Abomey, au Bénin, a été rendu fou par les vodùns car il a refusé d'assumer la charge rituelle qui lui incombait depuis la mort de son père, est aussi vrai que l'énoncé B a été saisi d'une profonde détresse mélancolique à la suite du décès de son père, A, auquel il été profondément attaché par des liens aussi profonds qu'ambivalents »⁵.

Il s'agit bien dans cet exemple d'une question d'interprétation. L'objectif n'est pas de savoir quel énoncé est plus vrai que l'autre, car aucun ne l'est en soi, mais de saisir lequel a de l'importance pour le patient et de travailler avec cet énoncé qu'il soit culturel, médical, sociologique et que sais-je encore...

Ainsi, l'ethnopsychiatrie transcende cette opposition entre médecine traditionnelle et médecine conventionnelle ou encore occidentale et de façon plus générale, entre rationalité et croyances, entre scientisme et magie. Elle surpasse cela pour en jouer et comprendre quel discours a de l'importance pour le patient et tenter autant que faire se peut de l'aider. Elle nous invite à nous défaire de nos schèmes de pensées traditionnelles pour tenter d'en saisir d'autres, de les mêler et de faire de la réalité non pas du blanc ou du noir, mais un savant mélange de ce qui existe et peut exister. Voici ce que j'ai compris lors de mon stage au sein d'un centre d'ethnopsychiatrie.

Ce travail de dépassement, nous le trouvons dès que nous sommes face au terme d'ethnopsychiatrie.

En effet, il recouvre une certaine ambiguïté dans le sens où il est un signifiant flottant en terme linguistique. Cela signifie tout simplement que chacun peut y mettre un contenu qui lui est propre. Pour le mot cheval, tout de suite nous vient une image d'un cheval (certes qui diffère de par la couleur, la taille et autres détails selon les individus, mais l'animal vient en tête), pour le terme d'ethnopsychiatrie, on ne sait pas trop quoi mettre derrière.

⁴Tobie Nathan, *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, 2^{ème} ed, Paris, Dunod, 2001, p. XX.

⁵Ibid.

Tout d'abord il y a la première partie de mot, l'ethno qui tout de suite nous renvoie à l'Autre. L'étymologie première du mot ethno est la tribu, la famille, la nation ou encore le pays. Cela ne renvoie pas immédiatement à l'autre puisqu'il peut s'agir de son propre pays ou tribu. Mais dans notre imaginaire, l'ethno renvoie avant tout à l'Autre et particulièrement à l'Autre lointain, à des peuples plus ou moins civilisés et qui diffèrent de nous. Il en faut peu pour que les associations d'idées se fassent d'elles-mêmes et nous amènent vers des paysages exotiques aux cultures lointaines et étranges. J'extrapole légèrement des informations recueillies de façon informelle auprès des gens à qui je tentais d'expliquer ce que je faisais. Je dois préciser au lecteur que cette situation (où l'on demande ce que je fais et où se déroule mon stage) ne me mettait pas à l'aise et que je ressentais une certaine appréhension à dire en quoi consistait mon stage. Tout d'abord parce que l'ethnopsychiatrie n'est pas un champ vulgarisé et très peu de gens ont accès à ce que cela peut signifier et encore moins se donnent la peine d'avoir accès à cette signification. Enfin, lorsque je simplifiais en disant que les soins s'appliquent majoritairement (le mot majoritairement est important et ne signifie nullement totalement) à des personnes migrantes ou issues de familles migrantes, dans le contexte actuel où la xénophobie peut se faire ressentir de façon plus médiatisée, les gens (de tout âge) peuvent avoir des réactions surprenantes reflétant un certain mépris ou un désaccord total avec cela. Bref, tout ceci pour dire que l'ethno est l'Autre, l'étranger. L'ethno nous fait voyager vers un lointain géographique. Mais on peut dès à présent dire que l'ethno ne renvoie pas automatiquement à un Autre lointain et peut tout aussi bien concerner les différentes identités régionales au sein d'un même pays. L'ethno s'applique à toutes les échelles géographiques.

La psychiatrie constitue le deuxième versant de ce mot. La psychiatrie renvoie à la folie. Mais qu'est-ce que la folie pour la majorité des gens ? Des fous gentils ? Des criminels comme peut le laisser penser la presse ? Des gens qu'il faut enfermer ? Les représentations sociales de la folie ont été mise à jour et analysées par des auteurs tels que Denise Jodelet⁶ ou encore Jean-Yves Giordana⁷. Au-delà de leurs conclusions spécifiques à chacun, il en ressort que la psychiatrie ne bénéficie pas d'une aura positive dans notre société et que la maladie mentale continue de souffrir d'une stigmatisation négative que nous ne retrouvons pas dans les autres secteurs médicaux, y compris aujourd'hui pour les maladies telles que le VIH. Cette pensée négative est présente parmi les non professionnels mais parmi aussi les professionnels

⁶Denise Jodelet, *Folies et représentations sociales*, Paris, PUF, 1989.

⁷Jean-Yves Giordana, (sous la dir.) *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*, Paris, Elsevier Masson, 2010.

médicaux qu'ils soient étudiants, médecins, infirmiers ou aide soignants. Un extrait d'un entretien avec un interne en psychiatrie, mené dans le cadre de mon travail l'année dernière, illustre cela.

«Parce que même les médecins hors psychiatre, il y a ça, donc comment tu veux que la population générale ait une image positive si même les médecins hors psychiatres ont une image négative.»

«Je connais quelqu'un qui a fait un mémoire de stage, hyper intéressant, sur la prise en charge des schizophrènes en période d'échange, et en gros ils sont foutus dans la chambre au fond, et quand ils appellent, les infirmières viennent à 4 au cas où, personne lui parle. Et en gros hôpital psychiatrique, oh la, ça fait hyper peur, même pour les médecins. J'ai un ami qui est interne, et on en parlait le week-end dernier, il est aux urgences, et il me disait « dès que j'ai un patient psychiatrique, je suis pas à l'aise»

Entretien avec P., interne en psychiatrie.

Une anecdote que j'ai vue et vécue illustre aussi cette idée. J'accompagnai un jour Madame Th. à l'hôpital au service de natalité afin de voir une patiente suivie depuis longtemps au centre. Cette femme, qui en était à sa troisième grossesse, souffre d'une forme de schizophrénie. J'ai le souvenir qu'après une entrevue à laquelle j'assistai, le personnel soignant du service, infirmière et aide-soignante principalement, interrogeait Madame Th. sur la conduite à tenir vis-à-vis de la patiente, ce qu'il fallait faire, car elles (ce n'était que des femmes) étaient dépassées et ne savaient que faire. Sur ce, Madame Th. leur répondit simplement qu'il fallait la traiter comme n'importe quelle patiente, qu'elle est stable et ne pose pas de soucis particulier. Elle me confiera par la suite le besoin de ces personnes à être rassurées.

Ces préjugés ont des répercussions à l'échelle nationale, tant au niveau des politiques publiques que des études menées dans ce domaine. Ainsi, en lisant un article dans le bulletin national santé mentale et précarité de juin 2014, « La mesure de la qualité de vie en psychiatrie et santé mentale : historique et perspectives », nous pouvons constater que l'auteur met en relief cela : « Il convient de noter que le terme de qualité de vie apparaît à 3 reprises dans le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 alors qu'il apparaissait 19 fois dans le plan cancer 2009-2013 et 49 fois dans le plan cancer 2014-2017 (avec un chapitre entièrement dédié à l'amélioration de la qualité de vie). Comme le disait Albert Einstein, « il est plus facile de désintégrer un atome qu'un préjugé »⁸.

⁸ Laurent Boyer, Pascal Auquier, « La mesure de la qualité de vie en psychiatrie et santé mentale : historique et perspective », *Rhizome*, n°52, juin 2014, p12.

Cette mise en bouche a pour vocation de montrer la difficulté, la dangerosité qu'il peut y avoir à expliquer ce qu'est l'ethnopsychiatrie. Tous les professionnels n'ont pas la même vision, la même approche. Ainsi Tobie Nathan, élève de George Devereux, perçu comme une référence centrale actuellement de l'ethnopsychiatrie en France, pour comprendre l'ethnopsychiatrie cite Andràs Zemleni : « Il s'agit d'interroger la culture elle-même sur l'image qu'elle se donne du désordre mental sur les catégories pathologiques qu'elle distingue, sur l'étiologie qu'elle avance, sur les liens qu'elle établit entre les phénomènes de pathologie mentale et les systèmes magicoreligieux, l'organisation sociale, les types d'activité, les situations qu'elle estime traumatisantes... Bref il s'agit de montrer ce qu'est la maladie et sa thérapie pour la culture en cause. »⁹. Pour le chercheur Ali Aouattah : « La démarche ethnopsychiatrique ne dit pas autre chose que cela : élaborer un compromis qui ne contredise ni l'offre culturelle du patient ni l'approche médicale du psychiatre »¹⁰.

Enfin, pour achever ce tour d'horizon, je vais terminer par la présentation qu'en donne la responsable clinique du centre où j'ai fait mon stage, présentation présente sur le site de Ville-Evrard. Ainsi l'ethnopsychiatrie est « une consultation spécialisée pour des pathologies psychiatriques lourdes pour lesquelles les facteurs culturels ont été identifiés comme intervenants dans l'accès aux soins et à la compliance [et qui] est proposée par l'EPS de Ville-Evrard depuis plusieurs années. »¹¹.

Suite à ces différentes définitions, le lecteur peut se faire une idée plus précise, je l'espère, de ce que peut être l'ethnopsychiatrie : un savant mélange en théorie, entre les explications culturelles du patient, et celles médicales du médecin, où l'on saisit autant que faire se peut le terreau culturel où est censée prendre racine la maladie mentale, et par lequel les symptômes s'expriment selon des modalités propres à chaque société, à chaque culture et sous-culture. Ceci dans le but affiché de faire adhérer le patient à une prise en charge efficiente pour lui.

⁹ Andràs Zemleni cité in Tobie Nathan, *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, 2^{ème} ed, Paris, Dunod, 2001, pXVII.

¹⁰ Ali Aouattah, *Ethnopsychiatrie maghrébine. Représentations et thérapies traditionnelles de la maladie mentale au Maroc*, Paris, L'Harmattan, 2000, p289.

¹¹ EPS de Ville Evrard. <http://intrave/Cristales/Pages/Ethnopsychiatrie.aspx>. Le site est uniquement consultable à partir de l'intranet de l'hôpital. Consulté le 15 juillet 2014.

Mais pourquoi parler de l'ethnopsychiatrie et faire un stage au sein de ce centre spécialisé lorsque mon sujet et mon titre de mémoire évoquent explicitement la coopération en psychiatrie entre l'EPS de Ville Evrard en France et le CHU de Ouagadougou au Burkina Faso ? Le lien est assez simple : les personnes responsables du centre d'ethnopsychiatrie en France sont les principaux responsables de la mise en place de la coopération entre les deux pays. En outre, nous verrons par la suite que l'ethnopsychiatrie et la coopération hospitalière, mises en place entre les deux hôpitaux, entretiennent des liens étroits et s'influencent mutuellement. C'est ce lien que je vais questionner tout au long de ce mémoire, en l'analysant, en l'interrogeant et en m'arrêtant sur ces deux aspects que sont la coopération inter-hospitalière et l'ethnopsychiatrie.

Avant de devenir ce qu'elle est actuellement, une forme de coopération décentralisée existante entre les deux hôpitaux fut mise en place en 1985 par le Ministère de la Coopération encore existant en France à l'époque. Elle a vu le jour, selon les dires du Dr Mi., dans une mouvance révolutionnaire tant du côté burkinabé que français. Ces deux révolutions, qui n'ont rien à voir l'une et l'autre (il s'agit pour le Burkina Faso des années de prise de pouvoir de Sankara et en France au sein du Ministère, d'une redéfinition de la politique de coopération qui devient une mise en place de projets), se seraient rencontrées dans l'homme qu'est le Dr Mi., d'après les dires de ce dernier. Puis avec la disparition du Ministère, afin de poursuivre cette collaboration, la seule solution qui semblait exister à l'époque était de la transformer en une forme de coopération décentralisée, c'est-à-dire une coopération liant uniquement les deux hôpitaux, sans autres intermédiaires. Parmi les contacts du premier homme, se trouve un pédopsychiatre, le Dr F.J., travaillant à Ville-Evrard et qui fera le lien pour ce passage d'une coopération centralisée à une coopération décentralisée. C'est ainsi que l'EPS de Ville-Evrard s'est retrouvé dès les années 90 à travailler en collaboration avec le CHU de Ouagadougou.

La première particularité de cette coopération, est le fait qu'elle concerne un domaine oublié en général dans les actions locales et extérieures de développement : la psychiatrie. Au-delà de l'image dont cette discipline bénéficie, elle est un champ qui fait appel à la subjectivité directe des personnes. Comme le souligne Ali Aouattah : « Que représente la formule de 'Maladie Mentale' si le phénomène qu'elle étudie peut-être sujet à des lectures différentes ? »¹². Il poursuit ensuite, la spécificité de la maladie mentale est que cette

¹²Ali Aouattah, *Ethnopsychiatrie maghrébine. Représentations et thérapies traditionnelles de la maladie mentale au Maroc*, Paris, L'Harmattan, 2000, p10.

expression est un oxymore : la maladie renvoie avant tout au corps physiologique, au palpable, au touchable, alors que l'adjectif mentale qui se greffe à maladie, renvoie à l'esprit, au psychisme. Le registre n'est pas le même. Et aussi bien que le célèbre oxymore « obscure clarté » nous amène à nous interroger sur ce que peut-être une clarté sombre, quel degré de lumière cela renvoie, l'expression maladie mentale nous questionne sur ce qu'est une maladie du psychisme, sachant que le psychisme, même si un fond commun peut subsister, il y aura toujours des variations selon les individus, selon leur psychisme. En effet, la diversité de l'espèce humaine, diversité tant au niveau de données externes (représentée par la situation sociale de l'individu, donc le salaire, le niveau de diplôme etc.) qu'au niveau interne (le parcours de vie de chaque personne est différente du fait même de caractéristiques psychologiques différentes par exemple, mais aussi des données biologiques telles que l'âge, la condition physique etc.). Amartya Sen, que nous retrouverons un peu plus loin dans cette introduction, souligne l'importance de la prise en compte de cette diversité lorsque nous abordons la question de l'égalité et de développement¹³.

Enfin je me dois de souligner pour terminer cette partie sur la psychiatrie, que le Burkina Faso, selon les dires du Dr Mi., était favorable dès les années 80 à des politiques de santé orientées vers la santé mentale. Cette particularité propre à ce pays et que nous ne retrouvons pas ailleurs (il existe très peu de coopération décentralisée ou centralisée à ce jour dans ce domaine¹⁴), a permis l'instauration et le déploiement de cette coopération. Il va de soi que sans la volonté des autorités étatiques au départ, puis des professionnels, cette coopération ne pouvait se perpétuer.

Dans un second temps, cette coopération est décentralisée, dans le sens où elle ne passe pas par des instances centrales de l'Etat telles que les Ministères. Cette coopération qui se fait essentiellement entre les deux hôpitaux entretient certes des relations avec des institutions, surtout en France, telles que la Fédération Hospitalière Française (FHF) puis dans une moindre mesure l'Agence Française pour le Développement, mais elle ne se fait moins entre les intervenants directs. Les institutions citées au-dessus n'interviennent que pour des raisons

¹³ Amartya Sen, *Repenser l'inégalité*, Paris, Seuil, 2000.

¹⁴ J'ai pris connaissance de trois autres coopérations inter-hospitalières en psychiatrie entre la France et un pays étranger : l'hôpital de Maison Blanche à Paris avec un service psychiatrique à Athènes en Grèce ainsi qu'un service à Gauteng en Afrique du Sud /le Groupe Public de Santé de Perray-Vaucluse et l'hôpital Huilongguan de Pékin / le centre hospitalier des Pyrénées avec le Togo.

financières. Les retours des missions faits, sont, je pourrais dire, un minimum et ne sont adressés qu'à la FHF. Selon le responsable de la coopération de Ville-Evrard, il n'y a aucun lien avec le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé ou bien encore le Ministère des Affaires Etrangères. De même côté Burkina Faso, où les différents acteurs interrogés ont souligné à plusieurs reprises l'absence de liens avec les autorités politiques du pays.

Cette collaboration directe entre acteurs permet d'éclairer peut-être sous un jour nouveau la notion de coopération telle qu'elle est analysée par Jean-Jacques Gabas dans son ouvrage *Nord-Sud : L'impossible coopération*¹⁵. Il dénonce en effet à plusieurs reprises la coopération internationale telle qu'elle est pratiquée depuis des décennies, en critiquant le fait que cette coopération organise avant tout une dépendance des pays dits du Sud vis-à-vis des pays dits du Nord. Cette relation asymétrique, bien évidemment aux intérêts des pays donateurs ou encore des bailleurs de fonds, fait rentrer l'acte de coopérer (qui dans un sens premier consiste à « créer une dépendance réciproque », selon l'auteur) dans une logique d'aide où « on ne construit pas ensemble actuellement, on fait à la place de, on fait pour maintenir l'Autre dans une position de demandeur sans lui donner le choix de recevoir ou non, ni de rendre »¹⁶. Au-delà de la critique de cette coopération internationale, c'est le concept même de développement qui est décrié, et de façon plus large, la relation entre pays dits du Sud et pays dits du Nord.

Nous reviendrons un peu plus loin sur cette notion. Ainsi l'aspect décentralisée de cette coopération, la connaissance intime des acteurs de celle-ci permet une autre forme de coopération qui répond peut-être un peu plus à une logique de coopération, de faire ensemble, qu'à une logique d'aide et de dépendance à sens unique.

Enfin la troisième caractéristique, déjà précisée, qui me semble essentielle dans cette coopération hospitalière (je rappelle que la première concerne le champ d'investigation, en l'espèce la psychiatrie, la seconde le fait que la coopération soit décentralisée) concerne le fait que la coopération en France se matérialise essentiellement, mais non pas uniquement, dans le centre d'ethnopsychiatrie qui a en charge principalement des personnes migrantes de la première ou seconde génération.

¹⁵Jean-Jacques Gabas, *Nord-Sud : L'impossible coopération*, Paris, Presse de Science Po, 2002.

¹⁶Jean-Jacques Gabas, *Nord-Sud : L'impossible coopération*, Paris, Presse de Science Po, 2002, p17.

En outre, rappelons que l'hôpital de Ville-Evrard est sectorisé dans le département de la Seine-Saint-Denis, un des départements français, si ce n'est le plus important, recevant le plus de personnes d'origines étrangères favorisant ainsi le contact à l'Autre, l'Autre compris ici comme originaire d'une culture nationale différente à la mienne.

Suite à ce développement sur l'ethnopsychiatrie et la coopération décentralisée, plusieurs questions surgissent et nous interrogent de façon plus large sur les concepts de coopération internationale, et donc sur les relations entre les pays dits du Nord et ceux désignés comme du Sud, et de façon plus large sur le concept de développement que nous appliquons si facilement à la deuxième catégorie de pays.

En effet, mon terrain d'observation m'a permis d'aller au-delà des textes officiels et des objectifs affichés de cette coopération inter-hospitalière. Comme nous le verrons lors de la première partie, la version officielle de la coopération met bien en avant une relation asymétrique entre la France et le Burkina Faso. Mais si nous ne nous arrêtons pas à la première impression nous constaterons vite que cette coopération a de nombreux effets pervers, pour reprendre un concept de Raymond Bourdon, dont les acteurs ont plus ou moins conscience et qu'ils instrumentalisent pour leurs propres fins. Ces effets pervers semblent rééquilibrer la relation affichée officiellement car ils créent une dépendance réciproque entre les acteurs de chaque pays (nous allons voir ceci plus en détail dans la première partie de ce mémoire). Dans ce cas particulier, l'ethnopsychiatrie de l'EPS de Ville-Evrard a autant besoin du CHU de Ouagadougou que l'inverse. Ce besoin réciproque est aussi un des facteurs de la longévité de cette collaboration.

Cette réciprocité nous questionne dans un second temps sur la notion de développement. En effet, depuis plusieurs années, différents courants de pensées se lèvent pour critiquer cette volonté à tout prix de développer le « Sud » ainsi que la notion même de « développement ». Des auteurs tels que Jean-Jacques Gabas ou encore Gilbert Rist unissent leurs voix afin de dénoncer cet artifice occidental de l'aide aux autres, de « cette croyance occidentale », pour reprendre les termes de Gilbert Rist.

Qu'est-ce qu'il faut développer, selon quelles normes ? Selon quel parcours ? Quelle méthode appliquer ? Pourquoi le chemin emprunté par l'Occident serait-il meilleur ? Au nom de quoi imposer ? Quels enjeux politico-militaire-économique se cachent derrière cette aide ? Les questions et les critiques sont nombreuses concernant le champ du développement et de l'action humanitaire. Ces questions deviennent encore plus complexes si nous les appliquons au domaine de la psychiatrie. En effet, les troubles mentaux renvoient à la subjectivité tant de

l'individu que d'une société et sont sujets à de multiples interprétations individuelles et sociétales. Chacun y va de son savoir : la biologie, les neurosciences, la psychanalyse, la sociologie, la psychologie, la religion, la magie etc. On comprend aisément que cet ensemble d'étiologies proposées complexifie les choses. Les questions posées sont simples et ont déjà été traitées, mais pas assez selon mon opinion : Qu'est-ce qu'un fou ? Qu'est-ce la normalité ? Cela diffère-t-il d'un pays à un autre ? D'une époque à une autre ?

Dans ce contexte de remise en cause du développement, un économiste de formation émerge. Amartya Sen propose en effet une alternative plus qu'intéressante à mon avis, et sur laquelle je vais m'appuyer pour la seconde partie de ce mémoire. En effet, il propose non pas d'évincer le terme de développement mais de le voir comme le renforcement des capacités individuelles des individus de mener la vie qu'ils ont raison de vouloir mener. Cette perspective permet selon l'auteur d'outrepasser les obstacles auxquels se heurte l'idée d'égalité : la diversité humaine et « la multiplicité des variables en fonctions desquelles on peut évaluer l'égalité »¹⁷. Ainsi l'auteur se concentre sur la liberté d'accomplir un destin, un bien-être, que l'individu possède et non tant sur le niveau d'application réelle ou les moyens. Nous reviendrons plus en détail sur cette pensée dans la seconde partie. Mais nous voyons tout de suite que l'accès aux soins de façon générale et, plus spécifiquement l'accès aux soins psychiatriques, est un dispositif essentiel dans cette perspective. Cela nous invite aussi à ne plus considérer le développement comme le propre des pays dits du Sud, mais comme pouvant aussi s'appliquer aux pays dits du Nord. La réciprocité de la coopération expliquée ci-dessus, met en avant cette idée que la notion de développement est universelle, dans le sens où elle s'applique à chaque pays de ce monde. En effet que sont les soins psychiatriques si ce n'est cette volonté d'aider le patient à gagner en autonomie, de le soulager et de le rendre parfois moins tributaire de ses troubles ? C'est la volonté affichée par la psychiatrie, c'est ce que j'ai pu observer dans le centre d'ethnopsychiatrie qui concourt, en adoptant les explications, les interprétations des patients, à leur permettre d'aller mieux, tout du moins à tenter de le faire.

¹⁷Amartya Sen, *Repenser l'inégalité*, Paris, Seuil, 2000, p19.

Ces différentes réflexions, que je vais tâcher d'exposer dans ce mémoire, sont nées de mon terrain mené au centre d'ethnopsychiatrie de l'EPS de Ville-Evrard. Il ne s'agit bien évidemment pas d'apporter des réponses, mais de présenter les choses telles qu'elles sont, tout du moins telles que je les ai perçues, et de les analyser afin de mieux saisir les différents enjeux que recouvre cette coopération. Mais avant cela, je souhaite exposer les dangers qu'a représentés ce terrain pour moi. En effet, il est intéressant de voir quel peut être le recul du chercheur et particulièrement de l'étudiant sur son terrain et voir ainsi les difficultés qu'il a éprouvées.

Des dangers d'un bon terrain

Il est souvent décrit dans les manuels de sociologie, les difficultés, les obstacles, les biais liés à un terrain difficile. En effet, la difficulté dans les prises de contact, dans l'adaptation d'un terrain ou encore la gestion des relations humaines lorsque nous avons à faire face à des protagonistes hostiles à notre présence, est une chose communément décrite et discutée. Le manuel célèbre de Florence Weber et Stéphane Beaud, qui m'a été tant utile l'année précédente notamment, présente ces différentes difficultés tout en donnant des conseils¹⁸.

Moi-même l'année dernière, lors de mon premier terrain, j'ai eu à faire à une équipe pour la plus grande majorité hostile à ma présence, et la grande question de «Comment m'intégrer ?» ne me quittait que très rarement. Ainsi met-on en place des stratégies de séduction, tout du moins on essaye, basée à la fois sur des expériences communes, une affinité psychologique, intellectuelle et que sais-je encore ? Bien évidemment tout ceci peut échouer et cela échoue régulièrement.

Ainsi ai-je eu l'occasion l'année dernière d'affronter, le terme est correct, un milieu où les équipes dirigeantes acceptaient ma présence, présence que la plupart du personnel soignant (en l'espèce les infirmiers) refusait en me faisant sentir une certaine exclusion. Le lecteur se doute que ce n'est pas une situation où l'on se sent le plus à l'aise et le premier réflexe est de vouloir fuir ces gens et rester dans son cocon.

¹⁸Florence Weber et Stéphane Beaud, *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte, 2013.

Mais je me demande si cette hostilité affichée n'est pas un moteur puissant de réflexion et de réflexivité ? En effet, lorsque je regarde en arrière, je me perçois, et peut-être à tort (les souvenirs sont on ne peut plus trompeurs), constamment sur mes gardes, dans l'appréhension des paroles pouvant être prononcées, je réfléchissais à ce que je disais, à ce qui se disait. J'avais un radar en permanence, et cette vigilance stimulait ma réflexion, mes pensées, mon travail. Le stress, chez beaucoup d'individus, y compris moi, est une source fortement créatrice, et c'est dans des moments d'angoisses, de tensions que peuvent naître des pistes de réflexion qui donneront par la suite de très bonnes idées ou de façon plus large, une œuvre d'art.

Or qu'en est-il lorsque l'accueil sur le terrain est chaleureux, se fait parfaitement ? Que se passe-t-il lorsque le contact avec l'équipe du lieu du terrain se déroulent très bien et que se nouent des relations plus que cordiales ? Car un «bon» terrain, dans le sens où le chercheur est bien accueilli, s'entend très bien avec une grande majorité des personnes présentes et avec l'autre partie, s'entend de façon cordiale, ceci peut représenter aussi un danger pour la pensée et la réflexion. Telle est mon hypothèse.

En effet, la vigilance, l'attention diminuent alors, le temps n'est qu'une succession de moments agréables où la réflexivité n'a pas réellement sa place et finit par s'endormir. Oui, j'affirme qu'un «bon» terrain est dangereux à la production de réflexion et la mise en place d'hypothèses de recherche et par conséquent à la construction d'un devoir écrit, mon mémoire.

Ainsi, j'ai reçu dès mon premier jour au centre d'ethnopsychiatrie un très bon accueil de la part de l'ensemble de l'équipe. Il n'y avait aucune hostilité affichée, les personnes se sont montrées intéressées par mon travail, curieuses, posaient des questions et ce indépendamment de leur niveau de diplôme, de revenus, de statut social. Le travail s'y prêtant, il y avait de nombreux moments d'aménagements, notamment les matins, constitués de discussions sur divers thèmes comme la littérature, le cinéma, la psychanalyse etc. Le tout accompagné de tasses de thé, de rires, de détente. Cela peut durer une matinée, une partie de l'après-midi, tout dépend du jour et de la programmation.

Même si ces moments sont indispensables, selon T., car ils permettent de se ressourcer et d'être après suffisamment apte à faire face à des situations plus intenses, ils peuvent représenter un piège pour le chercheur, car on se laisse tout simplement porter par cette succession de mouvements, laissant au repos tout réflexivité. La vigilance est au point mort, je

parle comme je parlerais à des amis sur la terrasse d'un café, le temps passe sans qu'on s'en rende compte et la fin de journée arrive déjà. Alors certes la journée fut riche en découvertes, au niveau psychanalytique, anthropologique, psychiatrique, humain, mais j'ai une fâcheuse tendance à me reposer et à savourer ces moments de non pensées réflexives, dans le sens où je me laisse totalement saisir, noyer par le cadre où j'évolue sans prendre aucun recul sur ce qui s'y passe ou se dit.

Cet embrassement de ma personne par ce cadre socioprofessionnel étant un plaisir pour moi, il devient alors difficile de lutter et de sortir de cette position. La volonté manque. Il m'aura fallu un mois et demi pour sortir un peu de cette torpeur et commencer à écrire sur cela. C'est long pour moi, lorsqu'on sait que l'année dernière, un mois et demi de vigilance m'a valu la rédaction d'un mini-mémoire où rapports de force, violence symbolique étaient vus, analysés, décrits. Or là que nenni. Je ne sais où va ma pensée, mes réflexions, mon mémoire. Je me laisse porter par ces jours constitués de séances d'ethnopsychiatrie, de visites à domicile, de repas entre collègues, de discussions diverses, enrichissantes, riches, de rires, d'attente. Mon cerveau est dans un état de torpeur, et j'aurais aimé le laisser ainsi.

Ainsi me vient cette affirmation : un bon terrain est aussi mauvais, voire plus mauvais pour la production finale qu'un «mauvais » terrain. J'espère avoir pu faire saisir cette idée au lecteur.

Il y a un autre point que je n'ai pas précisé et qui concerne l'adéquation qui peut subsister entre les valeurs du terrain et celles du chercheur. Si l'un des objectifs du chercheur est de déconstruire toutes prénotions, d'objectiver le social et donc les valeurs qui constituent le social, il est loin d'en être dépourvu. Ainsi je pense qu'il est plus facile pour le chercheur d'objectiver des phénomènes sociaux lorsque les valeurs de son terrain entrent en contradiction avec les siennes, même si dans ce cas-là le danger peut être de rentrer dans une logique destructrice où un des buts visés est une dénonciation arbitraire via une objectivation froide des événements. Cependant, le chercheur éprouvera des difficultés à objectiver et dénoncer (positivement ou négativement) des pratiques qu'il juge «justes», «bonnes» car aucun homme n'est démuné de ces notions même s'il contribue à les dénoncer.

Je suis un exemple du relativisme pur et dur, tout n'étant que construction sociale, le bien et le mal n'existant pas en soi. Or selon mes valeurs et croyances tuer un être vivant est mal et mon végétarisme est une des conséquences de cela. Ainsi, les pratiques de ce centre, mêlant anthropologie, psychiatrie et psychanalyse, font directement un écho positif à mes attentes vis-à-vis de la psychiatrie, à mes croyances sur ce qui serait bon de faire pour les personnes

souffrant de troubles mentaux.

Le relativisme mis en place dans la démarche d'ethnopsychiatrie au sein de ce centre, ainsi que l'aspect relationnel de toute chose mis sans cesse en avant par Madame Th. ne font que répondre à mes croyances et je ne peux que sourire (d'autosatisfaction ?) lorsqu'ils se manifestent et me parlent directement. Il devient alors plus dur, voire quasi-impossible de prendre le recul nécessaire dans l'objectivation de ce qui s'y passe.

Le courant romantique met en avant l'inspiration qu'un artiste peut trouver dans la mélancolie, la douleur, la souffrance psychique ou physique. L'exemple du spleen de Charles Baudelaire, la folie de Guy de Maupassant, l'internement de Camille Claudel ou encore de l'oreille découpé de Van Gogh sont notoires. Ainsi en restant dans cette logique, je ne peux m'empêcher de me questionner sur le fait que lorsque le terrain est difficile, la réflexion ne trouverait-elle pas un terreau plus fertile pour l'émergence d'idées et d'hypothèses alors que le bon terrain produirait, enfin dans mon cas, une certaine apathie, un flegme de l'esprit ?

Esquisse d'une socioanalyse

Parce qu'on ne choisit pas un terrain ou un objet d'étude par hasard, mon intérêt pour la psychiatrie n'émerge pas du néant et n'échappe pas à ce dictat. Je pense être consciente de la grande majorité des variables psychologiques et sociologiques qui m'ont amenée sur le terrain de l'ethnopsychiatrie. Sans entrer dans une psychanalyse écrite et approfondie sur le terreau infantile de mon goût pour la discipline, je vais tout du moins en exposer les causes les plus significatives selon mon avis.

Je sais que je pourrais tomber dans ce que Pierre Bourdieu nomme l'illusion biographique, mais je prends tout de même le risque de me raconter car il me semble intéressant d'exposer les origines de l'émergence d'un sujet de mémoire, et de toute idée en général.

Si je veux être sincère avec le lecteur, je dois signifier que mon intérêt pour la psychiatrie s'est caractérisé dans le début de mon adolescence par un attrait pour la folie. A l'époque, vers mes douze ans, je lisais beaucoup de littérature classique, Maupassant notamment, puis Zola, Balzac et plus tard Baudelaire. Les différents auteurs que je découvrais et admirais avait dans mon esprit tous eu un certain rapport à la folie. Ainsi, dans mon imaginaire de jeune adolescente j'associais la folie au génie, à la création sublime et c'est dans la folie que

naissaient les plus belles œuvres. J'avais tout simplement une image romantique de la folie. Et je me souviens avoir souhaité à plusieurs reprises tomber dans cette « douce » folie qui m'aurait permis d'accéder à un stade créateur, à une partie de mon cerveau inconnue, que peu de personnes atteignent. J'ai encore un peu de cette croyance en moi, même si je suis devenue consciente des souffrances que la folie entraîne et surtout que le lien folie-génie n'est pas automatique et même rare.

Puis ma mère, à un moment de sa carrière professionnelle, a intégré un laboratoire pharmaceutique spécialisé dans la psychiatrie. Je devais avoir dix-huit ans. A partir de là, j'ai eu un accès plus savant, scientifique de la folie et mon attrait s'est porté sur la psychiatrie. Grâce à la position de ma mère, à ses contacts, j'ai rencontré des psychiatres, lu des revues spécialisées, et mes connaissances sont devenues de moins en moins romantiques pour devenir plus réalistes, dans le sens où elles étaient plus proches des situations vécues par les patients et concernaient l'ordre institutionnel de la psychiatrie etc.

Dans un second temps, je dois souligner que ceci n'est pas mon premier terrain dans le domaine psychiatrique. En effet, lors de ma première année de Master 1, il était demandé aux étudiants de rédiger un mini-mémoire. J'ai saisi l'occasion pour tenter un terrain au sein d'un hôpital psychiatrique. C'était un service d'hospitalisation. L'expérience fut riche et plus qu'un simple apprentissage universitaire. Je voyais, je vivais même la matérialisation de ce qu'est un terrain ethnographique, une observation non participante. Les théories sociologiques principalement, n'étaient plus seulement des théories, mais se concrétisaient à travers mon expérience de terrain. C'est une sensation plaisante et drôle très souvent. C'est aussi un rempart pour se protéger, cela permet d'expliquer parfois ce qui nous semble inexplicable.

Le sujet de mon mémoire, l'application de la loi du 5 juillet 2011 (loi relative aux hospitalisations sans consentement) m'a été directement inspiré par le vécu d'une amie, qui la même année, s'est faite hospitaliser en psychiatrie pendant près de 6 mois sans son consentement au début (il me semble que c'était les quatre premiers mois), puis qui a décidé après une sortie de quelques jours, de se faire de nouveau hospitaliser car elle en ressentait le besoin.

Avant son hospitalisation je savais que je voulais faire mon mini mémoire sur la psychiatrie, mais c'est un sujet plus que vague. Son expérience m'a donc permis de définir mon sujet.

Mais tout ceci n'aurait pu voir le jour, ou tout du moins d'une façon beaucoup plus compliquée, sans la position professionnelle de ma mère. C'est grâce à elle que je suis entrée en relation l'année dernière avec la chef de service du secteur psychiatrique où je menais mes recherches, c'est elle aussi qui m'a permis de rencontrer le Dr Th. En effet, j'ai tout d'abord rencontré le Dr Th. avant sa femme qui est ma responsable de stage.

Ma première venue au centre d'ethnopsychiatrie n'avait pas pour objet mon stage mais un travail de groupe sur l'aide publique pour le développement des différents Ministères. Nous étions en charge du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Nous avons rencontré le Dr Th. afin de compléter nos recherches par un cas de coopération décentralisée, en l'espèce la coopération de l'hôpital avec le Burkina Faso. Ce n'est qu'à la fin de notre entretien que, portée par une joie et une hardiesse de voir l'existence de cette coopération en psychiatrie (autant préciser que dans le monde vaste du développement, de l'humanitaire et de la coopération, la psychiatrie est une donnée inconnue), que je demandai si par hasard le centre ne prenait pas de stagiaires. Quelle ne fut pas ma surprise lorsqu'il me répondit de voir cela avec sa femme ! Après plusieurs mails, nous prenions rendez-vous pour un entretien. Lors de celui-ci, elle se montra d'accord pour m'accueillir comme stagiaire au sein de ce centre. Etant donné que ce serait un stage de recherche, n'ayant aucune compétence médicale je ne pouvais intervenir dans la prise en charge des patients sauf lors des séances d'ethnopsychiatrie. Après avoir eu l'autorisation de mon directeur de Master, je revis Madame Th afin de fixer le début de mon stage, soit le 22 avril.

Il est intéressant de noter que dès le premier rendez-vous avec Madame Th., celle-ci aura une idée de la problématique de mon mémoire, l'influence de la coopération sur les pratiques de soins ici et au Burkina Faso. Nous en parlons et cette piste est plus qu'intéressante, mais comme je le constaterai par la suite, pas assez politiste. Doit-on y voir une instrumentalisation de ma personne de sa part ? Une violence symbolique de son statut sur le mien qui n'est que celui d'une étudiante ? L'interprétation est libre, mais je pense que oui, je suis le fruit d'une instrumentalisation (ne le sommes-nous pas dans chaque situation ?), mais dans ce cas, cela sert nos deux intérêts, donc ne me dérange pas.

En achevant cette partie, je me rends compte de l'importance des interactions entre variables psychologiques et sociales. Si je ne peux nier l'importance qu'a joué le capital social de ma mère dans l'accès à mes deux terrains de recherche, mon attrait pour la folie dans un premier temps et pour la psychiatrie ensuite, résulte de mon parcours psychologique, de mon histoire

personnelle. La vie a fait ensuite que cet attrait personnel, attrait parmi d'autres, a rencontré la position professionnelle de ma mère (et donc une partie de son capital social) et les deux se sont fait écho mutuellement. En effet, si je n'avais eu cet attrait premier, que m'importent les contacts de ma mère, ses connaissances etc. A l'inverse, mon intérêt se serait-il développé, solidifié comme il l'a fait, aurais-je choisi ces objets de recherche sans le capital professionnel de ma mère ? J'en doute fort. Ainsi parler d'écho pour signifier une résonance favorable ou pas, positive ou négative entre des différentes variables me semble juste, adéquat. C'est ce que Pierre Bourdieu a mis en avant avec sa notion d'habitus et ses recherches liées à ce concept : l'amour d'un certain art, d'une cuisine, d'une façon de vivre se font parce qu'il y a une adéquation, une résonance favorable entre un certain apprentissage et l'objet perçu.

Les intérêts et les limites de ce mémoire

Comme une grande majorité de travaux celui-ci présente ses intérêts et ses limites. Ce travail de Master 2 n'échappe pas à la règle.

Ainsi le principal intérêt de ce travail est le fait qu'il part d'un cas concret et témoigne d'une démarche inductive. Cela me permet, nous permet, d'éviter de tomber dans un généralisme qui n'est en général vrai uniquement qu'en théorie, et de redécouvrir toutes les exceptions aux règles. La complexité de la réalité, qui ne pourra jamais, selon moi, nous être accessible, en est tout du moins saisie de façon plus juste, plus proche.

Une des limites des sciences sociales, et la plus dénoncée je pense, est bien qu'elle ne peut qu'émettre des hypothèses, la réalité étant toujours plus complexe que ce que l'œil et le cerveau humain peut percevoir et j'applique cela aux sciences dites dures et molles. Ainsi l'avantage de ce travail, si j'ose dire, est bien de partir d'un cas réel, c'est-à-dire d'analyser une chose qui existe dans le temps et se matérialise sous différentes formes (c'est l'intérêt d'un travail ethnographique), et d'en déduire des hypothèses, des réflexions, des conclusions qui, je le répète, ne sont avant tout valables que pour ce cas et peut-être pour d'autres, mais cela nous ne le savons pas. C'est le grand avantage de la démarche inductive.

Ainsi ce terrain, ayant pour objet la coopération décentralisée hospitalière, nous permet d'aller au-delà des critiques traditionnelles sur la coopération internationale, de saisir sous un jour nouveau les relations qui peuvent exister entre deux pays aux cultures et développement

différents, de constater les effets pervers de celles-ci ainsi que la réappropriation de cette coopération par les différents acteurs.

Enfin ce terrain m'a permis d'élargir mon champ de réflexion sur ce qu'on entend par développement, ce que c'est, comment cela se concrétise. Les théories d'Amartya Sen m'ont plus que guidée.

En fait, ce travail nous rappelle que la réalité sera toujours plus complexe que ce que nous percevons et ce que nous produisons en théorie, que ce n'est jamais une perte de temps d'aller voir comment des concepts se matérialisent et sont attrapés et vécus par les acteurs concernés.

Concernant les limites de ce travail, il y en a plusieurs que je souhaiterais souligner. Tout d'abord, et c'est la principale limite dans mes recherches, je ne suis pas allée au Burkina Faso. Il aurait été intéressant d'y séjourner afin de voir l'autre versant de la coopération. En effet, il n'est question dans ce mémoire que d'une face d'une pièce. L'autre côté de la pièce nous reste inconnu. Après plusieurs réflexions j'ai décidé de ne pas partir au Burkina Faso. Tout d'abord ce voyage n'aurait pas été financé, il représente donc un investissement financier personnel qui ne me paraissait pas rentable pour mon travail. J'avais tout d'abord peur que le contact avec le personnel burkinabé ne se fasse pas et que faute de temps je n'arrive pas à nouer des liens suffisamment intimes pour avoir des informations intéressantes et exploitables à moins de rester plusieurs mois, mais cela n'était pas faisable. En effet, d'après les interviews menées auprès des médecins coopérants, tous m'ont dit qu'un contact sincère met plusieurs années à se faire. En outre, sachant que l'année dernière ma présence au sein d'un secteur psychiatrique français n'a pas fait l'unanimité, je redoutais que cela soit similaire ou pire dans un pays étranger.

Enfin, dernière précision, au moment où je regardais les billets d'avion pour le Burkina Faso, le même jour eut lieu le crash d'Air Algérie en provenance de Ouagadougou. J'interprète les signes comme je le souhaite, mais ce sont autant d'évènements qui peuvent avoir des conséquences sur les choix d'un chercheur et donc sur ses recherches. C'est le gros manque de ce travail, je le reconnais.

Autre limite importante de mon travail ; les patients. A la différence de l'année dernière, le contact avec les patients ne s'est pas fait. Tout d'abord très peu d'entre eux parlent français, et puis surtout, ils restent peu de temps dans la structure. Ils viennent pour leur rendez-vous plus ou moins en retard et repartent aussitôt celui-ci terminé. Faute d'aménagement du temps, je n'ai pas eu de moment de conversation en français où j'aurais pu créer un lien avec le patient

et ensuite demander un entretien ou tout simplement discuter. Certes les patients me reconnaissent, certains avec plaisir, mais un véritable échange n'a pu donc jamais se produire. L'année dernière, au service d'hospitalisation, les patients restaient plusieurs jours, ce qui me permettait d'avoir des moments de discussion et un accès à eux.

Enfin, il aurait été intéressant que j'élargisse mon champ d'action en France, c'est-à-dire que cela aurait pu être informant d'aller voir comment se déroulent les séances d'ethnopsychiatrie dans d'autres centres, et faire un travail de comparaison avec, comme référence, la coopération. Ensuite, même si les institutions telles que la FHF ou l'AFD sont très peu présentes dans cette coopération, il aurait été intéressant de mener un travail de recherche auprès de ces institutions.

Pourquoi ne l'ai-je pas fait ? J'ai mis longtemps avant de savoir quelle direction donner à ce mémoire.

Pour terminer, mon désir ardent de faire partie de l'équipe, mon adhésion à leurs valeurs est un biais qui peut gauchir mon travail et me faire perdre de mon recul, comme souligné précédemment.

I) La coopération inter-hospitalière psychiatrique entre la France et le Burkina Faso

Comme souligné dans l'introduction, la coopération entre l'EPS de Ville Evrard et le CHU de Ouagadougou a émergé dans les années 90. Selon les dires et l'expérience du Dr Mi., en 1983 la mouvance révolutionnaire marxiste (le Ministre de la santé de l'époque souhaite alors restaurer la dignité des personnes, dont les malades mentaux) et la dynamique de coopération française de l'époque (une nouvelle approche de la coopération émerge : remplacement des militaires par des civils, travail par projet) se sont rencontrées et ont permis l'action du médecin. Je précise que ce dernier s'est retrouvé au Burkina Faso non pas par passion de ce pays mais parce que sa femme, anthropologue, y menait ses travaux de recherche.

Prenant au départ la forme classique, je dirais, de la coopération centralisée (c'est-à-dire un travail dirigé, mené par le Ministère en charge de la Coopération), celle-ci est devenue par la suite une coopération hospitalière décentralisée. Ce passage n'est que la conséquence de facteurs historico-politiques tels que la disparition du Ministère de la Coopération en France. Les acteurs de la coopération de l'époque ont, grâce à des contacts, permis de faire perdurer cette coopération en y intégrant l'institut psychiatrique de Ville-Evrard, à travers un pédopsychiatre travaillant au sein de cet hôpital et connaissant le Dr Mi. On aperçoit ici la rencontre de facteurs tant macro que micro où l'action d'un homme répond à différentes évolutions historiques, sociales et politiques.

L'objectif ici n'est pas d'en faire l'analyse, malgré l'intérêt que cela aurait, mais de permettre au lecteur de mieux se situer et de mieux comprendre cette coopération décentralisée.

Ce n'est qu'en 1995 que des médecins, principalement le Dr Th., de l'EPS de Ville Evrard, vont s'engager et engager avec eux l'institution. Mais il faudra encore attendre plusieurs années, jusqu'en 2005, pour que cette coopération revête un caractère officiel, c'est-à-dire inscrite dans des textes, en l'espèce des conventions, respectant des règles établies par les deux parties, fixant des objectifs et mettant en place plusieurs évaluations afin de constater si ceux-ci ont été atteints ou pas.

Ainsi, à partir de cette date, la coopération entre le Burkina Faso et la France, dans le domaine de la psychiatrie, prend la forme officielle et donc reconnue, d'une coopération inter-hospitalière. Cela a des conséquences, que nous verrons plus tard, tant au niveau de la forme de la coopération qu'au niveau des relations qu'elle entretient avec différentes institutions, notamment en France (comme le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé ou encore la Fédération Hospitalière Française.).

Il s'agit dans cette première partie d'étudier cette coopération, de voir la manière dont elle est affichée, comment elle est décrite et vécue par les acteurs engagés. Il s'agit aussi de constater la forme qu'elle a choisie, tout du moins que les institutions (donc le personnel des deux hôpitaux) ont choisi de lui donner. Enfin, comme l'officiel et l'officieux sont les deux faces d'une même pièce, loin de moi la volonté de négliger le second aspect. Le côté informel de différentes activités, l'économie, le politique, est très souvent sous-évalué car par définition inaccessible tout du moins aux premiers abords. Il en va de même pour cette coopération. Il y a les textes officiels, mais aussi la réalité, ce jeu social où nous évoluons et qui est soumis à des règles non écrites, à des enjeux non-dits mais bien réels etc.

Au départ, j'exposerai dans une première sous-partie la face officielle de la coopération. Puis logiquement, dans une seconde sous-partie je présenterai les effets pervers des échanges entre les deux institutions dont ont plus ou moins conscience les différents protagonistes.

A) Les effets officiels de la coopération

Il est fastidieux de faire la liste des objectifs de cette coopération. Mais en l'établissant, cela permet de mieux saisir la logique de cette dernière, tout du moins celle affichée. Cela nous invite alors à saisir les représentations que les institutions se donnent d'elles-mêmes et surtout de voir dans quel contexte elles s'inscrivent. Le lecteur trouvera en annexe (annexes de la 115 à 122) les conventions et le plan d'action les plus récents signés entre les établissements. Rien ne diffère des précédentes si ce n'est à quelques exceptions près, car les missions menées au Burkina Faso peuvent changer selon les évolutions au sein du CHU de Ouagadougou.

Je précise aussi qu'aucune restriction ne fut faite au moment où je demandai pour la première fois ces documents. Lorsque je sollicitais le Dr Th. pour voir ces documents, il me renvoya vers la secrétaire La. Cette dernière me donna tout simplement le classeur où sont répertoriés les différents documents relatifs à la coopération.

Ceux-ci n'ont rien d'extraordinaire, dans le sens où ils ne renvoient pas à quelque chose d'inattendu ni de surprenant. En effet, maintes théories vues en cours dénonçaient de diverses manières la coopération entre différents pays, si bien que j'avais hâte de voir si les conventions entre les deux hôpitaux répondaient à mes idées, voire à mes préjugés.

Il y a deux documents à prendre en compte principalement : la convention de jumelage et de coopération valable de 2013 à 2017, ainsi que le plan d'action triennal qui s'étend de 2013 à 2015.

Le renouvellement de ces documents est l'objet de cérémonies officielles où les directeurs de chaque hôpital se rencontrent pour tenir des discours où chacun se congratule mutuellement (j'en ai eu un aperçu lors de l'inauguration du centre d'ethnopsychiatrie). Le but n'est pas de critiquer les rôles que chacun tient, nous sommes tous amenés dans la vie à tenir des rôles et à jouer un jeu qui nous convient plus ou moins. Non, l'objectif en présentant ce que je nomme la façade officielle est de mieux saisir par la suite le contraste avec ce qui est vécu par les acteurs de cette coopération. Il s'agit de voir le côté pile afin de mieux saisir le côté face.

J'informe aussi que la signature de ces documents se fait simultanément en France et au Burkina Faso. Il n'y a pas à ce niveau-là une dominance d'un pays (je pense bien évidemment à la posture qu'aurait pu adopter la France) où transparaîtrait une certaine violence

symbolique¹⁹, comme je l'ai pensé au départ (en effet, avant de me renseigner de façon plus détaillée auprès du Dr Th., je pensais que la signature se faisait à chaque fois à l'EPS de Ville Evrard, ce qui traduirait alors une certaine forme de violence symbolique émanant de la France. On constate ici que je suis allée vite en besogne.).

Cependant, cette égalité apparente dans les déplacements des délégations officielles ne trouve pas son semblable dans les séjours des stagiaires français au Burkina.

Cette relative indisponibilité, pourrions-nous dire, du côté français fait écho à la différence qui existe concernant la durée de séjour des Burkinabé en France et des Français au Burkina Faso. En effet, les acteurs burkinabé viennent suivre des formations en France pour une durée de plusieurs mois. A l'inverse, les protagonistes français ne séjournent au maximum qu'une quinzaine de jours, sachant que majoritairement cela se réduit à une semaine. Cette dissymétrie dans la durée de séjour est soulignée par une attachée de santé burkinabé, venue en France cette année pour une formation d'infirmière cadre, qui dure un an.

Vous recevez aussi des soignants français...

Ad : Oui, ils viennent pour les, pour les... Comment on appelle ça... En tout cas il y a un accompagnement (inaudible) des structures existantes, il y a des apports théoriques qui sont faits pendant leur séjour et une évaluation aussi de la mise en place de ces structures. Mais on n'a jamais eu encore un soignant qui vienne ici pour du long terme. Le maximum ici c'est deux semaines pour ceux qui viennent. Mais ça pourrait être intéressant qu'ils viennent plus longtemps. Contrairement à ce que les uns et les autres pensent, on reçoit toujours les autres. Donc même si un patient d'ici vient, apparemment ça lui apprend pas grand-chose. Mais je crois que, on apprend toujours des façons d'être et de faire des autres. Ça nous apporte toujours quelque chose. Donc voilà ce que je peux dire. Peut-être que je n'ai pas répondu à la question comme il fallait.

Entretien avec l'attaché de santé Ad.

Cette indisponibilité du côté des praticiens français est justifiée par les acteurs via leur emploi du temps pour les médecins, et de façon générale (c'est-à-dire pour les infirmiers, psychologues etc.) par une déficience institutionnelle liée principalement au système de « cooptation » qui serait la règle concernant la coopération entre les établissements, selon les dires de Mr Se., responsable de la communication et de la coopération de l'EPS de Ville Evrard

¹⁹La violence est selon Pierre Bourdieu : « tout pouvoir qui parvient à imposer des significations et à les imposer comme légitimes en dissimulant les rapports de force qui sont au fondement de sa force. ». Pierre Bourdieu, *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Paris, Seuil, 1972, p18.

C'est-à-dire ?

Mr Se : C'est-à-dire que pour l'instant, ça reste encore des actions qui fonctionnent beaucoup par cooptation, et pas suffisamment, de mon point de vue, par appel à participation à des projets. Ce sont plutôt des équipes qui incrémentent du... des participants, plutôt que quelque chose qui fonctionne de façon transparente de mon point de vue. À l'hôpital on n'est pas structuré pour recevoir des projets complémentaires, comme ça, ça manque un petit peu de fonctionnement pour la coopération pour l'instant.

Qu'est-ce vous pourriez faire pour...

Mr Se : je pense que si on s'appuyait mieux sur le, sur les organisations telles que la formation permanente, sur la direction de soins, il pourrait y avoir la remontée comme ça de projets individuels, d'envies qui pourraient trouver leur place dans le plan d'action. Soit en termes de formations, soit en termes de propositions de, d'actions, de départs.

Entretien avec Mr Se.

Concernant les médecins, la durée de leur séjour leur convient parfaitement, et comme ils le soulignent, ils ne pourraient de toute façon se libérer plus longtemps :

Et donc votre travail a consisté ?

Dr Ch : Bah, alors au cours des années on a pu suivre un certain nombre de familles avec eux, et donc leur donner le goût à ce travail-là. Et la dernière fois en février, ils se sont véritablement constitués en équipe de thérapeutes familiaux, et ils ont insisté auprès du professeur aussi pour qu'il leur donne les moyens de s'extraire un peu de la pratique quotidienne et de pouvoir régulièrement réfléchir et travailler sur cet aspect du travail avec les familles. Alors moi j'ai bon espoir... Alors maintenant on va intensifier un petit peu notre projet, c'est que j'ai fait venir des gens plus jeunes qui ont envie d'y aller plus souvent. Parce que moi j'y vais une fois par an ça va. Y aller plus, ça me, je fais de la formation ici, je fais 1000 choses, donc, euh je pourrais pas y aller plus d'une fois par an. Par contre mes jeunes collègues là...

Vous voudriez y aller plus ?

Dr Ch : Non pas spécialement, ça me va comme ça, mais... Si on veut instaurer quelque chose de plus continue là-bas, il faut y aller quand même deux à trois fois par an, trois ou quatre même. Et les jeunes collègues qui y ont été la dernière fois ont envie d'y aller deux ou trois fois par an. Donc je pense qu'ils vont, qu'on va faire une forme différente. Les années précédentes on y allait à plusieurs, 5 ou 6, 10 jours. Là on va y aller à deux mais quatre fois dans l'année.

Entretien avec le Dr Ch.

Je précise que cette idée de temps suffisamment passé au Burkina Faso concerne aussi le responsable en charge de la coopération :

À chaque pas que vous allez au Burkina Faso c'est toujours une semaine ?

Mr Se : Euh oui ou 10 jours. Mais c'est bien comme ça, parce qu'après (inaudible) et puis ensuite on a le temps de faire du tourisme donc ça veut dire qu'on a largement le temps en une semaine.

Entretien avec Mr Se.

Il apparaît alors une asymétrie concernant le temps passé par les uns dans le pays des autres. Cela nous amène à nous interroger sur cette idée qu'il est apparemment plus simple pour un membre du personnel burkinabé de se rendre disponible, alors même que le manque de personnel est nettement plus handicapant au Burkina Faso qu'en France (il n'y a que 7 psychiatres présent au Burkina Faso.). Quel est le symbolisme derrière cette problématique de la disponibilité ? Il est paradoxal de constater son existence alors même que la convention de jumelage, dans son article 2, propose un échange de long terme des deux côtés :

- « Accueil à l'Etablissement Public de Santé de Ville Evrard de stagiaires du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo ;
- Accueil au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de stagiaire de l'EPS de Ville Evrard désirant se familiariser avec un contexte sanitaire différent. »

Cependant, loin de vouloir justifier cette différence, celle-ci peut trouver une cause explicative dans les missions que chaque partie s'attribue et les objectifs que chacun se donne voire indirectement du rôle qui est attribué à chaque camp. En effet, comme le rappelle Jacques Lagroye dans son article « On ne subit pas son rôle »²⁰, le rôle renvoie entre autre aux attentes que se font les personnes en face. Ces attentes à la fois objectivées dans des institutions (pour reprendre un exemple de l'article, on attend du maire de notre ville qu'il se comporte de telle ou telle façon) ou encore dans l'Histoire. La coopération internationale, devenue aide internationale nous inculque indirectement à travers l'image que nous nous faisons de ce domaine d'activité, une image du rôle des deux camps de coopérants : ceux qui donnent et ceux qui reçoivent.

Ainsi, en lisant le plan d'action triennal proposé pour les années 2013, 2014 et 2015, nous constatons immédiatement que le rôle des médecins français, des coopérants français de façon générale (ils peuvent être infirmiers, psychologues, orthophonistes etc.) est de transmettre, de

²⁰Jacques Lagroye, « On ne subit pas son rôle », *Politix*, Vol 10, n°38, 1997, p.7-17.

donner. En face, les coopérants burkinabé sont en posture de recevoir.

Alors que la lecture de la convention de jumelage fait voir un document neutre, généraliste dessinant les grandes lignes de la coopération, un aspect d'égalité émerge. En revanche, il en est tout autre pour le plan d'action triennal. En effet, celui-ci (dont l'élaboration et la vérification sont prévues dans la convention), est en charge d'identifier et de préciser quels sont les objectifs, les enseignements, comment se déroule le stage des uns et des autres etc. Si le diable se cache dans les détails, les rapports de domination peuvent s'apercevoir aussi dans les détails.

Le constat est clair, la France transmet des compétences et des savoirs, et le Burkina Faso les reçoit. Cela prend différentes formes : les formations et enseignements sont donnés par des médecins français, les stagiaires sont reçus par l'EPS de Ville Evrard, les déplacements de coopérants français se justifient par la nécessité de transmettre (alors que la convention prévoit aussi autre chose, tel que l'envoi de stagiaires français pour plusieurs mois dans le cadre d'un apprentissage) et ceux des coopérants burkinabé par la volonté d'apprendre.

Ainsi sont préétablies, de façon écrite, des fonctions à chacun des camps, des rôles répondant probablement aux fantasmes plus ou moins inconscients que les Français nourrissent sur les Burkinabé et inversement.

Voici quelques extraits, les plus parlants, tirés du plan d'action triennal 2013-2015. Comme le constatera le lecteur, les actions sont regroupées en trois grands objectifs : l'amélioration de l'offre de soins psychiatriques, la participation à la formation initiale et continue des équipes hospitalières du CHU Yalgado Ouédraogo, et l'amélioration du management hospitalier au CHU de Yalgado Ouédraogo. Ensuite, chacun de ces objectifs est décliné en sous-objectifs puis en activités. C'est en lisant la catégorie des activités que l'on saisit le mieux, selon moi, le rôle officiel que chacun se doit de jouer dans cette coopération.

Ainsi dans le but d'améliorer l'offre de soins, nous pouvons lire :

- « Former une psychologue clinicienne à la pratique de la supervision des entretiens et des groupes de CATTP
- Assurer l'acquisition des compétences en orthophonie pour un attaché de santé
- (...)
- Former le personnel en thérapie familiale
- Former et superviser le personnel dans la prise en charge des urgences psychiatriques

accompagnée d'une analyse des pratiques

- Accueillir un psychiatre pour un stage de perfectionnement à l'EPS de VE
- Accueillir annuellement des cadres administratifs du CHU-YO à l'EPS de Ville Evrard.
- (...) »

Nous voyons à travers ces quelques exemples, que le praticien français se positionne à chaque fois en tant que donateur, même si cela revêt une forme de formateur, d'instructeur. Comme le proverbe africain le dit, « La main qui reçoit est toujours sous celle qui donne ». De cette asymétrie peut émerger des rapports de force.

Une analogie me vient en tête en écrivant cela, la relation professeur/élève. On connaît toute la violence symbolique qu'il y a derrière cette relation, et combien l'élève est soumis à une position d'infériorité. Il est, de façon caricaturale mais parlante, cette coquille vide que le professeur a en charge de remplir, ce dernier ayant bien évidemment les connaissances pour.

Cette violence symbolique, qui renvoie à des liens de domination ne peuvent que confirmer les propos tenus par Jean Jacques Gabas (2002). Il souligne en effet que la coopération a glissé vers le domaine de l'aide, impliquant par conséquent, entre autre, la diffusion d'idées, de manières de faire occidentales, jugées comme universelles et pouvant donc s'appliquer partout dans le monde. Ces idées impliquent la notion de développement et par extension une trajectoire à suivre, celle empruntée par l'Occident.

Cette logique se retrouve en partie dans le discours des coopérants eux-mêmes. De ce fait, la mise en place d'unités psychiatriques spécifiques et leur fonctionnement au Burkina Faso, sont directement inspirés de ce qui se passe en France. Ainsi, l'exemple donné par le Dr W., sur la « play therapy » (méthode thérapeutique anglo-saxonne basée sur le jeu.) est révélateur. En effet, comme il le souligne lui-même, le jeu entre adultes et enfants n'est pas encore une pratique développée en Afrique, tout du moins en ce qui nous concerne au Burkina Faso. Il devient alors compliqué d'instaurer ce qui est habituellement pratiquée en France de nos jours, à savoir la « play therapy ».

(...)Donc, la première chose a été, alors la personne qui est venue en stage le savait mais les autres non, donc on leur apprend à faire des consultations pédopsychiatrie sans forcément prescrire de médicaments et en les faisant travailler sur cela et le faire comprendre aux parents. Donc là on a eu l'idée de mettre en place des groupes de paroles pour leur expliquer un petit peu ce qu'était le soin. Puis ensuite il avait le CATTP, alors c'était un peu compliqué au début parce que vous savez qu'en Afrique on joue pas avec les enfants. Et c'est vrai que nous toute

notre thérapie passe par le jeu, il y a même un mot anglo-saxon pour cela, « play therapy » et c'est vrai qu'on rentre en contact avec les enfants par le jeu. Et c'est vrai qu'en Afrique on joue pas avec les enfants, ça se fait pas. Les enfants jouent entre eux, mais les adultes ne jouent pas avec eux. Et donc les premières séances de CATTP, les sages-femmes qui étaient très bien habillées étaient assises sur des chaises, nous on avait apporté des jouets, les enfants jouaient avec, mais elles, elles n'intervenaient pas quasiment. Et donc voilà, il a fallu mettre en place leur cadre, l'infirmière cadre qui est venue elle savait tout ça puisqu'elle est restée un an ici et a vu comment on travaillait, mais elle avait du mal à le faire penser. Il fallait que des coopérants viennent pour apporter cet éclairage-là. C'était un peu compliqué si ça venait d'elle. Et puis effectivement il y a une adaptation qui s'est faite assez rapidement et notamment les attachés de santé se sont fait fabriquer de très beaux ensembles, style un peu pyjamas bloc, pour pouvoir s'accroupir, s'asseoir avec les enfants, puisque quand ils étaient en boubous c'était pas possible. Elles étaient en boubous ajustés et ne pouvait pas se mettre à quatre pattes avec les gamins. Et donc elles se sont fait fabriquer des vêtements pour pouvoir jouer avec eux. Donc on a eu cette évolution-là. (...)

Entretien avec le Dr W.

(...)Le service de psychiatrie est pas au sein des urgences même. Donc ils reçoivent les urgences dans le service psychiatrique, donc c'est quand même, ils ont pas un espace spécifique centre d'accueil quoi. C'est un peu le tournant des urgences et donc l'idée c'est de modaliser un petit peu la prise en charge des urgences sur les pratiques d'accueil et de crise tel qu'on les a développés ici. Euh, à savoir, un : recevoir... Il faut que je vous donne les grandes lignes d'accueil et des crises telles qu'on les a développées dans le service en particulier dans le service et dans les autres services de Ville Évrard et puis en France. (...)

Entretien avec le Dr Ch.

Nous devinons bien que les activités décrites dans le plan d'actions triennal, ainsi que les objectifs auxquels elles doivent répondre, font écho à des idées, des imaginaires concernant ce que doit être la coopération et le développement mais surtout la psychiatrie et sa pratique. Nous constatons à travers leurs dires qu'il y a un modèle de trajectoire, celui de la France, que les médecins tentent d'appliquer au Burkina Faso avec bien évidemment un souci d'adaptation qui transparaît aussi dans leurs discours, comme nous le verrons par la suite.

Ainsi cette idée de route unique, de parcours au singulier et non au pluriel semble bien ancrée dans nos schèmes de pensées. Comme avancé dans l'introduction, il semble difficile à l'espèce humaine de dépasser ces catégories d'entendement et de voir quelque chose de différent de ce qui existe déjà.

Une anecdote j'espère va permettre au lecteur de mieux saisir ce que j'avance.

Nous étions dans le bureau de Madame Th. en train de discuter des piluliers avec une patiente. Il faut savoir que ces derniers sont découpés en jours puis en quatre temps censés constituer notre journée : lever, repas du midi, repas du soir, coucher. Madame Th. évoqua alors l'inadaptation de ce découpage, notamment pour les pratiquants musulmans qui eux, ont une journée découpée en 7 temps, relatifs aux 7 prières. Et effectivement, le découpage des journées n'est pas le même pour tous et par conséquent les repères temporels diffèrent. Il semble alors logique que la prise de médicaments réponde aux repères temporels de chacun. En quoi l'une serait plus légitime que l'autre ? L'argument de la majorité n'en est pas un valable pour moi. En effet, en voyant défiler les patients prendre leur pilulier, je constate que beaucoup ne s'y retrouvent pas avec notre découpage laïc du temps.

Pourtant, au-delà de cette façade officielle qui se dessine, tant dans les textes que dans le discours des praticiens, la coopération se dévoile entièrement non pas à travers les non-dits (car les acteurs en ont une certaine conscience) mais dans des effets inattendus, non prévus initialement et officiellement. C'est ce que Raymond Boudon nomme les effets pervers. Ainsi si les textes basant la coopération laissent penser une certaine prédominance de l'influence française, il n'en reste pas moins que l'influence burkinabé se fait sentir sur le côté français. Ses canaux officieux, pervers (toujours dans le sens donné par Raymond Boudon) dessinent sous un autre jour la coopération telle qu'elle nous est présentée et telle que je l'ai présentée jusqu'à présent. Elle se rapproche alors de plus en plus du sens premier du terme de coopération, sens rappelé par Jean Jacques Gambah (2002) : « Le terme co-opération désigne, dans son acception première, un acte réalisé en commun par deux ou plusieurs institutions. Les acteurs se fixent ensemble un même objectif qu'ils envisagent d'atteindre en combinant leurs ressources selon certaines règles. Une coopération signifie donc qu'il y a un diagnostic partagé sur une difficulté et implique qu'une action commune est plus avantageuse qu'une action entamée par un seul des acteurs ; le résultat se veut être à somme positive. La coopération est donc un acte qui a fondamentalement comme objet et comme procédure la construction de liens entre acteurs.»²¹.

Il s'agit ainsi dans cette seconde sous-partie de présenter et de constater les impacts nombreux, non décrits dans le plan d'action et dans la convention de jumelage, présents dans les deux camps ainsi que la réappropriation par les acteurs de cette coopération. En effet,

²¹Jean-Jacques Gabas, *Nord-Sud : L'impossible coopération ?*, Paris, Presses de Science Po, 2002, p11.

comme nous le constaterons par la suite, les acteurs vont faire de cet échange international non pas une fin en soi mais un outil permettant la réalisation d'objectifs propres qu'ils soient personnels ou institutionnels (les deux aspects s'entremêlant parfois, voire souvent).

Cette seconde sous-partie est plus longue que la première. Ce déséquilibre structurel dans mon mémoire s'explique par la réalité des choses : la coopération existante entre l'EPS de Ville Evrard et le CHU de Ouagadougou est plus, beaucoup plus, que ce qu'elle prétend être, tout du moins que ce que les instances officielles, j'entends par là la direction des hôpitaux, prétendent qu'elle est. Le lecteur excusera, j'espère, cette écartée aux normes universitaires.

B) Les effets pervers de la coopération

J'ai constaté deux effets pervers principaux des échanges entre les deux hôpitaux. Le premier concerne l'influence de ceux-ci sur la manière de prendre en charge le patient. Cette influence touche à la fois les prises en charge burkinabé (comme nous l'a révélé dans une certaine mesure la première sous-partie), mais aussi les françaises. Nous verrons en effet que dans ce second cas, l'exportation d'un certain « exotisme » venant tout droit du Burkina Faso permet une approche différente du soin psychiatrique tel qu'il l'est pratiqué traditionnellement en France. Lorsque j'évoque dans ce mémoire l'exotisme, il faut l'entendre au sens d'inaccoutumé, de pas courant en France, dans les pratiques psychiatriques telles qu'elles sont menées dans notre pays.

Cela se matérialise de façon la plus explicite dans les pratiques d'ethnopsychiatrie auxquelles j'ai pu assister au sein du centre La Causerie à Aubervilliers.

A l'inverse, le Burkina Faso en retire une certaine « rationalité » de l'organisation de son système de soins qui se concrétise par l'exportation d'un modèle organisationnel occidental (qui concerne tant l'administration que les pratiques de soins), basé sur la rationalité encadré par des règles juridiques propres. Ce modèle fait directement référence à la notion de bureaucratie décrite par le sociologue Max Weber. Ainsi pouvons-nous constater dès le début une certaine opposition, tout du moins une dichotomie se dessiner entre un exotisme d'une part et un modèle organisationnel d'autre part.

Dans un second temps, cette coopération est utilisée par les deux camps comme un outil de légitimation des pratiques professionnelles respectives. Elle devient en effet pour les coopérants français un moyen de légitimer, de prouver la validité de leurs pratiques ethnopsychiatriques et de les valider, ou tout du moins de tenter de les valider, dans le champ de la psychiatrie en France. Du côté burkinabé, l'importation de méthodes dites scientifiques et perçues comme telles, permet d'asseoir un certain prestige et de susciter une certaine reconnaissance à la fois de la part des gens mais aussi des pays de la sous-région.

Cependant il est important de souligner dans un premier temps le contexte géographique particulier dans lequel les différentes unités psychiatriques de Ville Evrard s'implantent, puis de rappeler certains points communs, résultant de variables sociologiques communes, partagés par les acteurs français de cette coopération.

En effet, la psychiatrie en France est sectorisée depuis les années 70. Ainsi chaque hôpital psychiatrique est rattaché à une aire géographique spécifique, nommé le secteur. Celui de Ville Evrard est le département de Seine Saint-Denis. Sans vouloir rentrer dans une description détaillée de ce département, je vais juste rappeler que c'est un des départements français où il y a le plus de personnes immigrées. Le brassage culturel est y important.

Cette caractéristique de la population départementale se répercute de façon plus ou moins proportionnelle sur la population présente dans les hôpitaux psychiatriques. Aussi les psychiatres de Ville Evrard ont-ils affaire à des patients d'horizons culturels très diversifiés. C'est cette diversification même qui a amené le Dr Ch., le Dr W. ainsi que le Dr Th. à s'intéresser à l'ethnopsychiatrie et/ou à s'engager dans la coopération.

Vous arrivez à ajuster les méthodes occidentales sur les explications culturelles ?

Dr W. : (...) Donc, euh, alors en même temps, c'est vrai que pour toute l'équipe qui a participé, qui participe à ce travail de coopération, c'est aussi très enrichissant. Parce que nous, on travaille, on travaille sur, dans, un département où il y a énormément d'immigrés africains, donc ça quand même a beaucoup éclairé l'approche des familles africaines, la façon dont ils nous perçoivent.

Entretien avec le Dr W.

Si. Rires.

Dr Th : Ou à peine. Moi je suis né en Afrique, je suis toujours... J'ai fait plusieurs rapatriements sanitaires et j'ai toujours eu conscience qu'y avait un travail faisable. Et puis il s'est trouvé que mon ami, Ar. Oue (le Dr Oue.), qui n'était pas à l'époque un universitaire mais qui était en formation est venu un jour, présenté par un autre collègue qui s'appelle Mont. pour nous donner des indications sur des enfants qu'on voyait à Stains et qui nous posaient problème par un certain nombre d'attitudes etc. Et j'avais l'impression que les systèmes éducatifs étant différents, y avait des choses qu'on interprétait qui étaient pas adéquat. Y a eu 2-3 réunions de travail. Ça c'est le premier travail de coopération qu'on ait fait. Donc les choses, bon, sont apparues très positives.

(...)

Qu'est-ce qui vous a donné l'envie de vous engager dans cette coopération ?

Dr Th : Bah c'était de voir les enfants du 93, des enfants qui venaient de partout dans le monde et face auxquels on était démuni.

Entretien avec le Dr Th.

Qu'est-ce qui vous a amené à travailler au sein de cette coopération ?

Dr Ch : c'est Th. (en parlant du Docteur) qui m'a proposé. Comme j'avais fait, moi j'ai travaillé trois ans au centre Devereux avec Tobie Nathan autour de l'ethno. Ce qui m'avait emmené là, c'est qu'il, je travaillais à l'époque en thérapie familiale au centre Monceau pour les toxicomanes et qu'on avait été amené à recevoir la famille à Monceau, qui est une famille d'origine africaine avec laquelle on avait du mal à avancer et donc j'avais demandé au centre Devereux de la prendre en charge avec nous. Et Tobie Nathan est venu plusieurs fois au centre Monceau, et ensuite on a reçu cette famille au centre Devereux avec Tobie et l'équipe d'ethnopsy. (...)

Qu'est-ce qui vous a amené à vous intéresser à l'ethnopsychiatrie ?

Dr Ch : Bah, c'est que le fait de travailler en Seine-Saint-Denis, on a au moins 40 % des familles qui ont des origines autres que notre continent. Donc euh, les premières familles, numériquement, le groupe le plus important les familles d'Afrique du Nord, des familles musulmanes, maghrébines. Ça on en a énormément en Seine-Saint-Denis. (...)

Entretien avec le Dr Ch.

Nous avons là un exemple d'influence structurelle externe qui vient directement faire écho à des prédispositions personnelles des médecins dont il est question. En effet, au-delà d'un contact sur le long terme avec des populations immigrées, ils ont ou des origines étrangère ou un goût prononcé pour les voyages, résultant pour certains d'un apprentissage des voyages jeunes. Ainsi, le Dr Th. est né au Cameroun où il a vécu jusqu'à ses 6 ans, le Dr Ch. est né en Tunisie et y a vécu jusqu'à l'âge de deux ans, et le Dr W. dit beaucoup voyager en Asie particulièrement. De même pour Monsieur Se., qui très jeune a voyagé de nombreuses fois au Canada pour y voir sa famille et par la suite a énormément voyagé en Amérique Latine notamment. Ces prédispositions sociales liées à des pays étrangers, résultant de l'histoire personnelle et des goûts de chacun, semblent être un terreau fertile dans la capacité de personnes à s'engager dans une action à l'échelle internationale. L'exemple de l'infirmière T. est révélateur sur ce point : née dans une famille de grands lecteurs, elle lit dès son plus jeune âge des livres de relatant les voyages de missionnaires ou de simples voyageurs. Cela lui donnera le goût du voyage. Son premier voyage se fera dans le cadre d'une mission humanitaire (l'aide à l'Autre résulte notamment de sa sensibilisation à la différence résultant du handicap lourd d'un de ses frères.) :

C'est ça qui t'a incité à t'engager auprès des populations marginalisées ?

T. : Je pense. Après l'envie de voyage est venue parce qu'il m'a mis dans les mains très, très tôt, les bouquins d'Alexandra David-Neel.

Je connais pas.

T. : Tu connais pas ? Rires. La première femme française qui a mis les pieds à Lhasa en, je sais plus quelle année, fin XIXème.

J'ai lu un livre de missionnaires français qui y sont allés pendant la même période, mais des hommes.

T. : Cette femme était incroyable en fait. C'était une française d'un milieu assez aisé, qui était orientaliste qui s'est mariée avec un monsieur très, très riche et qui a financé ses missions. Et elle a fait un tas de voyages au Tibet, en Inde.

Tu as lu son livre...

T. : Je devais avoir 10 ans. C'était Voyage d'une Parisienne à Lhasa. C'est passionnant. Je l'ai relu y a pas longtemps, c'est vraiment passionnant. Tu vois, tu lis ça, ça te donne vraiment envie. Et puis il m'avait passé un tas de bouquins sur les explorations, sur les expéditions du commandant Charcot dans le grand Nord, sur l'île de Pâques. Comment tu ne veux pas avoir l'envie de voyager après ? Rires.

Et tu as commencé à voyager quand ?

T. : Oh, très tard. Mon premier voyage, je devais avoir 26 ans. C'était aux Philippines. Mais tu vois j'avais jamais pris l'avion avant. Ça faisait, dans ma génération ça se faisait moins, mais quand même 26 ans, ça fait tard.

C'était dans quel cadre ?

T. : Euh, pour Ecoles sans frontières. C'était ma première mission pour donner des cours de français à des réfugiés vietnamiens. Et ça c'était super.

Entretien avec l'infirmière T.

On voit bien qu'il y a dès le départ une certaine disponibilité à l'Autre, à une culture différente, une ouverture d'esprit. Ces prédispositions acquises principalement lors de la socialisation à travers des voyages précoces, des origines étrangères ou encore la lecture, semblent être un point commun partagé par les différents coopérants français, y compris par les gens de l'administration qui se sont engagés.

De ce fait, l'influence que peut avoir la coopération ne peut être acceptée par les acteurs que s'ils le veulent bien et donc que s'ils considèrent que cela en vaut la peine, sentiment résultant directement d'une résonance positive avec leurs dispositions personnelles. Cela renvoie à la notion d'habitus et d'illusion de Pierre Bourdieu : les acteurs ne s'engagent dans le jeu que s'ils pensent qu'il en vaut la peine. Et ce jugement résulte directement des prédispositions, de l'habitus de la personne.

Après cette petite parenthèse sur la mise en lumière de certaines conditions sociales et structurelles ayant une influence sur l'engagement et la réception de la coopération, je souhaite montrer à présent les effets de celle-ci sur la structure du centre d'ethnopsychiatrie elle-même. Il s'agit ici d'une portée architecturale je dirai, décorative et non de la mise en place de ce centre (naissance que j'étudierai par la suite).

Il peut sembler superflu ou hors de propos de s'intéresser à la décoration intérieure d'une structure, notamment lorsque le sujet est la coopération. Or, comme je l'ai déjà souligné l'année précédente dans mon mini-mémoire, la disposition d'un lieu, la décoration de celui-ci a un impact, sûrement plus important que ce que nous pourrions penser aux premiers abords, sur notre être, nos ressentis. Une discipline s'évertue à étudier cela : la psychologie environnementale. Je renvoie le lecteur à l'article d'Emily Anthes²².

En effet, je ne pense pas que l'Homme ait suffisamment de sagesse et de recul pour pouvoir s'extraire totalement de son environnement physique direct.

Aussi, lorsque nous pénétrons à la Causerie, nous pouvons nous croire partout sauf dans un hôpital. Plusieurs réactions de patients ou d'accompagnants viennent confirmer ce constat : « Ça ressemble pas à un hôpital », « Ça c'est un hôpital, waouh », « Waouh, on dirait que c'est l'Afrique ici ».

Et effectivement, on ne peut que leur donner raison en pénétrant dans ces lieux dédiés aux soins psychiatriques.

Il se situe dans une petite rue, en bas d'un immeuble donnant sur une petite cour intérieure où la secrétaire La. a planté des pieds de tomates le long du mur où se trouve une petite bande de verdure (là-même où je ramassais des pissenlits pour nourrir mon cochon d'Inde). De sa fenêtre, qui donne sur la cour, elle surveille l'évolution de la pousse.

Lorsque nous entrons, nous sommes saisis par la clarté des lieux et une certaine « zénitude » qui se dégage. Si dans les couloirs, dans la salle d'attente, la décoration est classique, les sièges en cuir noir confortables, cette sensation de calme provient, selon moi principalement du sol (un lino en bois clair), des peintures de mur (blanche pour la grande majorité) et de la disposition circulaire du lieu. Comme peut le voir le lecteur sur les photos (annexes de la page 124 à 128), le lieu d'attente des patients se situe au cœur même du bâtiment. Il a ainsi une vue

²²Emily Anthes, « Comment l'architecture influence notre pensée », *Cerveau & psycho*, n°33, mai-juin 2009, p30-35.

d'ensemble, d'autant plus que les membres du personnel se font un devoir de laisser les portes ouvertes, sauf s'ils sont en consultation. Pas de sensation d'enfermement ou de restriction, de clefs qui tournent dans les serrures etc. Certes cela reste une unité fonctionnelle, et donc pas un endroit d'hospitalisation et d'isolement, mais je ne vois pas de raison à ce que l'effort fait au sein de cette structure ne se reproduise ailleurs, étant donné que « La Causerie » appartient à l'hôpital public. Il est vrai que le centre d'ethnopsychiatrie a bénéficié des talents de l'infirmière J. en matière de décoration intérieure (sa première vocation était d'être architecte d'intérieur). Elle a choisi le sol, les peintures, puis pour l'avoir vu remanier à plusieurs reprises différents bureaux (celui des infirmières, de la secrétaire et du Dr B.), elle possède réellement l'œil pour ce genre de choses.

J'évoquai au départ une influence de la coopération sur la décoration du centre. En effet, il n'y a pas un bureau, un endroit dans la structure où il n'y est la présence d'un masque africain, d'un tissu, de nourriture (les cacahuètes dans le bureau de Madame Th., ramenées par elle ou ses amis burkinabé sont un délice) aussi venant du Burkina Faso. Si plusieurs patients, d'origine africaine, se sont exprimés en criant « Waouh, on dirait que c'est l'Afrique ici », ce n'est pas un hasard. Le lecteur peut voir sur les photos (annexes de la page 124 à 128) la disposition des bureaux et surtout la décoration de chacun : masque, tableau, tissus, peinture, cache sexe, statuettes, tous ces objets viennent ou du Burkina Faso (ramené alors par les époux Th. ou l'infirmière J.) ou par des patients lorsque les prescriptions faites l'exigent.

J'ai eu l'occasion dans ma vie, aussi courte peut-elle paraître au lecteur, d'entrer dans plusieurs secteurs psychiatriques, de visiter plusieurs bureaux de psychiatres. Ceux vus à la Causerie sont les plus « exotiques », ceux qui m'ont fait le plus voyager et en même temps ceux qui m'ont le plus détendue. C'est en cela qu'il y a une importation d'exotisme architecturale émanant de ce centre d'ethnopsychiatrie et dont le principal fournisseur est la coopération avec le Burkina Faso.

1) L'influence sur les soins et les prises en charge

a) Côté français

La structure d'une séance d'ethnopsychiatrie peut directement faire penser à ces conseils traditionnels de villages africains. Même si c'est loin d'en être l'objectif, et qu'elle repose sur des principes bien définis exposés principalement par Georges Devereux, la façon dont elle est menée au centre me renvoie à des images de conseils de sages sous un baobab, images vues lors d'un séjour au Togo et entendues décrites par différentes personnes comme Madame Th.

En effet, les chaises sont disposées dans la salle de façon circulaire. Il y a un thérapeute principal (à La Causerie c'est Madame Th. ou le Dr B.), les co-thérapeutes (dont je fais partie), un traducteur, le patient et ses accompagnants. Chacun s'assoit où il le souhaite. Nous sommes donc disposés en cercle avec au centre une petite table basse où chacun dépose sa tasse ou son verre. Pas de bureau, de place préétablie pouvant rappeler le rôle de chacun. Certes, le fait que le patient et ses accompagnants rentrent après nous, institue déjà une certaine forme d'inégalité entre nous mais qui est effacée en partie par la disposition des lieux.

Au départ de chaque séance, chacun doit se présenter, et les co-thérapeutes doivent se présenter de façon complète : fonction dans l'institution, origines familiales et géographiques. En cas de non-respect, Madame Th. n'hésite pas à rappeler à l'ordre, sous une forme humoristique mais qui n'enlève rien à la portée du message, via des phrases telles que « Vous voyez, il/elle vient de nulle part. Il/elle n'a pas d'origines. ». Ces interventions ont tendance à faire rire le patient et sont utiles pour que le co-thérapeute ne refasse pas deux fois la même erreur (on se sent un peu stupide lorsque la remise à l'ordre nous est adressée).

Il est vrai que cette habitude de se présenter (fonction, origines) n'est pas du tout habituel pour moi ni, je pense, pour la grande majorité des Français. Alors que cela l'est plus en Afrique. L'objectif de ces présentations est de montrer au patient qu'il n'est pas le seul à avoir une culture, à venir de milieux ruraux (plusieurs fois, lorsque j'évoque les origines rurales de mes grands-parents paternels, Madame Th. en rajoute en disant, « Ah oui, tu viens de la brousse quoi. » provoquant ainsi le rire.) où peuvent exister des pratiques traditionnelles (Madame Th. ou le Dr B. évoquent souvent ces pratiques dans leur région d'origine, soit respectivement la Normandie et la Kabylie.) etc. Bien évidemment le but recherché est de gommer autant que possible la distance qu'il peut y avoir entre les patients et les soignants. Je

ne suis pas dupe, et je pense que l'équipe du centre ne l'est pas non plus, de cette illusion de croire que la distance peut être totalement effacée.

Il ne s'agit pas de cela, mais bien de trouver des terrains d'entente, un objet frontière en quelque sorte où chacun puisse se retrouver et discuter dans un domaine. La présence de co-thérapeutes est là pour ça. Si théoriquement elle consiste à diversifier les points de vue, les origines présentes dans la séance, il s'agit au fond de multiplier autant que faire se peut les terrains où les deux camps pourront se retrouver, discuter et ouvrir ainsi de nouvelles pistes de réflexions et d'hypothèses (qu'elles soient médicales ou psychologiques).

Ces terrains peuvent être des connaissances religieuses, des expériences vécues, des ressenties, des paroles pouvant aider à débloquer certaines situations.

Je vais citer deux exemples qui me concernent directement en tant que co-thérapeute : c'était lors d'une séance avec Monsieur Go. pour le premier cas, et de Monsieur Ou. dans le second.

Le premier patient qui n'en est pas un, car originellement c'est sa femme qui est suivie au centre (elle souffre entre autre d'un comportement violent aggravé par une addiction à l'alcool), est venu nous voir afin que nous l'aidions à récupérer un de ses fils placé du fait des problèmes alcooliques de la mère. Lorsque le Dr B. m'interroge sur la situation, sur ce que j'en pense, je réponds que « la première chose que je sens c'est la colère, légitime, de Monsieur. ». Je poursuis un peu, mais le terme colère fait immédiatement réagir Monsieur Go. qui se défend comme il l'aurait fait face à un tribunal, m'accusant en quelque sorte d'aller vite dans mon jugement, affirmant qu'il doit se défendre face à ces accusations... Cette sortie soudaine émotionnelle étant due à une incompréhension langagière car je trouvais sa colère légitime. Mais il n'y avait pas de traducteur et la maîtrise du français du patient tout en étant correcte ne permettait pas de rentrer dans des subtilités. Cette sortie, qui a surpris l'équipe, a permis par la suite de développer des hypothèses sur son cas : sentiment de culpabilité, quelque chose à se reprocher, besoin de se justifier etc. ?

Dans le second cas, il s'agit de Monsieur Ou. qui est venu avec son père. Le patient parle très peu, voire quasiment pas. L'hypothèse de diagnostic posée actuellement par le Dr B. est une psychose infantile non diagnostiquée. Le père du patient portait une bague très jolie, une pierre d'agate. La trouvant très belle et ne sachant pas quelle pierre c'est, lorsque mon tour vient d'intervenir, et n'ayant pas grand-chose à dire, je questionne indirectement le père sur

cette bague. De là s'ensuit l'histoire de ce bijou, le lieu où il l'a acheté, en l'espèce près d'une mosquée. Puis nous nous attardons sur la mosquée et le père dit que son fils « s'interdit d'y aller ». Le Dr B. demande alors plus d'informations, trouvant le terme « interdit » fort. Nous apprenons petit à petit que le patient était accompagné quand il était jeune pour aller à la mosquée, puis qu'il a refusé d'y aller pour des raisons encore obscures. Surgit aussi l'idée du père que son fils est possédé par un djinn, qu'ils sont allés voir des tradithérapeutes etc. Bref, le patient a parlé « longuement » sur cela et a exprimé à plusieurs reprises ses angoisses. Les différentes associations d'idées qui ont eu lieu, et qui sont parties de la bague, ont permis au médecin d'ouvrir une nouvelle voie d'exploration thérapeutique et surtout d'avoir accès à l'explication sur les troubles du patient et de son père.

De même lorsque nous évoquons des souvenirs personnels de voyages, notamment si cela concerne le pays d'origine du patient, des événements de vie faisant écho à ce que vit le patient, cela amène ce dernier à réagir, à parler, à rebondir et peut débloquent, redonner une source d'énergie à la séance (car il faut avouer que parfois le thérapeute principal peut éprouver des difficultés à faire parler le patient).

Dans ce cadre-là, il est aisé de comprendre que des connaissances approfondies d'une région du monde, de ses coutumes, de ses traditions, des voyages fréquents à l'étranger, peuvent être plus qu'un atout pour avoir accès aux patients. En effet, il ne s'agit pas d'oublier qu'à La Causerie, ce sont des patients en rupture avec les prises en charge traditionnelles françaises qui sont amenés, et que la lecture traditionnelle est nécessaire pour avoir accès à leur discours. Comme le souligne l'attaché de santé Ad :

Et en échange, vous diriez que vous apportez quoi à la psychiatrie française ?

Ad : Hum... Le fait, je sais pas si c'était un hasard que je sois présente à l'inauguration de la Causerie (c'est le nom du centre d'ethnopsychiatrie à Aubervilliers), mais moi je dirai que ça fait partie des fruits de nos échanges. Parce que si y avait pas eu la coopération avec le Burkina, je ne pense pas que ça puisse voir le jour. Même si tout ne vient pas du Burkina, y a quand même toute une partie des compétences de la thérapeute principale qui est tirée de compétences du Burkina.

Vous avez un exemple ?

Ad : Oui. Par exemple la lecture selon la tradition, selon les croyances des uns et des autres. Le fait déjà de les écouter dans leurs différences culturelles, je crois que c'est déjà un exemple. Parce que dans les autres services, je dis quelque chose dont je suis pas trop sûre, dans les autres services de psychiatrie, je crois pas que cette lecture soit aussi pointue qu'au niveau de la Causerie. Donc voilà.

Et vous pensez que c'est important pour les patients ?

Ad : Je crois que oui. Selon les retours que j'ai, ça contribue à résoudre certaines situations, surtout avec les patients immigrés, c'est ça qu'on dit, immigré ? Voilà je crois que c'est un plus.

Entretien avec l'attaché de santé Ad.

Ainsi, dans le discours du thérapeute principal, la manière de procéder, de diriger la séance, ainsi que les questions posées résultent directement de son expérience au Burkina. Je vais illustrer cela par différents exemples.

Madame Th. m'a donné à lire son mémoire d'anthropologie. Une des parties de celui-ci consiste à décrire ses interactions avec le tradithérapeute, notamment les salutations. En l'espèce il s'agit d'une succession de courtes questions relatives à l'autre, sa santé, celle de sa famille etc. Mais de même que ses questions sont brèves, les réponses le sont aussi. Ce rythme de courtes questions et réponses, rythme que j'ai perçu lors de la lecture, je le retrouve dans sa façon de poser les questions lors des séances en groupe.²³ Voici plusieurs exemples de séquences de questions. Le rythme est rapide : sitôt que le patient répond, Madame Th. rebondit avec la question suivante.

Séance de présentation avec Monsieur Mad., originaire du Sri Lanka. Il est accompagné de son fils :

Quel est votre prénom ? Mad.../ C'est un petit nom, d'habitude ça prend la largeur de ma feuille/ Ça veut dire quoi ? Il signifie lune et joli, donc quelqu'un qui étincelle comme la lune/ C'est joli. Qui a choisi le prénom ? Mes parents./ Les parents ou les grands parents ? Mes parents, mes grands-parents étaient déjà morts. Quand on est arrivé en France, on a pris le prénom de mon père pour en faire un nom de famille pour l'état civil. C'est pas une coutume au Sri Lanka le nom de famille. / Vos frère s'appelle aussi Mad. quelque chose ? Non./ Souvent chez les Tamouls on a ça, la même racine pour les prénom. C'est pas notre cas/ Vous êtes dans quelle place dans les enfants de votre maman ? Le 3^{ème} mais les deux premiers sont morts/ Donc vous êtes devenu le 1^{er}, c'est vous le chef de famille à présent.

²³Dans ce mémoire, l'expression séance en groupe est synonyme de séance d'ethnopsychiatrie. Je précise aussi que je n'ai assisté qu'à des séances de groupe et jamais à des séances de thérapie individuelle que fait Madame Th. En effet, selon ses dires ce n'est pas un refus de sa part, mais des patients. Elle a demandé à des personnes dont elle était sûre d'avoir leur accord, mais qui ont refusé. D'après elle, c'est que les patients distinguent très bien la différence entre les séances de groupe et les séances individuelles et que ce ne sont pas les mêmes choses qui y sont dites.

Séance téléphonique avec Madame Tra, originaire du Mali :

Comment ça va ?/ Et la rentrée ?/ Les enfants ? M. (un des fils de Madame Tra.) n'est pas venu me voir. Et Youssouf, comment il va (il s'est fait hospitaliser dans un secteur psychiatrique il n'y a pas longtemps) ?/ Est-ce que vous voulez venir me voir ?/ Est-ce que ça va ?/ Vendredi c'est possible ?/ Ah vous priez. Parce que j'ai quelqu'un qui parle la langue. Est-ce que vous pouvez venir à 15h après l'heure de la prière ?/ Vous voulez me voir quand ? Ok, vendredi matin à 10h.

Entretien avec la famille El N., originaire d'Egypte et suivie depuis plus d'un an.

Vous connaissez tout le monde ?/ Ça fait combien de temps qu'on s'est pas vus ?/ Comment ça va ? C'était comment le voyage (en Egypte) ? Qu'est-ce que vous avez fait de beau ? La mère de la patiente répond et dit notamment « On était mieux là-bas. »./ Expliquez-nous on était mieux là-bas ? Est-ce que les projets que vous aviez ont été réalisés ? Non. Pourquoi ?...

Aussi, plusieurs grands thèmes sont récurrents dans son discours et renvoient directement à des aspects culturels : le lignage ancestral, la transmission générationnelle, les différents rites faits selon le problème évoqué. C'est toujours la même structure, le même cadre général et malléable selon les situations et les origines.

Cette manière de faire est comprise par les patients, ne les surprend pas (sauf quand il s'agit de nouveaux patients qui peuvent en effet être surpris qu'une « blanche » partage certains de leurs codes). En effet, il s'agit bien d'un partage de codes, que parfois nous ne saisissons pas, nous les co-thérapeutes, mais que le patient comprend tout à fait.

Ainsi, Madame Th. lors d'une séance demande à la patiente, tout en la prévenant qu'il n'y aura qu'elles qui se comprendront, « Qui fait la popote ? ».. Effectivement je ne saisis pas, et les autres co-thérapeutes aussi, la portée de cette phrase. La patiente oui. Nous évoquions alors sa situation de co-épouse (il faut savoir que la polygamie, bien qu'interdite en France, y est très répandue). Par la suite, Madame Th. nous explique que la femme qui fait le repas, sera celle qui passera la nuit avec l'époux. Par conséquent les co-épouses établissent un planning pour se répartir cela. Voilà la théorie, la réalité peut connaître des variantes. Ainsi, en demandant « qui fait la popote », il s'agit de comprendre quel est le découpage fait entre les co-épouses et

si notre patiente avait encore des relations intimes avec son époux. En effet, le fait qu'une co-épouse se sent délaissée, démise de son statut (notamment s'il s'agit de la première épouse) peut avoir des répercussions psychiques sur la personne - c'était le cas de cette femme.

Un exemple plus approfondi d'une patiente que j'ai suivie de façon rigoureuse viendra approfondir mes dires et présenter un moment où Madame Th. s'est comportée selon une procédure courante dans les villages africains, celle d'une accusation directe et publique.

J'ai rencontré Madame To. au début de mon stage. Mes disponibilités et les siennes ont fait que c'est une patiente que j'ai suivie et avec qui j'ai créé, relativement aux autres, des liens. De façon médicale, son diagnostic est la psychose. Un de ses symptômes le plus parlant, le plus visible, est la relation qu'elle entretient avec « les invisibles ». Dans le langage psychiatrique français, nous dirions qu'elle entend des voix et qu'elle leur parle, qu'elle a donc des hallucinations auditives. Cette différence de dénomination utilisée par les membres du personnel est une illustration de leur approche car tel est le terme utilisé en général en Afrique de l'Ouest pour qualifier ces personnes qui entendent des voix ; on dit d'elle qu'elles sont en contact avec les invisibles, avec le monde de la nuit. Là où dans notre société c'est considéré comme un symptôme d'une maladie, dans certaines sociétés africaines c'est une singularité qui peut amener par la suite l'individu à occuper un statut social particulier et à être considéré comme honorable.

Une des conséquences de ce dialogue avec les invisibles, dialogue qui d'après les dires de la patiente ne viennent pas de personnes qui lui veulent du mal (l'image classique est le diable ou les mauvais génies) mais du bien (elle entendait entre autre sa tante), est ses nombreuses absences. Ainsi est-elle plus souvent avec eux qu'avec les gens présents dans la salle ou ses enfants. Cela a amené le placement de ses trois enfants. Après plusieurs jours, les deux aînés (âgée de 4 ans et 2 ans) retourneront au foyer. Le dernier-né, elle a accouché fin avril, reste en pouponnière (au moment où je quitte mon stage le jugement pour statuer sur le retour du nourrisson n'a pas eu lieu. Il doit se tenir en novembre.). Au début je n'ai pas eu l'impression que cette séparation la peinait trop. Elle semblait indifférente, coupée de ce qui pouvait se passer. Alors certes elle exprimait sa tristesse, tout du moins elle nous disait lors des visites à domicile en ressentir, mais comme je l'ai noté plusieurs fois dans mon journal de bord, je n'arrivais pas à adhérer à ce chagrin, à ces émotions exprimées de façon si plate, si distante. Je ne parvenais pas à la croire.

Le 30 mai a lieu une séance d'ethnopsychiatrie avec la famille To. Son mari et ses deux

enfants viennent. Si chaque séance présente ses particularités et ses intérêts, je dois avouer que celle-ci a marqué mes esprits. En effet, le thérapeute principal, le Dr B., questionne ses co-thérapeutes. De façon stratégique (selon ses aveux après la séance), il interroge en dernier Madame Th. Et voici ce qu'elle fait et dit :

Elle se lève (elle était positionnée derrière le Dr B. car elle supervisait encore certaines de ses séances), prend sa chaise, se positionne en face de Madame To. et dit : « Je vais dire des choses dures. Comment on peut faire venir des êtres humains et vivre avec les invisibles. Et vous refusez de revenir parmi les êtres humains. Pourquoi préférez-vous les invisibles ? Qu'est-ce qu'ils vous ont dit ? Vous préférez les invisibles ou les êtres humains ? ». Elle énonce cela sur un ton dur, accusateur. Autant dire que nous sommes tous surpris par cette sortie. Nous sommes habitués aux mises en scène de Madame Th., mais là, la scène est impressionnante et peu vraisemblable. On s'attend en effet de la part d'un thérapeute une certaine compassion, une certaine douceur dans son approche, et non à une accusation de sa part. Un lourd silence s'installe après. Le Dr B. reprend les choses en main. Lors du débriefing, nous avons tous une question sur les lèvres, plutôt deux : Pourquoi ? N'est-ce pas aller trop loin ? ». Madame Th. nous donne alors comme souvent un cours d'anthropologie.

Elle nous explique en effet qu'elle a « cherché à reproduire une accusation parce que ça permet de soulager la patiente. Les femmes au village auraient fait la même chose ». Ainsi porter une accusation sur la personne, permet de supprimer la charge individuelle qui repose sur elle, lui permettant alors de se défaire d'une certaine culpabilité. Elle ne reste pas seule à rechigner dans son coin, à porter la faute et à se morfondre. L'accusation publique permet de la réintégrer dans le groupe tout en la soulageant. Cela renvoie à la distinction qui peut être faite entre les sociétés à culpabilité et les sociétés à honte. Les premières, dont notre société fait partie, renvoie à quelque chose d'interne, à l'auto-accusation, ce qui est beaucoup plus violente psychologiquement pour l'individu car, selon Madame Th. (et je doute qu'elle soit la seule à penser cela), il est moins persécutant de se faire accuser par l'extérieur que par soi-même. Les sociétés à honte renvoie à la sphère de l'extérieur et permet par une accusation extérieure un traitement plus rapide que l'auto-accusation.

En tout cas je suis persuadée que cette action, de façon conjointe avec une prise régulière des médicaments survenue après cette séance, est à la base de son mieux aller. Car Madame To. va beaucoup mieux. Je continue de la voir régulièrement, et constate qu'elle ne communique plus avec les invisibles. Son comportement avec ses enfants et le nourrisson n'est plus la même : elle est beaucoup plus présente, soucieuse, affectueuse, elle se repère mieux dans le temps et l'espace (avant il fallait l'accompagner à la pouponnière, ce qui n'est plus le cas à présent. Je me souviens d'ailleurs d'un matin où nous devions aller, T., Madame To. et moi, à la pouponnière. T. et moi avons attendu pendant plus de 20 minutes Madame To. en bas de chez elle. Au final elle s'est rendue seule à l'institution. Mais autant dire que nous avons au départ paniqué, appelé son mari, discuté avec le gardien d'immeuble tant nous ne nous attendions pas à cette démarche.). A présent elle donne le bain à son bébé et le masse (le tout à la pouponnière), alors qu'à sa naissance, elle avait à peine conscience de sa présence sur ses genoux.

Ce procédé d'accusation publique afin de soulager la patiente, de lui enlever une partie de sa culpabilité ne peut résulter pour un non-Africain, pour toute personne n'ayant pas été socialisée par ces procédés, que d'un apprentissage secondaire. Et comme aime à le répéter Madame Th., ses connaissances de l'Afrique ne sont pas tant tirées de ses lectures que de ses nombreux séjours au Burkina Faso, séjours qui sont à chaque fois motivés par la coopération hospitalière existant entre les deux hôpitaux.

Enfin, j'ai pu vérifier l'importance des codes partagés lors du dernier temps d'une séance d'ethnopsychiatrie.

La prescription est un acte que doit faire le patient, libre d'interprétation par celui-ci. Il ne doit pas poser de questions, juste agir et cet acte est censé l'amener à réfléchir et à interpréter. De même que Marcel Mauss considérait la magie comme « un phénomène social total »²⁴, du fait de la pluridimensionnalité de l'objet (psychologique, social, économique etc.), amenant la structuration et le renforcements de liens sociaux (aller sur le marché, discuter avec des personnes pour trouver les ingrédients etc.), la prescription est avant tout faite pour amener le patient à interpréter, à solliciter sa famille au pays, à réfléchir et interpréter, à être en contact avec la société soit d'ici, soit de son pays d'origine etc.

²⁴Marcel Mauss, « Esquisse d'une théorie générale de la magie », in *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1950.

Lorsque Madame Th. prescrit à une patiente de lui ramener de la bouse de zébu et du piment, celle-ci comprend immédiatement que c'est afin de couper les liens avec son fils, de le laisser vivre sa vie. En effet, ces deux éléments, la bouse de zébu et le piment, sont utilisés pour sevrer les enfants : les femmes se mettent cela sur leurs mamelons, et le nourrisson bien évidemment comprend vite qu'il n'a pas intérêt à recommencer.

Ainsi c'est l'apprentissage de codes, de manières de faire qui permettent au thérapeute principal d'avoir accès au discours du patient et de travailler avec. Il s'agit de réutiliser les apprentissages résultant de ses expériences personnelles et professionnelles (comme la coopération) afin que le thérapeute principal puisse avoir accès dans un premier temps au discours du patient puis dans un second temps à son inconscient et permettre par la suite à celui-ci d'aller mieux.

Il en va de même pour un enfant lors de ses différentes socialisations où certes l'apprentissage va plus loin car il contribue à une intériorisation des codes qui apparaissent alors naturels et allant de soi. Justement, cet apprentissage conscient de la part des thérapeutes principaux ne serait-il pas l'équivalent d'une socialisation voulue de leur part et dont ils ont une grande conscience ? N'équivaudrait-il pas à une socialisation consciente, éclairée ? Qu'est-ce qui au fond empêcherait un blanc d'apprendre les codes des noirs ?

b) Côté burkinabé

L'influence de la coopération sur les soins burkinabé prend une toute autre forme. Elle est plus visible, structurelle. Alors qu'elle joue sur les pratiques de soins, les prises en charge, elle concerne tout autant les structures d'accueil en tant que telles, c'est-à-dire les bâtiments en dur, la structure même accueillant les soins et les patients.

En outre, au-delà d'une influence sur les pratiques de soins, celle-ci se fait aussi sentir sur la gestion administrative de l'hôpital.

Enfin, avant de commencer ce développement, je précise que les informations qui vont suivre résultent uniquement des entretiens menés. Elles n'ont pu être complétées par un terrain sur place.

Une des premières grandes influences de la coopération avec la France, ne concerne pas tant la manière de pratiquer les soins que la diversité de ces derniers. En effet, depuis 1995, c'est-à-dire depuis le début des rencontres entre le Dr Th. et le Dr Oue., trois unités de spécialisation psychiatrique ont été créées au sein du CHU de Ouagadougou. La première fut le centre d'accueil et de crise (le CAC), suivie de l'installation d'un service de pédopsychiatrie et la mise en place de thérapie familiale. Les deux premières spécialisations ont entraîné la construction de locaux spécifiques au sein du service. Toutes s'inspirent des méthodes françaises, comme le soulignent les entretiens auprès des médecins français, et font l'objet de transmission vers le Burkina Faso. Cette transmission de compétences, pour reprendre les termes de l'attaché de santé Ad., s'effectue via les formations menées au Burkina Faso ou à travers l'envoi de stagiaire burkinabé à l'EPS de Ville Evrard.

Comme souligné précédemment, ces transmissions sont calquées sur les façons de faire en France, tout en ayant cependant une adaptation au contexte culturel et sociétal. Si le plan d'action triennal le dit (je renvoie ici le lecteur à la première partie de ce chapitre), les acteurs le disent tout autant. Plusieurs extraits d'entretiens vont appuyer cette idée.

La coopération existe depuis 95.

Dr Ch : Depuis 95. D'accord. Moi j'ai commencé en 2000. 2000 ou 2001, je sais plus. 2001 je crois. Et donc c'est la première mission dans laquelle on a introduit... Donc au départ donc Fr. Th. (le Dr Th.) y aller, donc quelques années avant, autour des urgences au CHU. Et il est mis en place la notion de centre d'accueil en fait psychiatrique, centre d'accueil et de crise avec des pratiques relatives à ce qu'on a mis en place au centre d'accueil et de crise au sein des urgences de l'hôpital. C'est un contexte un peu particulier, parce que c'est un

hôpital général, c'est les urgences de l'hôpital général. Le service de psychiatrie est pas au sein des urgences même. Donc ils reçoivent les urgences dans le service psychiatrique, donc c'est quand même, ils ont pas un espace spécifique centre d'accueil quoi. C'est un peu le tournant des urgences et donc l'idée c'est de modaliser un petit peu la prise en charge des urgences sur les pratiques d'accueil et de crise tel qu'on les a développés ici. Euh, à savoir, un : recevoir... Il faut que je vous donne les grandes lignes d'accueil et des crises telles qu'on les a développées dans le service en particulier dans le service et dans les autres services de Ville Évrard et puis en France.

Entretien avec le Dr Ch.

Et quel est l'objectif principal de cette coopération ?

Dr Th : L'objectif il est double, y pas de principal. Le premier est de permettre d'apprendre de la clinique à nos collègues, de les aider accessoirement avec des dons ou des bouquins (interruption par le téléphone). Donc y avait les dons mais, ça c'est accessoire, parce que je pense que les gens doivent subvenir à leurs propres besoins, bien que les voitures les aient bien dépannés parce qu'ils ont traversé quand même des difficultés financières importantes. Ensuite transmission de savoirs cliniques. (...)

Donc vous constatez réellement l'impact de cette coopération ?

Dr Th : (...) Donc j'ai participé, on a développé la psychiatrie, on essaye de faire front à une psychiatrie du médicament qui est une psychiatrie anglo-saxonne en développant une fonction clinique, un suivi du patient pas seulement à l'hôpital mais aussi en-dehors de l'hôpital, c'est tout un travail qui découle des pratiques de psychiatrie de secteur ici, et qui, en même temps on essaye de développer une écoute clinique des gens. (...)

Entretien avec le Dr Th.

Il est intéressant de noter que les influences mises en avant sur le camp burkinabé sont avant tout avancées par le camp français plus que par les deux protagonistes burkinabé que j'ai pu interviewer. Serait-ce par une sorte de souci de fierté ? En effet, si je pars de l'hypothèse que le personnel burkinabé a conscience de sa position au sein de la coopération, position définie tant par les textes que par les pratiques de coopération (durée de séjour de chacun dans le pays de l'autre, structure des formations etc.), donc celle d'un receveur, peut-être cherche-t-il à « sauver la face » comme on dit communément. Cela passe alors par une minimisation des apports français et par une mise en avant de leurs apports. J'ai surtout senti ceci dans le discours du Dr Oue.

Comment l'idée a émergé ?

Dr Oue : En fait cette partie peut-être d'un besoin de la part peut-être d'échanger, euh, avec les praticiens et les psychiatres africains concernant les patients immigrés qui étaient dans leur clientèle ; (...)

Quel était l'objectif premier que vous aviez en tête ?

Mais au départ, comme je l'ai dit, l'idée est simplement venue de « voilà il rencontre des immigrés à Paris qui viennent d'Afrique », et voilà donc souvent il y a des petites particularités, donc, euh, problèmes, qui ne sont pas toujours appréhendés comme il se doit par les praticiens qui sont nés, ont grandi et étudié à Paris. Donc au départ l'idée était peut-être d'échanger avec un psychiatre africain que j'étais, euh, autour de certaines problématiques, euh, peut-être (baisse la voix, inaudible).

Entretien avec le Dr Oue.

Ceci n'est que mon interprétation, mais il est remarquable d'observer que chaque camp développe allègrement plus leurs apports que les influences émanant de l'autre camp. Cela transparaît dans la longueur des réponses de chacun au moment des entretiens. C'est un moyen comme un autre de se mettre en valeur, de se défendre, de défendre les intérêts de son institution et de son pays de façon plus large.

Les protagonistes français soulignent aussi l'effort qui est fait dans l'adaptation des méthodes françaises au contexte du Burkina Faso. Mais cette adaptation semble ne pas être totale. Le cas de la pédopsychiatrie est le plus parlant. En effet, si l'adaptation d'outils de diagnostic semble largement faisable, la méthode générale de la pédopsychiatrie telle qu'elle est faite en France suppose des relations adulte/enfant qui ne vont pas de soi au Burkina Faso. Ainsi le premier extrait d'entretien avec le Dr W. montrent l'adaptation d'un outil thérapeutique et le second la méthode globale.

Vous arrivez à ajuster les méthodes occidentales sur les explications culturelles ?

Dr W. : Alors par rapport aux troubles du langage avec l'orthophoniste, on a développé, on leur a développé un outil de diagnostic un peu spécifique à la fois d'arbre décisionnel par rapport aux difficultés langagières qu'ils utilisent et d'autre part d'adaptation du matériel qu'y a ici et qui n'est pas cohérent au Burkina Faso. Je vous donne un exemple facile à comprendre. On travaille par exemple pour analyser la structure dans le temps avec des images. C'est-à-dire qu'on a une bande dessinée fracturée en images, et on demande à l'enfant de remettre les images dans l'ordre. Une des histoires qu'on utilise en France, c'est l'histoire d'un petit garçon qui promène son chien en laisse, la laisse se casse, le chien se sauve, etc. Là-bas on a jamais vu une personne se promener avec un chien en laisse. (Rires). Ça n'a pas de sens. Donc effectivement il faut un peu réadapter, euh, tout ça.

Je suis en stage dans son service justement.

Dr W. : (...) Puis ensuite il y avait le CATTP, alors c'était un peu compliqué au début parce que vous savez qu'en Afrique on joue pas avec les enfants. Et c'est vrai que nous toute notre thérapie passe par le jeu, il y a même un mot anglo-saxon pour cela, « playtherapy » et c'est vrai qu'on rentre en contact avec les enfants par le jeu. Et c'est vrai qu'en Afrique on joue pas avec les enfants, ça se fait pas. Les enfants jouent entre eux, mais les adultes ne jouent pas avec eux. Et donc les premières séances de CATTP, les sages-femmes étaient très bien

habillées étaient assises sur des chaises, nous ont avaient apporté des jouets, les enfants jouaient avec, mais elles n'intervenaient pas quasiment. Et donc voilà, il a fallu mettre en place leur cadre, l'infirmière cadre qui est venue elle savait tout ça puisqu'elle elle est restée un an ici et a vu comment on travailler, mais elle avait du mal à le faire penser. Il fallait que des coopérants viennent pour apporter cet éclairage-là. C'était un peu compliqué si ça venait d'elle. Et puis effectivement il y a une adaptation qui s'est faite assez rapidement et notamment les attachés de santé se sont fait fabriquer de très beaux ensembles, style un peu pyjamas bloc, pour pouvoir s'accroupir, s'asseoir avec les enfants, puisque quand elles étaient en boubous c'était pas possible. Elles étaient en boubous ajustés et ne pouvait pas se mettre à quatre pattes avec les gamins. Et donc elles se sont fait fabriquer des vêtements pour pouvoir jouer avec eux. Donc on a eu cette évolution-là. (...)

Entretien avec le Dr W.

Au-delà d'une méthode psychiatrique, la pédopsychiatrie interroge les liens sociaux, l'éducation de l'enfant. Quel est l'impact réel de ces changements de comportement auprès des enfants ? Quelles conséquences, du fait notamment que cette nouveauté soit importée de l'extérieur et ne soit pas la cause d'un mouvement interne ?

Dans un second temps, l'impact de la coopération sur les pratiques des coopérants burkinabé prend un caractère administratif et législatif. En effet, l'envoi de stagiaires burkinabé en France ne concerne pas uniquement le personnel médical mais aussi le personnel administratif. Ainsi, au-delà de l'aspect purement médical de la chose, c'est la gestion d'un service hospitalier qui se retrouve en quelque sorte sous influence française d'une certaine manière. Sur ce pan de la coopération je n'ai quasiment pas d'informations, si ce n'est le nombre approximatif de ces stagiaires administratifs : depuis 2005, il y aurait eu 25 stagiaires administratifs burkinabé venus à l'EPS de Ville Evrard (selon les dires du Dr Th.). N'ayant pas rencontré de personnes dans ce domaine-là, je ne connais ni le contenu ni la valeur de ces stages/formations.

Enfin, l'aspect législatif m'est dévoilé par le Dr Th. En effet, ce dernier a directement participé à l'élaboration du projet d'établissement de l'hôpital et comme il le dit lui-même selon le modèle français. Ce projet, obligatoire en France, fixe la direction générale d'un hôpital, ses projets dans le domaine médical, en matière de politique sociale, de plan de formations du personnel, de gestion de l'établissement etc.

Et le professeur Oue. vous l'avez rencontré comment ?

Dr Th : Et puis petit à petit on a appuyé la réforme, c'est-à-dire que moi j'ai participé à l'élaboration du projet

d'établissement. Parce que chaque hôpital doit se munir d'un projet d'établissement, c'est les réformes françaises qui ont été utilisées là-bas. J'ai des compétences qui sont péri-administratives. (...). Et donc j'ai fait cinq sessions où je suis venu participer à la formation des gens, statut du personnel, statut hospitalier, statut de l'établissement, statut, construction d'un projet d'établissement. On est venu avec le précédent directeur et on leur a apporté un appui conceptuel par rapport à la rédaction de leur projet d'établissement. Donc ça c'était un autre pan, c'est-à-dire au-delà de la clinique et de l'aide à la clinique, on a travaillé avec eux sur l'organisation de l'hôpital. On a fait ça une fois, et après ils l'ont fait tout seul. (...)

Entretien avec le Dr Th.

Mais une fois encore je n'ai que des mots. Comme je ne me suis pas rendue sur le terrain, je ne peux pas constater à travers une observation la portée de ces influences dites, annoncées par les acteurs, de ces formations cliniques et administratives sur les pratiques du personnel burkinabé. Cette portée semble, selon les dires des médecins français, assez limitée dans certains domaines, en raison de manque de personnel, ou pour des raisons structurelles, voire culturelles.

Des choses personnelles ? Ou professionnelles ?

Dr Ch : Personnelles et en lien avec la psychiatrie. D'abord il nous parle plus facilement d'eux, mais ils nous parlent aussi plus facilement de ce qui les dérange dans le système des soins, ce qui fait que ça ou ça ne marche pas. La dernière fois il y a eu un travail institutionnel vraiment dans le service autour de pourquoi ils n'arrivaient pas à démarrer leur unité de thérapies familiales. Alors ça démarre, ça marche pendant six mois puis ça s'arrête et ce pour de nombreuses raisons et non pas une seule.

Lesquelles ?

Dr Ch : Alors la première raison c'est que, ils sont numériquement un nombre très faible et ils sont très captés par les urgences et par les patients hospitalisés. Donc il y a souvent un ou deux infirmiers dans le service pour s'occuper d'une quinzaine, d'une vingtaine de malades hospitalisés et recevoir les urgences. Et donc ils peuvent pas tout faire, et parfois ils sont un peu... Donc malgré leur grand intérêt, leur grande volonté pour la thérapie de famille, au bout d'un moment ça se délite parce qu'ils sont pris à droite et à gauche et qu'ils arrivent pas à construire une équipe et à la protéger un petit peu de l'envahissement des urgences.

Entretien avec le Dr Ch.

Et vous occupez directement de ces...

Dr W. : Non, non on s'en occupe pas. Mais vous savez ça ça... Le problème, y avait plusieurs, dans l'absentéisme, il y a plusieurs causes. D'abord il y a un absentéisme officiel qui était lié au fait que les soignants avaient des permanences à faire dans le service adulte, et du coup quand ils font la permanence au service adulte après ils viennent pas, mais ça c'est normal, travailler. Donc ça fait déjà un travail discontinu. En plus y

avait les autres absences, voilà, pour des raisons, bon, voilà... Et ça ça pose problème parce qu'on s'est rendu compte que certains enfants, trois consultations de suite ne voyait pas la même personne. Alors qu'en pédopsychiatrie, nous on insiste beaucoup sur la régularité, la continuité, la référence au consultant, sur... Ce qui fonctionne en pédopsychiatrie c'est que la famille vienne avec l'enfant, qu'elle se confie à quelqu'un, fasse confiance. Et là il arrivait que d'une fois sur l'autre, sans que les gens soient prévenus, ils voient quelqu'un d'autre parce que la personne était de garde, ou n'est pas venue pour une raison ou une autre. Donc y a eu des questions comme ça à gérer. Une fois on a associé dans notre équipe une cadre de soins pour qu'elle puisse venir soutenir la responsable de l'équipe là-bas qui a aussi un grade de cadre de soins. Mais c'est pas aussi évident. Parce que nous effectivement, on a nos modèles occidentaux par rapport à la présence et c'est vrai que, l'Afrique y a plusieurs obligations et puis à plusieurs... Mais c'est vrai qu'y avait ce problème par exemple

Entretien avec le Dr W.

Cependant, nous pouvons avancer sans trop prendre de risque que le Burkina Faso importe avant tout dans ses pratiques une certaine rationalité dans le système de soins, une organisation bureaucratique présente dans le système français. Ainsi c'est une sorte de scientisme qui serait importé au sein du pays, scientisme qui s'opposerait dans l'imaginaire des gens, à une sorte de laisser aller dans le service, à un manque de rigueur dans le service psychiatrique. C'est donc l'importation d'un modèle organisationnel (tant des soins que bureaucratique) occidental qui semblerait caractériser l'impact de la coopération au sein du CHU de Ouagadougou.

2) Un outil de légitimation

a) En France : un moyen de légitimer la pratique ethnopsychiatrique

L'émergence de l'ethnopsychiatrie est généralement associée à l'auteur Georges Devereux. Bien que l'anthropologue Géza Róheim, anthropologue et psychanalyste hongrois, mêla avant lui dans sa pratique ces deux disciplines, Georges Devereux est considéré comme le père fondateur de cette branche. Ainsi l'émergence et le développement de ce champ d'étude remonte à l'après-guerre, dans les années 60. C'est en 1970, avec la sortie de son ouvrage *Essai d'ethnopsychiatrie générale*, que les bases de l'ethnopsychiatrie sont exposées et posées²⁵.

Cette nouvelle matière ou méthode entre peu à peu dans le champ psychiatrique, en France. Il est intéressant de voir comment elle s'institutionnalise au cours du temps, se diffuse et se légitime à travers différents moyens relevant de différents champs tels que le champ médiatique, le champ universitaire etc. Mais cela prend du temps. En voici les grandes lignes.

En 1978, Georges Devereux fonde la revue *Ethnopsychiatrie*. Sa publication s'arrêtera en 1981. En 1979, Tobie Nathan, disciple de Georges Devereux crée la première consultation d'ethnopsychiatrie à l'hôpital d'Avicenne dont le service est dirigé à l'époque par Serge Lebovici, psychiatre et psychanalyste roumain. Par la suite, il fonde en 1993 le centre Georges Devereux au sein de l'Université de Paris 8. C'est le premier centre de psychologie clinique dédiée aux migrants qui voit le jour au cœur d'un centre universitaire. Puis des centres voient le jour un peu partout en région parisienne, des formations universitaires et professionnelles dédiées au soin transculturel émergent. Actuellement, il y a neuf structures prenant en compte la dimension culturelle qui peut surgir dans les explications de la personne. Quant aux formations, celles-ci prennent la forme de Diplôme Universitaire (DU), de spécialisation au sein de formation en médecine, psychologie ou encore sciences du langage (c'est le cas de l'Université Lumière de Lyon 2).

²⁵ Georges Devereux, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, 1973.

L'Etat français se saisit de la question réellement à travers l'intérêt que porte depuis plusieurs années l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ces instances publiques, nées avec la loi du 21 juillet 2009, sont chargées de rassembler les ressources de l'Etat et de l'Assurance Maladie afin de mener les politiques de santé publique. C'est un pilier de ces politiques dans le champ de la médecine. C'est à travers cette agence que l'Etat s'empare réellement de la question de l'ethnopsychiatrie. Cela se matérialise en 2012 par la création du centre d'ethnopsychiatrie, La Causerie, au sein de l'EPS de Ville Evrard, le plus grand hôpital psychiatrique de France et un des plus renommés (ce qui symboliquement a de l'importance).

Notons que cette création a été rendue possible par l'influence du Dr Th., responsable de la structure d'ethnopsychiatrie et membre actif au sein de l'Agence Régionale de Santé. En effet, il est au sein de l'ARS chef de mission concernant l'ethnopsychiatrie. Des rapports sont alors produits chaque année, des commissions d'enquêtes montées etc. En outre, il fut, au sein de l'EPS de Ville Evrard, chef de la commission médicale d'établissement (CME), organe représentatif du corps médical au sein de l'institut. Les liens tissés lors de l'occupation de ces positions de pouvoir, la multipositionnalité de cet homme est un atout majeur pour faire valoir ses intérêts dont figure l'ethnopsychiatrie. Pour reprendre les mots de Pierre Bourdieu, cette « capacité d'exister comme agent en différents champs »²⁶, c'est-à-dire la surface sociale qu'un individu est capable d'occuper. Comme le précise par la suite Luc Boltanski : « il s'ensuit que l'importance du capital social qu'un individu peut mobiliser dépend non seulement de ses origines familiales mais aussi de la surface sociale qu'il maîtrise à titre individuel... »²⁷. On saisit alors l'importance que revêt cette capacité du Dr Th. à se mouvoir à travers différents champs.

De façon plus populaire, dans le sens où il est susceptible de toucher un plus large public notamment à une échelle internationale, on peut citer le film *Jimmy P.* réalisé par Arnaud Desplechin en 2013, mettant en scène deux acteurs mondialement connus, Benicio Del Toro et Mathieu Amalric, qui concourt à la connaissance de la discipline. L'histoire retrace la rencontre entre Georges Devereux, incarné par Mathieu Amalric, et Jimmy P., un indien de l'ethnie des Blackfoot souffrant d'un syndrome post traumatique. De façon plus générale, le film permet de voir les balbutiements de l'ethnopsychiatrie.

²⁶Pierre Bourdieu, « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol62-63, juin 1986, p69-72, p72.

²⁷Luc Boltanski, « L'espace positionnel : multiplicité des positions institutionnelles et habitus de classe », *Revue française de sociologie*, 1973, 14-1, p3-26, p10.

Ainsi la pratique de l'ethnopsychiatrie est une pratique nouvelle. A ce titre, elle est encore secondaire dans la pratique générale de la psychiatrie et constitue alors une façon de faire, un savoir considéré comme marginal et ce malgré le fait que son institutionnalisation, et donc sa reconnaissance, ait commencé son chemin. Il est intéressant de noter que la mise en œuvre d'un espace totalement dédié à l'ethnopsychiatrie, La Causerie, là où j'ai effectué mon stage, a lieu au sein de l'hôpital de Ville Evrard. En effet, cette institution a déjà été à plusieurs reprises le berceau de mouvements ayant marqué la psychiatrie française. Ainsi en est-il du mouvement de l'antipsychiatrie. Ce mouvement, né dans la seconde partie du XX^{ème} siècle, est notamment à la base de la psychiatrie de secteur et de l'ouverture vers l'extérieur des anciens asiles. Révolutionnaire, il s'oppose clairement contre la doxa de l'époque et propose une approche plus sociologique et philosophique de la maladie mentale qu'auparavant. La personne atteinte de troubles mentaux n'est, en théorie, plus considérée comme folle, dangereuse. Elle doit continuer à être intégrée socialement (d'où la sectorisation en France de la psychiatrie.), ne doit pas se couper de son environnement social, affectif etc. Bien évidemment il s'agit avant tout de théorie, de discours, mais quoi qu'il en soit la doxa psychiatrique se voit remise en question dans ses principes.

Le parallèle avec l'ethnopsychiatrie actuellement est simple à faire. Certes, les débuts de cette discipline ont aussi émergé dans la seconde partie du XX^{ème} siècle, mais sa pratique est longue à se diffuser parmi les praticiens et au sein des institutions. On peut se demander pourquoi. Est-ce le fait que cela concerne majoritairement les migrants, et donc touche à une question politiquement sensible ou encore renvoie à la nature plus ou moins xenophobe des gens ? Est-ce parce que dans le travail d'ethnopsychiatrie, on est amené à travailler avec des savoirs traditionnels que nous, occidentaux, jugeons risibles et auxquels on accorde peu d'importance ? Un ami m'a récemment rappelé qu'il y a quelques années, lorsque nous étudions dans un cours de sociologie un texte de Jeanne Favret-Saada sur la sorcellerie dans le bocage de Mayenne, je me serais montrée très critique, aurais rigolé et tourné cela en dérision. Je ne me souviens pas de ce moment-là, mais cela ne m'étonne pas, tant j'ai été élevé dans un milieu où l'on n'adhère pas du tout à ce type de connaissance. A présent, depuis mon travail en ethnopsychiatrie, il en est tout autrement. Aussi je pense que le premier réflexe des praticiens occidentaux en général, et français en particulier, lorsqu'il s'agit de se pencher sur ces savoirs traditionnels est de ne pas considérer la chose sérieusement. Cela peut constituer un frein dans la propagation de cette pratique et dans son institutionnalisation.

Il me semble intéressant à ce titre d'utiliser Pierre Bourdieu et sa notion de champ afin d'évaluer la place de l'ethnopsychiatrie en France. En effet, pratique en marge, elle se constitue de par ses théories, sa nature et sa place actuellement dans la société comme l'hétérodoxie de la psychiatrie s'opposant par conséquent à l'orthodoxie. Il est ainsi jouissif d'interpréter les critiques de l'ethnopsychiatrie sous cet angle, sous l'angle de luttes dans le champ psychiatrique français. Il ne s'agit au fond tant de connaître qui a raison, chacun a son opinion là-dessus, mais bel et bien de voir les techniques utilisées par chacun pour justifier ses positions respectives.

Ainsi, l'orthodoxie pointe souvent du doigt les « dangers » résultant d'une pratique ethnopsychiatrique. Je ne les listerai pas intégralement (ne les connaissant d'ailleurs pas tous). La critique la plus répandue est le danger de tomber dans le culturalisme, de réduire l'individu à sa culture et uniquement à cette dernière, perdant alors le caractère individuel de l'être, son individualité. Or c'est aller vite en besogne, et ne point s'intéresser à la diversité dans les pratiques d'ethnopsychiatrie, ni sur ce à quoi elles travaillent. En effet, celles du centre de la Causerie diffèrent de celles pratiquées au centre Georges Devereux.

Un exemple simple éclairera le lecteur. Les praticiens de la Causerie s'occupe uniquement de patients psychiatriques, c'est-à-dire de personnes souffrant de troubles mentaux, et n'ont nullement recours aux méthodes de thérapies traditionnelles, telles que la divination etc., bien que Madame Th. dise à plusieurs reprises : « On connaît ces choses-là mais on ne les fait pas. ». En outre, elle précise immédiatement aux patients qu'ici c'est un hôpital public, et qu'il n'est pas question de telles pratiques dans ce lieu, au risque de se faire licencier. En revanche, les praticiens du centre Georges Devereux ont recours à de telles méthodes. En outre, les personnes consultantes dans ce centre ne sont pas uniquement des personnes atteintes de troubles mentaux. Il s'agit en effet dans ce cas de s'occuper de toutes les questions sociales, notamment la délinquance. Enfin, pointer le risque du culturalisme c'est oublier que les personnes qui viennent consulter sont libres de ne pas revenir, et surtout, il ne s'agit pas de réduire la personne à sa culture, mais d'écouter ses explications sur un phénomène. Enfin, ces soins ne s'appliquent qu'à des individus ayant recours aux explications traditionnelles et non à tous les migrants.

Les discours tenus par une personne sur un événement sont influencés par sa culture, par ses origines. Nous passons beaucoup de temps à étudier dans les sciences sociales l'influence des variables sociales sur les opinions, les comportements des personnes. Depuis quand les origines de la personne, sa culture ne font-elles pas partie de ces variables sociales ? En quoi

divergent-elles de variables telles que le sexe, les revenus de la personne etc. ?

Ce propos est certifié par les dires de l'attaché de santé Ad.

Certains opposants disent que ça risque de créer encore plus de tensions entre les immigrés et les français, le risque du culturalisme, tout rapporter à la culture.

Ad : Mais je ne crois pas que ça soit tout qui est rapporté à la culture. Parce que déjà on n'oblige pas tous les patients immigrés à aller en consultations d'ethno. C'est dans des cas spécifiques, des cas difficiles. Je pense que... Ce sont des cas désespérés, des cas où on tente une approche un peu ethnique. Donc je ne vois pas en quoi des crises ethniques. A partir du moment où... Pour moi je dirai que c'est un dernier recours face à certaines situations de la psychiatrie. Dernier recours ou un recours ultime, je sais pas. Il faut le lire comme vous le voulez. Mais je pense que c'est des approches spécifiques non généralisées. Non je crois pas qu'il y ait d'incidences ou d'influences quelconques sur qui que ce soit, non. Ceux qui le pensent je crois qu'ils n'ont pas compris, qu'ils ne savent même pas ce qu'est l'ethnopsychiatrie. D'où la nécessité d'expliquer, de mener des actions de sensibilisation.

Entretien avec l'attaché de santé Ad.

Enfin, en poursuivant la critique, je trouve hypocrite d'entendre et de lire (notamment sur un prospectus sur une conférence/débat à Ville Evrard) que cela va à l'encontre des principes de la République française²⁸. En effet, est-il si grave, est-ce un crime que de vouloir s'intéresser à la culture de l'Autre, de tenter de se l'approprier pour mieux l'aider ? N'est-ce pas, au contraire, aller contre les principes de la République en ne favorisant pas son intégration sociale si on ne tente pas de le soigner ou de le comprendre ? Je sais que cela n'engage que mon opinion personnelle, mais j'avoue avoir du mal à comprendre pourquoi l'aide aux migrants est perçue comme un danger pour la République et ses principes. N'est-il pas naïf de penser que la réussite sociale d'une société est dans une homogénéisation et une acculturation totale des migrants ? La réussite ne résulte-t-elle pas d'un savant mélange entre les différentes cultures pour permettre au mieux aux migrants d'être bien dans le pays d'accueil sans pour cela devoir se défaire de leurs origines ? Pour moi la réponse est affirmative, et je perçois dans la pratique d'ethnopsychiatrie cet habile mélange qui permet au patient de retrouver une plus grande autonomie et par conséquent de se réintégrer dans un système de liens sociaux et par continuité de s'intégrer dans la société où il réside.

²⁸Il s'agit d'un argument lu sur un prospectus d'information interne pour la Journée d'Ecole de Ville Evrard du 27 juin 2014 dont le thème est « Ce que la culture apporte aux psychotiques : l'inconscient n'est pas patriotiques ».

Face à ces critiques de l'orthodoxie, l'hétérodoxie développe ses propres stratégies : sensibilisation, médiatisation, conférences etc. Comme pour toute nouvelle pratique, la légitimation de celle-ci passe par le succès rencontré, succès qui doit être reconnu par les pairs, et par une pratique scientifique. Le fait qu'un hôpital public, et non pas des moindres puisqu'il s'agit du plus grand de France, accepte d'accueillir en son sein une telle façon de faire, est un pas important vers son institutionnalisation et donc sa reconnaissance. Cela participe aussi dans un second temps à la renommée de l'établissement. Dans ce cadre, la coopération aide à plusieurs reprises : dans l'acquisition et la certification des connaissances des coopérants français. En effet, il ne s'agit pas de dire que leur connaissances leur tombent du ciel ou résultent uniquement de lecture, mais bien de montrer qu'ils vont sur le terrain, qu'ils voient de leurs propres yeux ce qui s'y passe. En outre, Madame Th., qui est la responsable clinique de ce centre, joue de l'occupation de multiples positions dans différents champs afin de faire la promotion de l'ethnopsychiatrie : experte psychologue en ethnopsychiatrie à la cour d'appel de Paris, psychologue au sein du centre, formatrice dans des services extérieurs, rédaction d'articles etc.

La coopération entre l'EPS de Ville Evrard et le CHU de Ouagadougou apparaît alors comme un outil de légitimation, en ce sens où elle permet l'acquisition de savoirs nécessaires à cette pratique, dont la connaissance et la maîtrise ne reposent pas uniquement sur la théorie. Qui plus est, elle donne naissance à un mémoire universitaire d'anthropologie, permettant alors l'acquisition du caractère scientifique de ces connaissances, la reconnaissance des pairs, et par conséquent leur légitimation dans notre société.

b) Au Burkina Faso : se démarquer des pratiques « traditionnelles »

La situation de la psychiatrie au Burkina Faso se caractérise par la coexistence de deux modes de traitements des désordres mentaux : la médecine « traditionnelle » et la médecine « moderne ». Il est toujours délicat d'évoquer l'opposition tradition/modernité. Qu'entend-on par traditionnelle/ modernité ? En effet, une pratique moderne peut se concevoir comme une nouvelle tradition. La différence majeure, souligné notamment dans l'ouvrage dirigé par Pierre Bonte et Michel Izard, résiderait en ce que la modernité serait une tradition pratiquée inconsciemment, tandis que la tradition serait une pratique dont on n'aurait pas conscience, qui «se vit qu'ignorée de ceux qui la suivent (...)»²⁹. C'est pour cela que la tradition renvoie avant tout à ce qui est passé ou/ et à ce qui est Autre, quel qu'il soit.

Un autre objet sert de frontière afin de délimiter sociétés «traditionnelles» et sociétés «modernes» : celui de l'écriture. Ainsi, toujours selon les auteurs précités, les sociétés «traditionnelles» se caractériseraient par une transmission orale à l'inverse des sociétés «non traditionnelles» où l'écrit serait le mode de transmission privilégié.

C'est cette distinction que je conserverai dans cette partie. Ainsi, la maîtrise des soins traditionnels s'acquiert par une initiation orale. A l'inverse, la connaissance des soins modernes (la médecine conventionnelle) est sanctionnée par une formation universitaire, basée majoritairement sur l'écrit (prises de notes, examens écrits, devoirs de maison écrits etc.).

Les deux types de traitements, résultant de représentations sociales spécifiques de la maladie mentale, ne s'excluent pas mutuellement. En effet, selon les dires des coopérants, les patients (tout du moins leurs familles) ont recours aux deux méthodes, sachant que le recours aux soins traditionnels est encore majoritairement prioritaire.

Vous avez réussi à percevoir la vision de la maladie mentale au Burkina ?

Dr W. : Alors, oui. C'est-à-dire que, y a deux aspects. Y a la vision de la maladie par les familles et par les soignants et c'est pas tout à fait pareil. C'est vrai qu'au début on avait affaire à des soignants qui étaient formés à la psy adulte donc en fait eux leur vision elle était très réductomorphisme de la maladie, il a fallu les former à la pédopsy. Par rapport aux familles, bah je dirai qu'y a, toutes les familles ont eu recours ou vont avoir

²⁹Pierre Bonte et Michel Izard (sous la dir.), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, 4^{ème} ed, Paris, PUF, 2010, p.712.

recours à des soins traditionnels à un moment ou à un autre. Donc effectivement y a une explication traditionnelle de la maladie mentale, des représentations traditionnelles. Mais, comment dirai-je, c'est vrai que de plus en plus on a affaire à des gens qui vivent en ville, qui regardent la télé, et qui se plaignent d'abord du prix que coûtent les soins traditionnels, parce que les soins traditionnels sont pas gratuits, ils sont payants. Et puis on a quand même de plus en plus de gens qui viennent parce qu'ils croient plus aux soins traditionnels quand l'enfant a une pathologie sérieuse quoi. (...)

Entretien avec le Dr W.

Ce n'était pas le cas avant au Burkina Faso.

Dr Ch : (...) En tout cas, le premier réflexe du burkinabé moyen, c'est d'aller voir un tradithérapeute, c'est pas d'aller voir un psychiatre surtout à la campagne. Encore dans les grandes villes comme à Ouaga, où il y a des gens qui ont appris à utiliser les services de psychiatrie. Mais dans les campagnes, le premier temps, va être le temps du soin traditionnel. (...)

Entretien avec le Dr Ch.

Oui. Et au Burkina, quand vous y allez, vous arrivez à faire cohabiter les méthodes traditionnelles avec les méthodes d'ici ?

Ad : Je dirai que la cohabitation de ces deux manières, de ces deux compétences on peut dire, de ces deux manières de prendre en charge le patient, ils cohabitent je pourrai dire naturellement. Ça n'a pas été choisi, ni voulu, mais ils sont là, ils cohabitent ensemble. Parce que pour qu'un patient vienne déjà pour une consultation, c'est que les familles ont constaté déjà un échec de la prise en charge traditionnelle. Et quand y a un échec par rapport aux symptômes, ils font appel à la psychiatrie moderne parce qu'ils savent que là, elle est compétente. Donc voilà. Et les autres croyances culturelles sont résolues entre la famille et le tradithérapeute sans que la compétence médicale occidentale soit à l'origine de la demande.

Entretien avec l'attaché de santé Ad.

Nous pouvons relever dans le dernier extrait que le recours à la psychiatrie « moderne » est appréhendé comme résultat de l'échec des soins traditionnels plus que comme une alternative de prise en charge. Ainsi ces derniers sont-ils dévalorisés au profit de la médecine « moderne » occidentale.

La situation du champ psychiatrique au Burkina Faso, tout du moins au CHU de Ouagadougou (mais rappelons que c'est un centre universitaire et donc un lieu propice à la diffusion de nouvelles méthodes et de nouveaux savoirs du fait de la formation d'étudiants et donc de futurs praticiens), se caractérise, au-delà de la coexistence de ces deux modes de soins, par l'importation d'un mode d'organisation, comme vu précédemment, pensé et perçu

comme rationnel et scientifique. L'acquisition de ces nouvelles méthodes, de ces compétences occidentales, françaises, psychiatriques, alimente ce conflit entre tradition et modernité. Le personnel médical du CHU se saisit de ces nouvelles méthodes comme d'une arme afin d'entrer en opposition avec le système traditionnel et surtout afin de se distinguer et de singulariser sa position. Ainsi c'est un moyen de se poser, de se représenter avant tout comme médecin, comme praticien hospitalier, et de marquer une forme de distance avec les tradithérapeutes (Léandre 2002).

En effet, la lutte entre modernité et tradition n'est pas une nouveauté ni une situation spécifique au Burkina Faso. Chaque pays, chaque domaine d'activité connaît à un moment donné ce cas où deux systèmes de penser et d'appréhender le monde se contestent.

La modernité se matérialise, est symbolisée par la science, des avancées technologiques tandis que la tradition renvoie à ce qui est passé, ancien, archaïque. La modernité, dans cette logique, peut être pensée comme un but de la tradition. Pour prendre une situation personnelle qui se situe en France, il est normal dans le village d'origine de mon père de se moquer du paysan qui travaille ses champs selon des techniques anciennes. Cela passe par des réflexions comme « Il veut toujours pas lâcher sa vieille biquotte celui-ci » (afin de parler d'un vieux tracteur). Dans un monde où la modernité est sans cesse mise en avant, où la science et la rationalité sont considérées comme le summum de l'évolution des sociétés, quelle peut être en effet la place pour la tradition ?

Dans cette opposition, il est surprenant, de constater que ce sont les coopérants français qui tentent, d'après leurs dires encore une fois (je n'ai pas la version burkinabé), de réconcilier le personnel médical burkinabé avec les techniques de soins traditionnels.

Et vous avez déjà constaté une cohérence entre ce que vous apportez et la réalité ?

Dr Th : (...) Et puis d'autre part, y a toute une discussion qui est encore en cours par rapport aux tradithérapeutes, par rapport à l'étiologie qui est la pratique ici en ethnopsychiatrie et qui est aussi leur pratique. On a effectivement introduit le débat et au lieu d'avoir un médecin qui dit que les tradithérapeutes sont des escrocs on a essayé de leur faire comprendre ce que peut être une pratique respectant les croyances des gens etc.

Et qu'est-ce qu'ils en pensent eux ?

Dr Th : Ça les intéresse. Ça les intéresse et ça leur permet de, ça leur permet d'être cohérents avec eux-mêmes. On leur donne la possibilité d'être cohérents avec eux-mêmes parce qu'ils ont tous des croyances, ils ont tous des explications magiques, ce qu'on appelle des étiologies différentes de la maladie. Ça permet d'avoir des approches différenciées, des points de vue différents et ça permet une certaine cohérence.

Entretien avec le Dr Th.

Peut-on dire alors que des méthodes d'ethnopsy peuvent énormément apporter à la psychiatrie générale ?

Dr Ch : (...) Mais ce que nous on a introduit, c'est l'idée que, il fallait mieux, dans la situation actuelle, trouver un système de collaboration avec les thérapeutes traditionnels, c'est-à-dire intégrer les thérapeutes traditionnels dans la psychiatrie. Et donc, certains d'entre nous se sont pas mal intéressés à ces thérapies traditionnelles et puis c'est passionnant de voir que finalement certains patients qu'on arrive pas à soigner avec des molécules, finissent par être totalement intégrés dans un groupe grâce à des formes de thérapies qui sont des thérapies relationnelles.

Entretien avec le Dr Ch.

Doit-on y voir une sorte de nostalgie émanant de l'homme moderne pour la tradition, un peu comme ces personnes qui s'extasient devant les outils d'avant, les modes de vie d'autrefois ? Cette nostalgie se traduit par la fameuse phrase « C'était mieux avant. ». Une chose perdue, peu connue, a souvent une attraction sur l'être humain qui a tendance à l'idéaliser et à en faire ce qu'elle n'était pas. Il est aussi à noter que c'est souvent l'Autre qui s'intéresse à nos pratiques et rarement nous-mêmes. De façon caricaturale, mais non sans vérité, le Parisien s'émerveille devant un mode de vie rural qui a su préserver un réseau de liens sociaux, la vie d'avant, alors que pour la personne qui vit dans cette situation, tout ceci apparaît aller de soi. En outre, elle est aux premières loges pour voir les aspects négatifs que peut impliquer cette vie (absence de commerce, de transports, de centres médicaux etc.). Le Français quant à lui s'en va à l'autre bout du monde afin de retrouver une certaine authenticité de vie qui aurait disparu de notre société moderne etc.

Du camp des Burkinabé, on peut voir cela comme une volonté des médecins, des attachés de santé burkinabé de s'émanciper de la tradition. La modernité peut apparaître comme un moyen notamment pour sortir de son milieu, de s'élever socialement. En outre, dans l'idéologie de notre monde où le scientisme fait figure de roi, il apparaît logique que l'importation de méthodes perçues comme scientifiques et rationnelles devient un moyen de légitimer et de valoriser sa pratique auprès de la population burkinabé et des patients.

Si l'origine occidentale d'un objet, d'une pratique peut être un outil de propagande dans des luttes armées (le terrorisme est un exemple classique de cette configuration), elle peut aussi, selon les circonstances, être un outil de valorisation de soi. En témoignent les luttes qui existeraient (j'emploie le conditionnel car je rappelle que je ne suis pas allée voir sur le terrain) parmi le personnel burkinabé entre ceux qui sont partis en France et ceux qui n'y sont jamais allés.

Et au Burkina, entre ceux qui sont partis et ceux qui ne sont jamais venus en France ?

Ad : Ça créé des envies, mais ce que les uns et les autres pensent je ne le saurai jamais.

Parfois ça peut se sentir, dans la façon de travailler ensemble...

Ad : Oui ça peut ne pas manquer mais j'en fais pas ma priorité, ça les engage eux. Si quelqu'un veut savoir quelque chose, je suis disposée à partager ce que j'ai reçu ici. Mais si c'est pour m'embêter, je prends une position de protection.

Entretien avec l'attaché de santé Ad.

Et vous occupez directement de ces...

Dr W. : (...) Après y a eu des rivalités dans l'équipe entre ceux qui étaient venus faire un stage en France et ceux qui n'y étaient pas allés. Parce que ceux qui étaient venus en France pouvaient dire « Nous on sait comment faut faire parce qu'on est venu en France. », et ceux qui étaient pas partis disaient « Et alors on y est pas allé, mais quand même on sait. ». Donc voilà y avait des problèmes comme toujours, comme dans toutes les équipes, des problèmes institutionnels.

Entretien avec le Dr W.

De nouveau nous pouvons analyser cette situation grâce à la notion de champ de Pierre Bourdieu où cette fois-ci l'orthodoxie est du côté de la tradition, et à l'inverse les méthodes de psychiatrie « modernes » du côté de l'hétérodoxie. Mais à la différence du cas de la France, nous avons tout un camp professionnel mobilisé, celui de la psychiatrie et des autres champs de la médecine à n'en pas douter, qui doit faire face à des non professionnels (au sens où ce sont des personnes n'ayant pas suivi de parcours universitaires mais tiennent leur savoir non pas d'une méthode dite scientifique de transmission, sanctionnée par des examens, mais d'une transmission traditionnelle).

C'est en cela que la situation est originale (cette opposition entre professionnels et non professionnels) et peut permettre une existence mutuelle sans chercher, dans l'idéal, l'évitement de l'autre ou sa disparition. En effet, le tradithérapeute occupe une position sociale qui va au-delà de ses capacités de soins. C'est aussi une personne reconnue comme sage, participant aux moments forts d'une vie (naissance, mariage, mort), jouant le rôle d'arbitre. La disparition de telle position pourrait avoir des conséquences dont on ne peut en soupçonner la portée.

Ainsi la coopération joue-t-elle en interne comme un outil permettant d'acquérir des compétences spécifiques qui donne à la psychiatrie dite moderne, naissante au Burkina Faso, la possibilité de faire ses armes au sein de la société et de pouvoir s'opposer en théorie au camp des traditionalistes. C'est dans la lutte que l'on tire son existence en quelque sorte. En effet, s'il n'y pas d'ennemi en face, comme alors se singulariser et permettre à la population de faire un choix ?

Mais au-delà de cette légitimation interne, de cette lutte pour prendre sa place, la légitimer, la coopération est aussi un moyen d'exister sur la scène internationale. Alors certes on pourra m'objecter que la psychiatrie n'est pas réellement un champ déterminant sur l'échiquier mondial, au niveau des relations internationales, mais cela n'en a pas moins d'importance pour les acteurs concernés. En effet tout d'abord à l'échelle de la région, cela permet d'acquérir une certaine notoriété, un certain prestige, un capital symbolique. Et le symbolisme a toute sa place dans les relations internationales, en témoignent les études de plus en plus nombreuses sur le « soft power » (le symbolisme contribue à l'augmentation de la puissance douce d'un pays en jouant sur son prestige à l'échelle internationale. Le prestige est une des composantes dans les moyens non coercitifs permettant l'application du soft power.). La distinction qui en naît concourt à démontrer son avancée dans le domaine et par-là même à accroître son capital symbolique.

Les propos de l'attaché de santé Ad. viennent confirmer cette idée.

Vous pensez que ces coopérations sont utiles dans le développement du pays ?

Ad : (...) Donc ça n'allait pas être évident si on comptait juste sur nos moyens de pouvoir développer la psychiatrie dans notre pays. Quand je fais un peu de recul, je me rends compte qu'on est en avance sur de nombreux pays dans la sous-région par rapport au développement des structures de la psychiatrie. Déjà la formation des infirmiers comme spécialistes en psychiatrie, hum, c'était déjà une longueur d'avance sur beaucoup de pays. Avant nous ça n'existait seulement au Sénégal. Mais à partir de nous, beaucoup de pays ont pris le modèle. Je crois qu'aujourd'hui y en a au Niger, pour ce que je connais, les béninois viennent se former

au Burkina. Les sénégalais se forment chez eux, les ivoiriens je crois aussi

Je souhaiterais conclure cette partie par une réflexion personnelle sur l'échange. En effet, l'échange est au cœur de cette notion de coopération qui elle-même est au cœur de mon mémoire. Dans l'idéologie dominante de notre société, l'égalité a une place majeure. Comme le souligne l'économiste Amartya Sen, nous ne jurons que par l'égalité, et ce malgré que nous ne sachions pas réellement de quoi nous parlons. En reprenant les termes de cet auteur, la question qui se pose tout de suite c'est « égalité de quoi » ?³⁰ Et là les réponses sont variées, divergentes selon le courant de pensée de chacun.

Le principe même de la coopération décentralisée, tout du moins telle qu'elle était vécue à la fin du 19^{ème} siècle, donc à ses débuts, est d'aller chercher chez l'autre des manières de faire inexistantes chez nous.

Ainsi cette coopération suppose à la base une certaine inégalité de fait. Elle naît précisément de cette inégalité, et c'est ce qui permet à la fois de la faire émerger mais aussi de l'entretenir. Qu'aurons-nous à échanger si nous étions pareils ? On voit bien qu'il n'y a aucun sens à coopérer si nous possédons les mêmes propriétés.

Ainsi, oui les termes de l'échange peuvent à priori être défavorables pour un camp, mais est-ce si grave si chacun y trouve son compte ? Ce que je tente de dire par là, et c'est une idée simple, c'est que chaque individu, voire chaque pays, ne possède pas les mêmes caractéristiques, les mêmes aptitudes. Il est bien difficile et dangereux de comparer (et c'est là une grave erreur de l'espèce humaine que de tout comparer) deux individus et deux pays tant les choses sont différentes. Ainsi, nous n'avons pas les mêmes choses à échanger ni à donner et c'est ce qui rend l'échange intéressant et fructueux.

Cette différence n'est ni bonne ni mauvaise en soi, c'est notre interprétation par la suite qui lui donne une signification. Ainsi exporter un certain « exotisme » ne doit pas être considéré comme moindre en comparaison de l'exportation de méthodes dites scientifiques et donc rationnelles. Comme dit dans l'introduction, l'ethnopsychiatrie nous invite à dépasser l'opposition classique faite entre les soins traditionnels et les soins modernes (ce qui implique implicitement l'idée de soins occidentaux). De même cessons de considérer « l'exotisme » comme une étape précédente à la rationalité telle qu'elle est vécue en occident, et donc

³⁰Amartya Sen, *Repenser l'inégalité*, Paris, Seuil, 2000, p9.

implicitement comme devant évoluer vers celle-ci. Ce réflexe que nous avons à vouloir penser, catégoriser, hiérarchiser le monde, nous empêche de le voir dans sa globalité.

En effectuant mon stage au sein de ce centre d'ethnopsychiatrie, en analysant les retombées de la coopération, j'ai vu l'importance qu'elles avaient des deux côtés malgré leur différence radicale. Il n'y a pas de hiérarchisation à faire. Il s'agit d'un enrichissement mutuel où chacun amène ce qu'il a tout en permettant à l'autre de se développer un peu plus. Pourquoi tenter de quantifier la chose ? Y a-t-il un intérêt réel à cela ?

Nous venons de voir dans la première partie que la coopération entre l'EPS de Ville Evrard et le CHU de Ouagadougou est plus que ce qu'elle prétend être. Je veux signifier par-là, qu'elle dépasse, transcende les différents objectifs fixés dans les conventions. Les retombées de la coopération outrepassent les écrits officiels. Ainsi, si nous nous arrêtons à la lecture de ces derniers, une relation asymétrique apparaît entre la France et le Burkina Faso, donnant alors raison au courant critique du développement.

Cependant, nous avons pu constater que la coopération est utilisée non seulement comme une fin en soi mais aussi comme un moyen servant les intérêts tant des coopérants français que burkinabé. Ainsi, est-ce un outil de légitimation tant auprès des patients qu'au niveau du champ psychiatrique de chacun des pays. Ma première sous-partie peut être interprétée dans ce sens lorsque j'analyse l'apprentissage de codes culturels différents de la société native.

Dans une seconde partie, je changerai d'échelle afin de tourner ma réflexion vers le champ du développement. En effet, la coopération décentralisée est perçue de plus en plus comme une méthode efficace pour un développement plus juste, c'est-à-dire plus respectueux des spécificités des sociétés en développement. Mon propos n'est pas de dire si cela s'avère exact ou pas. Cependant, à partir de cette coopération, de mes observations au centre La Causerie et de mes différentes lectures, je vais m'interroger sur ce concept de développement, ce qu'il peut signifier, particulièrement dans le domaine de la psychiatrie. Il s'agit aussi de voir quel est le rôle de la coopération entre les deux hôpitaux dans l'évolution de l'institution psychiatrique à l'intérieur de chacun de ces pays et la place de celle-ci vis-à-vis de l'Etat.

II) La coopération comme le support d'un développement psychiatrique

« On juge le degré de civilisation d'une société à la manière dont elle traite ses marges, ses fous et ses déviants ».

Cette citation fut prononcée par l'infirmière J. l'avant dernier jour de son service au sein de la structure. C'est une façon de lui rendre hommage³¹.

La grande question que je me poserai dans cette seconde partie est comment notre société traite-t-elle les fous ? Quelles sont les institutions, les parcours de soins qu'elle met en place pour permettre à des personnes souffrant de troubles mentaux, d'aller mieux ? Quelle place accorde-t-elle à ces personnes, à leurs discours, à l'interprétation de leurs troubles ?

Ces différentes questions s'insèrent dans un cadre d'analyse plus large, celui du développement.

Se mêlent alors dans le propos qui va suivre, une réflexion sur la notion de développement d'une société, appliquée au domaine de la psychiatrie, ainsi qu'une étude adoptant un cadre analytique faisant référence à l'économiste Amartya Sen.

Parler de développement c'est s'engager sur un chemin semé d'embûches, de raccourcis faciles mais trompeurs. C'est surtout prendre le risque de parler d'une chose dont on ne sait pas vraiment ce que c'est ni comment elle se concrétise. Qu'est-ce qu'une société développée ? Sur quels critères se baser ? Existe-t-il un unique chemin du développement ? Qui est concerné par celui-ci, et pouvons-nous réellement continuer de parler de développement au singulier (de même que nous avons longuement parlé des pays dits du Sud ou du Nord au singulier avant de constater la diversité existant à l'intérieur même de ces catégories, le concept de développement n'a pas de raison d'échapper à cette même logique.). De nombreux auteurs ont écrit sur cette notion, l'ont remise en doute, l'ont critiquée. Je renvoie notamment aux ouvrages de Gilbert Rist pour une historicité et une critique de cette notion.

³¹Cependant, comme il faut rendre à César ce qui appartient à César, cette citation fut dite par le psychiatre Lucien Bonnafé. Il fut un des principaux protagonistes de la sectorisation des soins psychiatriques en France.

Un auteur me guidera tout au long de cette partie, Amartya Sen. Son propos nous permet à la fois de s'interroger sur l'objectif de la psychiatrie, de la coopération entre les deux hôpitaux mais aussi de mettre en lumière la diversité des situations que recouvre le terme de développement.

Durant une grande partie de sa carrière, cet auteur a tenté d'exposer et de mettre en place une approche nouvelle du développement. Economiste de formation, il reçut le prix Nobel d'Economie en 1998 pour ses travaux sur la famine et l'économie du développement entre autre. En effet, il instaure à travers différentes études, une approche nouvelle du développement humain en critiquant notamment les approches unilatérales, unidimensionnelles. C'est ainsi qu'il critique par exemple la mesure uniquement monétaire de la pauvreté. Il met en place, en collaboration avec l'Organisation des Nations Unies, l'indicateur d'Indice du Développement Humain (IDH) qui intègre une approche multifactorielle incluant des facteurs sanitaires, éducatifs et monétaires. Si cet indicateur est lui-même critiquable, il n'en est pas moins innovant au moment de sa mise en place et laisse entrevoir une nouvelle voie dans la mesure de la pauvreté. En effet, cette dernière est considérée par Amartya Sen comme « une privation de capacité, et notamment de capacités de base. »³².

La thèse marquante de son étude de l'économie du développement, telle qu'il l'a exposée dans plusieurs ouvrages comme *Development as freedom* ou encore *Repenser l'inégalité*, est d'appréhender le développement comme un processus permettant aux individus d'acquérir plus de capacités d'agir sur la vie, plus de capacité de choix afin qu'ils puissent mener la vie qu'ils ont raison de souhaiter. Lorsque je parlerai de développement dans la partie qui suit, c'est dans ce sens qu'il faut l'entendre.

Ainsi le titre de son ouvrage *Development as freedom* prend tout son sens car le développement est alors vécu comme un moyen pour l'individu de vivre le plus pleinement possible sa liberté dans le sens où il a les moyens de mettre en œuvre ses capacités effectives ou potentielles.

³²« Glossaire ' Les mots de Sen... Et au-delà' », Revue Tiers Monde, 2009/2, n°198, p.373-381, p378.

Afin de faire saisir au mieux le cadre d'analyse qui sera le mien dans cette seconde partie, je vais paraphraser Sen pour exposer quelques définitions de différentes notions³³ fondamentales à sa pensée.

Capabilité : « Décrit le 'pouvoir-faire' ou le 'pouvoir-être' d'un agent, c'est-à-dire l'ensemble des réalisations qu'un agent est capable, et serait capable, de faire ou d'être face à un ensemble d'opportunités. La capabilité comprend une dimension de réalisation, effective et actuelle, et une dimension d'accomplissement potentielle, face à des alternatives de choix possibles. L'ensemble des 'fonctionnements accomplis' retrace ce qu'une personne est actuellement capable de faire et d'être, et l'ensemble des 'libertés de choix' retrace ce qu'elle pourrait faire ou être dans un contexte différent face à des meilleures opportunités. Accroître les capabilités, à travers les fonctionnements et les libertés, est la finalité du développement humain. ».

Fonctionnement : « Il s'agit des réalisations effectives d'un agent (en terme d'agir et d'être), comme le fait d'aller à bicyclette, de se nourrir, de participer à une réunion, d'être professeur, etc. Ces réalisations portent sur l'obtention d'un revenu, l'éducation, l'alimentation, la santé, l'habitat, l'accès aux biens publics, etc. Elles sont mesurées par des indicateurs spécifiques. La combinaison de divers fonctionnements constitue la partie effectivement réalisée des capabilités de l'agent. ».

Libertés : « Associées aux fonctionnements, les libertés entrent dans la composition des capabilités. Elles retracent l'ensemble des alternatives de choix possibles face à des opportunités et des contraintes économiques et sociales. Il s'agit donc de libertés de choix qui, une fois faites, débouchent sur la réalisation de certains fonctionnements observables. Tout le problème est d'évaluer cet espace de libertés pour chaque personne, ce qui implique d'utiliser des méthodes d'induction particulières. ».

Ces définitions nous permettent surtout de saisir la diversité des réalités auxquelles la notion de développement s'applique et de constater l'enchevêtrement de variables « objectives » (les institutions au sein de la société et les moyens qu'elles mettent à disposition des citoyens, la situation économique, politique et sociale du pays) et de variables « subjectives » (la

³³Ibid.

perception qu'ont les individus de leur situation) dans la réalisation de la vie qu'un individu souhaite mener.

Cet abord du développement humain a été repris par plusieurs auteurs et appliqué notamment au domaine de la santé. Je ne fais que suivre leur voie tout en me spécialisant en quelque sorte, me centrant sur la santé mentale et plus spécifiquement sur les deux hôpitaux concernés par la coopération, l'EPS de Ville Evrard et le CHU de Ouagadougou.

Ainsi dans une première sous-partie je m'attacherai à l'analyse de l'action de La Causerie ainsi que du CHU au Burkina Faso et l'impact de la coopération sur les capacités individuelles et institutionnelles. Enfin dans un second temps, je m'intéresserai aux politiques publiques sanitaires psychiatriques en France et au Burkina afin de voir comment la coopération hospitalière s'insère dans les actions nationales.

Il s'agit dans les deux sous-parties de continuer de s'appuyer sur mes observations au sein de La Causerie et des recherches sur la coopération entre les deux institutions hospitalières.

A) Le renforcement des capacités individuelles et institutionnelles

Les liens entre santé et développement ont été à maintes reprises mis en avant, bien que l'importance du premier dans le succès du second diverge selon les auteurs.

Bruno Boidin expose trois difficultés existantes au sein de cette relation santé/développement : la mesure de la santé (celle-ci relève à la fois de variables objectives telles que l'accès à des infrastructures médicales mais aussi subjectives telles que la perception qu'a l'individu de sa propre santé), les données qui sont dans certains pays peu fiables et discontinues, et enfin le choix des indicateurs (Boidin, 2009.). La mesure de la santé, tout comme la pauvreté, amène par conséquence à adopter une démarche multifactorielle telle que préconisée par Amartya Sen.

Plusieurs auteurs, tels que Bruno Boidin, Jérôme Ballet mais aussi Fah Ould Brahim Jiddou, optent pour ce cadre d'analyse et l'appliquent au domaine de la santé.

En effet, celle-ci constitue une des composantes de base dans les capacités d'un individu, au même titre que de se nourrir. Ainsi Sen écrit dans son ouvrage *Repenser l'Inégalité* : « Il existe des fonctionnements élémentaires tels que avoir suffisamment à manger, être en bonne santé, échapper aux maladies évitables et à la mortalité prématurée etc. et des fonctionnements complexes tels que être heureux, rester digne à ses propres yeux, prendre part à la vie de la communauté etc. »³⁴.

Les auteurs Jérôme Ballet et Fah Ould Brahim Jiddou soulignent de nouveau cette importance dans leur article en précisant que « la santé est donc perçue comme un élément essentiel du bien-être et la maladie comme une atteinte importante à ce bien-être. »³⁵.

De même, dans une enquête menée par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) sur la perception de la pauvreté en Mauritanie, « la maladie, le handicap, et l'incapacité de se soigner sont aperçus comme de très importants signes de pauvreté et sont classés en priorité par rapport à l'éducation. » (Ballet et Brahim Jiddou, 2005).

³⁴Amartya Sen, cité in Ballet Jérôme et Brahim Jiddou Fah Ould, « L'accès au système de santé en Mauritanie : problèmes de capacités et défis institutionnels. », *Mondes en développement*, 2005/3, n°131, p.87-97, p88.

³⁵Ibid., p92.

La santé est alors une capacité essentielle à l'individu à la fois pour mettre en œuvre ses fonctionnements mais aussi pouvoir exercer sa liberté. Ainsi, être en bonne santé est un état indispensable pour pouvoir travailler et acquérir des ressources de subsistance. Si un individu n'a pas la santé nécessaire pour se déplacer pour travailler et subvenir à ses besoins de nourriture et de logement, on comprend bien que c'est son bien-être qui est directement touché, voire sa survie. En outre, s'il vit dans un Etat qui ne met pas en place ni un système de soins permettant à quiconque de se soigner ni un système financier compensatoire pour les personnes ne pouvant travailler, il n'y a alors rien qui vient contrebalancer la perte de capacités individuelles.

La suprématie du somatique sur le psychisme, c'est-à-dire la priorité qui est accordée au premier, fait que lorsque nous parlons de santé, surtout dans des pays ne disposant pas de système de soins favorisant l'accès à tous, nous pensons avant tout aux maladies somatiques. Mais qu'en est-il du psychisme, des désordres mentaux ?

De la vision que je me fais de la psychiatrie, son objectif est de soulager autant que faire se peut la souffrance psychique de l'individu et de lui rendre autant que possible une certaine autonomie tant de ses capacités mentales que dans sa vie sociale. Volontairement, je ne parle pas de guérison en mentionnant le but de cette spécialisation médicale.

En effet, qu'est-ce que la guérison en santé mentale ? En médecine somatique la guérison est souvent associée à la disparition des symptômes (on se considère comme guéri de la grippe une fois que la fièvre ou le mal de gorge disparaît etc. alors que le virus peut être encore présent dans l'organisme. D'où l'insistance des médecins pour que le patient prenne ses médicaments même après la disparition des symptômes.).

Mais lorsque nous parlons de médecine psychiatrique, que nous touchons au domaine de l'esprit, de la santé mentale, il devient plus délicat de parler de guérison. La santé mentale, pour peu qu'on s'y intéresse, nous interroge sur ce que c'est que la folie et donc la normalité, ses manifestations, sur ce que c'est que d'être fou, d'être considéré comme tel ou pas ? Comme le souligne Ali Aouattah : « (...) quel critère retenir pour qualifier un état, résultant d'une thérapie quelconque, comme étant celui d'une guérison ? Peut-on prendre celui de l'adaptation sociale ? Ou la capacité de travailler ? Ou la disparition ou l'affaiblissement des symptômes névrotiques ? »³⁶. Il n'y a pas réellement de réponse à ces questions tant la

³⁶Ali Aouattah, *Ethnopsychiatrie Magrébine : Représentations et thérapies traditionnelles de la maladie mentale au Maroc*, Paris, L'Harmattan, 2000, p178.

diversité des êtres humains est importante. L'amélioration des situations des patients dépend de chaque cas et de facteurs multiples : tous ne réagissent pas de la même façon aux traitements médicamenteux et non médicamenteux, l'environnement social, le degré d'intégration sociale jouent aussi un rôle etc.

La psychiatrie nous amène alors à raisonner en termes de degré. En effet, comment déterminer la frontière du pathologique et de la normalité ? A partir de quand un individu est-il considéré comme adapté socialement ? Tous les inadaptés sont-ils fous ? Quel est le degré d'autonomie jugé acceptable pour qu'un individu soit considéré comme « normal » ? Est-ce le même degré selon les sociétés, les époques ? Le philosophe Michel Foucault a longuement étudié ces questions, et ses réflexions sont devenues une référence pour ce champ d'étude entre autre.

La psychiatrie peut alors être appréhendée comme un domaine dont l'objectif est, non pas une guérison ou une disparition totale des symptômes (outre le fait que cela soit impossible, cela ne veut surtout pas dire grand-chose, comme vu précédemment.) mais de permettre à l'individu de retrouver au maximum ses capacités mentales, lui permettant de vivre au sein de la société, d'y être intégré à minima à travers l'adoption et l'application des codes de celle-ci, de mener la vie qu'il désire. Par conséquent, elle a pour vocation d'élargir, d'augmenter, de restituer les capacités individuelles et sociales de l'Homme afin qu'il puisse mener la vie qu'il souhaite. En cela elle fait écho à la thèse d'Amartya Sen et peut être étudiée sous cet angle. En effet, dans sa volonté de restituer l'être humain atteint de troubles mentaux dans son entité, dans son environnement, elle s'insère alors dans cette démarche multifactorielle du développement parce qu'elle prend à la fois des facteurs psychologiques, sociaux, économiques en considération.

En outre, c'est ainsi que nous pouvons interpréter la démarche de l'ethnopsychiatrie, comme un moyen institutionnel de renforcement des capacités individuelles. Nous pourrions même dire qu'elle constitue une démarche plus aboutie, dans le sens où elle est une spécialisation permettant à une part bien spécifique de la population, en l'occurrence les migrants et les personnes d'origine étrangère nées en France, d'avoir accès à un système de soins répondant à leur demande, tout du moins à leur interprétation de leurs désordres mentaux.

Cette volonté d'amener le patient vers une plus grande autonomie et donc de retrouver ses

capabilités se matérialise en plusieurs étapes au centre La Causerie.

Tout d'abord l'entente du discours de l'Autre. Ainsi, en travaillant avec les codes culturels et sociaux des patients, en manipulant, dans le sens de manier, leurs interprétations, leurs croyances tout en se sauvegardant d'imposer les siennes, le thérapeute principal, le psychiatre, les infirmières, bref tout le corps médical engagé, permettent au patient d'avoir accès à des outils lui donnant la possibilité d'être écouté dans son discours, d'être considéré dans ses interprétations augmentant alors les chances d'adhésion à des soins, et par la suite de retrouver ses capacités psychiques et sociales.

En effet, nombreuses sont les fois où j'ai constaté auprès des patients suivis à la Causerie, l'importance de l'écoute de leur discours et l'acceptation de leurs interprétations. Le refus d'adhésion du praticien médical à l'interprétation du patient, qu'elle soit culturelle ou pas, est ressenti fortement par la personne suivie et peut provoquer alors une rupture de contrat thérapeutique. J'ai pu entendre plusieurs fois les patients dire lors des séances d'ethnopsychiatrie : « Ah, mais au moins là on peut parler. ». « Mais vous c'est pas pareil, vous comprenez ces choses-là. », ou encore « Mais ici je peux dire ça (en parlant par exemple d'actes de sorcellerie). ».

Cette première démarche qui consiste à une écoute et à une adoption partielle du discours de l'Autre dans son intégralité permet au patient de trouver un lieu d'écoute qui, dans un second temps peut lui permettre d'adhérer à un système de soins. Par extension, cette adhésion, qui est la phase de soins en psychiatrie la moins évidente, selon les dires du personnel, va par la suite permettre à l'individu l'accès à des outils lui donnant l'occasion d'augmenter, tout du moins d'avoir la possibilité d'accroître ses capacités effectives et potentielles, augmentant alors sa liberté.

Dans la même logique, la présence d'un interprète ou d'un médiateur culturel (les deux fonctions se confondent souvent dans une même personne.), contribue à donner les moyens au patient de retrouver des capacités en l'accrochant au centre de soins qu'est La Causerie. J'ai pu constater la surprise puis la joie des patients à entendre leur langue maternelle. Ils éprouvent un certain réconfort. J'ai constaté que cela est d'autant plus vrai pour les nouveaux migrants et pour ceux qui ne sont pas retournés dans leur pays d'origine depuis longtemps. Cela permet surtout une compréhension entre le patient et le praticien.

Comment vous définirez le rôle de l'interprète, comment vous le percevez ?

Mr Ba: Un facilitateur, Oui un facilitateur parce que des fois, on travaille beaucoup comme je l'ai dit avec des hôpitaux, et là des fois le travail est complètement bloqué avec le patient. Il arrive qu'il comprenne pas, et le médecin ne peut pas le forcer à se soigner, donc nous en tant qu'interprète on peut expliquer. Une fois par exemple, y a trois semaines environ, un jeune patient qui refusait les prises de sang pour analyser. Et là le médecin comprenait pas. Je suis intervenu en expliquant, il fallait juste lui dire que c'est nécessaire parce que lui le patient pouvait penser qu'on lui prenait trop de sang et il savait pas ce qu'on en faisait après. Tu vois y a d'autres pensées derrière la prise de sang, donc il s'agit pas juste de traduire, y a une culture, et derrière les mots faut voir ce qui se trouvent. Et les praticiens aussi ne comprennent pas forcément, ne voient pas forcément cette dimension; l'interprète dans ce cas de figure c'est comprendre.

(...)

Pourquoi ?

Mr Ba: Bah parce que je suis arrivé à plusieurs reprises à débloquer des situations. L'exemple que je vous ai donné de la prise de sang. Quand je lui ai expliqué pourquoi, il m'a dit « Mais moi je savais pas parce qu'ils prennent deux, trois, quatre tubes de sang, et qu'est-ce qu'ils font avec tout ça ? ». Je sais que derrière y a aussi cette notion de sang, de qu'est-ce qu'on peut faire avec le sang dans sa culture. Le praticien, le médecin occidental lui en général le sait pas. Ils savaient pas pourquoi le patient refusait et le pourquoi je les ai aidés à le comprendre.

Comment réagissent les patients lorsqu'il vous entend pour la première fois parler leur langue ?

Mr Ba: Ils sont ravis parce qu'ils se disent, et du coup ils se confient en général et il faut trouver les distances. Et du coup y a le culturel qui, qui prédomine dans un premier temps, c'est-à-dire ils se disent « Lui il sait ». Parfois dans la langue je suis pris comme témoin « Toi-même tu sais » et que eux ils savent pas mais toi tu le sais. Il trouve en nous un allié naturel.

Entretien avec Monsieur Ba, un interprète.

Je précise cependant que la présence d'un interprète a été quelquefois, dans de très rare cas, mal vécu par le patient, celui-ci ne comprenant pas la présence de ce dernier et souhaitant à tout prix s'exprimer en français malgré une plus ou moins bonne maîtrise de cette langue. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce refus : la réussite de la propagande républicaine sur l'intégration, un traumatisme lié au départ d'origine ou à un évènement traumatique (j'ai eu l'occasion de voir un de ces cas), ou encore des rivalités ethniques notamment lors de guerres civiles (les langues ne correspondant pas aux frontières, plusieurs nationalités, ethnies peuvent parler une même langue), comme le montre l'extrait ci-dessous.

En parlant d'ethnie, j'aimerais savoir si le fait d'appartenir à des ethnies différentes pouvait poser problème dans la relation traducteur..

Mr Ba : Bon ça peut... Ça peut arriver mais là où la traduction simple pour moi n'est pas suffisante. Y a des alliances qui existent par exemple entre le peul que je suis et un forgeron ou un dogon ou autre groupe d'ethnique. Même entre peuls, entre nous-mêmes par la différence de patronyme. Y peut avoir des situations qui facilitent le travail ou des situations qui au contraire peuvent compliquer le travail des interprètes.

Vous avez un exemple ?

Mr Ba: Des exemples... Ça peut être partout, à l'OFPRA. Moi personnellement j'ai pas connu ça mais j'ai des collègues d'Afrique centrale qui ont connu ça parce qu'y a des guerres ethniques, des guerres politiques où on utilise l'ethnie, et le traducteur par son patronyme on sait tout de suite qu'il est de l'autre groupe et du coup on a plus confiance. Bah, ça ça peut poser problème. Par contre dans les structures comme l'ethno ou les hôpitaux ça peut parfois faciliter. C'est le cas que j'ai connu parce qu'y a des alliances; par rapport aux cousinages qui peuvent exister entre nous, cela peut créer une confiance. Mais ça peut être aussi l'effet contraire; tout dépend de la situation.

Entretien avec Monsieur Ba, un interprète.

Pour venir appuyer l'idée du bénéfice de parler dans sa langue maternelle, je vais évoquer un souvenir personnel lors d'un voyage en Inde. Au cours d'un trajet en train, tandis que je dormais, mon sac a été volé avec mon passeport et celui d'une amie. Pour pouvoir circuler en toute liberté sur le territoire indien et sortir de celui-ci, nous devions nous rendre à l'ambassade de France afin de se procurer une autorisation de circulation et de sortie du territoire. Je dois avouer que dans ce moment d'incertitude et de fatigue (les voyages en Inde en train sont très longs, en l'occurrence nous rallions Vârânasî-New Delhi, soit 14 heures de train), de différentes démarches administratives à faire, moi qui ne suis pas particulièrement sensible aux symboles patriotiques, je n'ai jamais été aussi heureuse de voir des drapeaux français, et soulagée de m'exprimer dans ma langue, de l'entendre parler, de constater qu'il y avait une boulangerie à l'intérieur avec des pâtisseries et des pains traditionnels (pains au chocolat, chaussons aux pommes, croissants, baguettes etc.). Je me souviens être restée longtemps avec mon amie, après nos différents rendez-vous, dans ce hall où nous nous sentions apaisées.

Alors je peux comprendre le soulagement de ces patients, qui après avoir voyagé dans plusieurs services de soins, psychiatriques et/ou somatiques, sans parler des instances administratives, peuvent entendre et parler leur langue (rares sont les services qui font appel à des interprètes dans leurs pratiques.).

Certes, la présence de cette personne peut comporter des biais, au même titre que ma présence, et j'ai été témoin de plusieurs « erreurs » de traduction (ainsi une interprète traduit le mot diable par djoun au lieu de Shaytan) pour celles que j'ai pu relever avec les autres membres de l'équipe. La traduction a ses dangers, l'interprétation de l'interprète, une expression qui n'existe pas dans l'autre langue etc.

Justement, vous arrivez en général à traduire ou est-ce que vous rencontrez des obstacles liés à la langue ?

Mr Ba : Ah oui. C'est là où il faut paraphraser des fois. Y a des concepts qu'y a pas forcément dans l'autre langue, ça dépend aussi du patient. Mais faut trouver, c'est pour ça qu'être interprète c'est pas seulement comprendre la langue, faut également la lier à la culture du patient. Parce que derrière les mots y a beaucoup de choses. Quelqu'un qui apprend je sais pas en France le Bambara, le Chinois ou autre, sans avoir vécu dans ce milieu-là, je pense qu'on peut pas traduire, que c'est pas un traducteur. Alors du coup y a certains concepts que nous-mêmes, faut que nous-mêmes on maîtrise ses concepts-là pour pouvoir après dire à peu près ce que ça veut dire au malade.

Mais y a pas un danger justement dans ces cas-là, quand c'est intraduisible ?

Mr Ba : Mais le danger est toujours là, mais après par expérience on arrive à dire à peu près. Parce que traduire mot à mot ça n'a pas de sens pour nous, il faut voir le but recherché. C'est ce qui est important, il faut qu'on comprenne déjà quel est le but recherché par le soignant. Dès qu'on comprend ça on peut comprendre quels sont les mots à peu près justes voilà. Et vice-versa. Faut pouvoir expliquer les choses comme le système nerveux central, les notions de biologie, même les Français sans formation comprendraient pas. (Rires).

Entretien avec Monsieur Ba., un interprète.

Or ces dangers ne sont pas spécifiques aux situations où deux langues différentes sont présentes. Les erreurs de compréhension, d'interprétations erronées sont courantes entre deux personnes parlant la même langue. Les dangers sont peut-être plus grands dans ce dernier cas de figure, étant donné que nous avons l'illusion de nous comprendre du fait de la langue commune alors même que nous pouvons avoir des codes d'interprétation différents. Ainsi comme le souligne Madame Th. lors de la réunion clinique du mardi soir : «Quand les gens parlent la même langue que toi (en évoquant une discussion avec un médecin), tu as l'illusion de comprendre ? Moi pas.». Elle s'attache alors à capter des sons qu'elle entend dans la langue étrangère, notamment s'ils sont répétitifs, et en demander la signification à l'interprète. Par la suite elle travaille sur des sons réguliers dans les discours des patients, de la même façon qu'elle le ferait en français. Elle applique la méthode psychanalytique lacanienne tant dans le langage français qu'étranger.

Cette mise en garde contre l'illusion de compréhension est une des bases essentielles de la psychanalyse lacanienne. En effet, comme le souligne Gilles Herlédan dans son article « *Les quatre discours* » : « ce n'est pas tant le signifié qui a de l'importance que le signifiant. En conséquence, le signifié (la représentation mentale que nous avons d'une chose, vivante ou non) n'est que second par rapport au signifiant (l'identité sonore du mot). Ainsi ce qui a de l'importance dans le signifiant, ce n'est pas tant la sonorité du mot que comment elle se positionne par rapport à la sonorité des autres mots. ». Il précise alors qu'il « faut donc être en mesure de se porter du côté du signifiant-dans l'énonciation-et non du sens-dans l'énoncé »³⁷.

Ainsi, la présence et le travail de l'interprète constituent un biais, un danger épistémologique, au même titre que l'observateur a une influence sur le terrain où il mène ses recherches. Cela ne l'empêche pas de les faire ni d'en tirer des hypothèses et des conclusions plus ou moins justes. Les interprètes, dans leur grande majorité, ont conscience de ces dangers, ils sont formés à cela et mettent en place des procédés afin de diminuer autant que possible ce biais, au même titre que le chercheur adopte des stratégies pour retrouver le terrain originel (c'est-à-dire tel qu'il existe hors de sa présence) même s'il sait pertinemment que cela est impossible. Dans le centre d'ethnopsychiatrie, l'interprète est utilisé comme un outil pour les thérapeutes principaux, aux dires de ces derniers. Ils leur permettent surtout de créer un lien avec le patient qu'il parle ou non le français. L'interprète peut alors être envisagé, au même titre que la maîtrise de codes culturels, comme un moyen de faire adhérer le patient à un système de soins, et donc avec pour objectif final, une amélioration de sa santé.

Dans un troisième temps (le premier temps étant l'adoption du discours émanant du patient puis dans un second temps la présence de l'interprète), l'aide sociale proposée au sein de La Causerie concourt aux renforcements des capacités des individus.

En effet, et c'est une des caractéristiques intéressantes des hôpitaux psychiatriques, chaque secteur psychiatrique accueille une assistance sociale à plein temps. Celle-ci est indispensable, tant pour accrocher (dans le jargon médical, cela signifie fidéliser) les patients au centre (la très grande majorité des patients suivis à La Causerie sont dans des situations sociales de précarité), mais surtout pour leur donner accès à une situation sociale qui soit au clair avec la

³⁷Herlédan Gilles, « Les quatre discours », disponible à l'adresse : <http://freud.lacan.pagesperso-orange.fr/textessite/4discours.html>. Consulté le 1^{er} octobre 2014.

justice, leur permettant de se nourrir, de se loger, d'effectuer diverses démarches administratives (trouver un logement, divorcer, inscription scolaire etc.), donc en l'espèce d'acquérir des capacités élémentaires pour qu'ils puissent mener la vie qu'ils désirent et gagner en autonomie. L'aide sociale apportée aux patients ne peut être que complémentaire et illustre la conscience des praticiens qu'une situation sociale précaire peut être à l'origine d'une décompensation ou d'une aggravation des désordres mentaux.

Le suivi par la Causerie de patientes venant d'accoucher en est une illustration. Ce suivi se traduit concrètement par trois visites à domicile par semaine, plus la poursuite du suivi classique au centre. L'objectif de cet accompagnement est avant tout d'éviter le placement de l'enfant (la peur de « la mère folle » est répandue au sein des différentes institutions telles que l'hôpital générale, l'Aide Sociale à l'Enfance etc.), et de donner à la mère la possibilité d'élever son enfant selon sa volonté (donc selon la tradition ou pas de son pays d'origine) tout en diffusant dans sa pratique certains usages occidentaux. Ceci peut se traduire par la façon de faire prendre le bain à son enfant, les heures régulières des biberons, quelle nourriture adaptée, les heures de coucher etc. Il faut préciser en effet que ces femmes, nouvellement mères, sont souvent isolées de leur communauté (cet isolement est le résultat à la fois de la migration et/ou de leurs troubles mentaux). Ainsi, là où elles auraient bénéficié de l'aide et des conseils de la communauté dans leur pays émanant des femmes du village ou de leur famille, elles n'ont ici personne. En outre, elles résident dans un pays où l'éducation des enfants n'est pas similaire à ce qu'elles ont connu. L'absence d'aide communautaire, augmentée des désordres mentaux, est un handicap dans l'accomplissement de leur rôle de mère. En assurant un compagnonnage, La Causerie leur permet de jouer ce rôle entièrement. Je précise, de plus, qu'en Afrique, le statut de femme se vit en grande majorité, dans la culture, à travers la maternité. D'où l'importance pour les patientes de réaliser cette fonction de mère.

Au Burkina Faso la logique est similaire et ce, même si elle prend des formes différentes. En proposant à la population burkinabé un système de soins répondant aux conventions occidentales de ce qu'est le soin psychiatrique, le service psychiatrique de Ouagadougou offre à ces personnes la possibilité de se soigner autrement que par le système de soins traditionnels. Ce nouveau système, qui leur convient peut-être mieux, adopte des croyances qui peuvent faire écho à leurs propres systèmes d'interprétation du monde ou tout simplement être une offre de soins plus adaptée à leurs désordres mentaux.

Nous pouvons aisément imaginer qu'en cas d'insuccès des thérapies traditionnelles (qui restent encore de nos jours le premiers recours de la part des familles de personnes souffrant de troubles mentaux), le fait qu'il existe une autre possibilité avec des méthodes et des outils de travail différents (médicaments, thérapie familiales ou individuelles etc.), permet aux individus, mais surtout à la famille, d'avoir une autre chance de voir leur espoir se réaliser. L'échec des thérapies traditionnelles est d'ailleurs une des raisons qui amènent les familles à consulter au CHU de Ouagadougou.

Oui. Et au Burkina, quand vous y allez, vous arrivez à faire cohabiter les méthodes traditionnelles avec les méthodes d'ici ?

Ad : (...) Parce que pour qu'un patient vienne déjà pour une consultation, c'est que les familles ont constaté déjà un échec de la prise en charge traditionnelle. Et quand y a un échec par rapport au symptôme, ils font appel à la psychiatrie moderne parce qu'ils savent que là, elle est compétente. Donc voilà. Et les autres croyances culturelles sont résolues entre la famille et le tradithérapeute sans que la compétence médicale occidentale soit à l'origine de la demande.

Entretien avec l'attachée de santé Ad.

Cette chance donnée, qui appartient aux capacités potentielles, permet aux malades d'avoir accès à une autre façon d'appréhender les troubles mentaux. Le renforcement des capacités institutionnelles du CHU de Ouagadougou a donc un impact immédiat et direct sur les capacités des individus. Ce renforcement des capacités institutionnelles se matérialise par le développement du champ d'action. En effet, il ne faut pas oublier que nous parlons ici de la psychiatrie en générale, et non d'un type particulier de pratiques psychiatriques. Au Burkina Faso, cela correspond à la coexistence de prises en charge traditionnelles et au développement de prises en charge plus conventionnelles, à l'image de celles occidentales. En France, au contraire, cela passe par la diffusion de la pratique d'ethnopsychiatrie, par la prise en considération des interprétations culturelles.

Cet élargissement du champ d'action des institutions psychiatriques renvoie à la possibilité d'accès dit objectif aux services de santé telle que développée par Jérôme Ballet et Fah Ould Brahim Jiddou³⁸. Dans leur volonté d'appliquer le cadre d'analyse d'Amartya Sen au système de soins en Mauritanie, les deux auteurs dégagent quatre variables d'accessibilité au système

³⁸Ballet Jérôme et Brahim Jiddou Fah Ould, « L'accès au système de santé en Mauritanie : problèmes de capacités et défis institutionnels. », *Mondes en développement*, 2005/3, n°131, p.87-97.

de soins mauritanien. Ces variables sont le moyen d'opérationnaliser l'approche de l'économiste hindou.

Ainsi l'accès dit objectif désigne « un paramètre α indiquant le taux d'accessibilité géographique (proximité des services de structures de santé), l'accès aux médicaments (revenu), et la qualité des soins (accueil dans les structures). ». ³⁹ A la suite du développement que nous venons de faire, nous voyons que nous pouvons compléter cette définition. Il faudrait y ajouter à côté de l'accueil dans les structures, la diversité des systèmes de soins proposés, c'est-à-dire le degré de spécialisation d'infrastructures sanitaires. La spécialisation permet en effet de couvrir un champ plus large et d'apporter une réponse, tout du moins une proposition de soins, adapté à la diversité humaine et aux problèmes qu'elle peut rencontrer. Cela a son importance dans le domaine de la psychiatrie, étant donné que les désordres mentaux sont sujets à des interprétations multiples, ce qui peut entraîner une spécialisation des praticiens dans leurs pratiques, ainsi que dans le cas dans l'ethnopsychiatrie.

Ces interprétations multiples renvoient quant à elles à l'accès dit subjectif. Les auteurs le définissent comme suit : « (perceptions et comportements de la personne et du groupe à l'égard de la santé). Le niveau d'accès est défini par un paramètre β qui dépend des comportements et des perceptions individuelles, familiales et collectives à l'égard de la santé. ». Cette dimension est majeure, puisqu'on n'est pas fou de la même manière selon les époques et les sociétés. Comme le soulignent respectivement Tobie Nathan et Ali Aouattah : « Chaque culture développe également des modèles de désordres psychiques qui lui sont spécifiques. » ou bien encore « Dans toutes les cultures existe une certaine perception de quelque chose qu'on pourrait appeler 'folie' et des individus considérés comme 'fous'. ». Être fou au Burkina Faso ou en France de nos jours ne revêt pas exactement les mêmes formes. Des comportements peuvent être considérés comme relevant de la pathologie mentale dans un pays mais pas dans l'autre. Nous pouvons citer l'exemple des tradipraticiens. Si la médecine traditionnelle est dévaluée en France (on y a peu recours relativement à la médecine conventionnelle, et elle appartient au champ de la croyance et non de la pensée scientifique.), alors même qu'elle existe encore de nos jours, les personnes la pratiquant sont au mieux renvoyées à l'image de personnes un peu simplettes, au pire « dérangée ». Or, au Burkina Faso, pays où la médecine traditionnelle a encore toute sa place, le tradipraticien est une personne respectable et occupe au sein du village une position sociale prestigieuse. Nous

³⁹Ibid, p88.

constatons que l'interprétation d'une même pratique dépend de variables sociales, de la structure de la société. Les interprétations sont alors influencées par des variables structurelles émanant de la société dans laquelle l'individu évolue.

La perception du désordre mental n'est donc pas la même selon les sociétés. Ainsi, le patient n'aura pas la même approche de son trouble mental. C'est comme cela que La Causerie accueille des patients disant posséder un don visionnaire. Si dans les sociétés africaines, ce don est valorisé et donne accès à l'individu (dans le cas où il a été initié) à une position sociale valorisée et à un certain prestige, en France, il est perçu comme le signe d'un délire témoin d'une structure psychique psychotique. L'un n'exclut pas l'autre, mais l'un n'inclut pas forcément l'autre. Ainsi, lorsque l'équipe juge que certains patients sont psychiquement stables, elle les soutient dans leur volonté d'aller se faire initier au pays. L'objectif n'est donc pas tant la disparition des symptômes que leur appropriation, leur maîtrise, une certaine harmonie, pourrions-nous dire, entre eux et le patient.

L'approche de la maladie mentale n'est pas la même selon l'individu car elle dépend directement de la perception qu'en a la société dans laquelle il vit. En tenant compte des interprétations de chacun, qu'elles soient traditionnelles ou « modernes », cela permet d'augmenter les chances de leur faire prendre conscience de leurs troubles, dans le cas où il y a une négation de la part du patient.

Ceci nous amène à évoquer la troisième possibilité d'accès, celle dite sociale, qui est, toujours selon les mêmes auteurs, « définie par un paramètre δ qui dépend des facteurs culturels, des opportunités sociales positives et négatives. Ceci amène à la relation entre état de santé et durabilité sociale en termes de transfert de capital santé intergénérationnel. L'accessibilité sociale est fortement liée aux discriminations qui s'exercent à l'encontre de certaines personnes ou certains groupes. (...) l'accessibilité sociale relie la santé des personnes aux comportements et aux perceptions des autres personnes. »⁴⁰.

Ce pan d'accessibilité renvoie directement à la réflexion sur les stigmates pouvant toucher les personnes considérées comme « folles ». Si ce domaine, fort intéressant à analyser, n'est pas notre sujet dans ce mémoire, nous pouvons tout du moins préciser qu'il n'est pas considéré dans les objectifs de la coopération entre les deux hôpitaux. En effet, aucune campagne de sensibilisation ou même d'information concernant la santé mentale, tant en France qu'au

⁴⁰Ibid, p88.

Burkina Faso, n'est mise en place dans le cadre de ces échanges inter-hospitaliers. Et pourtant, le regard de la société sur ses troubles a une influence majeure sur la capacité des individus à se soigner.

Si en France une loi permet l'hospitalisation sans consentement de la personne, qui lui permet en théorie d'être soignée, il n'en reste pas moins que la honte qu'il peut y avoir à se faire suivre par un psychiatre ou à être hospitalisé dans un hôpital psychiatrique amène des patients à mentir sur leur état de santé ou à cacher leur hospitalisation. Au Burkina Faso, en l'absence d'une telle législation, la honte peut amener à séquestrer, enchaîner les personnes souffrant de troubles mentaux, particulièrement si celle-ci sont agitées, et non de l'amener sur un lieu de soins. La modernisation du CHU de Ouagadougou peut dans ces cas-là offrir une solution car les personnes y sont amenées lorsqu'elles sont agitées et qu'on ne peut plus les contenir. Encore faut-il que la population ait une connaissance de ce lieu et de ses pratiques.

Est-ce que les familles ont honte de venir au CHU ?

Ad : En général pour venir consulter en psychiatrie, il faut que les symptômes parlent beaucoup, c'est-à-dire que le patient soit agressif, très agité, difficilement contenable à domicile. Donc généralement ce sont les symptômes qui forcent les gens à venir en psychiatrie parce que là les gens savent qu'y a un malade dans la famille.

Entretien avec l'attachée de santé Ad.

Nous constatons surtout le rôle essentiel que joue la coopération entre les deux hôpitaux dans ce cas de figure.

Cependant, si cette coopération décentralisée a une influence sur l'accès objectif, telle que définies par Jérôme Ballet et Fah Ould Brahim Jiddou dans leur article⁴¹, il n'en reste pas moins qu'en termes d'accès social, la coopération n'a qu'un faible impact, du fait qu'elle ne concerne et ne touche avant tout que les praticiens de chaque côté du continent. Elle ne joue pas sur les représentations sociales de la maladie mentale, tout du moins en France (je n'ai pas eu l'occasion d'étudier cette question au Burkina Faso.).

L'accès dit subjectif ainsi que l'accès social sont étroitement liés, et les distinguer n'est peut-être pas la meilleure approche. Si des sociologues comme Norbert Elias ou encore Pierre Bourdieu ont souligné ces interactions entre individu et société, la perception sociale de la maladie mentale provoque des répercussions sur la perception individuelle qu'a la personne sur ses propres désordres mentaux. En effet, le rapport qu'un individu entretient avec la santé,

⁴¹Ibid

la maladie est, entre autre, dépendant du contexte social et économique dans lequel il évolue. La perception de la folie est souvent du côté des « fous dangereux » amenant une stigmatisation de certaines personnes souffrant de troubles mentaux, stigmatisation qui peut devenir auto stigmatisation. Je reprends ici la définition de stigmaté donnée par Erving Goffman : « Le mot de stigmaté servira donc à désigner un attribut qui jette un discrédit profond, mais il faut bien voir qu'en réalité c'est en termes de relations et non d'attributs qu'il convient de parler. »⁴² Ainsi en est-il des personnes souffrant de désordres mentaux et « les sains d'esprit ».

Nous pouvons appeler cela une capacité négative, dans le sens où même en présence de structure de soins adéquats, la personne atteinte de troubles mentaux peut soit nier ses désordres soit ne pas accepter de se soigner du fait de la stigmatisation. Nous parlons de capacité négative du fait qu'il y a une entrave non matérielle dans la possibilité pour une personne de mettre en œuvre ses fonctionnements. Cet obstacle est social, car il renvoie aux représentations sociales de la maladie mentale, et ne résulte pas d'une absence de moyens.

Si la coopération semble avoir un impact direct sur l'accès dit objectif, car elle permet un élargissement du champ d'action des hôpitaux concernés par cet échange, son impact sur les accès subjectif et social semble limité. Certes elle ne s'est nullement donnée ce rôle, mais dans la volonté d'un développement de la psychiatrie tant en France qu'au Burkina Faso, ce sont là des dimensions à prendre en compte. Surtout, en constatant qu'elle permet des deux côtés un renouvellement des capacités institutionnelles et un renforcement des capacités individuelles, elle remet en cause le fait que le développement, dans le sens d'Amartya Sen, concernerait uniquement aux pays dits du Sud.

C'est en cela que parler de développement comme d'une situation unique est erroné. En effet, la notion de développement implique en elle-même une forme d'historicité à sens unique, où les pays se classeraient les uns derrière les autres selon des critères mis en place par des institutions créées et gérées par des occidentaux pour des occidentaux avant tout. Les critiques de l'économie du développement l'ont bien compris : celle-ci est avant tout un moyen pour les pays occidentaux d'assurer leur domination, d'imposer leur idéologie, de satisfaire leurs intérêts. De même que les critiques sur les politiques de santé émanant de l'Organisation Mondiale de la Santé dénoncent le fait qu'elles sont mises en place avant tout pour protéger les pays occidentaux et non favoriser la mise en place de systèmes de santé adaptés et

⁴²Erving Goffman, *Stigmaté, les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les éditions de Paris, 1975, p13.

efficaces dans les pays dits du Sud⁴³.

Les politiques de développement sont, selon les tenants de cette critique, l'outil de la dominance occidentale. D'où la création de ce mythe occidental que serait le développement, pour reprendre le titre de l'ouvrage de Gilbert Rist⁴⁴.

Sans être dans une posture aussi extrême, tout en adhérant cependant à cette vision des choses, dans notre cas, nous avons constaté que la coopération hospitalière induisait des répercussions au sein des deux camps. De plus, en adoptant la posture d'Amartya Sen, celle des capacités comme mesure du développement, et donc une approche plus individualiste, nous constatons que le développement s'applique tant au niveau du Burkina Faso que de la France.

Ainsi, en pensant le développement comme un processus permettant aux individus de pratiquer autant que possible leur liberté de choix, d'avoir la possibilité de mettre en place leurs fonctionnements, nous constatons aisément qu'il concerne autant les pays dits du Sud, donc pensé comme étant en développement, que les pays dits du Nord, perçus comme développés.

Le système psychiatrique en donne une illustration. En effet, la France a beau être dit un pays développé, il n'empêche que dans ce domaine de nombreux progrès restent à faire et que le système mis en place ne donne pas entière satisfaction (stigmatisation des malades, approche majoritairement médicamenteuse et universaliste etc.) pour des personnes atteintes de troubles mentaux.

La mise en place de service d'ethnopsychiatrie, est à mon sens, un pas sur le chemin du développement, dans le sens où elle permet une approche qui donne de l'importance au discours du patient quel qu'il soit. Ce chemin s'appuie principalement sur la coopération avec un pays dit en voie de développement. Si pour l'instant il concerne un groupe restreint, en l'espèce les immigrés ou les descendants de familles immigrées, il faudrait que peu à peu cela se développe pour chaque catégorie, chaque individu.

⁴³Laëtitia Atlani-Duault et Laurent Vidal, « Le moment de la santé globale. Formes, figures et agendas d'un miroir de l'aide internationale. », *Revue Tiers Monde*, 2013/3, n°215, p7-16.

⁴⁴Gilbert Rist, *Le développement. Histoire d'une croyance occidentale*, 4^{ème} ed, Paris, Les Presses de Science Po, 2012.

La dichotomie développé/en voie de développement n'apparaît plus de façon aussi claire, nette, tout du moins elle n'est plus aussi homogène que ce que nous pourrions penser.

Un autre exemple, dans un tout autre domaine, clarifie cette idée. La France a bénéficié récemment d'investissements financiers émanant du Qatar dans le cadre de la réhabilitation de quartiers défavorisés. Cet afflux d'argent étranger ne peut-il pas être rapproché de ce qu'en France nous nommons aide publique pour le développement ? La France est-elle alors en pays considéré en voie de développement vis-à-vis du Qatar du fait de ces investissements émanant de ce pays ? Il est intéressant de noter que la gauche politique refusait cet investissement direct, considérant cette pratique comme une ingérence dans ses affaires internes. Cependant l'argent n'en est pas moins rentré dans les caisses de l'Etat. En effet, cette somme d'argent n'a pas été utilisée directement sous forme d'investissement pour la réhabilitation, mais dans une caisse étatique. L'Etat français souhaitait garder la liberté de l'utiliser comme il le désirait⁴⁵.

⁴⁵ Nicolas Beau, Jacques-Marie Bourget, *Le vilain petit Qatar : cet ami qui nous veut du mal*, Paris, Fayard, 2013.

2) La coopération comme un substitut à l'action publique

Si la coopération hospitalière entre les deux hôpitaux est une source d'augmentation des capacités individuelles, comme nous l'avons constaté précédemment, qu'en est-il du rôle de l'Etat et des politiques publiques mises en place ? Quel est l'impact de ces dernières dans le renouvellement et l'augmentation des capacités individuelles ?

Certes, les hôpitaux sont des services publics et à ce titre appartiennent à l'appareil étatique. Cependant, dans cette partie lorsque j'évoque l'Etat, je sous-entends avant tout les actions menées par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. C'est alors une autre échelle de l'appareil d'Etat qui nous intéresse ici.

Il s'agit dans cette partie d'analyser les actions publiques mises en place tant au niveau de la psychiatrie en France qu'au niveau international (participation à des programmes internationaux inter-étatiques ou émanant d'organismes multilatéral tels que l'Organisation Mondiale de la Santé, l'OMS). Il faut voir leur contribution au développement interne (toujours dans le sens d'Amartya Sen qui, je le rappelle, considère le développement comme un processus d'augmentation des capacités effectives et potentielles), ainsi que leur positionnement vis-à-vis de la coopération existante entre l'EPS de Ville Evrard et le CHU de Ouagadougou.

En effet, si l'hôpital fait partie de l'Etat, quelles relations entretient-il avec les instances hiérarchiquement au-dessus de lui, telles que les Ministères, l'Agence Régionale de Santé, (ARS), la Fédération Hospitalière Française (FHF) ou encore l'Organisation Mondiale de la Santé ? Quelles places prennent ces institutions dans la coopération inter-hospitalière, et de façon plus générale dans le développement psychiatrique ? Quels objectifs se donnent-elles (ou pourraient-elles se donner), quelles actions mettent-elles en place (ou le pourraient-elles) afin de permettre à des individus atteints de troubles de conserver ou de retrouver leurs capacités effectives et potentielles ?

Nous avons démontré dans la première sous-partie de ce chapitre que cette conservation passe essentiellement par une autonomisation du sujet et une intégration sociale (au sens large : trouver du travail, se marier –ce fut le cas d'un des patients suivis à La Causerie-, entretenir des liens sociaux etc.)

Ce sont ces différents questionnements que nous analyserons dans cette dernière sous-partie.

Le domaine de la santé individuelle ne fut pas toujours une affaire d'Etat. Au contraire, la médecine publique, telle que nous la connaissons actuellement, ne s'est développée que dans la seconde moitié du 18^{ème} siècle (Marzano, 2011). Si elle constitue, pour Michel Foucault, la naissance du biopolitique, c'est-à-dire le pouvoir que détient l'Etat sur la santé de sa population et donc de façon générale sur la vie qui se matérialise par un intérêt de ce dernier pour la santé de sa population, elle entraîne par conséquence une action publique dans ce domaine. Par extension, cela peut engendrer une forme de responsabilité de l'Etat vis-à-vis de la population du fait de l'intérêt (qu'il soit purement égoïste ou non, là n'est pas la question) qu'il y porte. Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé publique comme « l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée ».

Au-delà de cette définition mettant en avant le côté protecteur et paternaliste de l'Etat, il n'en demeure pas moins que si l'Etat s'est intéressé à la santé de la population, c'est qu'il y trouvait des avantages. Tout du moins, dans l'hypothèse où il n'y aurait aucun intérêt, cela serait désavantageux pour lui de ne pas la prendre en considération.

C'est ainsi que la mise en place d'une hygiène de vie collective, notamment dans les milieux ouvriers au 18^{ème} siècle, mais surtout au 19^{ème} siècle durant la Révolution Industrielle, permet avant tout de maintenir la main d'œuvre ouvrière en bonne santé et par extension de continuer sur le chemin de la croissance économique. Comme le souligne John Simon, qui fut le premier médecin hygiéniste au gouvernement britannique : « Négliger la santé est une avarice coûteuse. La fièvre et le choléra sont dispendieux en regard du bon marché des logements sales et de l'eau de boisson puisée dans les fosses, les veuves et les orphelins sont des sanctions coûteuses de l'insalubrité des lieux de travail et des morts évitables dues au travail. La force physique d'une nation est le facteur principal de sa prospérité.»⁴⁶

L'institution étatique s'est ainsi peu à peu saisie de la question de la santé, et plus particulièrement de la « bonne santé » de sa population. De cette volonté des autorités publiques naît tout un système de réseau institutionnel composé de la sécurité sociale, les assurances etc. A partir de là, les politiques publiques sanitaires revêtent une importance majeure car elles encadrent, de la naissance à la mort, les individus d'une population

⁴⁶Cité in Marzano Michela, « Foucault et la santé publique », *Les tribunes de la Santé*, 2011/4, n°33, p.39-43, p39.

(incitation à l'augmentation du taux de naissance via l'attribution d'allocations aux parents, volonté de diminuer le taux de mortalité des cancéreux via des investissements publics massifs dans le domaine de la recherche dans cette branche etc).

En conséquence, la question de la responsabilité de l'Etat, envers la population, peut se poser. En effet, si l'Etat décide d'intervenir dans ce champ, quelles responsabilités (dans le cas où il y a responsabilité) doit-il assumer ? Pour Amartya Sen, il est de la responsabilité de l'Etat de « garantir et de promouvoir » les différentes capacités des individus (Genard, 2007). De plus, Jean-Louis Genard ajoute plus loin dans son article que la nouvelle forme de l'Etat actuel, ce qu'il nomme l'Etat-Réseau, a pour objectif de réactiver la subjectivité dans l'individu, c'est-à-dire de « restituer à chacun des capacités lui permettant d'assumer son autonomie. »⁴⁷.

L'économiste Bruno Boidin s'inscrit dans cette lignée de responsabilité de l'Etat dans le renforcement ou la production de capacités individuelles, à travers le concept de seuil de santé. Afin de définir ce dernier, il s'appuie directement sur l'approche d'Amartya Sen. Si de façon générale, il considère le seuil de santé comme « une déclinaison, dans le domaine de la santé, de la définition de développement donnée par Sen (2000), à savoir l'accroissement de la liberté de choix et d'opportunités offerts à chacun. »⁴⁸, il n'en distingue pas moins deux niveaux d'échelle différents mais complémentaires. Au niveau individuel, le seuil de santé est défini comme « un niveau de santé minimum sous lequel la situation peut se dégrader de façon irréversible, avec des effets irrécupérables sur l'état de santé, le revenu, la capacité à être autonome etc. »⁴⁹, tandis qu'à l'échelle macro, « le seuil se définit comme la ligne qui sépare les situations irréversibles de dégradation ou de faiblesse du capital de santé global et les situations où le niveau de santé global permet, au contraire, de maintenir la résilience de la population, dans un contexte de contraintes socioéconomiques fortes. »⁵⁰. Ce seuil est important dans la réflexion de l'auteur, puisque, comme il le souligne dans son article, le niveau de capacités d'un individu dans le domaine de la santé est un des déterminants majeurs dans « la conversion des *capabilities* en fonctionnements dans d'autres domaines. »⁵¹.

⁴⁷Genard Jean-Louis, « Capacité et capacitation : une nouvelle orientation des politiques publiques ? » in Fabrizio Cantelli et Jean-Louis Genard (dir.), *Action Publique et subjectivité*, Paris, LGDJ, 2007.

⁴⁸Boidin Bruno, «Capacités et seuils de santé», *Revue Tiers Monde*, 2009/2 n°198, p.335-355, p337.

⁴⁹Ibid., p338.

⁵⁰Ibid.

⁵¹Ibid.

La santé est ainsi une capacité à la fois essentielle, mais aussi un intermédiaire dans la mise en œuvre de fonctionnements. Il est aisé de constater qu'être en bonne santé ou non joue un rôle dans la possibilité de trouver un travail, d'être intégré dans la vie sociale de sa communauté, de pouvoir vivre sa vie. On comprend surtout que cela soit un enjeu pour les pouvoirs publics en place.

Les politiques publiques de santé deviennent par conséquent un instrument privilégié à la fois pour mettre en place ce biopouvoir dont parle Michel Foucault⁵², mais aussi dans le développement économique et social d'un pays.

Cette mise en œuvre nécessite la création et le contrôle d'un certain nombre de variables concernant le corps biologique des individus, telles que l'espérance de vie, le taux de mortalité, le taux de natalité etc. (Marzano, 2011). Si ces variables concernent avant tout la médecine somatique, comme nous le constatons à travers ces indicateurs, qu'en est-il de la médecine psychiatrique et du corps psychique des individus ? L'Etat tend-il aussi de se saisir de la bonne santé mentale de la population ? Et si oui, comment fait-il ?

Il est vrai qu'il semble plus aisé de mettre un seuil afin de délimiter la population (et ainsi la diviser) en ce qui concerne le diabète (j'ai du diabète si mon taux de glucose n'est pas « normal », c'est-à-dire supérieur ou égal à 1.26g/l,) ou toutes autres maladies somatiques. En revanche, cela est un peu plus complexe en matière de santé mentale. Nous l'avons déjà vu, être considéré comme « fou », donc atteint de désordres mentaux est aussi, et avant tout ?, question de contexte sociohistorique. Cette difficulté de mettre en place un seuil fixe et compréhensible par tous est-il une des raisons qui amène une sous-intervention (en comparaison de la médecine somatique) de l'Etat dans le domaine de la santé mentale ? La politiste Sandra Philippe, qualifie le domaine de la santé mentale comme une « signification flottante », et donc en quelque sorte indéterminée (en psychanalyse, un signifiant flottant et un signifiant « fourre-tout », c'est un dire qu'on peut y mettre ce qu'on veut derrière), qui ne permettrait donc pas la mise en place d'actions publiques efficaces⁵³.

⁵²Michel Foucault, *Leçon sur la volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 2011.

⁵³Philippe Sandra, « La mise en œuvre de l'action publique : un moment problématique. L'exemple de la politique de santé mentale. », *Revue française de Science Politique*, 2004/2, vol. 54, p.315-334

En effet, si l'intervention des autorités publiques est très présente concernant la médecine somatique, à travers prioritairement des actions législatives, en ce qui concerne la psychiatrie il en est tout autre. Actuellement en France, il n'y a pas même une dizaine de lois, circulaires ou arrêtés, concernant ce domaine d'activité. C'est ainsi que Sandra Philippe parle d'un « espace d'action inoccupé » afin de qualifier l'action publique en santé mentale en France en précisant que le peu d'action dans ce domaine reste « un objet d'action publique peu consistant » (Philippe, 2004).

La législation française vise trois domaines précis : l'internement, l'organisation interne et enfin l'organisation géographique des hospitalisations.

Pour ce qui est de l'internement du patient, trois lois ont été successivement mises en place rendant chacune obsolète la précédente. La loi du 30 juin 1838, ou encore la loi dite « la loi des aliénés » est la première loi en matière de psychiatrie. Votée sous le règne de Louis-Philippe, elle est le signe surtout de l'institutionnalisation de la psychiatrie. Elle montre alors les prémisses de la capacité de l'autorité publique à contrôler cette activité. Elle tente de mettre en place aussi une régulation des internements (jusque-là tout le monde pouvait interner qui il souhaitait) tout en mettant en œuvre la distinction entre « placement volontaire » et « placement d'office ». Il faut attendre ensuite la loi du 3 janvier 1968 pour voir une évolution dans le statut de la personne internée. En effet, jusque-là toute personne hospitalisée était dessaisie de ces droits civils pendant le temps de l'internement, ce qui n'est plus le cas depuis cette date. Toujours dans le domaine de l'internement, la loi du 27 juin 1990 vient renforcer les droits des personnes hospitalisées en hôpital psychiatrique, tout en affinant les différentes catégories d'hospitalisation. La distinction avec ou sans consentement est maintenue. Cette dernière est cependant affinée. Ainsi on fait le distinguo entre l'hospitalisation sur demande d'un tiers, ou d'office (c'est-à-dire à la demande d'un représentant de l'Etat, le plus souvent le préfet.). Elle renforce aussi le contrôle de l'Etat sur l'institution et particulièrement l'enfermement des patients à travers notamment l'insertion de l'institution judiciaire dans ce contrôle. Cette loi est rendue obsolète par la loi du 5 juillet 2011. Elle poursuit cependant la volonté de l'Etat de renforcer son contrôle en imposant notamment un suivi obligatoire par le juge des libertés pour toute hospitalisation sans consentement⁵⁴.

⁵⁴Pauline Aimard, « La psychiatrie sous le joug de la loi ? Etude de cas : l'application de la loi du 5 juillet 2011 au sein d'un service psychiatrie. », Mémoire en Master de Science Politique, sous la direction de Yves Viltard, Université Paris 1 Panthéon Sorbonne.

Puis viennent deux circulaires concernant le service libre et les clubs thérapeutiques : la circulaire du 28 février 1951 vient préciser des modalités tarifaires et de fonctionnements concernant la mise en place du service libre. Quant à la circulaire du 4 février 1958, elle donne les instructions « sur les conditions d'organisation du travail des malades dans les établissements psychiatriques »⁵⁵.

Enfin, pour terminer ce riche tableau, la sectorisation psychiatrique a été peu à peu mise en œuvre et renforcée à travers la circulaire du 15 mars 1960 puis par la loi du 31 décembre 1985 (loi qui est uniquement consacrée à la sectorisation de la psychiatrie).

Voici ce qui constitue les grandes lignes législatives de la psychiatrie en France. Je n'ai pas cité toutes les circulaires, ni tous les arrêtés car ils n'apportent que de faibles précisions ou ne font que répéter ceux déjà existants.

Pour ce qui est du Burkina Faso, selon les recherches du Professeur Oue., il n'y a pas de politiques publiques spécifiques dédiées à la santé mentale, ni une législation spécifique à la psychiatrie. Ce domaine d'activité sanitaire est donc actuellement régi par des textes de loi à portée générale⁵⁶.

Face à cet état des choses, nous pouvons parler d'une certaine forme de carence institutionnelle concernant la santé mentale. Les économistes Abdelillah Hamdouch et Marc-Hubert Depret évoquent cette carence institutionnelle afin d'expliquer le « rationnement sanitaire dans les pays en développement. »⁵⁷. Dans leur réflexion ils reprennent le terme de développement dans le sens courant du terme, sans l'approfondir, et ne parle surtout que des carences institutionnelles dans les pays qu'ils considèrent en développement.

Cette carence est certes flagrante au niveau du Burkina Faso. Elle se traduit notamment par une absence de spécialisation en psychiatrie dans le cursus universitaire en médecine (obligeant ainsi les quelques rares futurs psychiatres à partir à l'étranger, majoritairement en France), par une absence de législation dédiée à la santé mentale etc.

⁵⁵Histoire de la psychiatrie en France : <http://psychiatrie.histoire.free.fr/>. Consulté le 9 octobre 2014

⁵⁶Pour affirmer cela je m'appuie en effet sur les interventions du Professeur Oue. disponibles sur internet. Je n'ai pas réussi à trouver un autre document, officiel ou pas, concernant la législation psychiatrique du Burkina Faso.

⁵⁷Hamdouch Abdelillah et Depret Marc-Hubert, « Carences institutionnelle et rationnement de l'accès à la santé dans les pays en développement : repères et enjeux », *Mondes en développement*, 2005/3 n°131, p.11-28, p11.

Or, cela ne concerne pas uniquement le Burkina Faso. En effet, au regard de la médecine somatique, il apparaît que le secteur de la psychiatrie souffre elle aussi d'une carence institutionnelle en France. Cela se matérialise différemment mais touche aussi au domaine universitaire : en 1992, le décret du 23 mars ainsi que l'arrêté du 30 mars mettent à la séparation des cursus entre les infirmiers psychiatriques et les infirmiers en soins généraux. L'étude de la psychiatrie est ainsi intégrée dans le cursus général pour devenir infirmier. Bien évidemment cela se fait au détriment du volume d'heures d'étude consacrées à la psychiatrie. Au niveau de la législation, nous avons observé un peu plus haut qu'elle est concise.

Cette absence de l'Etat (dans une moindre mesure selon le pays, certes, mais non moins sans importance dans chacun d'eux), cette carence institutionnelle dans ce qui touche à la santé mentale, peut-elle être relayée par des actions telles que la coopération qui existe entre les deux pays ?

Différents travaux sociologiques ont mis en avant que l'absence d'Etat, de services publics, pouvait engendrer une insatisfaction auprès d'une partie de la population (l'absence de L'Etat concerne souvent un domaine précis). Cette insatisfaction est alors comblée par des réseaux secondaires, des structures de remplacement, pourrions-nous dire.

Ainsi, le sociologue américain, Robert King Merton, dans une de ses études sur les partis politiques aux Etats-Unis, a montré le rôle officieux des machines politiques. Il a ainsi analysé leurs « fonctions latentes », c'est-à-dire les services rendus par les partis politiques et non satisfaits par l'Etat via des services publics. Ainsi prospèrent ces machines politiques, qui ne pratiquent rien d'autre qu'une forme de clientélisme, dans l'absence de la machine étatique. (Merton, 1965). Dans une même logique, mais plus récemment, Marie Vannetzel s'est saisie de cette approche dans son analyse des actions sociales menées par les Frères musulmans en Egypte. Elle a ainsi bien mis en avant, que la présence et les actions menées par ce parti, déclaré illégal par le gouvernement en place, lui a permis de gagner en popularité dans l'électorat⁵⁸.

⁵⁸Vannetzel Marie, « Les voies silencieuses de la contestation : les Frères musulmans égyptiens, entre clientélisme et citoyenneté alternative. », *Raisons politiques*, 2008/1, n°29, p.23-37.

Je ne souhaite pas comparer la coopération inter-hospitalière analysée depuis le début de ce mémoire avec la machinerie politique américaine ou encore le parti des Frères Musulmans, cela serait incongru. Cependant, je souhaite souligner que plusieurs auteurs ont mis en avant depuis plusieurs décennies, les alternatives, des structures de remplacement (plus ou moins efficaces) qui se mettent en place lorsqu'il y a une absence d'actions publiques dans un domaine ou auprès de catégories de populations bien déterminées. C'est le cas dans le domaine de la santé mentale.

Les échanges professionnels entre les deux hôpitaux, ont permis, côté français, la création du centre d'ethnopsychiatrie. La Causerie semble avoir vu le jour sous l'impulsion d'individus, pris dans une configuration singulière qu'est la coopération décentralisée, et non sous un programme, un projet étatique. Madame Th. est la première à le dire lors de l'inauguration en juin de cette année, l'attachée de soins le confirme lors de notre entretien :

Et en échange, vous diriez que vous apportez quoi à la psychiatrie française ?

Ad : Hum... Le fait, je sais pas si c'était un hasard que je sois présente à l'inauguration de la Causerie (c'est le nom du centre d'ethnopsychiatrie à Aubervilliers), mais moi je dirai que ça fait partie des fruits de nos échanges. Parce que si y avait pas eu la coopération avec le Burkina, je ne pense pas que ça puisse voir le jour. Même si tout ne vient pas du Burkina, y a quand même toute une partie des compétences de la thérapeute principale qui est tirée de compétences du Burkina.

Entretien avec l'attachée de santé Ad.

La création de ce centre vient mettre en lumière une absence de l'Etat au niveau de la prise en charge psychiatrique des personnes migrantes. Certes, l'existence d'une telle structure peut créer des besoins qui n'existaient pas, ou tout du moins les amplifier. En outre, elle peut camoufler, comme le souligne Nshimirimana Léandre dans son écrit, un dysfonctionnement dans l'accueil des migrants. Le soin cacherait selon elle les obstacles structurels de la société dans l'accueil des personnes migrantes⁵⁹. Le « vrai » problème serait donc camouflé, ne permettant pas alors de mettre en place les solutions adéquates. Sans vouloir répondre à toutes les critiques de cette auteure, la logique du centre de La Causerie (je ne peux parler qu'au nom de ce que j'ai vu à La Causerie, n'étant pas allée dans d'autres centres d'ethnopsychiatrie.), n'est pas de nier les dysfonctionnements structurels au nom du soin, ni

⁵⁹Léandre Nshimirimana, « Immigrés en souffrance : traiter la différence ou soigner l'accueil ? », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2002/1, n°28, p.129-156.

de faire du soin culturel à tout va. Je répète que ces soins ne sont destinés qu'aux migrants faisant appel à des explications culturelles, et non pas tous les migrants souffrant de désordres mentaux, et qu'un suivi social est mis en place pour chacun des patients afin de les aider dans leurs différentes démarches. La migration contient en elle-même de nombreux facteurs de décompensation, c'est-à-dire de déclenchement des symptômes. Cependant, la structure psychique est propre à chacun, et ne réagit pas de la même façon selon les individus face à de mêmes événements. Ainsi vivre un deuil, une migration, une situation sociale difficile, n'a pas du tout les mêmes conséquences selon les personnes. Enfin, et cela transparait dans les discours des médecins participant ou à l'ethnopsychiatrie ou à la coopération, il y a une volonté d'étendre la prise en charge telle qu'elle est pratiquée dans ce centre d'ethnopsychiatrie, à l'ensemble des personnes hospitalisées. Il s'agirait dans les faits d'appliquer la méthode d'ethnopsychiatrie auprès des migrants, aux patients français qui auraient recours à des explications traditionnelles, ou à leur culture locale.

Qu'est-ce qui vous a amené à vous intéresser à l'ethnopsychiatrie ?

Dr Ch : (...) L'ethnopsychiatrie nous apprend à fonctionner comme un ethnopsychiatre y compris avec des familles d'origine française, d'origine locale, c'est-à-dire de s'intéresser à leur micro-culture, à ce qui est différent dans chaque famille, et à ce qui fait la spécificité du parcours de chaque famille.

Et ça vous l'appliquez avec vos patients ?

Dr Ch : Et ça je l'applique avec le patient, les familles que je reçois. Dans le premier temps, c'est d'essayer de comprendre comment eux ils comprennent les choses plutôt que de leur imposer d'emblée une méthode de compréhension ou de soins.

Peut-on dire alors que des méthodes d'ethnopsy peuvent énormément apporter à la psychiatrie générale ?

Dr Ch : Tout à fait. Ça m'a beaucoup apporté sur le plan général aussi. C'est-à-dire, c'est pas seulement avec des familles d'origine étrangère mais aussi avec les familles locales. C'est une attitude particulière qui consiste à, euh... Moi j'aime pas l'idée que le thérapeute se présente avec une espèce de non savoir. Pour moi ça c'est exagéré. Et puis les gens recherchent une sorte de savoir du thérapeute, ou au moins un savoir-faire. Donc il s'agit pas de se prétendre sans savoir. Mais il s'agit de vraiment s'intéresser au savoir de l'autre et à sa compréhension du problème.

Entretien avec le Dr Ch.

En effet, la médecine traditionnelle existe aussi en France et n'est pas l'apanage des sociétés dites en développement ou traditionnelles. Les recherches de Jeanne Favret-Saada concernant les pratiques de sorcellerie dans les bocages mayennais⁶⁰ montrent bien que c'est un objet, une pratique qui concerne aussi la France. De façon plus proche de moi (si je donne des exemples survenus dans ma vie, ce n'est pas pur intérêt de parler de ma personne, mais pour montrer au lecteur que ce sont des événements proches de nous et non un élément qui ne concernerait que des cultures lointaines, ou des « originaux » de notre société), je parlais récemment avec une amie de mon père. Tandis que je lui expliquais en quoi consistait mon stage, elle me coupa pour me demander si je croyais à « ce genre de choses ». Une fois ma réponse terminée, elle m'avoue qu'elle y croyait. Je suis surprise par sa confiance. Nous poursuivîmes notre conversation sans changer de sujet. Je ne peux m'empêcher de penser que la croyance en la sorcellerie, aux méthodes traditionnelles de soins est très présente en France, mais sûrement plus cachée qu'elle ne l'est au Burkina Faso. Est-ce une conséquence de la rationalisation, du scientisme de nos sociétés ? Notre société repose-t-elle à ce point sur des logiques scientifiques, rationnelles, que la croyance en ce qui n'est pas considérée comme rationnelle par la science, comme la magie, la manipulation d'énergie (tels que pratiqué par les magnétiseurs par exemple) est devenue une chose que l'on tait ?

Pour revenir au système de santé mentale en France, au-delà de la création de ce centre, c'est le système de soins proposé à des personnes migrantes qui est renforcée, mais aussi le système psychiatrique qui renforce sa pratique en l'enrichissement (au sens d'ajout, sans connotation positive ou négative derrière) de nouvelles connaissances et de nouveaux procédés. Ce renforcement d'un champ de médecine se fait non pas sous l'impulsion de l'Etat, mais provient bien d'actions d'individus, même si par la suite cela s'inscrit dans une pratique institutionnelle à travers l'hôpital.

De même au Burkina Faso. La carence institutionnelle se fait d'autant plus sentir qu'elle est plus vaste, plus large qu'en France. Ici je ne parle pas d'offre de soins, car les tradithérapeutes peuvent répondre à la demande aussi bien que les médecins, mais bien de présence de l'Etat. Ainsi en accueillant des stagiaires, l'EPS de Ville Evrard ne fait que suppléer un manque d'investissement de l'Etat dans ces différents cursus de formation en santé mentale en leur en offrant une. Si cela contribue dans une certaine mesure à la diffusion d'une psychiatrie

⁶⁰Jeanne Favret-Saada, *Les mots, la mort, les sorts, la sorcellerie dans le bocage*. Paris, Gallimard, 1977.

spécifique, en l'espèce la psychiatrie française, et donc à la mise en place et l'application d'une certaine norme à la fois scientifique mais aussi française (la psychiatrie française se caractérise surtout par le recours à la psychanalyse, ce qui n'est pas le cas, tout du moins dans une moindre mesure, aux Etats-Unis par exemple). Cependant, cette imposition « involontaire » car non désirée explicitement par les membres de cette coopération, n'a pas pour objectif (dans la conscience des coopérants), de supplanter entièrement les thérapies traditionnelles. C'est le contraire qui transparait dans les discours des coopérants burkinabé et français.

D'accord. Pourquoi à votre avis ?

Ad : Je ne saurais vous l'expliquer. Pour le moment y a pas de collaboration structurée en tant que telle. Y a des ébauches, des tentatives que la... Le système de la santé commence à accepter mais c'est pas encore officiel au point où on pourrait prendre le téléphone pour appeler un tradithérapeute et lui dire qu'à ce niveau je suis bloqué et qu'on lui passe la main. Cette démarche-là n'existe pas encore.

Pour vous il faudrait la mettre en place ?

Ad : Je n'y ai jamais pensé. Je ne pense pas que ce soit nécessaire parce que c'est fait spontanément par les familles. A moins que ces connaissances traditionnelles un jour ne soient pas disponibles comme ça l'est aujourd'hui, donc là oui mettre en place une telle démarche pour les sauvegarder. Mais pour le moment je ne crois pas.

Entretien avec l'attachée de santé Ad.

Et vous avez déjà constaté une cohérence entre ce que vous apportez et la réalité ?

Dr Th : (...) Et puis d'autre part, y a toute une discussion qui est encore en cours par rapport aux tradithérapeutes, par rapport à l'étiologie qui est la pratique ici en ethnopsychiatrie et qui est aussi leur pratique. On a effectivement introduit le débat et au lieu d'avoir un médecin qui dit que les tradithérapeutes sont des escrocs on a essayé de leur faire comprendre ce que peut être une pratique respectant les croyances des gens etc.

Et qu'est-ce qu'ils en pensent eux ?

Dr Th : Ça les intéresse. Ça les intéresse et ça leur permet de, ça leur permet d'être cohérents avec eux-mêmes. On leur donne la possibilité d'être cohérents avec eux-mêmes parce qu'ils ont tous des croyances, ils ont tous des explications magiques, ce qu'on appelle des étiologies différentes de la maladie. Ça permet d'avoir des approches différenciées, des points de vue différents et ça permet une certaine cohérence.

Entretien avec le Dr Th.

Ainsi, si la coopération joue un rôle de substitut de l'Etat au niveau de la santé mentale tant en France qu'au Burkina Faso (mais à des degrés et des domaines d'action différents), qu'en est-il de sa place dans les politiques internationales en santé mentale, qu'elles s'insèrent ou non dans des logiques d'aide au développement.

La politique de santé mise en place par l'Organisation Mondiale de la Santé est sans cesse remise en cause par les tenants de la critique du développement. Elle est accusée, entre autre, d'être une institution au service des pays riches, de les protéger, de mettre en place des politiques sanitaires non adaptées aux différents pays dits du « Sud », de promouvoir les intérêts des lobbies pharmaceutiques (qui sont originaires des pays riches) etc. (Atlani-Duault et Vida, 2013).

Si la santé mentale n'est pas une pathologie contagieuse (même si la transmission génétique peut dans certains cas jouer, mais ce n'est qu'une des variables existantes), l'organisme international ne peut donc pas jouer ce rôle de protecteur des pays riches. En effet, l'OMS est pointée du doigt, de ne mener que des actions concernant des maladies contagieuses touchant les populations du Nord (concrètement, les plus gros budgets vont vers la lutte contre le VIH et le paludisme. Les actions de prévention, ou de programmes de recherches pour les diarrhées infantiles ou autres maladies tropicales spécifiques à ces régions, sont très faibles.) Il n'en reste pas moins qu'elle peut promouvoir les intérêts pharmaceutiques des industriels du Nord.

Sans pouvoir m'appuyer sur des statistiques, des données budgétaires, nous pouvons cependant déduire des logiques en lisant le plan d'action 2013-2020 émis par l'institution concernant la santé mentale. En effet, au chapitre des prescriptions, et donc de ce qu'il faudrait faire (nous sommes dans l'ordre du normatif), pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux, nous constatons qu'elles suivent une logique uniquement médicamenteuse et donc « scientifique » (les médicaments sont le résultat de recherches chimiques sur des molécules bien précises). Voici un extrait d'un communiqué de presse édité par l'OMS :

« Soins et traitements »

Il est essentiel que les efforts nationaux déployés pour élaborer et mettre en œuvre les politiques de santé mentale visent non seulement à protéger et à promouvoir le bien-être mental des citoyens, mais aussi à répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles

mentaux.

Les connaissances concernant l'action à mener face à la charge croissante des troubles mentaux ont beaucoup progressé ces 10 dernières années. Des données toujours plus nombreuses démontrent que certaines interventions clés pour les troubles mentaux prioritaires sont à la fois efficaces et rentables, et ce dans des pays situés à différents niveaux de développement économique.

Parmi les interventions à la fois rentables, réalistes et économiquement abordables figurent:

- le traitement de l'épilepsie au moyen d'antiépileptiques;
- le traitement de la dépression par des antidépresseurs génériques et une brève psychothérapie;
- le traitement des psychoses par des antipsychotiques plus anciens et un appui psychosocial;
- la taxation des boissons alcoolisées et les restrictions concernant leur disponibilité et leur commercialisation.

Il existe également tout un éventail de mesures efficaces pour la prévention du suicide, la prévention et le traitement des troubles mentaux chez l'enfant, la prévention et le traitement de la démence, et le traitement des troubles liés à l'abus de substances psychoactives. Le Programme d'action 'Comblé les lacunes en santé mentale' (mhGAP) a établi des lignes directrices fondées sur des données factuelles à l'intention des non spécialistes pour les aider à repérer et prendre en charge les problèmes prioritaires de santé mentale. »⁶¹

Comme nous l'observons en lisant ce passage, il n'est pas question de médecine traditionnelle, ni d'approche non médicamenteuses. Si les injonctions d'instances internationales ont souvent été dénoncées, notamment dans le domaine de l'économie, par des pays les recevant, par des courants de pensée etc., la coopération décentralisée existante entre les deux hôpitaux peut-elle apparaître comme une alternative aux propositions faites au niveau international ? En apportant autre chose qu'un savoir médicamenteux, tel qu'un savoir psychanalytique –tout du moins le soin par la parole-, en proposant de travailler en collaboration avec la médecine traditionnelle, la coopération décentralisée permet au Burkina

⁶¹Organisation Mondiale de la Santé : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>. Consulté le 9 octobre 2014.

Faso, dans une moindre mesure cependant car elle ne concerne que le CHU de Ouagadougou, de modeler plus ou moins la psychiatrie qu'elle souhaite, et non pas celle que l'OMS souhaite.

La coopération hospitalière peut-elle être alors un moindre mal ? La collaboration entre les deux hôpitaux apparaît à la fin de cette partie comme une alternative, et ce à deux niveaux : au niveau des politiques publiques, elle permet de combler un manque (plus ou moins relatif selon le pays) d'action publique nationale dans le domaine de la santé mentale. Dans un second temps, elle permet, en ce qui concerne le Burkina Faso, de lui fournir une alternative aux différentes injonctions d'organismes internationaux tels que l'Organisation Mondiale de la Santé, laissant par conséquent une certaine marge de manœuvre aux autorités locales dans les choix de « développement » qu'elles souhaitent. Ces injonctions n'en sont pas réellement, elles ne sont pas aussi fortes que celles économiques lancée par la Banque Mondiale ou le Fond Monétaire International. Les enjeux de la santé mentale ne sont pas les mêmes que ceux économiques. Cependant, cela peut être interpréter comme une façon de limiter une certaine ingérence concernant leur politique de santé.

Conclusion

Le propos de ce mémoire est bien de montrer toute la complexité de la réalité, toute la richesse de celle-ci, qui s'oppose, selon moi, à une forme d'enfermement théorique. Une des particularités du réel, est bien la multiplicité des lectures qui peut en être fait. Ainsi, mon expérience au sein de La Causerie, mon vécu, peut différer de celui d'un autre stagiaire au sein de cette même structure. L'interprétation qui est faite d'une situation, d'une parole, dépend en grande partie de l'observateur dans sa globalité : vécu personnel, culture, formation universitaire, situation sociale au sens large.

L'ethnopsychiatrie est une illustration de la diversité possible de lecture d'un même phénomène, d'un même objet. C'est son propos même (Cavalcante, 2006). Elle montre bien que des désordres mentaux n'ont pas la même résonance selon les individus, qu'ils soient d'une culture similaire ou non au thérapeute en face de lui. Ainsi, à travers cette pratique relativement nouvelle, s'agit-il de capter ces différentes lectures et de les mettre au service du soin, au service de l'amélioration de la santé et de la vie du patient. Tel est l'objectif que se donne le centre d'ethnopsychiatrie de l'EPS de Ville Evrard. Tout du moins, tel est l'objectif que j'ai perçu, en tant qu'observatrice, lors de mon stage.

La coopération inter-hospitalière qui existe entre l'EPS de Ville Evrard et le CHU de Ouagadougou est à ce titre un moyen et non une fin. Si l'asymétrie de la relation qui apparaît à la lecture des textes officiels peut laisser planer un doute, en fréquentant La Causerie durant des mois, je me suis bien rendue compte que ce n'était qu'une façade. La coopération est un moyen pour les professionnels de ce centre, à la fois de renforcer leurs pratiques d'ethnopsychiatrie - en approfondissant leurs connaissances de rites et de coutumes du Burkina Faso et qui sont plus ou moins généralisables à l'Afrique de l'Ouest et aux autres continents (le fond restant le même mais la forme de ces rites change : ainsi les rites de naissance sont-ils pratiqués en Afrique, en Asie et en Amérique Latine), en discutant et en échangeant avec des professionnels burkinabé et des tradithérapeutes (pour certains) - mais aussi, et peut-être surtout, de légitimer ce domaine d'actions qui en est encore à ses balbutiements et qui a du mal à être accepté dans le champ de la psychiatrie (en témoignent les nombreuses critiques qui s'élèvent contre cette pratique).

Pour ce qui est du Burkina Faso, de ce que je peux deviner (à défaut d'avoir pu observer), la logique est similaire. D'un côté, il s'agit d'acquérir un certain type de connaissances psychiatriques, héritage de l'histoire psychiatrique en France, de les proposer à la population, et élargir ainsi l'offre de soins. Dans un second temps, cette coopération inter-hospitalière permet aux professionnels burkinabé de légitimer leurs positions, en s'appuyant sur un savoir occidental, en entrant ainsi en opposition au savoir traditionnel. Il permet à l'individu ainsi une forme d'ascension sociale, une supériorité de statut, du fait de la primauté dont semblent bénéficier (à tort ou raison) les connaissances de l'Occident, comme en témoignent les rivalités qui peuvent exister, au sein du personnel burkinabé, entre ceux qui sont partis en France et ceux qui ne sont pas partis.

Au-delà de cet apport au niveau individuel, nous pouvons analyser cette coopération comme un outil de développement, au sens d'Amartya Sen, c'est-à-dire comme un procédé permettant aux individus de retrouver une capacité à l'autonomie, autonomie plus propice au fait qu'ils puissent alors mener la vie qu'ils ont raison de souhaiter. Dans ce sens, la coopération permet alors un développement du champ psychiatrique, un renforcement de celui-ci tant en France qu'au Burkina Faso (même si cela prend des chemins différents, comme nous l'avons constaté.). A ce titre, le développement ne concerne pas uniquement les pays dits en développement. La France, qui est un pays considéré comme développé, est autant concerné par le développement. En effet, la linéarité imposée par le concept de « développement », (de façon caricaturale, les pays en voie de développement doivent suivre la route des pays développés), laisse penser qu'un pays dit développé n'a plus rien à développer, à améliorer. Or, ce n'est pas le cas. La preuve en est par cette coopération qui vient influencer la pratique psychiatrique en France.

Mais surtout, cette coopération permet de combler en quelque sorte un manque étatique qui se fait cruellement sentir dans le domaine de la santé mentale, en proposant des formations, le renforcement d'une psychiatrie spécialisée et plus sensible aux particularités de chacun. Elle s'insère dans un espace sous occupé par l'Etat, à différentes échelles, dans les deux pays.

Ainsi, cette coopération, analysée tout au long de ce mémoire, est beaucoup plus que ce qu'elle affiche aux premiers abords. Elle nous permet aussi d'avoir un exemple de coopération « réussie », en ce sens où elle correspond à la définition originelle donnée par Jean-Jacques Gamba, c'est-à-dire, la mise en place d'une réciprocité réelle où chacun des deux camps crée une dépendance mutuelle afin d'améliorer ce qu'ils ont défini comme manque (Gamba, 2002).

De façon plus générale, cette coopération nous offre une vision autre des relations entre pays dits du Nord et pays dits du Sud que ce qui nous est présenté habituellement : des relations inégalitaires, d'exploitation, ou de dépendance à sens unique. Nous avons ici un tout autre exemple qui reflète bien la diversité et la complexité de ce champ qu'est le développement.

Je ne vois pas de raison à ce que cette action soit un cas isolé. Si en psychiatrie les coopérations inter-hospitalières sont rares en France (je n'en ai relevé que trois, comme dit précédemment), il n'en reste pas moins qu'il y a d'autres secteurs en médecine qui ont plus le vent en poupe si j'ose dire et surtout, il existe d'autres champs d'action que la médecine.

Si les critiques du développement ont tendance à nous présenter un tableau noir en ce qui concerne le monde de l'aide internationale, les actions des ONG, en pointant du doigt une forme de domination et l'universalisme de valeurs occidentales, ou la perpétuation de relations coloniales, il n'en reste pas moins que l'évolution est aussi propulsée par des actions individuelles, dans le sens où elle ne requiert pas la présence de grands organes étatiques ou associatifs. C'est aussi une façon de voir le monde, un autre angle d'approche de celui-ci. Or, un des dangers de cette coopération, qui repose avant tout sur l'action d'individus, et donc sur leur volonté, est que celle-ci disparaisse avec la disparition des individus fondateurs, ou tout du moins qu'elle change de figure. Cette crainte est exprimée par l'attachée de santé Ad, lorsqu'elle évoque la cession d'activité du Dr Th. et du Dr Oue. :

Et la coopération, vous la percevez comment dans le futur ?

Ad : Dans le futur ?

Elle va durer ?

Ad : Silence. Je ne suis pas très optimiste.

Pourquoi ?

Ad : Je vais être sincère. Je pense que la retraite du Dr Th. va jouer un, va trop peser dans la balance parce que vu la manière dont lui il se battait pour que cette coopération perdure, je ne suis pas sûre que d'autres personnes soient disposées à se battre comme lui il l'a fait. Je crois que cette coopération est partie du bon jour entre deux personnes. Et un bon jour qui a réuni deux hôpitaux, deux nations et tout ce qui a pu se faire après. Et, comme j'ai dit, le Dr Th. et une de ces personnes et le Dr Oue. l'autre de ces personnes. Et c'est deux personnes sont appelées à aller à la retraite. Et eux ils avaient des objectifs et ils avaient, ils voyaient l'enjeu, l'importance de ces échanges-là. Je ne suis pas sûre que ceux qui viennent aient les mêmes perspectives qu'eux.

Entretien avec l'attachée de santé Ad.

Comme le souligne le Dr Th., la coopération prendra un nouveau visage, comme elle l'a fait lors de la passation entre le Dr Mi. et l'EPS de Ville Evrard :

Donc vous constatez réellement l'impact de cette coopération ?

Dr Th : (...) Je veux dire que c'est tout, il dit, je suis pas sûr que les autres vont reprendre les choses. Ça va faire comme avec Mi., ça s'arrêtera, y aura un palier et ça redémarrera.

Entretien avec le Dr Th.

Le caractère éphémère de cette coopération du fait qu'elle repose sur des caractéristiques individuelles et la volonté de chacun, semble être un frein pour sa perpétuation. L'institutionnalisation de cette dernière, prônée notamment par le responsable de la coopération de l'hôpital, est-elle alors une solution pour sa survie ? Mais quelles en seront les conséquences positives et négatives ? Quelles retombées cela impliquerait tant au niveau de l'EPS de Ville Evrard que du CHU de Ouagadougou ? Ce processus d'institutionnalisation est déjà en cours, comme le souligne le Dr Th. :

Et de façon générale comment vous voyez la coopération entre un pays riche et un pays pauvre ?

Dr Th : (...) Donc, la fédération hospitalière elle souhaiterait plutôt voir s'établir des coopérations techniques. C'est-à-dire comment faire la maintenance d'un hôpital, comment gérer les ressources humaines. Mais elle est que très peu sensible à la transmission des savoirs. En psychiatrie c'est la transmission de la clinique, des savoirs, des échanges qui est un truc positif, et là-dessus y a très peu de gens. Et on voit très bien, alors qu'avant la coopération c'était moi qui définissais les actes, qui structurais les choses. Là l'administration est en train de prendre le pouvoir.

Comment cette coopération va-t-elle se perpétuer et sous quelle forme va-t-elle se poursuivre ? Ce sont des questions que nous pouvons légitimement nous poser mais que seul le temps pourra nous le révéler à travers une autre enquête ethnographique. Mais une chose, partagée par différents protagonistes, semble être certaine : elle ne sera plus ce qu'elle était. Il reste alors à déterminer si c'est au mieux, au pire, voire ni l'un ni l'autre.

Bibliographie

Ouvrages

- André Jacques, *Les 100 mots de la psychanalyse*, 2ème ed., Paris, PUF, 2009.
- Aouattah Ali, *Ethnopsychiatrie Maghrébine. Représentations et thérapies traditionnelles de la maladie mentale au Maroc*, Paris, L'Harmattan, 2000.
- Beau Nicolas, Bourget Jacques-Marie, *Le vilain petit Qatar : cet ami qui nous veut du mal*, Paris, Fayard, 2013.
- Bonte Pierre et Izard Michel, *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, 4^{ème} ed, Paris, PUF, 2010.
 - Bourdieu Pierre, *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Paris, Seuil, 1972.
- Desprats-Péquignot Catherine, *La psychanalyse*, Paris, La Découverte, 2002.
- Devereux Georges, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, 3ème ed., Paris, Gallimard, 1977.
- Gabas Jean-Jacques, *Nord-Sud: L'impossible coopération ?*, Paris, Presse de Science Po, 2002.
- Genard Jean-Louis, «Capacité et capacitation: une nouvelle orientation des politiques publiques ?», in Fabrizio Cantelli et Jean-Louis Genard (sous la dir.), *Action Publique et subjectivité*, Paris, LGDJ, 2007.
- Giordana Jean-Yves (sous la dir.), *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*, Paris, Elsevier Masson, 2010.
- Goffman Erving, *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les éditions de Minuit, 1975.
- Lévi-Strauss Claude, *Tristes tropiques*, Paris, Pocket, 1955.
- Mauss Marcel, « Esquisse d'une théorie générale de la magie », in *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1950.
- Mead Margaret, *Moeurs et sexualité en Océanie*, Paris, Pocket, 1963.
- Nathan Tobie, *La Folie des autres. traité d'ethnopsychiatrie clinique*, 2ème ed., Paris, Dunod, 2001.
- Postel Jacques, *Dictionnaire de la psychiatrie*, Paris, Larousse, 2011.
- Rist Gilbert, *Le développement : Histoire d'une croyance occidentale*, 3ème ed., Paris, Les Presses de Science Po, 2007.
- Sen Amartya, *Repenser l'inégalité*, Paris, Seuil, 2000.

Périodiques

- Anthes Emily, «Comment l'architecture influence notre pensée.», *Cerveau & Psycho*, mai-Juin 2009, n°33, p.30-35.
- Ballet Jérôme et Brahim Jiddou Fah Ould, «L'accès au système de santé en Mauritanie: Problèmes de capacités et défis institutionnels.», *Mondes en développement*, 2005/3, n°131, p.87-97.
- Barreyre Jean-Yves, «Capacités à agir et incapacité. Selon des échelles d'évaluation», *Informations sociales*, 2007/2, n°138, p.30-44.
- Bénécourt Emmanuelle, «Amartya Sen: un bilan critique», *Cahiers d'Economie Politique*, 2007/1, n°52, p.57-81.
- Boidin Bruno, «Capacités et seuils de santé», *Revue Tiers Monde*, 2009/2, n°198, p.335-355.
- Boltanski Luc, «L'espace positionnel: multiplicité des positions institutionnelles et habitus de classe.», *Revue française de sociologie*, 1973, 14-1, p.3-26.

- Bourdieu Pierre, «L'illusion biographique.», *Actes de la recherches en sciences sociales*, vol 62-63, juin 1986, p.69-72.
- Cavalcante Antonio Mourao, « Ethnopsychiatrie, la culture au service de la santé. », *Revue Tiers Monde*, 2006/3, n°187, p557-563.
- Dubois Jean-Luc et Renouard Cécile, «Une approche à poursuivre... et à dépasser.», *Revue Projet*, 2008/5, n°306, p.12-19.
- Dubois Jean-Luc et Mathieu François-Régis, «Sen, liberté et pratiques du développement.», *Revue Tiers Monde*, 2009/2, n°198, p.245-261.
- Fassin Didier, «L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit.», *Genèses*, 1999, n°35, p.146-171.
- Gallet Bertrand, «*La coopération décentralisée. L'esprit de Barcelone ?*», *Confluences Méditerranée*, 2007/4, n°63, p.85-91.
- Gasper Des, «From valued freedoms, to policies and markets the capability approach in policy practice.», *Revue Tiers Monde*, 2009/2, n°198, p.285-302.
- Hamdouch Abdelillah et Depret Marc-Hubert, «Carences institutionnelles et rationnement de l'accès à la santé dans les pays en développement: repères et enjeux.», *Mondes en développement*, 2005/3, n°131, p.11-28.
- Léandre Nshimirimana, «Immigrés en souffrance : traiter la différence ou soigner l'accueil ?», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2002/1, n°28, p.129-156.
- Marzano Michela, «Foucault et la santé publique.», *Les Tribunes de la santé*, 2011/4, n°33, p.39-43.
- Philippe Sandra, «La mise en oeuvre de l'action publique: un moment problématique. L'exemple de la politique de santé mentale.», *Revue française de science politique*, 2004/2, vol 54, p.315-334.
- Vannetzel Marie, «Les voies silencieuses de la contestation: les Frères Musulmans égyptiens, entre clientélisme et citoyenneté alternative.», *Raisons politiques*, 2008/1, n°29, p.23-37.
- Tedeschi Paolo, «L'apport italien à la coopération hospitalière internationale dans les pays en voie de développement.», *Les tribunes de la santé*, 2004/2, n°3, p.75-85.
- «Glossaire 'Les mots de Sen... et au-delà.», *Revue Tiers Monde*, 2009/2, n°198, p.373-381.
- «On ne subit pas son rôle. Entretien avec Jacques Lagroye.», *Politix*, vol 10, n°38, 1997/2, p.7-17.

Rapport d'organismes internationaux

- Organisation Mondiale de la Santé, *Guide d'intervention mhGAP, pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées*. 2011. Repéré à http://www.who.int/publications/guidelines/mhGAP_intervention_guide/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé, *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*, 2013. Repéré à http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/.

Sites internet

- Herlédan Gilles, «Les Quatre discours.» (en ligne), consulté le 1er octobre 2014. Disponible sur : <http://freud.lacan.pagesperso-orange.fr/textessite/4discours.html>.
- Histoire de la psychiatrie en France (en ligne), consulté le 9 octobre 2014. Disponible sur : <http://psychiatrie.histoire.free.fr/index.htm>.

Bibliographie complémentaire

Psychiatrie/Ethnopsychiatrie

- Baubet Thierry, Mouchenik Yoram, Moro Marie-Rose, *Manuel des psychotraumatismes : Cliniques et recherches contemporaines*, Paris, Pensée Sauvage, 2012.
- Cherif Alhassane, *Le sens de la maladie en Afrique et dans la migration*, L'Harmattan, 2012.
- Devereux Georges, *Ethnopsychanalyse complémentaire*, Paris, Flammarion, 1985.
- Devereux Georges, *Ethnopsychiatrie des indiens Mohaves*, Paris, La Découverte, 1996.
- Devereux Georges, *Psychothérapie d'un indien des plaines. Réalité et rêve*, 2^{ème} ed, Paris, Fayard, 1998.
- Nathan Tobie, ... *fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était*, Paris, La pensée sauvage. *Principes d'ethnopsychanalyse*, 1993.
- Nathan Tobie, *L'influence qui guérit*, Paris, Odile Jacob, 2001.
- Nathan Tobie, *L'Étranger ou le pari de l'autre*, Paris, Autrement, 2014.
- Pestre Elise, *La vie psychique des réfugiés*, Paris, Payot, 2010.
- Stengers Isabelle, Nathan Tobie, *Médecins et sorciers*, Paris, La Découverte, 2012.
- Sow Ibrahima, *Psychiatrie dynamique africaine*, Paris, Payot, 1977.

Anthropologie : monographies en Afrique

- Bonnet Doris et Pourchez Laurence, *Du soin au rite dans l'enfance*, Paris, Eres, 2014.
- Lainé Agnès (sous la dir.), *La drépanocytose : regards croisés sur une maladie orpheline*, Paris, Karthala, 2004.
- Ortigues Marie-Cécile et Ortigues Edmond, *Œdipe Africain*, Paris, L'Harmattan, 2000.
- Razy Elodie, *Naître et devenir : anthropologie de la petite enfance en pays Soninké*, Paris, Société d'ethnologie, 2007
- Rosny de Éric, *Les yeux de ma chèvre*, Paris, Plon, 1981.
- Rosny de Éric, *L'Afrique des guérisons*, Paris, Karthala, 1992.
- Rosny de Éric, *La nuit, les yeux ouverts*, Paris, Seuil, 1996

Economie du Développement

- Brunel Sylvie, *Le gaspillage de l'aide publique*, Paris, Seuil, 1993.
- Charnoz Olivier et Severino Jean-Michel, *L'aide publique pour le développement*, Paris, La Découverte, 2007.
- Gabas Jean-Jacques (sous la dir.), *L'aide publique française pour le développement*, Paris, La Documentation française, 2005.
- Moyo Dambisa, *L'aide fatale : les ravages d'une aide inutile et de nouvelles solutions pour L'Afrique*, Paris, Jean-Claude Lattès, 2009.
- Rist Gilbert et Sabelli Fabrizio, *Il était une fois le développement*, Editions d'en bas, Lausanne, 1986.
- Rist Gibert, Rahnama Majid, Esteva Gustavo, *Le Nord perdu : Repères pour l'après-Développement*, Editions d'en bas, Lausanne, 1992.
- Sen Amartya, *Poverty and Famines : an essay on entitlements and deprivation*, Oxford,

- Clarendon Press, 1982.
- Sen Amartya, *Commodities and Capabilities*, Oxford, Oxford India Paperbacks, 1987.
 - Sen Amartya, *Development as freedom*, Oxford, Oxford University Press, 1999.
 - Sen Amartya, *Un nouveau modèle économique*. Développement, justice, liberté, Paris, Odile Jacob, 2000.
 - Sen Amartya, *Rationalité et liberté en économie*, Paris, Odile Jacob, 2005.
 - Sen Amartya, *L'idée de justice*, Paris, Flammarion, 2010.

ANNEXES

 CHU Yalgado Ouédraogo Ouagadougou Burkina Faso	CONVENTION DE JUMELAGE ET DE COOPERATION	 EPS VILLE-EVRARD Neuilly-sur-Marne France
	2013 -2017	

CONVENTION DE JUMELAGE ET DE COOPERATION

2013 – 2017

« Partager pour améliorer les soins »



CHU Yalgado Ouédraogo
Ouagadougou
Burkina Faso

CONVENTION DE JUMELAGE ET DE COOPERATION

2013 -2017



EPS VILLE-EVRARD
Neuilly-sur-Marne
France

ENTRE LES SOUSSIGNÉS :

L'Etablissement Public de Santé de VILLE - ÉVRARD
202 avenue Jean Jaurès, 93332 NEUILLY-SUR-MARNE (FRANCE)

Représenté par Madame Zaynab RIET, Directrice Générale,

D'UNE PART,

ET

Le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo
03 BP 7022, OUAGADOUGOU 03 (BURKINA FASO)

Représenté par Monsieur B. Robert SANGARE, Directeur Général,

D'AUTRE PART,

VU l'article L. 6143-1 et R. 6134-1 et suivants du Code de la Santé Publique
VU la loi Burkinabè du 18 mai 1998 n° 034/98/AN portant loi hospitalière notamment à son article 15.

IL A ÉTÉ CONVENU ET ARRÊTÉ CE QUI SUIT :

PREAMBULE : la présente convention s'inscrit en droite ligne des actions de jumelage de coopération existant entre les deux établissements depuis 1995. Elle traduit la volonté des deux établissements d'œuvrer dans le cadre d'une coopération décentralisée mutuellement avantageuse et respectueuse des lois et règlements en vigueur dans chaque pays.

Article 1 : Objet

Cette convention couvre les domaines suivants :

- Actions dans le domaine médical
- Actions dans le domaine paramédical
- Actions dans le domaine pharmaceutique
- Actions dans le domaine du management
- Actions dans le domaine technique
- Actions organisationnelles

Ces actions se situent dans le domaine de la recherche de la formation et du soutien organisationnel. Chacun des établissements est conscient de l'aspect d'un enrichissement mutuel des pratiques destinées à améliorer les prestations proposées au public.

Article 2 : Enseignement et formation

La formation des professionnels hospitaliers est assurée au Burkina Faso ou en France, de manière continue ou initiale et éventuellement à distance, grâce aux nouveaux moyens de communication.

Il est convenu que les actions de formation des personnels peuvent revêtir plusieurs formes :

Accueil à l'Etablissement Public de Santé de Ville-Evrard de stagiaires du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo ;
Accueil au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de stagiaires de l'EPS de Ville-Evrard désirant se familiariser avec un contexte sanitaire différent ;

Des missions au Burkina Faso effectuées par des cadres médicaux, paramédicaux, administratifs et techniques de l'EPS de Ville-Evrard à visée de formation initiale et continue, des personnels du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.

L'organisation conjointe au Burkina Faso ou dans la sous région d'ateliers de formation, de colloques ou toutes autres rencontres à caractère scientifique,

Accueil à l'Etablissement Public de Santé de Ville-Evrard, de personnels et d'étudiants de l'Unité de Formation et de Recherche des Sciences de la Santé de Ouagadougou inscrits au DES de Psychiatrie et désireux d'approfondir leur formation théorique et pratique au cours de leur stage à l'étranger.

Les thèmes de formation sont définis dans les plans d'actions triennaux.

Rédacteur : Monsieur Rémi Seguin – DCPC – Responsable communication culture et coopération- EPS de Ville-Evrard

Validation : Monsieur B. Robert SANGARE – Directeur général CHU-YO ; Madame Zaynab RIET – Directrice générale de l'EPS de Ville-Evrard

 CHU Yalgado Ouédraogo Ouagadougou Burkina Faso	CONVENTION DE JUMELAGE ET DE COOPERATION	
	2013 -2017	EPS VILLE-EVRARD Neuilly-sur-Marne France

Article 3 : Appui administratif, logistique et technique

L'Établissement Public de Santé de Ville-Evrard, dans le cadre de cette coopération, apportera sa contribution à l'amélioration du fonctionnement du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, notamment dans les domaines suivants :

- Appui à la mise en œuvre du projet d'établissement,
- Appui en management,
- Appui en documents et matériels pédagogiques,
- Appui dans les domaines des technologies de l'information et de la communication,
- Appui logistique, en médicaments et consommables biomédicaux.

La nature des appuis sont précisés dans le cadre des plans d'actions triennaux.

Article 4 : Comité de pilotage

Chaque établissement organise un comité de pilotage de la coopération ouvert aux composantes professionnelles et institutionnelles de chacun des deux établissements. Le directeur de chaque établissement désigne un représentant de la communauté médicale et un cadre administratif en charge d'être les référents dans chaque établissement pour la préparation des différentes actions de coopération. Le comité est chargé de réfléchir et de préconiser des actions qui pourront être inscrites au plan d'action annuel.

Article 5 : Plan d'action annuel

Les missions de formation ou d'appui au Burkina Faso, de même que l'organisation des stages en France ou au Burkina Faso, en application de l'article 2 de la présente convention, sont inscrites dans les plans d'actions, faisant partie intégrante de la présente convention. Ce plan d'actions décline les objectifs proposés par les comités de pilotage et fixe de manière précise la liste des actions à entreprendre et des personnes concernées.

Ce plan d'actions est arrêté de façon commune par les deux parties au terme d'une rencontre annuelle qui réunit les responsables des deux établissements de la convention et qui peut avoir lieu alternativement en France et au Burkina Faso.

Le plan d'actions annuel fait l'objet d'un chiffrage dans le cadre d'une annexe financière faisant état d'un budget prévisionnel identifié dans les comptes de chacun des établissements.

Article 6 : Evaluation

Un rapport est établi par le chef de mission à l'issue de chacune des actions. L'ensemble de ces rapports fait l'objet d'un document de synthèse qui sert à l'évaluation annuelle du plan d'action mené par les parties.

Cette évaluation annuelle se tient à l'occasion de la rencontre en vue de la signature des plans d'action de l'année à venir.

Article 7 : Organisation des stages

La planification des stages est définie dans le plan d'actions triennal.

La nature, le contenu et le but des stages sont définis en concertation avec les parties concernées.

Les modalités d'organisation des stages sont définies au cas par cas, chaque partie prend en charge les frais de transport et de séjour de ses propres personnels ;

Chaque partie offre dans la limite de ses possibilités l'hébergement aux personnels de l'autre partie.

Tout cela peut être précisé dans les conventions de certains stages formalisés par un échange de courriers en fonction des catégories de personnels et prévus au moins deux mois à l'avance.

A l'issue de tout stage, l'établissement d'accueil remettra au stagiaire une attestation de stage.

 CHU Yalgado Ouédraogo Ouagadougou Burkina Faso	CONVENTION DE JUMELAGE ET DE COOPERATION	 Ville-Evrard Psychiatrie publique 93 ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ
	2013 -2017	EPS VILLE-EVRARD Neuilly-sur-Marne France

Article 8 : Organisation des séjours

Lorsqu'un personnel d'un établissement se rend dans l'hôpital jumelé dans le cadre d'une des actions arrêtées par le Comité de jumelage et inscrite au plan d'actions annuel, il se doit de respecter le règlement intérieur de l'établissement d'accueil. En cas de manquement grave, chaque directeur est tenu d'aviser son homologue dans les meilleurs délais. La question du rapatriement sanitaire et de corps demeure de la responsabilité de l'établissement d'origine en fonction des réglementations en vigueur.

Article 9 : Transmission

Dès signature par les parties, un exemplaire de la présente convention sera transmis aux Ministères en charge des Affaires Etrangères, de la Coopération et de la Santé du Burkina Faso, aux Ministères en charge des Affaires Etrangères, de la Coopération et de la Santé de la France.

Article 10 : Durée

La présente convention est conclue pour une durée de cinq ans. Elle devra être révisée à l'issue de cette période. La résiliation pourra intervenir sur l'initiative de chacune des parties, sous réserve du respect des actions engagées dans le cadre du plan d'actions triennal.

Article 11 : Modifications

La présente convention pourra être modifiée par accord des parties par un avenant approuvé dans les mêmes formes que la présente convention.

Fait à Neuilly-sur-Marne, le 24 janvier 2013
 en 6 exemplaires

Pour l'Etablissement Public de Santé
 de VILLE-EVRARD

Pour le Centre Hospitalier Universitaire
 Yalgado OUEDRAOGO

Madame La Directrice Générale

Monsieur Le Directeur Général

Zaynab RIET

B. Robert SANGARE

Monsieur Le Président de la CME

Monsieur Le Président de la CME

Dr Didier BOILLET

Pr Kampadilemba OUOBA

Rédacteur : Monsieur Rémi Seguin - DCPC - Responsable communication culture et coopération- EPS de Ville-Evrard
 Validation : Monsieur B.Robert SANGARE - Directeur général CHU-YO ; Madame Zaynab RIET - Directrice générale de l'EPS de Ville-Evrard



CHU Yalgado Ouédraogo
Ouagadougou
Burkina Faso

ANNEXE A LA CONVENTION DE JUMELAGE
ET DE COOPERATION



EPS VILLE-EVRARD
Neuilly-sur-Marne
France

Plan d'action triennal 2013 - 2015

Coopération inter hospitalière
Partager pour améliorer les soins

Janvier 2013

Axe 1 - Participer à la formation initiale et continue des équipes hospitalières du CHU-YO de Ouagadougou

OG1	OBJECTIFS	ACTIVITES	PROGRAMMATION	LIEU	
OS 1	Assurer l'acquisition des compétences et la formation continue en pratiques en pédopsychiatrie	A1	Former une psychologue clinicienne à la pratique de la supervision des entretiens et des groupes de CATTIP <i>M^{me} YATTEGO FLORE</i>	Année 1 : stage de 3 mois à l'EPS de VE d'une psychologue clinicienne	EPS VE <i>non résolu</i> <i>Th. administrative</i> <i>10/04/2015</i>
		A2	Assurer l'acquisition des compétences en orthophonie pour un attaché de santé	Année 2 : Stage de 3 mois en France d'un attaché de santé pour formation en orthophonie	EPS VE
		A3	Assurer la formation continue en psychomotricité pour un attaché de santé	Année 3 : Stage de 3 mois à l'EPS de VE d'un attaché de santé pour perfectionnement en psychomotricité	EPS VE <i>Realiser</i>
OS 2	Renforcer les compétences des personnels dans la prise en charge des enfants et des adolescents	A1	Former et superviser le personnel de l'unité de pédopsychiatrie en pratique clinique et thérapeutique.		CHU YO
		A2	Former et superviser le personnel de l'unité de pédopsychiatrie aux techniques d'orthophonie, de psychomotricité et de psychologie clinique	Années 1/2/3 : deux missions par an de 5 jours de formation (7 personnes) pour médecins, éducateurs, psychologues, assistants sociaux, cadres de santé, infirmiers.	<i>Realiser</i>
		A3	Superviser le personnel de l'unité de pédopsychiatrie à la pratique des soins en CATTIP		
OS 3	Participer à l'implantation de la pédopsychiatrie ambulatoire en ville à Ouagadougou	A1	Sensibiliser les partenaires et les acteurs de l'hôpital, promouvoir le travail en réseau. Etendre la formation en pédopsychiatrie aux attachés de santé en psychiatrie de l'adulte.	Année 1/2/3 : 1 prolongation de missions par an de 3 à 5 jours pour 2 personnes (Médecin, assistante sociale, psychologue, cadre de santé)	CHU YO <i>juin 2014</i>
		A1	Former le personnel en psychiatrie périnatale dans le cadre d'une formation recherche-action	Année 1/2/3 : mission de 5 jours de formation	CHU YO <i>juin 2014</i>
OS 4	Développer la pratique et la recherche en psychiatrie périnatale	A1	Former le personnel du CHU YO en thérapie familiale : Module 1 : Famille et Institution psychiatrique	Année 1 : Mission de 10 jours de formation, 3 personnes : médecin, infirmier et psychologue	CHU YO <i>nov. 2013</i>
		A2	Former le personnel du CHU YO en thérapie familiale : Module 2 : « Universel » et le « Local »	Année 2 : Mission de 10 jours de formation, 3 personnes : médecin, infirmier et psychologue	CHU YO <i>sept 2014</i>
		A3	Former le personnel du CHU YO en thérapie familiale : Module 3 : L'Homme, la Femme, l'Enfant, le Couple, la Famille élargie au Burkina Faso	Année 3 : Mission de 10 jours de formation, 3 personnes : médecin, infirmier et psychologue	CHU YO

OS	Objetif	Activites	Programmation	Observations
OS 6	Soutenir le projet de création d'une unité de psycho-gériatrie	Accueillir en position de stage de formation un attaché de santé dans le domaine de la psycho-gériatrie <i>3 mois</i>	Année 2 : Accueil pour une durée d'un an d'un attaché de santé par l'équipe de psycho-gériatrie de l'EPS de VE	EPS VE <i>2014</i>
OS 7	Renforcer les compétences des personnels dans la prise en charge des urgences psychiatriques et analyse des pratiques	Former et superviser le personnel dans la prise en charge des urgences psychiatriques accompagnée d'une analyse des pratiques	Année 1/2/3 : deux missions de 5 jours de formation : 3 personnes : médecin, infirmier ou psychologue	CHU YO <i>Realise 2013</i>
OS 8	Soutenir la mise en place d'un atelier d'art à vocation thérapeutique	Effectuer une mission exploratoire des besoins et conditions de mise en œuvre, Rédaction d'un plaidoyer	Année 1 : Mission de 5 jours de formation, 3 personnes, (profil à définir)	CHU YO <i>Fais en 2014</i>
OS 9	Soutenir la formation continue des professionnels de santé mentale au Burkina Faso	Participer aux ateliers et congrès inter hospitaliers à Ouagadougou (CHU - YO, Ville Evarad, Bobo-Dioulasso, Saint Jean de Dieu)	Année 2 : Mission de 6 jours, 12 personnes : médecins, infirmiers, psychologues	Ouagadougou
Axe 1- Participer à la formation initiale et continue des équipes hospitalières du CHU-YO de Ouagadougou				
OBJECTIFS		ACTIVITES		
OS 1 Contribuer à la formation universitaire initiale et continue de Psychiatrie		PROGRAMMATION		
	Soutenir la formation des étudiants en DES de psychiatrie	Dispenser des cours aux étudiants en DES de psychiatrie	Année 2/3 : PM	CHU YO
		Accueillir des étudiants de DES en psychiatrie dans les services de Ville-Evarad	Année 3 : Accueil d'étudiants de DES en psychiatrie sur une année universitaire	EPS VE <i>6000</i>
OS 2	Soutenir la formation de cadres infirmiers du CHU-YO	Accueillir un attaché de santé en psychiatrie à l'école des cadres de VE <i>CHU de Bobo 2013</i>	Année 2/3 Accueil d'un cadre infirmier pour une année universitaire	EPS VE
OS 3	Soutenir la formation continue de psychiatre du CHU-YO	Accueillir un psychiatre pour un stage de perfectionnement à l'EPS de VE	Année 1 : Accueil d'un psychiatre sur une année universitaire	EPS VE <i>Realise</i>

OG 3 Améliorer le management hospitalier au CHU-YO						
OS 1	Contribuer à l'organisation des 10 ^{èmes} assemblées générales du RESHAOC 2014	A1	Constituer et animer le réseau des hôpitaux français ayant une coopération avec un établissement hospitalier au Burkina Faso	Année 1 : 1 ^{er} trimestre constitution du groupe 2 ^{ème} trimestre appel à contributions	EPS VE	non 6/14
		A2	Participation aux 10 ^{èmes} assemblées générales du RESHAOC à Ouagadougou	Année 2 : 4 ^{ème} trimestre participation à l'AG du RESHAOC Mission 5 jours, 4 personnes : Directeur, directeur des soins, responsable coopération, président de la CME	Ouagadougou - 17/10/14	
OS 2	Renforcer les pratiques administratives de management et de gestion	A1	Accueillir annuellement des cadres administratifs du CHU-YO à l'EPS de Ville Evard Accueillir des lauréats du CHU-YO « meilleur agent »	Année 1/2/3 : Mission 15 jours, 3 personnes : Cadres administratifs Année 1/2/3 : accueil de deux agents pour 15 jours de stage à VE	EPS VE oué EPS VE oué	oué oué
		A3	Assurer la formation des points focaux qualité du CHU-YO	Année 1 : Mission de 5 jours de formation de deux personnes de la cellule qualité de VE	Ouagadougou	oué 2014
			Effectuer des missions annuelles d'évaluation	Année 1 : rencontre annuelle d'évaluation du plan d'action annuel au CHU-YO Année 2 : rencontre annuelle d'évaluation du plan d'action annuel à Ville-Evvard Année 3 : rencontre annuelle d'évaluation finale et d'élaboration du nouveau plan d'action triennal au CHU-YO	CHU YO oué	EPS VE CHU YO
OS 3	Evaluer les plans d'action annuels					

Fait à Neully sur Marne, le 24 janvier 2013

Pour l'Etablissement Public de Santé de VILLE-EVRARD

La Directrice Générale

Madame ZAHRI RIET

Le Président de la CME EPS de VILLE-EVRARD

Docteur Didier BOLLLET



Pour le Centre Hospitalier de Ouagadougou

Le Directeur Général

Monsieur B. Robert SANGHATE

Le Président de la CME CHU-YO

Professeur Kampaniamba OUOBA



PHOTOS



© EPS de Ville Evrard



© EPS de Ville Evrard







© EPS de Ville Evrard



© EPS de Ville Evrard



© EPS de Ville Evrard



© EPS de Ville Evrard

Entretiens

Entretien avec Monsieur Se., responsable communication culture et coopération internationale. L'entretien a lieu dans bureau.

Durée : 1h04

Présentation de mon travail, de mes recherches et de mes précédents entretiens.

J'ai déjà rencontré le Dr Ch., qui travaille à Bondy...

Mr Se : Ah oui, le Dr Ch., qui lui développe des choses plutôt dans le cadre familial.

Et le 4 juillet, j'ai rendez-vous le Dr W...

Mr Se : Qui lui en fait et en pédopsychiatrie, et donc qui a développé avec moi, euh, comment dire, un sous axe du plan triennal de, euh, du plan d'action triennal autour de la périnatalité.

D'accord.

Mr Se : parce qu'en fait, l'établissement effectivement est jumelé depuis maintenant, formellement depuis 2000 avec l'hôpital de Ouagadougou, le CHU, euh... Donc la première signature de convention c'est 2000, même si les premières rencontrent remontent à 1995. Euh, euh, et donc depuis, depuis 2000 en fait l'établissement progressivement a débloqué des crédits de façon à favoriser des actions principalement au début, des actions de missions, de formations autour de grands thèmes comme les urgences, la thérapie familiale, la création d'un CATTP à Ouagadougou et quoi d'autre encore ? Et donc depuis 2012, on est encore dans le, dans le, dans la logique de partenaires hospitaliers que ce soit dans la logique de financement par le biais de l'agence du développement et, euh, de la fédération hospitalière française. Donc se sont deux organismes auxquels on se réfère pour nos actions de coopération internationale. Je pourrais revenir dessus éventuellement. Euh, donc de façon à obtenir des financements annexes à ceux de l'hôpital.

Vous êtes responsable de la communication. C'est un poste que je ne connais pas du tout. J'aimerais savoir en fait ce que vous faites concrètement.

Mr Se : En fait, je, comment dire, j'occupe maintenant plus beaucoup de fonctions qui font référence aux missions de communication dans l'hôpital. Je suis depuis quelques temps, depuis maintenant deux ans, progressivement ré-axé autour de deux missions complémentaires qui m'a été à cette époque-là attribuées, communication, culture et coopération. L'arrivée d'une collègue qui donc se positionne sur la coordination des projets d'établissement, m'a progressivement amené, et puis aussi parce que c'est une question qui (*inaudible*), à reprendre enfin le grand bain (*inaudible*). Et donc aujourd'hui je suis plutôt repéré comme responsable culture et coopération. Mais par mesure de simplification les gens disent souvent chargé de communication. Alors le chargé de communication en fait il est en charge des aspects de communication interne de l'hôpital et des aspects de communication managerielle, des aspects de communication corporelle, institutionnelle. Donc en fait il est responsable de la documentation, euh, à destination du public. C'est-à-dire, il va, à l'hôpital, de son orientation, tout ce qui est souvent signalétique, d'aspect de, euh, signalétique. Donc y a également des missions, euh, voilà... Il est souvent en charge dans les hôpitaux de la conduite d'évènements, euh, institutionnels, euh, de commémorations, euh d'inaugurations, toute une série d'évènements dans l'établissement qu'il suit de A à Z. Euh, à une époque la communication dans le milieu hospitalier, dans les années 70, a été une découverte importante pour médiatiser auprès du grand public, on a voulu humaniser en quelque sorte l'hôpital à l'œil du grand public. Pour cela, on a, on a, on a voulu, la santé est importante pour les familles, accompagner ce poids de la santé, d'actions d'explication de ce que faisait l'hôpital. Donc en fait, les premiers hôpitaux à s'être intéressés à la communication étaient les grands

hôpitaux qui ont fait des avancées technologiques au niveau de la santé, comme la transplantation cardiaque. Et la presse était l'interlocuteur privilégié dans, pour les chargés de communication qui quasiment ne faisaient que ça. Et finalement elle persiste, elle devient complément de (*inaudible*) donc communication interne et de la communication corporelle.

Vous avez dit que vous vous êtes spécialisé dans la coopération et dans la culture...

Mr Se : Voilà, à côté de ça, moi je suis arrivé en poste en 2004, on m'a dit que je serai en charge de la communication, euh, de la médiation culturelle de l'établissement et de la coopération internationale. Au départ c'était difficile de tout gérer pour une seule personne, donc on a fait venir quelqu'un en charge de la communication de projets de communication, et petit à petit j'ai cédé les dossiers, euh, je peux me concentrer de façon beaucoup plus efficace sur les aspects de coopération internationale et culturels.

D'accord. Concernant la coopération internationale, il n'y a une coopération qu'avec le Burkina Faso ou vous en développez d'autres ?

Mr Se : Alors on a formalisé une coopération également avec le Niger, avec l'hôpital national de Niamey. Ça a très bien fonctionné entre 2006 et 2008. Et puis y a eu des événements d'insécurité qui a amené l'hôpital à arrêter la plupart des activités. On continue encore, en prenant des stagiaires au Niger mais on fait plus de missions là-bas.

Quels sont les avantages que l'hôpital retire de la coopération avec le Burkina Faso ?

Mr Se : Euh, alors principalement, euh, je dirai un échange au niveau bien sûr culturel, mais également au niveau, euh des pratiques, des modalités de travail. Je pense, et c'est pas forcément exploité, y a toute une série de modes opératoires, par exemple en Afrique et qui sont intéressantes à vrai dire parce qu'on sait pas les développer en Europe, notamment la question de la place des familles qui sont plutôt encombrantes entre guillemets dans les hôpitaux français, alors elles le sont aussi d'une certaine manière en Afrique, mais eux savent gérer beaucoup mieux la position des familles qui ont quasiment, pour moi, une position d'hôpital de jour. Elles sont là pour suppléer énormément de fonctions de l'hôpital et permettent finalement à l'hôpital de faire des économies, euh, par des actions différentes attribuées aux soignants ici en Europe alors qu'en fait en Afrique ce sont les parents qui vont à la pharmacie, euh, apporter des compléments alimentaires, toute une série de démarches pour les malades, voilà. Donc, euh, c'est, notre, notre main line au niveau la coopération c'est partager pour mieux soigner. Et puis, en termes de la notoriété, évidemment c'est quelque chose qui peut porter à l'hôpital d'avoir des relations comme ça. Bon, la coopération est pas suffisamment partagée dans de l'établissement, mais euh...

C'est-à-dire ?

Mr Se : C'est-à-dire que pour l'instant, ça reste encore des actions qui fonctionnent beaucoup par cooptation, et pas suffisamment, de mon point de vue, par appel à participation à des projets. Ce sont plutôt des équipes qui incrémentent du, des participants, plutôt quelque chose qui fonctionne de façon transparente de mon point de vue. À l'hôpital on est pas structuré pour recevoir des projets complémentaires, comme ça, ça manque un petit peu je trouve de fonctionnement pour la coopération pour l'instant.

Qu'est-ce vous pourriez faire pour...

Mr Se : Je pense que si on s'appuyait mieux sur le, sur les organisations telles que la formation permanente, sur la direction de soins, il pourrait y avoir la remontée comme ça de projets individuels, d'envies qui pourraient trouver leur place dans le plan d'action. Soit en termes de formations, soit en termes de propositions de, d'actions, de départs.

Concernant les fonds, d'où provient la majorité des fonds ?

Mr Se : La majorité provient de l'hôpital, qui se positionne chaque année en fonction de telle année, environ de 30 000 €. Voilà. Et aujourd'hui cet argent-là est complété par des fonds qui viennent donc de l'AFD, agence française pour le développement, par le truchement de la fédération hospitalière française où il y a une enveloppe de 30 000 € pour trois ans.

Qui gère ces fonds, c'est vous ?

Mr Se : Euh oui, en fait je fais le suivi comptable au niveau des dépenses. C'est vrai que, que je fais tout le suivi logistique depuis les organisations du voyage, du séjour sur place etcétera.

J'ai vu aussi les plans d'actions prévus. Qui décide des objectifs ?

Mr Se : En fait c'était de façon conjointe avec l'hôpital partenaire. En général, au début c'était annuel, et après j'ai souhaité qu'il devienne triennal de façon à ce qu'on soit calqué sur le format des partenaires hospitaliers et également qu'on est plus de visibilité à la fois financière et de projets, euh d'au moins trois ans. Donc en fait, on discute des objectifs lors des réunions annuelles qui ré questionne ces projets triennaux.

La semaine dernière la délégation du Burkina est venue à Paris, vous pouvez me décrire ce qui s'est passé ?

Mr Se : Euh, alors en fait très souvent lorsque les délégations viennent, ils viennent à la fois pour un travail notamment d'évaluation du dispositif qui se déroule sur l'année, mais, euh, également c'est l'occasion pour les directeurs adjoints qui viennent de rencontrer leurs collègues sur place sur un thème donné de creuser les méthodologies du travail, discuter des missions. Donc j'essaye de monter des programmes avec des matinées de travail en fonction du souhait du directeur adjoint qui accompagne le directeur général.

Vous êtes seul sur ce travail ?

Mr Se : Oui. Enfin, en lien avec les médecins qui sont en charge de la coopération et qui la développe et qui bien évidemment euh... Moi je propose et eux ajustent en fait, voilà. Je suis, je fais un petit peu la cheville ouvrière des médecins.

C'est la première fois que vous travaillez sur une coopération, ou dans le passé vous avez déjà...

Mr Se : En fait non, j'ai fait de la conduite de projets pendant des années, mais la coopération je l'ai découverte ici.

Qu'est-ce que vous entendez par conduite de projets ?

Mr Se : C'est-à-dire, que vous devez aboutir un événement, et vous faites tout pour.

Vous parlez à l'échelle nationale et non internationale ?

Mr Se : Ah oui, oui. Et donc j'ai simplement calqué ces méthodologies, je me suis documenté, je me suis formé sur le tas depuis 2005.

(Son téléphone vibre. Il dit « Je réponds pas »)

Qu'est-ce que vous retirez de ces premières années de la coopération ?

Mr Se : Bah, que petit à petit l'institution s'est bien structurée, qu'elle a énormément, comment dire, amplifié le nombre de missions, le nombre d'actions menées chaque années. Quand on regarde sur 15 ans le parcours, on s'aperçoit quand même l'augmentation importante des activités de coopération, elle intéresse également de plus en plus de monde

dans l'institution, et maintenant la coopération est quasiment institutionnalisée, au sens où partager par tous. Ce qui n'est pas totalement le cas aujourd'hui, on a l'impression que certains jalourent un petit peu ce cercle de gens qui vont en Afrique, enfin bon voilà. Mais elle est aujourd'hui mieux connue du centre de direction elle a un budget, c'est plus du... Et puis comment dirais-je, elle est plus soucieuse des, oui elle est soucieuse et conforme aux attentes du pays qui se traduit au travers des plans d'action de santé de la FHF. En fait nous sommes partis d'une logique de projet individuel à une logique de, comment on pourrait dire ça, de contributeur. Un projet qui est celui pas seulement d'un hôpital, mais également celui d'un pays qui effectivement cherche à développer ses infrastructures. On est une petite brique en quelque sorte d'un dispositif, voilà.

C'est vous qui avez décidé de charger uniquement de la coopération et de la culture ?

Mr Se : Ça s'est fait de façon, comment dire... La petite collègue qui arrivait il y a 7 ans je crois... En fait il fallait trouver les modalités en quelque sorte de partage. Au moment de partager les choses par dossier. Et puis petit à petit, les choses se sont, non, ça s'est fait au fil de l'eau j'ai envie de dire.

Vous ne regrettez pas ?

Mr Se : Non. Non parce que je prends, je prends beaucoup de plaisir et d'intérêts à m'occuper non seulement de la coopération mais également des actions culturelles de l'hôpital.

Tout à l'heure vous avez dit que vous receviez de l'argent de l'agence française pour le développement et de la fédération hospitalière française. Est-ce qu'ils vous demandent en contrepartie des compte rendu ?

Mr Se : Bien sûr.

C'est vous qui les faites ?

Mr Se : Oui. En fait oui et non. Oui parce que c'est moi qui les formalise et qui les fait parvenir donc à nos bailleurs. Et non parce qu'en fait je me base sur le travail effectué, des rapports des missions faits par les médecins. Je les reformate pour être conforme à l'attente de nos bailleurs.

Ils font des commentaires sur ces rapports ?

Mr Se : J'en ai eu que la première année. Ils avaient l'air d'être très satisfait. Voilà. Jusqu'en 2011 je crois, en fait, on était principalement en interaction souvent avec l'AFD qui, comment dirai-je, passait un contrat avec nous sur la base d'un dossier recommandé par la FHF. C'était un petit peu notre tutelle à ce niveau-là. Aujourd'hui la FHF reçoit le crédit de l'AFD et sélectionne les dossiers. Maintenant moi, aujourd'hui je n'ai plus contact qu'avec la FHF, plus du tout avec l'AFD.

Vous avez constaté une différence ?

Mr Se : Euh, non. Non parce que... Si la FHF m'a réclamé de refaire un dossier de synthèse concernant le Niger parce que l'AFD lui demandait des comptes sur les actions menées par les hôpitaux.

Est-ce qu'une de ces agences a déjà essayé d'orienter vos actions ?

Mr Se : Non, c'est pas leur rôle. Puisqu'en fait, ça les, les fonds ne sont délivrés qu'en congruence avec les, les plans de développement sanitaire, des objectifs du pays, euh, répartis en plus en fonction de leurs, de leurs compétences décidées au niveau européen. Donc en fait, nos objectifs sont des objectifs inscrits dans, sont ceux déjà de l'AFD ou du pays sur lequel on

intervient. En fait on invente rien, on va seulement chercher dans les objectifs du pays ceux qui nous concernent et on dit « bah voilà nous on est d'accord pour telle ou telle question, pour répondre à tel ou tel besoin. En fait on devient des opérateurs de coopération.

Vous pensez quoi de cette solution ?

Mr Se : Ça me paraît bien, ça me paraît bien. Ça paraît plus efficace à terme que le système précédent qui consistait à ce que chacun avec sa basane et sa bonne volonté aille creuser un puits dans un village pour aller tirer de l'eau alors même que la nappe phréatique était destinée à être, comment dire, détournée parce qu'on faisait un barrage. Voilà donc en fait je pense que c'est utile de travailler, comment dirais-je, par rapport à des plans qui sont beaucoup plus généraux, et euh je pense que ça permet une meilleure mise en place de solutions, voilà.

Et vous avez des liens avec le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé ?

Mr Se : On leur envoie nos, nos conventions principalement c'est ça. Mais on leur envoie pas leur rapport de missions ou quoique ce soit.

Vous avez des retours ?

Mr Se : Non, non. Je reçois très peu, et très précieusement entre la chemise du Président et la chemise du Premier Ministre. (Rires)

Et avec le Ministère des Affaires Etrangères

Mr Se : Alors on a un petit peu plus de rapports avec eux, ne serait-ce que par leur biais on peut poser également des projets en direct par rapport à des actions qu'on pourrait pas mener de façon plus volontaire, plus volontariste. Mais en fait on s'aperçoit que les crédits sont très faibles, et on a essayé de poser un projet en gérontopsychiatrie au Burkina mais qui n'a pas été retenu parce qu'il ne faisait pas parti des objectifs prioritaires définis par le pays, donc euh...

Quel pays ?

Mr Se : Le Burkina.

Donc vous n'avez pas obtenu les fonds du MAE ?

Mr Se : Non.

Et sinon vous leur envoyez des rapports ?

Mr Se : Ils nous demandent aucun compte. En fait aujourd'hui notre instance, comment dirais-je, notre instance vérificatrice, d'évaluation c'est la Fédération Hospitalière de France. C'est un petit peu l'organisme auquel le MAE, l'AFD pourraient être amenés à demander des comptes. Je sais pas s'il le font mais bon.

Est-ce que vous pensez que je pourrai prendre contact avec la FHF ?

Mr Se : Robert B. à la FHF. Je vais vous passer son mail, et vous pouvez lui envoyer un mail de ma part, voilà.

Tout à l'heure vous avez parlé des rapports que vous envoyez, est-ce que c'est possible que je les lise ?

Mr Se : Bien sûr, mais euh... Il faudrait que je vous en fasse des photocopies ou que je vous les envoie par mail... Mais ils sont pas disponibles sur l'intranet ?

Je regarderai sur l'intranet et s'ils y sont pas, je vous enverrai un mail.

Mr Se : Oui. Ça s'appelle rapport exécutoire, euh, et puis, au pire je vous les enverrai. Y a aussi un rapport comptable. C'est principalement deux documents.

(Silence)

Je vais parler du Burkina Faso. Est-ce que vous y êtes déjà allé ?

Mr Se : Oui.

Combien de fois ?

Mr Se : euh, je sais pas, 6 ou 7 fois.

À chaque fois dans le cadre de la coopération ?

Mr Se : Oui. En général c'est toute la coopération, mais souvent j'ai *(inaudible)*.

La première fois que vous y êtes allé, c'était la première fois sur le continent noir ?

Mr Se : Oui. C'était un continent complètement nouveau pour moi. J'ai beaucoup voyagé dans de nombreux pays, et euh, beaucoup aux Etats-Unis, en Amérique du Sud, beaucoup en Europe. En fait les deux continents que je n'ai pas touché jusqu'à présent c'est l'Asie et l'Australie. J'y suis pas allé du tout. Mais j'ai toujours été, découvert les continents de façon entre guillemets professionnelle que touristique, euh voilà. C'est une chance. J'avais déjà été en Afrique du Nord mais c'est pas l'Afrique noire.

Et quelle sensation vous avait eu la première fois ?

Mr Se : La toute première fois en fait, euh, une sensation de perte de repères en fait. La sensation, vous savez, de revenir et d'avoir rien vu.

De revenir et d'avoir rien vu, c'est-à-dire ?

Mr Se : C'est-à-dire, de ne pas avoir compris en quelque sorte, dans le sens de dominer, une lecture en quelque sorte de ce qu'il se passe. À la fois parce que j'étais dans une position où on faisait du tourisme donc c'était relativement simple, mais à la fois il y a un beaucoup de manifestations dans lesquelles il faut, des représentations, euh... Beaucoup de choses nouvelles à intégrer, la chaleur, la population. En fait on a l'impression de recevoir les choses brusquement. Donc une semaine de séjour a été une semaine d'acclimatation plutôt qu'autre chose.

Qu'est-ce qui vous a le plus surpris ?

Mr Se : *(Silence)* Surpris, j'ai pas été surpris.

Gêné ?

Mr Se : Non, gêné, non j'ai sûrement pas été gêné. *(Silence)*. Si, ce qui m'a le plus surpris c'est, euh, c'est euh, un hiatus en fait qui... Quand vous regardez leur artisanat, au Burkina comme dans beaucoup de pays africains, c'est un artisanat d'art qui est très fin, très précis avec beaucoup de détails, très conservateur, en lien avec la tradition, en lien avec l'Histoire qui raconte des choses etc. Et puis, il y a un hiatus, parce que quand vous êtes dans votre chambre d'hôtel et que vous observez les installations électriques, les installations de plomberie, qu'est une autre forme d'artisanat, les choses sont bâclées, sont, y a pas un fil droit, une plomberie qui ne fuit pas. Et vous vous dites mais comment des artisans aussi fins, minutieux peuvent bâcler une pose de carrelage à ce point-là, il savent pas faire ou quoi. En fait, ils savent parfaitement faire sur le fond, mais je me suis dit pourquoi y a ce hiatus.

Comment se fait-il que des gens aussi soigneux soient aussi mauvais entre guillemets pour leur construction. Et en fait j'en suis arrivé à la conclusion que ce qui manquait c'était, comment on appelle ça déjà, qui est représenté en Europe, il manque toute la coopération en quelque sorte, y a pas les pères des métiers ne sont pas présents, et la tradition, l'histoire ne les oblige pas à monter une prise droite, monter un fil droit. Y a pas d'éléments de référence. Et donc aujourd'hui si nos interrupteurs sont construits droits dans nos constructions, j'espère que c'est le cas, c'est parce qu'en fait il y a toute une histoire de la, des traditions professionnelles. Une tradition professionnelle qui n'a pas de racines, c'est déjà dramatique, et bah en fait il y a pas de repères qui lui permettent de travailler sur les règles de l'art, comme on dit. Y a pas de règles de l'art, et si y a pas de règle de l'art, que vous avez finalement qu'un patron qui lui-même connaît pas et bah vous arrivez à un travail qui est (*inaudible*). Et ça c'est quelque chose qui m'a beaucoup surpris, qui m'a interrogé en tout cas.

Vous étiez dans quel hôtel ?

Mr Se : (*Rires*) Vous voulez pas aller dans celui-là ?

Si je vais au Burkina Faso pour mes recherches, non.

Mr Se : Alors aujourd'hui c'est vrai que certains hôtels sont construits avec ce qu'on pourrait dire des équipes européennes, euh, comme équipe référent. Même si les ouvriers sont de la région, euh, comment dire, même ça, ça ne garantit pas une construction... C'est très curieux qu'avec l'intelligence, la sensibilité, la, alors se sont pas les mêmes personnes, vous me direz qui font les bijoux, mais j'ai pu constater dans l'hôpital, j'ai visité et le deuxième hôpital de Ouagadougou, même sur le nouveau site du CHU, les carrelages sont pas bien posés. Alors qu'on sait bien dans ces pays-là que tout tient à une pose parfaite du carrelage parce qu'y a des problèmes de chaleur, de transpiration, les gens restent des heures et des heures. Et si vous posez pas le carrelage parfaitement, les joints vont s'encrasser, et tout ça n'est pas pris en considération parce qu'y a pas de référent, y a pas de contrôle qualité.

À chaque fois que vous allez au Burkina Faso c'est toujours une semaine ?

Mr Se : Euh oui ou 10 jours. Mais c'est bien comme ça, parce qu'après (*inaudible*) et puis ensuite on a le temps de faire du tourisme donc ça veut dire qu'on a largement le temps en une semaine.

Vous pouvez décrire une journée type ?

Mr Se : Je me lève, je me brosse les dents (*rires*).

Vous pouvez si vous voulez. Mais qui organise le programme ?

Mr Se : En général c'est le pays invitant qui au vu de quelques indications que donnent les médecins, le (*inaudible*). Mais en général, y a un échange de courrier qui se fait entre les deux pays.

Et donc la journée type ?

Mr Se : La journée type en fait, en général elle démarre plutôt de bonne heure pour des questions de chaleur, les journées sont plutôt axées sur les matinées. Euh, ensuite selon les protocoles, des réunions de travail avec les coopérants, ensuite y a des ateliers, ou des formations qui sont organisées par des médecins, ça permet de faire des rencontres, de monter d'autres projets. Moi par exemple je m'intéresse à la culture et puis j'aimerais bien essayer, euh, de transposer en tous les cas d'amener à des questions au Burkina autour de la musique, des percussions dans l'hôpital. D'être plus axé sur ce genre de préoccupations. Ensuite, en général, le déjeuner arrive vers 13h et puis souvent y a un de temps de pause, de sieste, et on

reprend en fin d'après-midi pour deux heures pour une petite réunion, une synthèse quoi d'autre encore... Et puis un dîner le soir.

Les billets d'avions et l'hôtel sont à la charge du pays qui part ?

Mr Se : Oui, oui.

Et le niveau du budget, vous connaissez le budget du CHU de Ouagadougou ?

Mr Se : Il a beaucoup évolué aussi. Avant ça se limitait à quelques billets d'avion, peu de monde jusqu'aux années Sangaré. Après Sangaré s'engage énormément, il hésite pas à répondre à nos missions par des envois de stagiaires. On en a reçu 7 en 2013.

Tous dans le même domaine ?

Mr Se : Non, non. Dans l'administratif, le soignant, euh. Pour une période de 15 à 21 jours, voilà. Après les autres qui sont plus longs sont dans un service de soins. C'est un travail de les accueillir. Vous imaginez organiser pour trois semaines le séjour d'un stagiaire ?

Et là, pour le Visa vous intervenez ?

Mr Se : Euh, sous forme de lettre d'accréditation, de système d'hébergement.

Le nombre de stagiaire est censé être croissant ?

Mr Se : On peut dire comme ça, même si ça va dépasser des, mais c'est vrai qu'on a plus tendance à augmenter qu'à diminuer, c'est vrai. Nos plans d'actions sont aujourd'hui beaucoup plus (*inaudible*) qu'y a quelques années.

Quand vous allez au Burkina, vous remarquez l'impact dans le CHU ?

Mr Se : Oui, j'ai même pu le constater moi-même. Parce que ça c'est une, comment dire, une vérité ethnique des pays d'Afrique, peut-être due à ce sentiment de dépendance, de devoir rendre des comptes, mais par rapport à... Moi j'essaye de faire des stages qui débouchent sur des actions pratiques et adaptées au pays, pas de transposition mais plutôt une connaissance locale, voir comment on peut effectivement résoudre une problématique qui est vraie en Afrique comme elle est vraie en France. Et donc, deuxièmement j'avais travaillé avec le chargé, euh, logistique, comment régler, enfin régler, comment avancer sur la problématique de gestion de la présence des familles sur le site, euh, le fait d'identifier de façon précise service par service où se trouvaient les familles quand elles étaient pas autorisées se rendre auprès du patient. Et d'autre part réguler un petit peu leur allers et venues. (*Inaudible*)

Mais par rapport à ça ils ont équipés les lieux de, comment ça s'appelle, d'abris contre le soleil et marqué clairement, quelque chose par rapport, ah je sais plus, en tout cas ça identifie clairement l'endroit où doit se trouver les familles ou les accompagnants pendant leur séjour, voilà. Il y a eu certaines recommandations qui ont été faites, et quelques semaines plus tard on revient et on voit que les choses ont été prises en compte en quelque sorte. Bon y a quelques années quand on venait d'arriver, on a parlé de créer un CATTP et un CATTP a été créé. A Niamey j'avais recommandé, j'avais recommandé, j'avais rien recommandé du tout, une équipe a fait des constats sur les problématiques de promiscuité dans les soins en unité psychiatrique, et ils les ont conseillé sur les organisation de salles pour lutter contre la promiscuité, les sanitaires avaient été refait, les choses ont été suivies.

Vous donnez de l'argent au CHU ?

Mr Se : Pas directement.

C'est-à-dire ?

Mr Se : Quand je dis pas directement, c'est que, là par exemple y a des, des, une période de projet de périnatalité et y a des journées qui sont organisées par le Dr Wel. et on va assurer, l'établissement va assurer la partie frais de pôle et le repas du midi pour les participants parce qu'on a le budget.

Et concernant votre interlocuteur au Burkina Faso, à qui vous avez à faire principalement ?

Mr Se : Principalement le directeur général. Et puis j'ai un homologue sur place, une espèce de chargé de communication avec qui j'échange, qui m'envoie de nombreuses informations pour alimenter des dossiers ou les documents intranet.

Vos rapports sont bons ?

Mr Se : Bien sûr. Amicaux.

Dès le début ?

Mr Se : Ça toujours été vrai avec l'équipe, même s'ils ont changé toutefois, ils ont toujours été bons. Ils sont particulièrement bons avec Monsieur Sa. en ce moment qui est un homme efficace.

Pourquoi efficace ?

Mr Se : Efficace car il fait bouger l'hôpital par rapport à un immobilisme inquiétant.

En psychiatrie ou en général ?

Mr Se : En général, pas qu'en psychiatrie.

Quels seraient les objectifs futurs que vous aimeriez mettre en place, excepté développer le culturel dans l'hôpital ?

Mr Se : Euh, en fait ce que je trouverais utile, ce que j'ai dit tout à l'heure, ça serait de mieux impliquer le service de formation permanent de façon à ce que des soignants puissent partir au Burkina dans le cadre de projets soit de fin d'étude, soit de formations permanentes par rapport à des compétences qu'on pourrait acquérir par un séjour en Afrique. Ça serait ça.

Concernant l'impact de la collaboration au Burkina Faso, sur le développement du pays.

Mr Se : Notre collaboration sur les pays. On pourrait dire, ça serait logique de dire que c'est quasiment inexistant, lambda compte tenu de l'effort financier qu'on représente, mais ça serait faux de le dire, parce qu'on fait beaucoup de choses, mais c'est parce qu'il manque beaucoup de choses que le peu qu'on fait peut être quasiment le doublage d'une activité au niveau national. Quand vous, actuellement au Burkina Faso vous tout compris 7 psychiatres pour tout le pays. Donc si vous en ajoutez un huitième, c'est comme si en France vous créez mille postes de psychiatres. Donc c'est pas négligeable les actions qu'on mène, pas parce qu'on en fait beaucoup, mais parce qu'il en manque tellement que le peu qu'on fait créer un effet tout de suite très important.

Avant de partir au Burkina Faso vous aviez des préjugés ?

Mr Se : Des préjugés ? Non, je vois pas.

Est-ce que vous attendiez des choses qui sont jamais arrivées, à des craintes ?

Mr Se : Euh, non, non. Probablement parce que j'avais beaucoup voyagé auparavant, mais j'avais aucun préjugé. Par contre, j'ai eu, j'ai fait des rencontres qui m'ont interrogées, qui m'ont voire inquiété. Je les ai rapporté, c'était un guérisseur qui habitait à Niamey, qui avait

des comportements que moi je considéré comme violents par rapport aux femmes.

Au sein d'un hôpital ?

Mr Se : Non, non. Si ça avait été au sein d'un hôpital ça aurait été plus grave là. Là, c'était un gourou privé qui soumettait les femmes à des versets du Coran sur des heures et des heures avec des casques. Les casques déversaient dans leurs oreilles à très haute dose pendant des heures des versets du Coran jusqu'à ce qu'elles comprennent que c'était pas bien de pas vouloir se marier avec machin.

Et au Burkina Faso ?

Mr Se : Non, jamais. Donc là je suis allé dénoncer cette pratique aux autorités locales. En fait j'ai eu l'occasion de rencontrer un conseiller de la présidence et je m'en suis ouvert à lui.

Vous savez si y a eu des suites ?

Mr Se : Oui, oui. Il me semble qu'il a arrêté son activité.

Est-ce que des membres autour de vous, dans votre entourage, travaillent dans le domaine de la coopération ou de l'humanitaire ?

Mr Se : Non. Enfin ma mère après avoir pris sa retraite a été volontaire au niveau de la (inaudible).

Qu'est-ce qu'elle faisait ?

Mr Se : Elle, principalement de la remédiation auprès des familles qui étaient accueillies sur un site avec des migrants.

Votre mère exerçait quel métier ?

Mr Se : Elle était commerciale pour un groupe hôtelier, enfin elle a terminé comme ça.

Et votre père ?

Mr Se : Lui, il travaillait à l'INRA, l'Institut National de Recherche Agronomique, il faisait des stages pour les futurs retraités dans les grandes industries qui vont mettre à leur retraite leurs cadres supérieurs à la retraite pour un atterrissage en douceur, on va dire ça comme ça.

Vous avez des frères et sœurs ?

Mr Se : Oui, j'ai deux frères et une sœur. Ma sœur travaille dans la presse à Bayart, un de mes frères qui travaille qui est directeur technique (inaudible) à Paris et l'autre fait de la musique.

Quel instrument ?

Mr Se : Il joue des percussions, musique sud-américaine.

Vous avez des origines latines comme vous avez dit que vous avez beaucoup voyagé en Amérique Latine ?

Mr Se : Non pas du tout. J'ai des origines mais tunisiennes.

Qu'est-ce qui vous a amené à étudier la communication et travailler à Ville Évrard ?

Mr Se : En fait moi je suis un ancien éducateur spécialisé.

Ça n'a rien à voir.

Mr Se : si ça a tout voir. Communiquer (*inaudible*), voilà c'est tout. Vous pouvez mettre les outils les plus performants en matière de communication, euh, quand on parle de communication, c'est la relation qui fait qu'on communique, c'est pas (*inaudible*).

Qu'est-ce qui a fait que vous êtes passé de...

Mr Se : Bah en fait parce que c'est une question en quelque sorte d'échelle de projets. C'est-à-dire qu'éducateur spécialisé c'est communiquer, mettre en relation avec de l'interindividuel en petit groupe. Et après je me suis beaucoup intéressé à la socioanalyse, à la vie institutionnelle, ce sont des choses qui m'ont beaucoup passionné dès le début de mes études. En fait au début de mes études, je lisais de la psychiatrie, je défilais dans les, comment dire, les défilés trotskistes de l'antipsychiatrie, contre l'institutionnel notamment en psychiatrie. Je trouvais ça formidable. Et puis finalement, je me suis intéressé à la psychiatrie de l'intérieure et l'interroger de l'intérieur en tant qu'inspecteur et puis personnel de com'. Et puis j'ai l'impression que c'était un peu le même métier. Parce qu'en fait la com', vous avez, une fois que vous avez dépassé cette notion de relation, bah vous, je me suis intéressé, vous faites des fichiers relation, au fichier cible, recueillir des informations papiers, mail, ça, ça m'intéresse pas.

Pourquoi vous êtes tombé dedans ?

Mr Se : Parce que je, parce que je m'intéresse aux organisations comme je l'ai dit, je m'intéresse à leur logique, je m'intéresse à leurs points de faiblesses et leurs points de violence, parce que les organisations sont presque toujours violentes et je m'intéresse à leur potentialité de progrès. Et je, euh, j'accompagne le changement ça m'intéresse, j'accompagne le changement. En tant qu'éducateur, c'est quand même ce qu'on recherche principalement. Et là appliqué aux organisations c'est vraiment intéressant et on s'aperçoit que les effets de levier, ils sont vachement pas dans la contrainte des organisations. Ou si, ils sont dans la contrainte, ils empêchent pas à l'organisation ou l'institution des voies de délestage pour échapper à la contrainte ou éventuellement s'ils créent des effets de crises etcétera. Je crois beaucoup plus un travail journalier, de conviction, vous savez un travail de relations qui fait qu'on trouve des alliés dans l'institution. Et puis petit à petit on crée les conditions de changement. Y a quelques années quand je suis arrivé en 2004, y avait un logo qui existait dans l'institution, que j'aime beaucoup mais, c'est celui d'un écusson avec un pélican, je sais pas si vous voyez. C'est l'écusson historique de la maison donc c'est un écusson rouge et bleu dans lequel il y a un pélican qui est en train de cracher ses boyaux pour donner à ses petits. Et donc, j'ai pas eu suffisamment de temps pour bâtir un nouveau graphisme pour l'établissement, mais par contre y avait une graphiste qui avait imaginé un bandeau qui était pas très esthétique mais qui était assez fonctionnel. Un bandeau qui pouvait (*inaudible*). Alors je me suis dit, tient je vais essayer de généraliser ce bandeau à l'établissement. Au début quand j'ai commencé à faire circuler ce bandeau du côté administratif, auprès des soignants, au début les gens comprenaient pas ce que je faisais. Puis petit à petit, ce bandeau il a trouvé sa place et puis il a été partagé par l'équipe. Quand ma collègue est arrivée, elle a créé un logo, un logotype beaucoup plus réussi en terme technique, beaucoup plus aboutit techniquement. Et aujourd'hui encore vous avez des gens qui préfèrent la bande plutôt que le prototype, même si sur le plan technique le logotype est mieux réussi. Le changement c'est vraiment quelque chose qui s'accompagne au jour le jour quoi, en communication c'est ce qu'on dit.

Quel est votre objectif ?

Mr Se : Vivre heureux. (*Rires*)

Concernant l'hôpital, votre rôle dans la communication ?

Mr Se : D'être heureux. (*Rires*)

Vous y arrivez ?

Mr Se : Bien sûr.

C'est le principal.

Mr Se : Oui.

Tout à l'heure vous avez dit avoir beaucoup voyagé, à quel âge avez-vous commencé ?

Mr Se : Euh, ça dépend, seul ?

Ou en famille.

Mr Se : J'ai commencé à voyager à l'âge de, à ma naissance.

C'est-à-dire ? Quel pays ?

Mr Se : les bras de mon père. Bah oui, c'est un pays étranger, je viens de ma mère.

Géographiquement ?

Mr Se : L'Italie.

Vous aviez quel âge ?

Mr Se : Je crois que j'avais deux ans et demi.

Vous avez voyagé régulièrement après ?

Mr Se : Oui, oui, on a voyagé très régulièrement avec mes parents.

Vos parents avaient un goût pour les voyages ?

Mr Se : Bah déjà ma mère vient du Canada, donc ça vous forge un caractère particulier.

Vous êtes allé au Canada ?

Mr Se : Oui, oui à l'époque mon grand-père nous payait un voyage pour le Canada tous les 5 ans et après on y allait plus souvent quand les billets ont baissé. J'ai beaucoup voyagé.

Qu'est-ce que vous retirez de vos voyages ?

Mr Se : Beaucoup de choses, surtout vis-à-vis des autres.

C'est vague beaucoup de choses ?

Mr Se : En fait j'en retiens des connaissances, des manières d'être, de faire, du partage.

Ça vous a aidé à être heureux ?

Mr Se : Oui, ça m'a rendu heureux.

Vous avez fait d'autres pays d'Afrique, ou vous vous êtes arrêté au Burkina ?

Mr Se : Non, à vrai dire j'ai pas voyagé en Afrique à part le Burkina Faso et le Niger.

Vous y allé chaque année ?

Mr Se : Euh non, j'y ai pas été depuis 2010 je crois et là je pense y aller deux fois cette année.

Quand est-ce que vous partez cette année ?

Mr Se : Euh fin octobre, début novembre.

Qu'est-ce qui est prévu ?

Mr Se : Bah la directrice m'a demandé d'organiser un séjour et je dois tout organiser l'ensemble, voilà.

Fin de l'entretien.

**Entretien avec le responsable du service psychiatrique du CHU de Ouagadougou au Burkina Faso. Jeudi 5 juin 2014. Lieu : chez les époux Th. à Paris.
Durée : 38 minutes**

On va directement parler de la coopération. Vous avez été un des acteurs dès le début de la coopération.

Dr Oue. : Un des acteurs oui, on va dire comme ça, parce que ça se fait toujours à deux. Moi j'ai été un des acteurs, le docteur Th. étant aussi l'autre acteur en ce qui concerne la partie française.

Comment l'idée a émergé ?

Dr Oue. : En fait c'est parti peut-être d'un besoin de la part, peut-être d'échanger, euh, avec les praticiens et les psychiatres africains concernant les patients immigrés qui étaient dans leur clientèle. Donc en 1993, j'étais en stage ici et donc on s'est rencontré par l'intermédiaire d'autres personnes et donc j'ai été introduit, euh, dans leur équipe où j'ai pu échanger avec le personnel et partager aussi avec eux notre expérience. Progressivement, et donc collectivement on s'est dit peut-être qu'il y avait un intérêt réciproque pour qu'on puisse développer une sorte de partenariat qui leur permettent à la fois de mieux appréhender la pratique de la psychiatrie en Afrique et puis nous aussi de voir peut-être un peu comment, comment... Donc voilà au fil des années, nous avons gardé le contact de façon informelle d'abord. Ensuite je les ai invités au Burkina. Donc ils sont venus, ils ont visité le service, ils ont, ils ont participé à des colloques. Et puis très rapidement on s'est dit qu'il fallait peut-être formaliser cela dans un cadre juridique. Et donc en nous inspirant des textes de part et d'autre, nous avons établi une convention de jumelage qui a donc été la base de, euh, en fait de cette coopération. Donc voilà à peu près le résumé de cette coopération.

Quel était l'objectif premier que vous aviez en tête ?

Dr Oue. : En fait, tout cela est concilié un peu dans les conventions parce que, à l'étape où nous avons formalisé ça sous forme de convention, à la base on a défini les objectifs à réaliser, que ce soit en matière de formation, dans le domaine de l'appui en matériel, en médicaments, en équipements. Tout cela a été régulièrement actualisé en fonction des besoins de part et d'autre. Mais au départ, comme je l'ai dit, l'idée est simplement venue de « voilà il rencontre des immigrés à Paris qui viennent d'Afrique », et voilà donc, souvent il y a des petites particularités, donc, euh, problèmes, qui ne sont pas toujours appréhendés comme il se doit par les praticiens qui sont nés, ont grandi et étudié à Paris. Donc au départ l'idée était peut-être d'échanger avec un psychiatre africain que j'étais, euh, autour de certaines problématiques, euh, peut-être (*baisse la voix, inaudible*). Donc au début, au départ, on n'est pas parti de quelque chose d'extraordinaire mais de préoccupations concrètes et de terrain. Et il y avait cette opportunité que moi j'étais là donc on a pu dans cet espace de temps, ça faisait un an que j'étais là, se rencontrer à plusieurs reprises pour échanger.

Et pour vous, au-delà du fait qu'ils vous apportaient à la fois du matériel et des formations, qu'est-ce qui vous a motivé à vous engager dans cette coopération ?

Dr Oue. : (*Réfléchit, hésite*) De notre côté, nous avons un certain nombre de, comme je l'ai dit au début, un certain nombre, euh, d'intérêts, en ce sens que, pour notre part nous avons aussi besoin en fait de voir comment la psychiatrie est pratiquée dans des pays aux technologies avancées, quelles étaient les méthodes thérapeutiques notamment utilisées, comment est-ce que la psychiatrie d'une manière générale était organisée, donc de notre côté aussi il y avait ce besoin d'approfondir un certain nombre de trucs...

Les objectifs ont été remplis selon vous ?

Dr Oue. : Alors c'est, comme je le disais, en fait nous définissons régulièrement une, un plan d'action qui définit donc pour un certain nombre d'années des objectifs à atteindre. Et nous faisons des évaluations de façon régulière et aux termes de la mise en œuvre nous faisons une évaluation finale, et puis nous définissons encore de nouvelles étapes. Donc, euh, globalement, je peux dire que les objectifs ont été atteints, oui.

Vous en êtes satisfait ?

Dr Oue. : Oui bien sûr. En 20 ans de coopération, on se rend compte que non seulement nous avons pu renforcer des liens mais également diversifier un peu le champ de la coopération. Au départ c'était, comme je l'ai dit, des préoccupations qui ont trait à la clinique, mais très rapidement, vous voyez on a étendu jusqu'au niveau de l'administration et de la gestion. Donc quand même, au fil du temps, c'est quelque chose qui a été assez positive pour nous et j'espère aussi pour nos partenaires français.

Justement je lisais dans le plan d'action, lorsque les équipes françaises viennent au Burkina Faso, les séjours sont très courts, cinq à six jours, et je me demandais si c'était suffisant pour que les équipes burkinabé puissent acquérir les méthodes et les mettre en application ?

Dr Oue. : Oui ça peut durer deux semaines. Mais on adapte toujours la durée du séjour aux objectifs. Quand ils viennent pour assurer des formations dans des thématiques bien définies ça peut tout à fait se concevoir dans un délai de 4 à 5 jours, c'est ce qu'on fait. Donc on ne peut pas en quelques jours tout faire et tout réaliser. Donc il y a plusieurs équipes spécialisées de Ville Evrard qui viennent et après chaque équipe vient deux à trois fois chaque année. Donc ça permet de réaliser les objectifs bien précis.

Le dernier objectif qui a été réalisé ?

Dr Oue. : Bah, bon, c'est défini dans le plan d'action. Y a des formations qui sont réalisées dans, sur place, et là les plans d'action définissent les thématiques des formations, les objectifs. Donc ça euh, c'est assez fascinant.

Qui met en place des plans d'action ?

Dr Oue. : Ça c'est les deux parties.

Dans les médecins de chaque côté.

Dr Oue. : Oui, avec aussi les administratifs. C'est élargi en fait à l'administration aussi. Il y a deux choses.

Globalement comment vous percevez cette coopération ?

Dr Oue. : Donc comme je le disais, c'est toujours un plus pour nous. Et puis aussi je crois quelque chose d'important pour nos partenaires français qui découvrent une autre culture, une autre façon de faire la psychiatrie et qui découvre aussi comment est-ce que on soigne, oui, je sais pas... Je pense que (*inaudible*).

Comment soigner ?

Dr Oue. : Oui, on s'appuie de la psychiatrie bien sûr en tant que discipline médicale, c'est une science mais compte tenu des moyens et compte tenu d'un certain nombre d'insuffisances en personnel, ça se fait pas dans les formes exactement la même chose qu'ici. Dans le fond, bon c'est une science donc elle est universelle, on peut non plus pas exagérer sur les différences (*voix baisse, elle en devient inaudible*). Mais c'est peut-être difficile du point de vue, euh, pour ceux qui ne sont à dans la discipline de percevoir, mais rien que pour le fait de, pour nous de

ne pas disposer de tous le personnel, ça peut être des choses comme ça. Et après, en ce qui concerne également les médicaments nous avons pas toujours des patients qui ont des moyens et qui ont une sécurité sociale donc on peut pas avoir les mêmes possibilités de prescrire tout ce qui existe sur le marché. Et au cours de l'hospitalisation, il y a tout un ensemble d'activités qui sont proposées ici et qui nécessitent des moyens que nous ne pouvons pas faire chez nous.

Est-ce que vous travaillez avec les autorités locales au Burkina Faso justement pour faire en sorte que la psychiatrie bénéficie de plus de moyens ?

Dr Oue. : *(Réfléchit)*. Non je pense que peut-être la question n'est pas forcément posée dans le bon sens. On peut pas poser la question ainsi, faire comme si moi j'existais comme en tant que, en tant qu'entité ou structure autonome, moi je suis fonctionnaire du Ministère, et le Ministère est un emploi, donc se poser la question si l'on travaille avec ou pas avec le Ministère...

(Je coupe la parole). Est-ce que vous avez la capacité d'influencer les politiques du Ministère en faveur de la psychiatrie ?

Dr Oue. : Non c'est pas tellement vraiment notre capacité d'influencer c'est plutôt un problème plus général. C'est-à-dire que les moyens disponibles et qui peuvent être mis à la disposition d'une manière générale du système de santé et de façon spécifique à la psychiatrie. C'est beaucoup plus que ça, vous voyez, une sorte de capacité à influencer dans un pays qui a des ressources nettement plus limitées que la France. Donc le ministère ne peut pas disposer de ressources extraordinaires pour la psychiatrie donc c'est aussi une réalité.

Ma question va peut-être être maladroite, mais vous êtes psychiatre, au début de la coopération vous dirigiez le service psychiatrique je suppose, comment s'est passé le premier contact entre le personnel français et le personnel burkinabé ? Est-ce qu'il y a eu un choc des cultures ?

Dr Oue. : Non, non pas du tout. Y a comme même pas mal d'acteurs qui dans leur processus de formation on était également formé en Europe, donc cette rencontre n'est pas, quand même, si extraordinaire qu'on puisse le penser.

Et pour le personnel qui n'est jamais sorti du Burkina ?

Dr Oue. : Même pour ce personnel-là, je pense pas qu'il y ait quelque chose d'extraordinaire à cette rencontre oui.

Étant donné que les méthodes de travail ne sont pas les mêmes, peut-être que parfois...

Dr Oue. : Non je n'ai pas perçu de particularités. *(Silence)*. Non... C'est quand même des gens qui ont été formés à la psychiatrie, donc même si pour certains n'ont pas eu à vivre la psychiatrie française en direct, dans leur formation ils ont quand même eu une idée de comment ça peut se présenter.

Vous êtes actuellement en France dans le cadre de la délégation pour la coopération, je peux vous demander quel est le programme et ce que vous faites ?

Dr Oue. : Non en fait, il y a plusieurs délégations. Nous faisons un peu le point par rapport, euh, à la coopération, sur le plan d'action et nous voyons aussi un peu par rapport aux prochaines étapes ce qu'il faut faire, quelle sont les dispositions pratiques à prendre, ce sont des choses comme ça.

Qui est venu avec vous ?

Dr Oue. : C'est pas des missions où au fait... Il y a l'administration de l'hôpital avec d'autres acteurs qui ne sont pas du tout du domaine de la psychiatrie. Donc chacun à des activités je dirais spécifiques, voilà. Moi je m'occupe un peu de la coopération avec Ville Evrard, les autres membres de la délégation, ils font sans doute...

Que font-ils ?

Dr Oue. : C'est pas de la psychiatrie. Il y a le directeur général, bon, j'ai pas les détails de son calendrier, mais bon des rencontres avec des acteurs pas du domaine de la psychiatrie encore une fois. Bon, on essaye de développer ces missions pour, bon, gagner en efficacité, mais on est pas tous là pour la psychiatrie.

Et les autres personnes ?

Dr Oue. : C'est ce que je vous dis, l'administration, moi j'ai pas les détails... Bon le directeur général, euh, il a les dossiers d'autres services de l'hôpital, il discute avec d'autres partenaires, vous voyez ce n'est pas de la psychiatrie, c'est pas tellement mon domaine. C'est pas un hôpital psychiatrique c'est un hôpital général.

Il y a d'autres services des collaborations avec des hôpitaux ? Vous savez lesquels ?

Dr Oue. : Il y a, euh, y a des coopérations avec le CHU de Clermont-Ferrand, mais c'est surtout les domaines de la biologie, radiologie. Il y en a également avec Marseille, mais bon je connais pas tellement. Avec Bordeaux, ils sont surtout orientés vers l'anesthésie, la réanimation. Et puis, euh, avec Limoge mais là aussi je sais pas.

Vos études de psychiatrie, vous les avez faits où ?

Dr Oue. : Ici, à Descartes à Paris.

Et qu'est-ce qui vous a amené à étudier la psychiatrie ?

Dr Oue. : (voix très basse) Non ce sont des études complémentaires, voilà c'est tout, qu'on peut pas faire chez nous.

Pourquoi vous avez choisi psychiatrie ?

Dr Oue. : (voix très basse) C'était une occasion dans mes études pour aller plus loin.

Qu'est-ce qui vous a intéressé ?

Dr Oue. : (voix très basse) Juste comme ça. C'était une vocation.

Des membres de votre famille travail dans la psychiatrie ?

Dr Oue. : (voix basse) Non.

Vous êtes donc le premier ?

Dr Oue. : (voix basse) Oui.

Je peux vous demander ce que faisaient vos parents ?

Dr Oue. : (hausse un peu la voix) Oui, mes parents sont, ils font de l'agriculture. C'est de la culture vivrière, c'est pas aussi compliqué, c'est pas industriel.

Ils sont propriétaires ?

Dr Oue. : Oui, oui.

Vous avez des frères et sœurs ?

Dr Oue. : oui.

Combien ?

Dr Oue. : on est cinq (*ou sept*).

Il y a d'autres médecins dans votre fratrie ?

Dr Oue. : Non. Non. Je suis le seul médecin.

Que font les autres ?

Dr Oue. : Chacun est dans son domaine. Y en a qui sont dans le domaine du commerce, ingénieur, dans des activités libérales.

Personne ne travaille dans le domaine de la coopération ?

Dr Oue. : Non.

Vous connaissez d'autres personnes ?

Dr Oue. : Qui font quoi ?

Proche de vous et qui travaillent dans le domaine de la coopération ?

Dr Oue. : Euh... Oui j'en connais qui sont au Burkina, oui. Qui sont dans le domaine de la coopération, qu'est-ce que vous voulez dire par là ?

Qui travaillent pour mettre en place des coopérations avec des pays étrangers notamment, ou qui travaillent dans le domaine du développement.

Dr Oue. : (*silence*). Bon il y a un Ministère, je comprends toujours pas votre question, il y a un Ministère de la Coopération qui est chargé de ces affaires-là avec des professionnels.

Vous en connaissez personnellement ?

Dr Oue. : Forcément, c'est pas secret. Au Burkina oui ça existe. Je connais le Ministre de la Coopération. Mais je sais pas si ça répond à votre question. Dans tous les pays il y a des Ministères chargés de la coopération.

Oui mais ce n'est pas pour autant qu'on connaît les ministres personnellement.

Dr Oue. : (*Silence, il marmonne dans sa barbe*).

Vous travaillez avec le Ministère de la Coopération ou pas ?

Dr Oue. : Non, on relève du Ministère de la Santé, on n'a pas de partenariat particulier avec le Ministère de la Coopération. C'est un peu comme ici. (*silence*) On dépend de la santé et pas de la coopération.

En France, la coopération peu importe d'où elle vient est plus ou moins contrôlée par le Ministère des Affaires Etrangères, est-ce que c'est le cas au Burkina Faso ?

Dr Oue. : (*Silence*). Ça dépend en fait du découpage, euh, de différents (*inaudible*). Parfois ils font affaires Etrangère et Coopération, des fois la Coopération est séparée, c'est pareil, c'est comme si.

Et vous, ça vous est déjà arrivé ?

Dr Oue. : (*hausse le ton*). Mais moi je suis pas de la coopération, je suis médecin...

Oui, mais étant donné que vous avez mis en place une coopération.

Dr Oue. : Oui, mais c'est à l'échelle de l'hôpital, c'est pas... Ça dépend, si c'est une coopération, ce que nous appelons coopération décentralisée, bon c'est pas quelque chose qui est pilotée, gérée, supervisée par le Ministère de la Coopération, tout du moins en ce qui nous concerne. C'est une coopération entre deux hôpitaux, bon.

En France pour obtenir des financements externes, par exemple l'hôpital de Ville Evrard doit accepter les critères mis en place du Ministère des Affaires Etrangères.

Dr Oue. : Je connais pas. Oui c'est logique. Mais chez nous, c'est pas les mêmes, on a pas les mêmes activités, donc pour le moment ce n'est pas le cas chez nous.

Qu'est-ce qu'il faudrait au service psychiatrique au Burkina Faso pour pouvoir se développer ? Des fonds ? Du personnel ?

Dr Oue. : Oui un peu de tout ça, oui c'est sûr.

Et comment faire en sorte pour que...

Dr Oue. : Ça dépend aussi du niveau général du développement du pays. Ça inscrit dans un contexte global où, bon, c'est un tout. C'est un hôpital avec un service psychiatrique donc qui développe, qui essaie de développer la psychiatrie et l'ensemble des autres services.

Combien de personnes travaillent dans le service psychiatrique ?

Dr Oue. : Une quarantaine.

Pour combien de patients ?

Dr Oue. : En termes de lits, on a une quarantaine de lits.

(Silence)

Comme vous le savez je suis dans un service d'ethnopsychiatrie, que pensez-vous de l'ethnopsychiatrie ?

Dr Oue. : Euh, je ne pense rien, je n'ai pas une pensée particulière, c'est aussi peut-être une question... Ils sont un peu dans une pratique, d'opinion, la conséquence est la même... *(Inaudible)*.

Ça ne vous empêche pas d'avoir une opinion.

Dr Oue. : Je n'ai pas d'opinion particulière. C'est pas quelque chose de... Pour ou contre. Il y a des praticiens ici qui sont mieux placés pour donner leur avis que moi. Moi je suis pas dedans.

Même vous y êtes indirectement. Comme vous l'avez dit au début les époux Th. ont voulu mettre en place une coopération pour s'occuper des patients immigrés.

Dr Oue. : Oui, historiquement oui c'est comme ça que ça s'est passé pour eux. Pour eux c'est une question qui porte leur intérêt. Moi je suis pas dans cette position. Je n'ai pas de point de vue particulier.

Tout à l'heure vous avez dit que la psychiatrie était une vocation. Vous vous souvenez d'un événement qui vous a donné envie de vous engager ?

Dr Oue. : Non. *(Silence)*.

Que pensez-vous de la psychiatrie au Burkina Faso ? La manière dont elle est perçue par la

population ?

Dr Oue. : Bon c'est difficile à développer entre ce que dit la population et ce que j'en pense.

Qu'en dit la population ?

Dr Oue. : De quoi ?

Sur la psychiatrie.

Dr Oue. : C'est difficile de vous résumer ce que pense la population, ce que 15 millions de personnes peuvent avoir à dire. J'ai pas de prétentions de vous traduire l'opinion de la population burkinabé. Je sais pas si vous avez, peut-être, des questions plus précises. Le danger c'est de dire que, voilà ce que dit et pense la population. D'un point de vue, je suis quand même scientifique, est-ce que c'est de la prétention que de déclarer des choses comme ça ?

Mais on peut tenter de dégager les grandes tendances.

Dr Oue. : J'ai pas d'études qui me permet de relever ces tendances-là.

En France la psychiatrie est grandement stigmatisée, des statistiques ont été faites, la psychiatrie est mal acceptée.

Dr Oue. : Peut-être, entre des études qui sont menées et les opinions des gens, y a parfois des petites nuances. Nous on n'a pas d'études qui nous permettent de dire ça. On sait que d'une manière générale, c'est pas des opinions, c'est à l'échelle mondiale, que la maladie mentale est l'objet d'un certain nombre des stigmatisations, que les malades mentaux sont l'objet de nombreuses discriminations. Le déclarer, je n'ajoute rien de nouveau à ces enquêtes. Et dire que c'est aussi des choses qu'on retrouve au Burkina c'est pas faux. Maintenant les données spécifiques qui permettent ce que la population fait et dit, on a pas toujours les supports scientifiques pour, euh, voilà, utiliser ça.

Les familles avec qui vous travaillez son coopérantes?

Dr Oue. : Ça dépend de ce que vous appelez coopérant dans le soin. Après, on travaille avec plusieurs familles, donc... Coopérante, peut-être que nous n'avons pas rencontré de difficultés particulières, euh... Qu'est-ce que vous entendez par coopérante dans le soin ?

Qu'elles acceptent vos décisions, qu'elles mettent en œuvre ce que vous souhaitez.

Dr Oue. : *Silence. Réfléchit.* Ça peut arriver, c'est pas exclu, que des familles soient contre, mais bon, mais c'est pas ce que nous voyons au quotidien. Oui ça peut arriver, c'est des choses qu'on peut imaginer, mais on peut pas dire que ce soit la règle de ce que nous avons au quotidien.

Et vous quel jugement vous portez ?

Dr Oue. : De quoi ?

Sur la maladie mentale.

Dr Oue. : *Réfléchit.* Je n'ai pas de jugement particulier. C'est une maladie comme les autres, euh. Je ne pense pas que, qu'il appartient au psychiatre de juger la maladie mentale.

A qui alors ?

Dr Oue. : Aux autres. Sinon vous n'aurez pas d'opinions, je dirai, qui soient différentes de ce que, on peut retenir dans tous les pays, que la psychiatrie est... Forcément mon point de vue ça ne sera pas ce que vous vous attendrez.

Mais je n'attends rien justement si ce n'est votre point de vue, c'est ça que je cherche.

Dr Oue. : Ouais mais nous n'avons pas, comme je l'ai dit, euh, c'est une science... En tant que telle, vous voyez avoir un point de vue c'est peut-être que, euh, la psychiatrie c'est que c'est le point de vue de la science.

Et quel est ce point de vue ?

Dr Oue. : Bah c'est une science c'est tout. Il faudrait développer tout ça. Je ne sais pas si ça vous serait utile et si on aurait le temps ici. Et je ne suis pas sûr que ce soit pas ennuyeux de développer les concepts de la psychiatrie. Je ne pense pas qu'il y ait d'intérêt. Le point de vue, mon point de vue, euh, ça ne diffère pas du point de vue du psychiatre asiatique que vous allez rencontrer, c'est pourquoi j'ai dit qu'on n'a pas à nous en tant que psychiatre un point de vue particulier de notre discipline, c'est notre discipline. C'est comme si je vous demandais votre point de vue par rapport à votre discipline.

Mais vous pouvez demander, j'ai un point de vue sur ma discipline qui peut être différent de celui des autres étudiants.

Dr Oue. : Très bien. Moi je n'ai pas de point de vue particulier à part peut-être sur la psychiatrie. Nous on n'a pas, moi je n'ai pas de point de vue particulier sur la discipline. Qu'est-ce que je peux dire sur ça ?

Vous pensez que la coopération à encore de longues années devant elle ?

Dr Oue. : Oui c'est notre souhait en tout cas.

Silence.

Fin de l'entretien.

**Entretien avec l'infirmière T. le mercredi 11 juin. Il a lieu dans le bureau des infirmières.
Durée : 1h30.**

Tu es infirmière en ethnopsychiatrie

T. : Rires. Ooouuu !!!

L'ethnopsychiatrie, pour toi, qu'est-ce que c'est ?

T. : Alors, l'ethnopsychiatrie, c'est de la psychiatrie...

Première interruption.

Alors qu'est-ce que je disais... Ah oui, c'est de la psychiatrie d'abord. Humm. Après c'est une manière de soigner qui repose sur la croyance de l'Autre, quel que soit l'Autre. C'est ça pour moi.

Par croyance qu'est-ce que tu entends ?

T. : Rire. Humm. Un système de pensées auquel on adhère. Et là elle va me dire « c'est quoi le système auquel on adhère ? »

Non non, j'attends pas...

T. : Nan mais ce qui donne la signification au monde en fait.

D'accord. Et qu'est-ce qui t'a amené à t'intéresser à l'ethnopsychiatrie ?

T. : Alors ça c'est une grande question. La conscience, je pense, de l'étrangeté de l'Autre. Les autres sont toujours étrangers par rapport à nous.

Deuxième interruption par un appel professionnel de 8 minutes.

Tu disais la prise de conscience dans l'étrangeté des Autres. Qu'est-ce que tu appelles l'étrangeté des Autres ?

T. : Euh, alors comment expliquer ça... Que les comportements des Autres, quel que soit leur culture, te paraît toujours, ouais, étranger à toi. J'ai pris conscience très tôt que ma façon de voir le monde n'était pas forcément celle du voisin.

Troisième interruption par le Dr Th. de quelques secondes puis par le téléphone. On décide de reporter en début d'après-midi.

Donc pour revenir à l'étrangeté des Autres, qu'est-ce que tu entends ?

T. : Etrange dans le sens où ils sont pas comme nous, ils ne voient pas le monde de la même manière. Etrange le mot est peut-être assez fort. Différent. En fait je ne sais jamais si le monde que voient les autres est le même que le mien. C'est ça que je veux dire par étrange. Singulier si tu préfères. Ça serait mieux de parler de singularité.

Et quand tu dis tôt, c'est quand ?

T. : Je sais pas. Quand j'avais une dizaine d'années je dirais.

Qu'est-ce qui t'a fait prendre conscience de ça ?

T. : Honnêtement, je ne peux pas te mettre un point dans le temps. J'ai l'impression que je l'ai toujours su, tu vois. Enfin, la relativité de mon regard à moi par rapport au monde, et par rapport aux autres... Honnêtement je sais pas.

Même quand tu étais enfant ?

T. : Oui. J'ai pas d'élément déclencheur. Après j'ai beaucoup lu donc ça a nourrit la réflexion, mais la réflexion elle était déjà là.

La réflexion sur l'Autre ?

T. : Oui. Et puis j'ai lu cette passionnante collection, La Terre Humaine. Je pense qu'elle n'existe plus. Avec notamment des bouquins... notamment un qui s'appelle *Les yeux de ma chèvre*. Il a été écrit par un jésuite qui est allé, je crois au Bénin, étudié les rites au Bénin et qui en fait a mis sa pratique... Il a essayé de faire un syncrétisme entre ce qu'il voyait et ses croyances à lui, euh, catholiques, assez strictes et machin...

Tu as commencé à lire quand cette collection ?

T. : Je devais avoir 13-14ans.

Quelqu'un te l'a conseillé ?

T. : Non, non. Mais je viens d'une famille où tout le monde lisait beaucoup tout le temps. Donc j'ai dû le trouver dans la bibliothèque. Honnêtement je m'en rappelle plus.

Est-ce que tu penses que l'ethnopsychiatrie peut avoir un impact général sur la psychiatrie ?

T. : Oui parce qu'on arrête de voir en l'Autre que le malade. Tu vois quand tu es en psychiatrie classique entre guillemets, tu ne vois que la psychose, ou que la schizophrénie ou que la paranoïa chez l'Autre. Donc tu t'en méfies un peu, tu es toujours sur tes gardes, du moins en tant que soignant en tout cas c'est évident, surtout quand tu es à l'hôpital. C'est pour ça que les réactions de l'équipe soignante ce matin, m'ont pas du tout étonnée quoi. Alors qu'en ethno, tu vois l'Autre dans ce qu'il est au départ. Il est malade mais il est aussi plein d'autres choses. En fait c'est un regard qu'on devrait toujours porter.

Tu as déjà travaillé en intra ?

T. : Oui. Plusieurs années. J'ai détesté.

Pourquoi ?

T. : Parce que l'équipe était extrêmement chronique. Les infirmiers qui étaient là étaient en fait les enfants des infirmiers qui avaient été là y a 20 ans ou 30 ans ou 40. Donc ça faisait un petit clan très refermé sur eux-mêmes, donc du coup moi qui arrivait de l'extérieur, alors là, la sauce elle n'a pas pris du tout. Après, j'ai été étonné parce que de ce qu'on apprend en psychiatrie où la relation est importante et machin, tu te retrouves dans une équipe qui ne te dit même pas bonjour le matin, euh, qui voit tomber un patient qui l'enjambent au lieu de l'aider à se relever, des psychiatres qui s'endorment pendant les entretiens. Tu vois moi je me rappelle, c'était l'histoire d'un jeune homme qui arrive en pleine crise de démence, mais vraiment. Donc sa mère vient voir le psychiatre deux jours après, en pleurs, elle pleure et pleure et lui, il s'endort. Et là tu te dis, « nan mais c'est pas possible. ». Plus le fait que c'était un vieux service qui était sur trois étages sans aucun système de sécurité. Ça veut dire que s'il arrivait le moindre truc dans les étages, tu n'avais même pas la moindre sonnette pour alerter les autres. En psychiatrie, c'est vraiment la base, tu as des sonnettes partout. S'il y a

quelqu'un en crise, que tu n'arrives pas à le contenir seule, tu appelles des renforts, c'est la base. Et là-bas, y avait même pas ça. C'était un cauchemar.

C'était il y a longtemps ?

T. : C'était y a 14 ans. Mon fils était tout petit. J'avais pris cet hôpital parce qu'y avait une crèche. *Rires.*

Et après, tu es partie où ?

T. : Après j'ai travaillé en appartements thérapeutiques avec des toxicomanes.

Des appartements thérapeutiques ?

T. : C'est des appartements qui sont conçus soit pour des personnes qui ont des troubles psy, soit pour des personnes qui ont des troubles... Soit des vraies maladies qui sont reconnues comme psychiatriques, soit des troubles du comportement. Et après ils apprennent à revivre dans la ville mais à plusieurs, avec un étayage infirmiers/psychologues. Un peu ce qu'on fait ici mais dans des appartements.

Et combien de temps dans cette structure ?

T. : Un an. C'était à Créteil et je m'y plaisais pas trop.

Dans la structure ?

T. : Déjà dans la ville, j'aimais pas. Et puis, ouais, la structure. Je me demandais en fait à quoi je servais.

Pourquoi ?

T. : Parce qu'une journée ou deux, je faisais des choses intéressantes avec les gens, et puis le reste du temps, il se passait pas grand-chose. Et puis après, j'ai eu quelques soucis avec la direction. L'assistance sociale et moi, on a eu des problèmes avec la direction qui n'était pas d'accord sur comment travailler... Ah, je me rappelle plus vraiment de... Y avait une dame africaine qui était là et qui était très manipulatrice. Nous on s'en était rendue compte assez tôt et on travaillait en fonction de ça, on reposait le cadre systématiquement. Et notre directrice, elle l'a pas du tout vu. Donc quand elle est venue se plaindre de notre comportement, elle a crût la patiente. Nan, je trouvais que ça avait pas beaucoup de sens. On faisait pas un vrai travail de prévention, de soin.

Concrètement, tu faisais quoi ?

T. : C'est une bonne question. Je faisais leur suivi médical parce que beaucoup était séropositif, je les accompagnais à leur rendez-vous, veillais à la prise des traitements, je faisais des entretiens. Et puis après c'est gérer le quotidien, c'est aider les gens à faire les courses, veiller à ce que les appartements soient propres, des trucs comme ça.

Et tu n'as pas aimé...

T. : Mais en parallèle dans ma vie privée ça se passait pas bien. Donc ça faisait beaucoup de choses si tu veux qui faisait que j'avais envie de changer.

Et tu as fait ?

T. : Des soins à domiciles auprès des personnes âgées. *Rires.* D'abord à Saint Maur, qui est une banlieue assez chic. Et en fait ça m'a vachement plus parce que tu as un vrai contact avec les gens. Et alors là, c'est pareil, je suis restée qu'un an, mais là pour le coup pour d'autres raisons. J'aimais beaucoup, mais j'ai déménagé. Donc je voulais me rapprocher de mon

nouveau lieu d'habitation, à Clichy.

Et là ?

T. : Bah j'ai fait des soins à domicile pour la croix rouge.

Pourquoi ?

T. : Parce que c'est le premier poste qu'on m'a proposé. *Rires*. Et puis parce que j'aimais bien la gériatrie à domicile.

C'était toujours pour les personnes âgées ?

T. : Oui. Et en fait, c'est très sympa. Là j'ai fait une dizaine d'années. Je suis restée trois ans simple infirmière et après j'ai fait de la coordination d'équipe.

Tu m'as parlé aussi d'un squat à Nanterre...

T. : Ça c'était bien avant la psychiatrie. C'est quand j'ai eu mon diplôme d'infirmière. En fait j'avais déjà fait un stage à Nanterre. Parce qu'en fait moi j'ai fait mes études à Lyon, et un matin j'ai écouté la radio et j'entends Xavier Emmanuelli, c'était un médecin qui avait créé cette consultation précarité. Il parlait de ça justement, de cette consultation de précarité à Nanterre. Et je me suis dit, mais ça c'est super intéressant, et donc j'ai postulé pour un stage. J'ai fait un mois de stage, et à la fin on m'a dit, « si tu veux quand tu as ton diplôme, reviens nous voir. ».

Et la consultation précarité consiste en quoi ?

T. : En fait, si tu veux, les sans-abris qui appellent le 115, se retrouvent dans des centres d'hébergement... Y a plusieurs solutions avec le 115, mais au final à Nanterre y a un centre d'hébergement. Donc ils arrivaient avec le 115, et nous on voyait ceux qui avaient des problèmes de santé et on les prenait en charge. Donc leur faisait prendre une douche, on soignait tous les problèmes de peau, parce qu'ils en ont énormément.

Tu es restée combien de temps là-bas ?

T. : Je suis restée un an parce que... Nous on avait un statut un peu particulier, parce qu'on dépendait de l'hôpital, Nanterre c'était un hôpital, mais le centre d'hébergement dépendait lui de la préfecture de police. Et en fait, il se passait dans ce centre des choses pas claires, des maltraitances sur les sans-abris de la part du personnel. Et je me disais qu'en restant, je cautionnais ça quelque part et ça, c'était pas possible.

Tu n'as pas voulu dénoncer ?

T. : C'est compliqué. Parce que pour dénoncer, il faut vraiment des preuves, et tu vois c'est assez spécial, tu n'as pas... Et puis, et puis, c'est un milieu particulier, c'est-à-dire que si tu as un sans-abri qui est plein de bleus ou tout ça, qu'il s'est fait tabassé dehors. C'est difficile d'avoir des preuves de tout ça. C'était vraiment intéressant cette confusion, cette interface entre les hôpitaux, parce qu'on se rend pas compte mais un sans-abri qui se casse la jambe, c'est super compliqué de le faire admettre en hospitalisation, parce qu'il est sans abri. Comme me l'a dit une infirmière un jour, dans un hôpital, ils ont relâché un mec qui avait des multiples fractures, qui avait donc un plâtre qui partait des épaules à ses pieds avec à peine la place pour pisser. Et ils l'avaient laissé partir sans se soucier une seconde de ce qu'il allait devenir, en sachant qu'il était à la rue. Tu vois, survivre dans la rue avec un plâtre... Et l'infirmière m'avait dit « Mais, de toute façon, je ne veux pas que mes impôts servent à soigner des gens comme ça. ». Ah, nan, c'est, c'est dramatique.

Silence.

Et en ethnopsychiatrie, tu penses rester aussi un an ?

T. : C'est vrai que ça paraît pas très stable comme ça. Mais je me suis toujours dit qu'en tant qu'infirmière, je trouverais du travail. Et donc je vois pas l'intérêt de me faire chier avec un travail où je me sens pas bien. Soit t'es bien et tu restes, soit tu te sens mal et du pars. Je voulais pas rester dans un lieu où j'aurais tout le temps râlé, où j'aurais pas supporté mon travail.

J'ai remarqué, tu travailles toujours avec des populations marginalisées.

T. : Oui, c'est sûr. Oui ça c'est clair. C'est tellement flagrant. *Rires.*

Une façon de mener un combat ?

T. : Sûrement, oui. Après, bon comme on en a déjà parlé, le fait d'avoir un frère handicapé, ça sensibilise aux minorités.

Tu peux me rappeler le handicap de ton frère ?

T. : Une anoxie de naissance. Une privation d'oxygène qui enlève au cerveau une partie de ses capacités.

Frère cadet ?

T. : Non, aîné. Je suis la dernière. Donc ça le rendait très dépendant pour tous les actes de la vie quotidienne. Donc forcément ça sensibilise à la différence.

Tu t'occupais de lui ?

T. : Oui, un peu, beaucoup même. La première toilette je l'ai faite à 7 ans, donc... Alors, forcément ça me... Y a eu un double truc, c'est-à-dire que, ça m'a fait prendre conscience du handicap et de la difficulté à vivre dans la société avec des handicaps, ça c'est le premier truc. Et puis ça m'a fait prendre conscience du regard des autres sur les gens différents. Et puis après j'ai des parents, enfin j'avais, qui étaient aussi assez humanistes. Je veux dire, on a baigné dedans en même temps que le lait de notre mère.

C'est-à-dire humaniste ?

T. : Pour qui les gens étaient importants, je sais pas... Tu aurais pas imaginé, par exemple, manger un gâteau sans en proposer à tous les gens qui étaient autours.

Ils faisaient quoi dans la vie ?

T. : Alors mon père était ingénieur en électricité et ma mère était femme au foyer. *Rires.*

Par choix ?

T. : Non. Avant de se marier elle était assistance sociale. Non, non elle a détesté rester à la maison.

C'est ton père qui a imposé ?

T. : En fait, elle aurait voulu avoir 2 ou 3 enfants, s'en occuper un peu et puis retravailler, c'était ça son rêve. Et puis en fait, on était 6 dont un handicapé lourd, donc elle s'est retrouvée à la maison contrainte et forcée.

Et tes autres frères et sœurs, ils s'occupaient aussi de ton frère handicapé ?

T. : Alors mes sœurs, oui. Pour ce qui est de mes frères c'est un peu plus compliqué. Y en a un qui était plus vieux donc il s'en est occupé un peu mais il est parti très vite de la maison, et se

marier. Mais celui qui est après, lui n'a jamais supporté. Pour lui ça a été trop violent, trop... Il s'en est jamais occupé.

Et tes sœurs ?

T. : Mes sœurs aînées, oui. A la limite je suis peut-être celle qui s'en est le moins occupé, quoique... Mais on n'a pas la même place dans la fratrie. C'est-à-dire que ma sœur aînée, c'était vraiment l'aînée, avec tout ce que ça sous-entend. On n'a pas du tout vécu les mêmes choses. Je suis d'une famille, tu vois, très catho.

Tes parents sont croyants ?

T. : Oui, très.

Pratiquant ?

T. : Oui.

Tu allais à la messe ?

T. : Tous les dimanches.

Jusqu'à quel âge ?

T. : Bah je l'ai fait jusqu'à la mort de mon frère. J'avais donc 18 ans. Et donc là j'ai arrêté en voyant la réaction des gens. Parce que je me suis dit, nan mais s'il y a un Dieu, c'est pas possible.

Pourquoi ?

T. : Parce que, parce qu'il est handicapé, quand il est mort, les gens ont dit à mes parents, « Oh, vous devez être soulagés. ». Et là, je me suis dit, on aurait enterré un chien, les gens, les gens auraient été beaucoup plus compassionnel.

Comment ont réagi tes parents ?

T. : Ils étaient tellement anéantis. Mais après tout au long des années, ils ont eu tout un tas de réflexions... Surtout à ma mère, parce que mon père les gens n'osaient pas trop s'y frotter. *Rires.* Ils disaient, « Ha vous avez dû beaucoup fauter pour avoir un enfant comme ça. » ou encore « Si vous avez un enfant comme ça c'est que vous l'avez mérité ». Mais c'est horrible. Le plus horrible, ça c'est un souvenir d'enfant, elle avait joué à la loterie, tu peux gagner des lots. Et le premier prix c'était un voyage en Italie pour deux. Et en fait elle a gagné, mais elle l'a pas su tout de suite parce qu'en fait la dame qui remettait le prix, lui a dit « Ah bah vous avez le premier prix, mais je l'ai donné à quelqu'un d'autres parce que de toute façon avec votre fils, vous n'auriez pas pu. »

Et ta mère, elle a dit quoi ?

T. : Bah, elle était dans tous ses états. En plus elle était assez soupe au lait donc ce genre de truc ça la faisait monter.

Et tu as grandi où ?

T. : En Normandie.

Et tout ça, ça se passe en Normandie ?

T. : Oui. D'abord on habitait dans un HLM, on était 8 dans un trois pièces. Et puis après, ils ont réussi avec l'aide de mes grands-parents à s'acheter une maison, mais qui était, enfin y avait

tout à refaire dedans, mais c'était une vraie maison et ça c'était génial ! Y avait un jardin. Mon frère a arrêté, il cassait les vitres tous les jours dans l'appartement. Et là, il a arrêté. A partir du moment où il y avait un jardin, de l'espace.

Il était suivi régulièrement par des médecins, des psychologues ?

T. : Jamais. Un psychologue, non car à l'époque il était considéré comme un arriéré mental, donc on s'occupait pas trop des enfants comme ça. Mais des médecins, oui. Ils testaient des nouveaux médicaments. Il a fait partie des premiers qui ont eu les premiers neuroleptiques. Il criait tout le temps, il criait, il tapait...

Il tapait sur vous ?

T. : Alors moi, il me tirait les cheveux mais il tirait tellement fort qu'en fait, il arrachait des poignées.

Tu avais combien de différence avec lui ?

T. : 11 ans. Donc il était vraiment plus grand et plus fort que moi.

C'est le deuxième de la famille ?

T. : Le troisième. Et alors j'avais très peur de lui parce qu'il me faisait mal, et parce qu'il criait. Alors j'étais vraiment petite et j'en parlais à ma mère en disant « mais j'ai peur ». Et elle me dit « Mais tu sais, c'est pas de sa faute, il est malade. ». Et, qu'elle est dit ça à ce moment-là, et c'est là que le pouvoir de la parole c'est juste magique, ça m'a calmé. Parce qu'en fait je savais qu'il était malade, mais le fait qu'elle le dise comme ça, j'ai arrêté d'avoir peur. C'est marrant, hein.

Même quand tu avais peur tu t'occupais de lui ?

T. : J'avais pas trop le choix.

Tes parents t'obligeaient ?

T. : Alors c'était pas des injonctions. *Rires.* C'était même pas imaginable de pas le faire. *Rires.* Quelque fois tu n'as pas besoin d'ordonner. Mais je pense que je devais faire partie des enfants qu'on appelle ici trop adultes, trop précoces, qui se sentent obliger de faire des choses pour leurs parents. *Rires.*

Et tes parents, vis-à-vis de ton frère ?

T. : Ils étaient très attachés. Mon père encore plus que ma mère. Parce que souvent dans ces familles-là, les hommes s'en vont, tu vois, laissant le handicapé à la charge de ma mère. Et mon père, non. Il s'occupait de lui, lui donnait à manger, l'amenait se promener, le changeait, dormait à côté de lui. Il était très présent. Mais mon père avait une personnalité un peu... Il était très autoritaire, mais c'était quelqu'un d'extrêmement généreux. Il pensait tout le temps aux autres, mais vraiment, c'était permanent. Tu vois, s'il voyait quelque chose qui te plaisait, il te l'achetait. Pour Noël, il faisait les colis pour les petits vieux, ça se faisait dans les villages, et bah il rajoutait toujours un petit truc en disant « les gens ont besoin du nécessaire, mais ils ont aussi besoin de superflu. ». Donc il rajoutait du parfum, du chocolat. *Rires.* Donc ouais, il était comme ça.

Silence.

Il a travaillé à l'étranger ?

T. : Non. C'était un de ses rêves, mais il a pas pu du fait qu'on était tous là. *Rires.*

Les enfants, il faut les gérer...

T. : Mais je pense que c'est surtout le handicap. Parce qu'on était 6, donc à la limite, ça aurait possible.

C'est ça qui t'a incité à t'engager auprès des populations marginalisées ?

T. : Je pense. Après l'envie de voyage est venue parce qu'il m'a mis dans les mains très, très tôt, les bouquins d'Alexandra David-Neel.

Je connais pas.

T. : Tu connais pas ? *Rires*. La première femme française qui a mis les pieds à Lhassa en, je sais plus quelle année, fin XIXème.

J'ai lu un livre de missionnaires français qui y sont allés pendant la même période, mais des hommes.

T. : Cette femme était incroyable en fait. C'était une française d'un milieu assez aisé, qui était orientaliste qui s'est mariée avec un monsieur très, très riche et qui a financé ses missions. Et elle a fait un tas de voyages au Tibet, en Inde.

Tu as lu son livre...

T. : Je devais avoir 10 ans. C'était *Voyage d'une parisienne à Lhassa*. C'est passionnant. Je l'ai relu y a pas longtemps, c'est vraiment passionnant. Tu vois, tu lis ça, ça te donne vraiment envie. Et puis il m'avait passé un tas de bouquins sur les explorations, sur les expéditions du commandant Charcot dans le grand Nord, sur l'île de Pâques. Comment tu ne veux pas avoir l'envie de voyager après ? *Rires*.

Et tu as commencé à voyager quand ?

T. : Oh, très tard. Mon premier voyage, je devais avoir 26 ans. C'était aux Philippines. Mais tu vois j'avais jamais pris l'avion avant. Ça faisait, dans ma génération ça se faisait moins, mais quand même 26 ans, ça fait tard.

C'était dans quel cadre ?

T. : Euh, pour Ecoles sans frontières. C'était ma première mission pour donner des cours de français à des réfugiés vietnamiens. Et ça c'était super.

Tu as fait des missions humanitaires ?

T. : Oui. Ça c'était ma première mission.

Ton rôle ?

T. : Donner des cours. C'était une école dans un camp de réfugiés, et on donnait des cours.

Tu avais une formation au préalable ?

T. : Euh, alors... Cette ONG avait mis une méthode d'apprentissage rapide du français. *Rires*. Mais j'avais trois jours de formation. Tu vois je me suis vraiment lancée, euh...

La méthode, elle marche ?

T. : Quand on l'a connaît bien, elle marche vraiment. Quand on l'a connaît moins bien... Je me suis débrouillée comme je pouvais, avec les moyens du bord.

Pourquoi tu t'es engagée dans cette mission ?

T. : Parce que j'avais très envie de travailler avec des vietnamiens. Ma génération a été très marquée par la guerre du Viêt-Nam. Et l'enseignement je trouvais ça pas mal, que c'était une

bonne idée. Et puis c'était une première mission. J'ai fait une école de logistique, et il fallait trouver des stages à l'étranger.

Une école de logistique, pendant combien de temps ?

T. : Deux ans.

Juste après ton Bac ?

T. : Oh, bien, bien après. Je l'ai fait, euh, je l'ai fait en 86, donc... J'ai passé mon Bac en 77. J'ai d'abord été dactylo dans une caisse à Paris.

Quel Bac ?

T. : Un Bac littéraire.

Et la carrière de Dactylo te branchait au début ?

T. : En fait non. *Rires*. Pas du tout. Si tu veux vraiment tout savoir, j'ai passé mon Bac, j'avais 17 ans, donc j'étais jeune. J'ai fait une année de Fac en droit, et en fait j'ai déprimé. Tu vois, quand tu as l'habitude d'être dans un système cadré jusqu'en terminale... Alors déjà la Fac, je comprenais pas comment il fallait faire. J'habitais dans une petite chambre dans un sous-sol...

Elle était où la Fac ?

T. : A Rouen, et mes parents habitait à 30 km de là, donc ça faisait trop loin pour y aller tous les jours. Et donc du coup j'ai fait une grosse dépression et j'ai arrêté. Et après j'ai fait un BTS de secrétariat pour faire plaisir à mon père. Nan, mais j'aimais faire des études, mais je voulais pas être à leur charge trop longtemps. Donc le BTS c'était bien, c'est deux ans, donc c'était parfait. Sauf que secrétariat quand on me connaît, c'est n'importe quoi. *Rires*.

Pourquoi ?

T. : Parce que j'ai absolument pas les qualités d'une secrétaire. Je suis pas du tout organisée, je suis pas méthodique. Enfin maintenant quand je raconte ça les gens qui me connaissent sont morts de rires, « Nan mais toi secrétaire... ». C'est comme m'imaginai dansant nue sur une scène. *Rires*. C'est pas du tout fait pour moi, mais pas du tout.

Tu l'as fait pendant combien de temps ?

T. : Du coup je l'ai eu mon BTS. Entre temps j'avais rencontré un mec qui vivait à Lyon, et c'est comme ça que je me suis retrouvée à Lyon. Et donc j'ai travaillé pendant 5-6 ans comme dactylo, même pas comme secrétaire.

Avant de te réengager vers une école de logistique ?

T. : Ouais.

Pourquoi la logistique ?

T. : Parce que je rêvais de faire des missions humanitaires.

Depuis longtemps ?

T. : Depuis que j'avais vu la création de Médecins Sans Frontières à la télé. *Rires*. Dans les années 68. Je me suis dit, quand je serai grande, je travaillerais sur un bateau avec des réfugiés. *Rires*.

Tu as pu le faire ?

T. : Oui.

Un rêve d'accompli.

T. : Donc voilà, déjà la logistique me correspondait beaucoup mieux. Et la première mission aux Philippines c'était une manière de valider mes études. Le départ était difficile à trouver dans les stages.

Et aux Philippines, ça te correspondait toujours ?

T. : Euh... Alors le travail lui-même oui. Mais après se retrouvait seule au bout du monde... J'ai trouvé ça dur. Parce qu'en fait, on était deux dans cette ONG. Mais en fait, l'autre, qui était un mec, voulait jamais faire autre chose avec moi que travailler dans la journée. Enfin faire autre chose, j'attendais pas... *Rires.* Tu vois, je veux dire sortir, parler. Il était pas très sympa. Et en fait j'ai compris après quelques années que lui, il vivait avec une philippine de 13 ans. La famille de la fille a porté plainte pour viol etc. etc. Et il a fini par se pendre. Donc si tu veux je pense qu'il voulait pas que je vois à quoi ressemble sa maison. *Rires.* Donc voilà, je passais tous mes week-ends seule, et je trouvais que c'était un peu rude.

Combien de temps tu es restée ?

T. : 9 mois. Et puis après j'ai eu la chance... Pendant ce temps-là, un bateau affrété par Médecins du Monde faisait Mer de Chine-Philippine. En fait il recueillait les (*inaudible*), les amenaient dans notre camp et repartait. Ce mec était vraiment con parce que tout ça, il m'avait pas expliqué. Et un jour tout à fait par hasard je tombe sur un médecin vietnamien qui me dit « Ah mais viens donc dîner à bord ce soir. A chaque fois qu'on vient ici, Nicolas vient manger avec nous. ». Et il m'avait rien dit. Et puis, là en discutant, ils m'ont proposé de partir avec eux en France, avec 300 réfugiés à qui je continuerai à donner des cours sur le bateau. Donc j'ai dit oui.

Et les cours sur le bateau, pas trop...

T. : Bah c'était un peu compliqué. Parce que ce bateau au départ, transportait des camions. *Rires.* Donc il était absolument pas fait pour une longue traversée avec 500 personnes à bord. Donc beaucoup de gens étaient malades. Après c'était comme même très sympa.

Tu as fait beaucoup de missions après ?

T. : Après j'en ai fait... Je sais plus exactement. Parce qu'après, pareil, j'ai rencontré sur ce bateau des gens qui rentraient d'Afghanistan et qui m'en ont parlé. Après quand je suis partie en Afghanistan, j'ai rencontré... Après tout s'enchaîne.

Je comprends.

T. : Donc, après les Philippines, ça a été l'Afghanistan une première fois. Puis une deuxième. Après je suis allée à Honduras vacciner des chiens, ça a pas duré longtemps. Mais c'était rigolo. *Rires.* Après je suis retournée en Afghanistan. Là un mec de notre équipe s'est fait assassiné. Donc Médecins Sans Frontière a décidé de fermer toutes les missions. Et je suis restée au Pakistan un an pour fermer tout. Après je suis repartie en Haïti. Parce qu'en fait j'avais le choix entre le Liban et Haïti. Et je m'étais dit le Liban ça craint encore pas mal, mes pauvres parents... Je vais plutôt prendre Haïti, c'est calme, c'est stable. Je suis arrivée au mois de juillet, et au mois de septembre y a eu un coup d'Etat. *Rires.* Donc le pays a sombré dans le chaos et la violence.

Tu n'as jamais eu de violences directes ?

T. : Alors en Haïti oui. Mais en Afghanistan aussi. Y a eu des bombardements, donc c'est quand même impressionnant. Tu vois les victimes de guerre. On avait eu une fois un petit

garçon qui avait été cloué sur une porte par les russes, j'ai vu des pendus aussi dans le bazar. C'était un soir, je rentrais sur mon cheval. Ça faisait vraiment western, tu sais. *Rires*. Je m'étais brûlé les yeux sur la neige, parce que j'avais perdu mes lunettes. J'avais un bandeau sur un œil pour me protéger un peu. La nuit tombe sur le bazar, et tu as une grande rue. D'habitude tu as toujours un peu d'animation, un peu de monde, et là personne. Je suis sur mon cheval, et là je vois des pendus aux magasins. Vision d'horreur. En plus je sais plus pourquoi j'étais seule. D'habitude j'étais avec mon guide. Mais je me souviens plus vraiment, je me rappelle juste d'une tristesse. J'étais triste. J'avis pas peur, mais je me rappelle de la tristesse.

Comment tu fais pour gérer ça ?

T. : On en a beaucoup discuté en équipe. Mais voilà après... En fait c'est le problème des missions humanitaires. En fait t'as pas vraiment, c'était à l'époque, je sais pas maintenant. Tu vois, tu revenais à Paris avec des images horribles comme ça dans la tête et tu avais personne qui t'écoutait. J'en ai beaucoup souffert à la mort de Fred, celui qui a été assassiné. Parce que ce mec, on a passé tout l'hiver ensemble. On le quitte, moi j'étais rentrée un peu plus tôt que lui, 3 semaines avant. A peine on arrive à Peshawar (ville au Pakistan), qu'on annonce qu'il est mort, probablement assassiné par le mec avec qui on a bossé toute l'année. Et on a vu son corps revenir. Et là, vraiment c'est rude.

Et en France, les ONG mettent en place...

T. : Rien, absolument rien. En fait c'est la direction de Médecin qui s'était déplacé pour savoir ce qui s'était passé, mettre en place toute la logistique pour récupérer le corps, le ramener. Et à aucun moment, ils m'ont posé une question ? Bon, on était 3-4 dans le même cas, et à aucun moment, ils nous ont dit « ça va ? ». Ça c'était dur. Après, en Haïti, y a eu la violence. Tu sais, y a un truc qu'ils appellent le supplice du Père Lebrun. Ils mettent un pneu autour de quelqu'un et ils l'arrosent d'essence. Et donc la personne meurt asphyxié par les vapeurs et tout ça et puis le pneu, il fond sur sa peau. C'est dégueulasse.

Tu l'as vu ?

T. : J'ai entendu. Les cris. Ça se fait aussi en Afrique du Sud. J'ai vu des cadavres dans la rue. Et puis après je suis tombée amoureuse d'un haïtien. Il travaillait, il habitait dans les bidonvilles. C'était un chanteur engagé, très engagé, et je suis partie vivre avec lui dans les bidonvilles. Là c'était rock and roll. *Rires*. Parce qu'on circulait en moto, et le soir c'était le couvre-feu et on entendait les gens qui nous tiraient dessus.

Combien de temps ?

T. : 6 mois, jusqu'à ce que mon ONG me dise « Bon maintenant tu rentres. ». C'est avec lui que j'ai vu des cérémonies vaudous, des vraies, pas faites pour les touristes.

Comment ça se passe ?

T. : Ça se passe de nuit, toujours, dans la forêt. Et ça commence comme une messe catholique, avec tu vois le Christ, les Saints, machin. Et puis au bout d'un moment, ça dérive. Enfin, ça dérive... C'est vraiment un syncrétisme. Tu as l'apparition de Saints qui sont mi- Saint, mi-esprit. Tout le monde se met en cercle, y a les tams-tams qui retentissent, les esprits qui prennent possession des personnes.

Comment ça se matérialise ?

T. : La personne possédée rentre en transe, donc elle danse. Elle danse, quelque fois elle parle, parfois elle livre des messages. Et au bout d'une heure ou deux, elle s'écroule.

C'était quand en Haïti ?

T. : En 80.

Et après Haïti ?

T. : J'ai fait encore une mission encore, c'était au Cambodge. J'en ai même fait deux. Je suis aussi allée en Iran, je sais plus si c'est avant ou après Haïti... Je sais plus. C'était sur l'urgence des kurdes qui fuyaient l'Irak de Saddam Hussein. C'était un support logistique en fait aux Iraniens qui étaient super organisé.

J'aimerais revenir sur l'Haïti et les cérémonies vaudous. Tu portais quel regard ?

T. : Un regard très intéressé, tu imagines bien. En même temps, clairement, je comprenais rien à ce qui se passait. Je pensais que j'étais trop éloignée du coup pour pouvoir entrer en transe. Parce que, y a toujours cette crainte que pris dans l'ambiance... C'est très lancinant les tambours et puis t'es entourée que d'haïtiens, tu es la seule blanche du groupe... Y a tout ça qu'est quand même un peu impressionnant. T'as un Mambo, un prêtre qui dirige toute la séance. Il avait un sexe énorme, il avait une maladie des couilles qui faisait que, tu aurais pu les mettre dans une brouette. Donc voilà, y a ce Mambo qui ne parle que créole, qui refuse absolument de parler français parce que c'est la langue de l'envahisseur. Donc voilà, c'est assez effrayant. Mais en même temps j'avais pas peur mais parce que j'étais avec quelqu'un et je savais que tant que j'étais avec lui, je risquais rien. Mais toute seule, il me serait rien arrivé non plus, mais j'aurais eu peur...

Qu'est-ce qui a fait que tu es passé de secrétariat à ton école de logistique ?

T. : L'envie de réaliser un rêve de petite fille, tout simplement. Ça avait l'air fun et passionnant, beaucoup plus que de se taper les mêmes courriers du matin au soir.

Tu connaissais à l'époque des personnes qui travaillaient dans l'humanitaire ?

T. : Pas du tout. Non, j'ai vraiment...

Et ton ami de Lyon ?

T. : Il était pompiste au départ. Puis il est devenu infirmier psy. Et après il m'a quittée pour une femme qui était plus conforme à ses attentes... *Rires*. Avec le recul, je comprends mieux. Si tu veux, venant de cette enfance particulière, je devais faire un petit peu petite bourgeoise.

Petite bourgeoise ?

T. : Bah oui. Si tu veux mes parents nous ont donné une éducation assez bourgeoise, dans la manière de parler, de croire, de se comporter, de machin...

T'as des exemples ?

T. : Bah si tu veux, au début, le fait qu'on vivait ensemble, je me suis jamais préoccupée de l'aspect matériel des choses, les factures etc. Je me suis rendue compte dans l'après coup que je lui ai jamais demandé. C'était quelque chose de naturel qu'il paie tout, alors que je travaillais. Ça, ça fait très petite bourgeoise privilégiée. Tu vois t'as un toit au-dessus de la tête, après qui paye les factures, tu t'en fous. *Rires*. Tu vois en y repensant maintenant, je trouve ça dingue. *Rires*. Nan, mais le côté aussi bien-pensant. J'étais bien-pensant pendant très longtemps aussi.

Bien-pensant ?

T. : C'est de penser d'après une norme, de préférence celle de l'Eglise catholique. Moi j'étais convaincue, une croyante convaincue. J'ai même fait partie des jeunes témoins du Christ. *Rires*.

Jusqu'à quand ?

T. : Oh, mes 20 ans. *Rires.*

A quand même. Et tu as commencé à quel âge ?

T. : Oh, je sais pas, 10 ans. Et puis, j'étais, comme les croyants, convaincue... C'est après que j'ai découvert la misère sociale.

Et donc ta vie était réglée, comme tu vivais avec cet homme sans être mariée...

T. : Oh c'était très compliqué. Pour ma famille déjà, c'est clair, c'était le péché suprême. Et même dans ma tête à moi c'était pas simple. Faire l'amour sans être mariée... J'ai culpabilisé pendant très longtemps, plusieurs années avant de me dire « Mais ça n'a aucune importance ». Et ce d'autant plus que mon ami n'était pas du tout croyant. Pour moi c'était inconcevable.

Et vous êtes restés combien de temps ensemble ?

T. : 7 ans. Il m'a fait grandir.

Tu es toujours croyante ?

T. : Oh j'en sais rien. Franchement, j'en sais rien. Heu, pas comme je l'étais jeune, ça c'est sûr que non. Après, honnêtement je sais pas. Je veux dire, honnêtement, on a tous besoin de croire en quelque chose... Mais je me reconnais pas dans le système traditionnel si tu veux. Pour ce qui est après la mort. Moi je me dis que les gens que j'ai aimés et qui sont morts, ils sont toujours en fait un peu avec moi, donc c'est comme s'ils l'étaient pas. Mais ma mort à moi, je sais pas, vraiment. *Rires.*

C'est la fin.

T. : Ouais, je pense que c'est la fin. Mais en même temps je me dis c'est absurde, tout ça pour ça, c'est dommage. *Rires.*

C'est peut-être ça qui fait la beauté de la vie aussi.

T. : Oui, c'est sûr. Mais quand tu as des enfants, c'est aussi pour transmettre des valeurs, c'est pour que quelque part, elles se perpétuent. Et si vraiment la vie n'a pas de sens pour toi, comment tu peux faire partager ça ? C'est pas une croyance que tu peux inculquer à un enfant, c'est quand même vachement lourd.

C'est quoi tes valeurs ?

T. : Hum... ; Le partage, ça c'est vraiment important pour moi. L'égalité, la justice. La tolérance. *Rires.*

Tu peux avoir ses valeurs sans pour autant te dire que la vie a un sens.

T. : Oui, mais si tu te dis que la vie n'a pas de sens, pourquoi tu te fais chier, à je sais pas, respecter les gens... Parce que si y a pas de sens, pourquoi s'empêcher de jouir d'un maximum de choses.

Le sens qu'on donne résulte de notre éducation, de nos parents etc. C'est là où tu vois que le sens dépend de chacun, que c'est une construction individuelle.

T. : Je trouve que c'est une question compliquée. Y a forcément du sens, mais...

C'est tes valeurs qui ont fait que tu t'es engagée dans l'humanitaire ?

T. : Oui, clairement oui. Oui, et puis vraiment la conscience étroite que la planète appartient à

tous. Au nom de quoi, on aurait plus de choses que les autres ?

Et toi qui connaît le monde de l'humanitaire, tu portes quel regard ?

T. : Un regard mitigé, forcément plein de sympathie parce que j'ai rencontré vraiment des gens géniaux. Et puis un regard beaucoup plus critique sur ce qui fait qu'à un moment donné on lance une action dans tel ou tel pays, et d'où viennent les capitaux, quel genre de comptes on rend et finalement on est l'instrument dans le truc. C'est, notamment par rapport à l'Afghanistan. Ça c'était flagrant parce que les fonds étaient essentiellement américains. Les Etats-Unis ne donnaient pas de l'argent juste pour nos beaux yeux d'humanitaires. *Rires.*

Tu le savais à l'époque ? Ça te posait un souci ?

T. : Je le savais mais j'avais pas du tout mesuré ce que ça représentait. Mais je le savais. Et puis aucun de ceux avec qui je travaillais à l'époque n'avait réalisé ce que ça impliquait. Nous on voyait juste le fait qu'un petit pays était envahi par une énorme puissance. Donc soutenir le petit pays paraissait normal.

Si tu avais su à l'époque, tu aurais réagi pareil ?

T. : *Silence.* Peut-être, parce que finalement on était du côté des résistants mais aussi des djihadistes, donc des gens très traditionalistes, très... Et que, on se battait pour le coup pour des valeurs qui n'étaient pas du tout les nôtres. On est bien plus proche des valeurs russes que celle afghanes. Enfin, moi je me sens plus proche d'un communiste qu'un islamiste, clairement. Après les afghans, y a vraiment eu des rencontres extraordinaires. Mais c'est vrai qu'en réfléchissant un peu...

Et dans les autres missions, c'est pareil ?

T. : Non. C'était vraiment la mission la plus perturbante à ce moment-là. Mais tu te poses toujours des questions. Au Cambodge, moins, parce que l'idée d'accompagner des réfugiés chez eux, c'est une bonne idée. Incontestablement.

Il faut voir après les conditions d'accueil.

T. : C'est pour ça qu'on travaillait.

En logistique, tu fais quoi exactement ?

T. : C'est tout ce qui facilite la vie d'une mission. Donc ça peut être trouver des maisons, les aménager, s'occuper des transports, trouver du matériel etc.

Avec le recul, tu portes quel regard ?

T. : Oh, un regard très, comment je dirai, attendri.

Pourquoi ?

T. : Oh parce que c'était quand même des années formidables sur le plan individuel.

Tu veux dire pour toi ?

T. : Oui, pour moi. Je suis attendrie par rapport à ma naïveté de l'époque. Voilà j'ai fait des trucs qui me plaisaient beaucoup, j'ai rencontré des gens. Après je suis pas sûre que sachant tout ça que je serai repartie dans les mêmes conditions.

C'est-à-dire ?

T. : Je serai sûrement plus critique maintenant. Je partirai pas pour partir. Je choisirai mieux. En même temps y a pas eu de gros hiatus. J'ai pas fait une mission en me disant qu'elle n'a

pas été utile pour quelqu'un.

L'utilité tu la voyais ?

T. : Bah oui. Quand tu vaccine quelqu'un contre des maladies mortelles tu la vois. Quand tu soignes une plaie par balle, tu vois. Si tu la soignes pas, le mec perd sa jambe, tu la soignes, il marche.

Et la relation avec la population locale ?

T. : Oh bonne. En Afghanistan, vraiment bonne parce qu'on était en immersion totale. En Haïti j'ai eu un peu plus de mal parce que j'étais blanche. Mais j'ai compris ce que pouvait ressentir un africain ou un noir dans un milieu de blanc. T'as l'impression que tu es comme une grosse verrue que tout le monde très loin. *Rires.*

Ça m'a fait la même chose au Togo. Mon ami était togolais, quand on s'est baladé sur le marché, on était côte à côte, et je sentais tous les regards...

T. : C'est rude. T'as vraiment l'impression qu'on voit que toi. Nan, maintenant si je faisais des missions, je me vois bien travailler dans un dispensaire, pendant 6 mois. Après dès que tu es en contact immédiat, tu te dis que tu sauves pas le monde, mais tu peux améliorer le quotidien des gens qui t'entourent, et ça c'est déjà bien.

Tu te reverrais repartir ?

T. : J'aimerais bien en faire une en tant qu'infirmière.

Ah bah oui, tu ne l'as jamais fait...

T. : Et bien non.

Quand as-tu repris tes études d'infirmière ?

T. : Juste après le Cambodge.

Et qu'est-ce qui t'a amené à reprendre tes études ?

T. : En rentrant en France, je trouvais que c'était compliqué de rentrer parce que j'avais pas de boulot spécifique. C'était difficile entre deux missions, j'étais jamais sûre de repartir, et il fallait quand même que je gagne ma vie. J'aimais bien soigner, j'avais envie de me poser un peu.

Tu connaissais des personnes dans ce domaine ?

T. : Mes sœurs étaient infirmières, donc je connaissais.

Les deux ?

T. : Oui.

Dans quel secteur ?

T. : Alors ma sœur aînée a été surveillante dans un secteur de gériatrie, et l'autre elle est infirmière anesthésiste. Elle me disait « Oh tu sais les gens me font chier, alors là c'est parfait : je les endors et je le réveille, ça va très bien. ». *Rires.*

Elles ont été toujours été infirmières ?

T. : Oui. J'étais la seule dissidente du groupe. Nan mais en plus avant j'avais une peur bleue de faire des piqûres et c'est ça qui m'a freinée pendant des années.

Tu avais quel âge en 94 ?

T. : Je suis née en 71, donc j'avais 33. Et j'ai eu mon diplôme à 37 ans. Et puis en fait c'est un métier que j'aime bien J'avais un peu de mal en stage parce que je me retrouvais, tu vois, en position, tu vois bien les stagiaires... Il fallait faire ce qu'on disait de faire sans moufter.

T'as réussi ?

T. : Je suis pas d'un tempérament comme ça. Mais je sais qu'à l'école, mes profs par contre, dès que j'ouvrais la bouche, y a une qui soupirait tout le temps. *Rires.*

Pourquoi ?

T. : Parce que y a des choses... Notamment quand ils parlaient de ce qui se faisait à l'étranger, de temps en temps je mettais mon grain de sel. Donc ils disaient « Non pas elle, pitié. ».

Pas trop dur de retourner sur les bancs de l'école ?

T. : Alors j'ai adoré la théorie. Tu sais, être payée, parce que j'avais une bourse...

T'étais payée ?

T. : J'ai eu une bourse parce que j'avais travaillé avant. Je sais pas si ça existe encore. Mais, quand t'avais travaillé plus de trois ans, tu avais le droit à une bourse, 65% de ton salaire d'avant. C'était pas très large, mais ça me suffisait pour vivre et étudier. L'école était très bien, la directrice je savais que c'était quelqu'un d'ouvert et j'avais besoin de quelqu'un...

Comment tu savais ?

T. : Oh, bah parce que j'avais une copine qui avait cette école, je crois. Et puis après les choses se savent. Lyon, c'est pas si grand que ça. Et du coup, c'est vrai qu'elle a accepté que je fasse un stage en Inde, que je fasse deux ou trois stages à Paris. Alors que ça se fait pas du tout normalement. Normalement tu fais tes stages dans la ville où y a ton école, à la limite dans la ville à côté mais sûrement pas à l'autre bout du monde.

Et en Inde ?

T. : Bah, c'était à Pondichéry dans un hôpital tenu par des sœurs françaises, assez redoutables. *Rires.* Et moi j'étais en obstétrique-maternité. C'est là où tu vois la différence. Tu vois ici quand une femme accouche, le nouveau-né tu le prends dans les bras, tu le gnagna... Là j'halluciniais. A peine la femme accouchait, on posait le bébé sur un truc loin derrière, donc elle pouvait pas l'attraper, un truc super haut aussi. Donc tu te dis, si le bébé y glisse, c'est terminé. Et personne n'avait l'idée d'amener le bébé à la maman.

La mère, elle ne le réclamait pas ?

T. : Bah parce que ça se faisait pas. Elles étaient super jeunes, 14-15 ans. Avec tu vois un corps de jeune fille. Les filles se marient jeune en Inde.

Tu as fait d'autres stages à l'étranger ?

T. : Dans le cadre de mes études, non. J'ai fait des stages à Paris. Y a eu le centre de Nanterre, un centre d'aide aux victimes de torture, je sais plus comment ça s'appelle. Et puis j'ai voulu faire un stage chez Tobie Nathan. Et là on m'a dit on ne prend que des psychologues.

Tu connaissais déjà à l'époque l'ethnopsychiatrie ?

T. : Mais oui je connaissais déjà Tobie Nathan.

Comment ?

T. : Euh... J'ai vu un de ses bouquins. Mais honnêtement je sais plus.

Donc ça fait longtemps que tu connais cette pratique.

T. : Mais oui. Mais j'étais persuadée que c'était réservé aux psychologues. Pareil, je m'étais renseignée au centre de Malinowski, et que des psychologues. Jamais des infirmières. Donc c'est pour ça quand j'ai vu l'annonce pour ici, je me suis dit « Waouh. ». Ça fait des années que j'ai envie de faire ça.

Et avant tu travaillais où ?

T. : Dans un foyer pour handicapés.

Physique ?

T. : Physique et mentaux.

Donc en psychiatrie ?

T. : Non. En psychiatrie si tu veux tu as l'idée d'un désordre mental. Quand le cerveau est atteint au départ, c'est neurologique, c'est pas mental.

C'était où ?

T. : A côté de chez moi, à Clichy. J'avais envie de partir, mais je trouvais pas quelque chose qui m'intéressait.

Tu as fait combien de temps dans ce centre ?

T. : Un an. *Rires.* Nan mais attends... Un an, c'est un record de tenir un an dans cet endroit. Peut-être que je ferais 10 ans ici. Ça sera ma retraite. Enfin, nan, plus. Donc c'est vrai qu'en arrivant ici, ça me plaît, c'est le rêve.

Pas trop déçue pour l'instant ?

T. : Pas du tout. J'aime bien. J'ai un peu de mal à trouver ma place parce que J. est là. Ça ira beaucoup mieux quand elle sera partie.

Pourquoi ?

T. : Je sais pas si tu peux t'en rendre compte de ça, mais elle prend beaucoup de place. Tu sais elle a été très longtemps seule, donc tu vois, elle a un peu de mal à déléguer. Mais elle a du mal surtout à accepter que ce qu'elle dit ne soit pas forcément toujours bien. Tu vois, et ça moi, ça me, j'ai beaucoup de mal avec ça. Ça me fatigue, car la discussion est pas possible. Tu vois quand tu as quelqu'un en face qui est plein de certitudes, moi j'ai pas énormément de certitudes, voilà du coup... Et c'est vrai qu'elle est là depuis longtemps, qu'elle connaît tout le monde... Elle a des côtés adorables, mais je pense que ça ira mieux pour moi quand elle sera plus là.

Ne fais pas la même erreur sur l'autre l'infirmière.

T. : L'autre, elle a mon âge. Donc ça va changer la donne. Si tu veux des fois je dirai bien des trucs à J. Mais je me dis qu'elle faut qu'elle expérimente. Voilà, moi en 30 ans j'ai progressé.

Sur quoi ?

T. : La tolérance notamment. Tu vois, le fait d'avoir moins de certitudes. La certitude d'avoir raison. *Rires.* Je l'ai beaucoup moins maintenant qu'y a 20 ans. Alors qu'avec la nouvelle, je me dis, on va être plus... Après je sais pas, j'attends de voir. Comme c'est celle que j'aurais

pas choisi. *Rires.* C'est hallucinant, si y a une que j'aurais pas prise, bah ils l'a choisissent.

Je suis d'accord avec toi... Mais apparemment elle a une très grande connaissance.

T. : Mais oui. Mais après on l'a vu quoi à peine un quart d'heure. Et elle est mariée à un africain, elle doit connaître des choses.

Ça dépend de l'africain.

T. : Nan, elle a l'aire d'être très gentille, et ça pour moi c'est une qualité agréable.

Je la trouve un peu niaise je dirais.

T. : Ce que Ch. (*prénom de Madame Th.*) appelle pudiquement, comment elle a dit, pas très bonne théoricienne. *Rires.*

Ça veut dire ce que ça veut dire.

T. : C'est pas une intello. Mais après on peut avoir des surprises. Mais toi tu seras plus là.

Mais si, je pars le 22 ou 31 octobre. J'ai hâte de voir.

T. : Après J. a des côtés qui sont très sympa, mais j'ai un peu de mal parfois.

Et avec le reste de l'équipe ?

T. : Oh très bien. C'est des gens qui sont très agréables. Tu poses des questions, t'as une réponse. On se moque jamais de toi si tu comprends pas un truc. Nan, c'est plaisant.

Je cherche pour mon mémoire un lien entre ethnopsychiatrie et coopération, Et tu me sers à chercher ce lien car t'as une expérience impressionnante en humanitaire et là tu tombes en psychiatrie.

T. : Ah mais c'est jamais un hasard, ça c'est sûr. Les gens qui ont fait de l'humanitaire se retrouve en général dans des postes particuliers.

Je cherche la théorie de ça. Pour l'instant le seul point commun que je vois, c'est l'Autre, l'étranger.

T. : Je pense que c'est la diversité des cultures, en fait. C'est je pense, une grande curiosité au départ pour la diversité de la même chose dans différentes cultures. Tu vois, on est à la fois tellement proche et tellement loin des uns des autres. On est proche parce qu'on est humain, et c'est quand même ça qui nous rapproche les uns des autres. Je sais pas, mais si tu vois quelqu'un pleurer, peu importe le pays, la culture, tu sais que c'est du chagrin. Même si tu comprends pas la cause, tu vois bien... Et puis en même temps, on est tous tellement différents, et c'est ça qui est fascinant. C'est la multiplicité de points de vue, de langue, c'est la vie dans tout ce qu'elle est...

Et par rapport à la collaboration dirigée par les Th. ? Tu penses partir au Burkina avec eux ?

T. : *Rires.* Je pense que ça peut être intéressant. Mais je suis pas sûre de vouloir partir avec eux.

Pourquoi ?

T. : Je suis vraiment obligée de le dire ?

Ne t'inquiète pas, personne ne lira les entretiens.

T. : Parce que, parce que, ils sont chiants. *Rires.* Regarde, Monsieur Th. ce matin. Il a un point de vue tellement pessimiste sur les choses tout le temps. Et puis ce que disait Ch (Madame

Th.) en riant, mais je pense qu'il est comme ça, elle l'amène dans un coin de rêve et il ne voit que la neige. Mais je pense qu'il est comme ça, qu'il l'a toujours été. C'est sûrement quelqu'un de très gentil au fond, qui se bat pour les trucs auxquels il croit, et c'est très respectable. Mais il est bien trop grinçant à mon goût. Et puis t'imagines la place qu'ils prennent pour le coup tous les deux. Toi, t'as plus qu'à suivre en silence. Nan, la façon dont elle m'en a parlé J. ça me donne pas du tout envie. Et puis, t'es en conférences tout le temps, donc tu vois rien du pays. Ça n'a aucun intérêt d'aller en Afrique pour ça.

Quand j'ai parlé avec le directeur de com' de la coopération, il voulait mettre en place des formations pour les employés d'ici en Afrique. Tu le ferais ?

T. : Oui. Mais après ça paraît pas trop faisable dans ma situation. Mais pourquoi pas ? A mon avis, ça serait bien plus intéressant. Tu verrais les gens sur place. Dans l'absolu ça m'intéresserait beaucoup, après faut voir les modalités.

Tu penses que la coopération a un impact sur les pratiques d'ethnospy ici ?

T. : Oh bah oui. Je pense que ça renforce la crédibilité des gens. Le fait d'être en lien avec un autre pays... C'est vraiment une ouverture aux Autres avec l'idée que, ici, c'est un peu un projet pilote. L'idée c'est que ça essaime, que cette pratique peu à peu rentre dans les hôpitaux.

Tu penses que les avantages sont les mêmes au Burkina ?

T. : Alors ça je m'en rends pas compte. En fait, je sais pas du tout comment ils soignent au Burkina. Il faudrait voir comment ça se passe dans un service lambda. A priori, j'imagine que oui, mais en fait, j'en sais rien.

Silence.

De façon générale, sur la coopération internationale entre un pays riche et un pays pauvre, quelle est ton opinion ?

T. : Elle me paraît pas trop équilibrée.

Pourquoi ?

T. : Parce qu'on part pas des mêmes bases. L'Afrique, je connais pas grand-chose. Tu vois je pensais aux hôpitaux au Cambodge. Admettons qu'on est une collaboration avec un hôpital là-bas. Le directeur d'un hôpital cambodgien, le premier truc, c'est déjà d'arriver à payer le personnel. Parce que dans la pratique, les médecins, ils sont médecins le matin et l'après-midi ils sont ambulanciers, barbiers ou... Parce qu'avec leur seul salaire de médecin, ça suffit pas. Chez nous, c'est un cas de figure qui se présente jamais. Donc y a déjà un déséquilibre dans la manière de répartir le travail. Après je pense que tout le monde a à gagner dans un échange de pratiques. Tu vois prendre le meilleur de l'un et de l'autre. Et les africains ont beaucoup à nous apprendre sur justement, tout ce qui est tradition, guérir par la parole que nous on a un peu perdu. Et puis, eux, ils ont peut-être à apprendre de nous, une manière de concevoir les soins avec empathie. Pour avoir vu des soignantes africaines, je suis pas sûre que l'empathie soit le moteur de leurs actions. L'énergie, oui, l'empathie, non. *Rires.*

Pourquoi ?

T. : Parce qu'elles sont avec les patients, comme elles sont avec les bébés. C'est-à-dire, quand elles prennent, elles prennent à bras le corps, elles dont pas semblant. Quand je travaillais avec des africaines avant, quand elle te tape dans le dos, tu craches tes poumons. *Rires.* Et c'est vrai, quand elles prennent, elles prennent à pleine mains. C'est bien, mais sur une

mamie, c'est peut-être un peu trop.

Et qu'est-ce que tu penses du contrôle du Ministère sur les actions de coopération ?

T. : C'est toujours très gênant. Mais de toute façon, à partir du moment où le financement est public, il est politique et donc il est forcément pas neutre. Y a forcément quelque chose derrière. Mais après c'est pas une catastrophe qu'il y est quelque chose derrière, tout dépend de ce que c'est. Après ça peut être simplement, renforcer des liens entre deux pays, et pourquoi pas ? Il faut mieux avoir de bonnes relations que l'inverse, tu vois. Imagines que la France et l'Algérie entretiennent des mauvaises relations, avec la communauté algérienne en France, ça serait un drame. Après les hôpitaux ont fait de vrais programmes d'échange, avec les internes etc. Malgré tout, notre système de santé est encore vachement bien. Ça sera peut-être pas le cas dans quelques années. Mais pour l'instant, on a de la chance.

On s'en rend pas compte.

T. : Mais en même temps on est habitué. On est malade, et hop, on va voir le médecin, on prend les médicaments.

Je m'en suis rendue compte grâce à mon cochon d'inde. On dit toujours que le vétérinaire c'est cher, or quand on regarde, c'est le même prix que chez les humains, sauf qu'on doit payer.

T. : Voilà, c'est pas remboursé.

Nous poursuivons la discussion sur les soins animaliers.

Fin de l'entretien.

Entretien avec l'attaché de santé, burkinabé, Ad., le jeudi 19 juin. Lieu : dans la salle de vie du dortoir des internes de l'hôpital.

Durée : 1h02.

Donc vous êtes venue en France pour faire une formation, quelle est cette formation ?

Ad : Je suis là pour la formation de cadre de santé.

C'est la même chose que cadre infirmier ?

Ad : Oui c'est la même chose.

Donc avant de venir ici vous étiez déjà infirmière au Burkina Faso ?

Ad : Je suis ce qu'on appelle attachée de santé, c'est-à-dire qu'après le diplôme de base, le diplôme d'infirmier de base, tu te spécialises après 5 ans d'expérience sur le terrain, tu passes un concours, et si au détour du concours tu es admis, tu viens faire encore deux ans à l'école dans un domaine spécifique. Moi j'ai choisi la spécialité psychiatrie. Mais ça aurait pu être une autre branche de la médecine, chirurgie, pédiatrie, il y a toutes les spécialisations.

Vous avez fait vos études au Burkina Faso ?

Ad : Oui.

Dans quel cadre vous êtes venue en France ?

Ad : Dans le cadre de la coopération de mon établissement avec l'établissement de Ville Evrard.

Concrètement comment ça s'est passé ? Vous avez dû déposer un dossier ?

Ad : Oui. Pour la formation cadre. Mais sinon j'étais venue avant en 2003, de septembre 2003 à décembre 2004.

C'était pourquoi cette formation ?

Ad : C'était dans le but de transférer une compétence et d'ouvrir une unité, le centre d'accueil et de crise. Donc j'avais fait 6 mois à Aubervilliers au secteur 6 et 6 mois à Bondy au secteur 14. C'était les deux unités qui avaient des centres d'accueil et de crise.

Et après vous avez mis ça en place au CHU ?

Ad : Oui. L'ouverture officielle de l'unité a été le 5 janvier 2005. Les locaux étaient déjà là, ça a été vite, ils attendaient juste les compétences.

Et des cadres infirmières, y en a d'autres au CHU ou vous êtes la seule ?

Ad : Cadre formé en France, je serai la seule pour le moment. Mais sinon quand on se spécialise, on peut jouer la fonction de cadre. La plupart de ceux qui gèrent les équipes à l'hôpital de Yalgado sont des attachés de santé, c'est-à-dire des infirmiers qui peuvent prescrire entre autres.

Justement vous percevez des différences entre la formation en France et la formation au Burkina ?

Ad : Oui. Y a quand même une différence parce qu'ici, euh, je dirai que la formation est faite avec un accent sur le management... Et pour moi ça fait un peu surprise.

Je savais pas qu'il y avait des cours de management.

Ad : Si, si. Des cours de management, des cours d'économie de la santé, de la santé publique, fonction de formateur aussi.

Vous jugez que c'est utile ?

Ad : Oui c'est utile parce qu'on soit cadre de proximité ou cadre de l'enseignement... Ceux qui sont dans l'enseignement, dans la discussion de cadre, qu'on soit sur l'un ou l'autre terrain, on rencontre toujours des gens à encadrer dans le cadre de la formation. Les étudiants de l'IFSI font leur stage sur le terrain et c'est le cadre de proximité qui leur donne des compétences.

Vous connaissez d'autres personnes du CHU d'Ouagadougou qui sont venues ici en France se former ?

Ad : Oui. En 2003, j'étais là avec une qui devait aussi transférer la compétence en pédopsychiatrie qui a eu à ouvrir l'unité de pédopsychiatrie. Après nous, y eu Madame Y. qui est venue pour la formation de CATTP pour mettre en place des activités, les activités des patients. Après elle, y a eu, euh, Monsieur V., paix à son âme, qui est venu pour la formation de la prise en charge des toxiques, des toxicomanes. Y a eu bien d'autres personnes qui sont venues pour des formations diverses en pédopsychiatrie, en psychomotricité, en orthophonistes. Et puis en y une qui est aussi devenue, je m'en souviens plus...

La première fois que vous êtes venue c'était en 2003 ?

Ad : Non. Je suis venue en 2002. La toute première fois, le secteur 6 était encore sur le site de Ville Evrard.

C'était la première fois que vous veniez en France ?

Ad : Oui.

Pas trop dur ?

Ad : Souvent c'est pas évident de rester trois mois loin de sa famille. Mais y a d'autres motivations qui font que moi particulièrement j'accepte de venir pour, ça serait pour pérenniser cette coopération. C'est pas évident de trouver des gens motivés et comme y a des compétences à transférer, moi je me rends disponible pour ça. Non seulement moi j'acquière pour moi-même des compétences, mais je permets aussi à la psychiatrie de changer, d'évoluer dans le pays. Je trouve ça, y a pas de prix.

Vous avez déjà constaté des changements ?

Ad : Mais oui. Déjà l'acquisition des unités dont je parlais précédemment, l'unité de centre d'accueil et de crise, l'unité de pédopsychiatrie, la prise en charge des toxicomanes aussi. C'est un plus. Autrefois on avait que l'unité d'hospitalisation, alors que là maintenant les unités se multiplient. C'est aussi une marque de développement.

Vous voyez l'impact sur les patients ?

Ad : Oui. A cause de la présence du centre d'accueil, on arrive à éviter certaines hospitalisations, donc c'est un plus. Le fait aussi que les patients peuvent venir en période de crise, ça leur évite l'hospitalisation, ça leur évite les longues heures d'attente pour la consultation. C'est tout en faveur des malades.

Justement vendredi Madame Th. vous a présenté comme une actrice majeure de la coopération. Vous êtes engagée depuis le début ?

Ad : Au tout début j'étais pas là. Mais j'ai pris le train en route. En 95 j'étais encore étudiante

pour la spécialisation en psychiatrie. Et c'est à ce moment-là que j'ai commencé à m'intéresser à la coopération et depuis lors voilà.

Qu'est-ce qui vous avait intéressé ?

Ad : (Silence). De savoir qu'y a des gens ailleurs qui pensent au développement de la psychiatrie à Ouaga déjà. Et de savoir qu'y a, comme je l'ai dit avant, des compétences à prendre, à transférer. En fait c'était un échange, je peux dire, c'était quelque chose de pratique. C'est pas théorique ou juste une convention signée, c'était pas de la figuration, c'était une réalité. Et moi c'est ça que j'ai aimé, que j'ai adhéré. C'est suivi d'actes concrets. C'est ça qui m'a fait adhérer.

Et en échange, vous diriez que vous apportez quoi à la psychiatrie française ?

Ad : Hum... Le fait, je sais pas si c'était un hasard que je sois présente à l'inauguration de la Causerie, mais moi je dirai que ça fait partie des fruits de nos échanges. Parce que si y avait pas eu la coopération avec le Burkina, je ne pense pas que ça puisse voir le jour. Même si tout ne vient pas du Burkina, y a quand même toute une partie des compétences de la thérapeute principale qui est tirée de compétences du Burkina.

Vous avez un exemple ?

Ad : Oui. Par exemple la lecture selon la tradition, selon les croyances des uns et des autres. Le fait déjà de les écouter dans leurs différences culturelles, je crois que c'est déjà un exemple. Parce que dans les autres services, je dis quelque chose dont je suis pas trop sûre, dans les autres services de psychiatrie, je crois pas que cette lecture soit aussi pointue qu'au niveau de la Causerie. Donc voilà.

Et vous pensez que c'est important pour les patients ?

Ad : Je crois que oui. Selon les retours que j'ai, ça contribue à résoudre certaines situations, surtout avec les patients immigrés, c'est ça qu'on dit, immigré ? Voilà je crois que c'est un plus.

Oui. Et au Burkina, quand vous y allez, vous arrivez à faire cohabiter les méthodes traditionnelles avec les méthodes d'ici ?

Ad : Je dirais que la cohabitation de ces deux manières, de ces deux compétences on peut dire, de ces deux manières de prendre en charge le patient, ils cohabitent je pourrais dire naturellement. Ça n'a pas été choisi, ni voulu, mais ils sont là, ils cohabitent ensemble. Parce que pour qu'un patient vienne déjà pour une consultation, c'est que les familles ont constaté déjà un échec de la prise en charge traditionnelle. Et quand y a un échec par rapport au symptôme, ils font appel à la psychiatrie moderne parce qu'ils savent que là, elle est compétente. Donc voilà. Et les autres croyances culturelles sont résolues entre la famille et le tradithérapeute sans que la compétence médicale occidentale soit à l'origine de la demande.

Vous travaillez avec les tradithérapeutes ?

Ad : Dans notre service, non. Y a pas de collaboration directe. Mais par l'interface des familles, les familles collaborent avec eux en plus des soins modernes.

Ça se passe bien en général ?

Ad : Oui en général. Les soignants le savent mais comme c'est pas dit officiellement...

Qu'est-ce qui n'est pas dit officiellement ?

Ad : Euh ils viennent pas dire officiellement qu'ils font appel au tradithérapeute.

D'accord. Pourquoi à votre avis ?

Ad : Je ne saurais vous l'expliquer. Pour le moment, y a pas de collaboration structurée en tant que telle. Y a des ébauches, des tentatives que la... Le système de la santé commence à accepter mais c'est pas encore officiel au point où on pourrait prendre le téléphone pour appeler un tradithérapeute et lui dire qu'à ce niveau je suis bloqué et qu'on lui passe la main. Cette démarche-là n'existe pas encore.

Pour vous il faudrait la mettre en place ?

Ad : Je n'y ai jamais pensé. Je ne pense pas que ce soit nécessaire parce que c'est fait spontanément par les familles. A moins que ces connaissances traditionnelles un jour ne soient pas disponibles comme ça l'est aujourd'hui, donc là oui mettre en place une telle démarche pour les sauvegarder. Mais pour le moment je ne crois pas.

Est-ce que les familles ont honte de venir au CHU ?

Ad : En général pour venir consulter en psychiatrie, il faut que les symptômes parlent beaucoup, c'est-à-dire que le patient soit agressif, très agité, difficilement contenable à domicile. Donc généralement ce sont les symptômes qui forcent les gens à venir en psychiatrie parce que là les gens savent qu'y a un malade dans la famille. Sinon la psychiatrie, comme partout dans le monde, est stigmatisée. Quand tu vas en psychiatrie c'est que tu es fou, c'est l'interprétation donnée, donc on fait avec.

Il y a combien de soignant dans le service psychiatrique ?

Ad : A Ouaga ?

Oui.

Ad : Y a les infirmiers spécialistes qui sont le plus nombreux, environ je crois 17. Je parle quand je parlais parce qu'on en a perdu 1. Je sais pas si après il y en a un qui a été affecté, je ne saurai le dire. En plus d'eux y a une assistance sociale, y a deux psychologues cliniciennes et deux autres psychologues dont je ne saurais dire la spécialisation.

Combien de psychiatres ?

Ad : 7 dont trois professeurs.

Pour combien de lits ?

Ad : On a 49 lits et 2 lits aux urgences, au centre d'accueil.

Vous êtes souvent complet ?

Ad : La plupart du temps. Il arrive (*inaudible*). Et les consultations ne désemploient pas non plus. Je n'ai pas les chiffres en tête, je ne peux pas vous les dire. (*Elle réfléchit*). Non je peux pas vous les dire au risque de réduire en nombre.

C'est pas grave. Dans le cadre de la coopération, vous avez des dons d'argent ?

Ad : Des dons d'argent... (*Coupure par son téléphone. Elle reprend*). Ça fait partie des aléas de l'interview... *Rires*.

Pour ce qui est des dons d'argent, je crois pas, non. Ce sont des apports théoriques, des apports techniques et des apports en matériels à ma connaissance. Je ne peux pas dire que je

connaisse tout.

Les financements de la structure proviennent du Ministère ?

Ad : Oui.

Qu'est-ce qu'il faudrait pour développer encore plus le secteur psychiatrique ?

Ad : Je pense que c'est déjà aller sur une bonne base, continuer les échanges techniques et théoriques. C'est ce qu'on peut faire pour que ça s'améliore. Continuer les transferts de compétences, c'est pas mal pour les deux pays, pour la psychiatrie.

Pour venir en France, comment ça se passe? Vous êtes plusieurs à postuler ? Vous déposez les dossiers ?

Ad : Non. Je n'ai pas formulé de demande spécifique. Je crois que ça a été sur la base de critères, ceux qui m'ont envoyé seuls le savent. *Rires*

Ce sont eux qui vous ont demandé ?

Ad : Oui, ils m'ont demandé de venir. Comme je le dis, comme ils savent ma disponibilité par rapport au transfert des compétences, peut-être que c'est ça, peut-être que c'est autre chose, je ne sais pas.

Vous avez accepté tout de suite ?

Ad : Oui, j'ai accepté. Bon au départ je ne voulais plus revenir parce que c'est quand même long, ça fait un trou dans ma famille. Mais j'ai fini par accepter.

Pourquoi ? Qu'est-ce qui a fait pencher la balance ?

Ad : Je dirais, là cette fois, je dirais comme un peu, si j'ose le dire, de l'altruisme. Je suis venue, j'avais à gagner des compétences et je ne crois pas qu'il y avait un autre enjeu car ici je ne suis pas sous le statut de travailleur. Je suis étudiante, prise en charge par mon hôpital, hébergée par Ville Evrard. Mon hôpital me verse une indemnité en plus de mon salaire.

Et le billet d'avion ?

Ad : Mon hôpital, l'aller et le retour. Et le logement et les repas c'est Ville Evrard. Et quelques fois quand je suis en stage, on me donne des tickets hebdomadaires pour le transport.

Tout à l'heure vous avez dit travailler à Bondy. C'est en parallèle de l'école ?

Ad : Là ? Je ne travaille pas, je suis en stage. C'est un stage non rémunéré, c'est dans le cadre de ma formation. C'est deux semaines.

Comment ça s'est passé ?

Ad : Bien.

C'était la première fois que vous étiez dans un secteur, non...

Ad : J'ai déjà fait un stage à l'IFI ? Au centre d'accueil. J'ai eu trois autres stages dans le cadre de la formation cadre.

Vous avez déjà rencontré des personnes réfractaires à l'ethnopsychiatrie en général ?

Ad : Non.

Des personnes entrent dans la salle commune.

Pour venir en France, vous avez obtenu facilement le visa ?

Ad : Oh que non ! Ça a été la croix et la bannière pour venir ici.

Pareil pour les autres années ?

Ad : Non que cette année, les autres fois ça allait. Là je suis arrivée avec un mois de retard. Je suis arrivée en octobre alors que les cours commençaient le 1^{er} septembre.

Qu'est-ce qui s'est passé ?

Ad : C'est l'ambassade de France qui pourra vous répondre. *Rires.* J'ai déposé ma demande qui aurait pu être répondue tout de suite parce que je ne viens pas pour rester mais en stage. J'avais tous les documents officiels, j'avais même une communication officielle orale signée du Ministère des Affaires Etrangères du Burkina. Et malgré tout ça... ça a bloqué. Je ne saurais dire pourquoi.

Et la coopération, vous la percevez comment dans le futur ?

Ad : Dans le futur ?

Elle va durer ?

Ad : *Silence.* Je ne suis pas très optimiste.

Pourquoi ?

Ad : Je vais être sincère. Je pense que la retraite du Dr Th. va jouer un, va trop peser dans la balance parce que vu la manière dont lui il se battait pour que cette coopération perdure, je ne suis pas sûre que d'autres personnes soient disposées à se battre comme lui il l'a fait. Je crois que cette coopération est partie du bon jour entre deux personnes. Et un bon jour qui a réuni deux hôpitaux, deux nations et tout ce qui a pu se faire après. Et, comme j'ai dit, le Dr Th. et une de ces personnes et le Dr Oue. l'autre de ces personnes. Et c'est deux personnes sont appelées à aller à la retraite. Et eux ils avaient des objectifs et ils avaient, ils voyaient l'enjeu, l'importance de ces échanges-là. Je ne suis pas sûre que ceux qui viennent aient les mêmes perspectives qu'eux.

Pourquoi pas vous ?

Ad : Bah je ne crois pas que je sois à la bonne place moi parce que c'est entre les médecins et jusque-là ça a toujours fonctionné entre les médecins. C'est sûr que notre hôpital est un hôpital général et on tente de faire bénéficier des retombés de formation et autres à tout l'hôpital. Mais si y a pas un psychiatre pour reprendre le flambeau de cette coopération, je ne crois pas qu'on ira loin après.

Et à part le professeur Oue., aucun psychiatre ne souhaite s'engager ?

Ad : Peut-être les psychiatres qu'on a formés à partir de Ville Evrard pourront reprendre le flambeau, je n'en sais rien, peut-être.

Et vous, quels objectifs aimeriez-vous mettre en place dans cette coopération ?

Ad : En fait moi j'aimerais que d'un côté ou de l'autre, en France comme au Burkina, que les gens comprennent que cette coopération n'est pas dans un intérêt égoïste d'un individu mais que ça porte des fruits, que y a des retombés qui sont palpables. Les retombés sont dans l'intérêt du patient. Je pense que tous soignants, où qu'ils soient, d'ici ou de chez nous, sa raison d'être c'est le patient. Parce que si y a pas de patients y aura pas de soignants. Les

soignants vont se tourner les pouces. Mon objectif c'est de sensibiliser les autres à ça.

Vous recevez aussi des soignants français...

Ad : Oui, ils viennent pour les, pour les... Comment on appelle ça... En tout cas il y a un accompagnement (*inaudible*) des structures existantes, il y a des apports théoriques qui sont faits pendant leur séjour et une évaluation aussi de la mise en place de ces structures. Mais on n'a jamais eu encore un soignant qui vienne ici pour du long terme. Le maximum ici c'est deux semaines pour ceux qui viennent. Mais ça pourrait être intéressant qu'ils viennent plus longtemps. Contrairement à ce que les uns et les autres pensent, on reçoit toujours les autres. Donc même si un patient d'ici vient, apparemment ça lui apprend pas grand-chose. Mais je crois que, on apprend toujours des façons d'être et de faire des autres. Ça nous apporte toujours quelque chose. Donc voilà ce que je peux dire. Peut-être que je n'ai pas répondu à la question comme il fallait.

Y a pas de bonnes réponses. Je me faisais la même réflexion que vous parce que j'ai vu dans les comptes rendu que les soignants français ne venaient que deux semaines et je me disais que cela pouvait être bénéfique s'ils venaient plus longtemps.

Ad : Peut-être que c'est les conditions... Peut-être que les responsables de votre hôpital ne trouvent pas l'intérêt. Y a beaucoup de peut-être en fait. *Rires.*

Silence.

Tout à l'heure, vous avez dit que vous aviez choisi la spécialité psychiatrie, qu'est-ce qui vous a amenée à cette spécialisation ?

Ad : Heu... Pour vous donner un justificatif en tant que tel j'aurais du mal. C'est peut-être parce que je me sentais attirée par la psychiatrie, j'aime la psychiatrie. Et tout ce qui est social m'intéresse. En psychiatrie, on ne peut que faire du social. Même si on est soignant, on peut faire du social.

Pourquoi ?

Ad : Parce que déjà accepter quelqu'un qui est rejeté, l'écouter, ça c'est déjà du social. L'écouter, le considérer comme un être humain, c'est du social.

Qu'est-ce que vous aimez dans la psychiatrie ?

Ad : Bah... Je l'ai dit, le social. En tout cas, ne pas considérer le malade mental comme un exclu de la société. Si j'aime la psychiatrie, pour moi c'est comme une position pour dire non à l'exclusion. C'est ma manière de dire non à l'exclusion des êtres humains en général et des malades mental en particulier.

Il y a des personnes dans votre entourage qui travaillent dans la psychiatrie ?

Ad : Non.

Qui ont connu des troubles mentaux ?

Ad : Non.

À partir de quand vous avez décidé de vous spécialiser en psychiatrie ?

Ad : Hum... Après 10 ans d'expérience sur le terrain en tant qu'infirmière. J'ai travaillé surtout avant dans les unités mère/enfant. Parce qu'à la base de ma profession j'étais sage-femme. J'ai eu un parcours un peu atypique. (*Rires*). J'ai fait au moins 3-4 ans en tant que sage-femme en milieu rural avant de faire autre chose.

Qu'est-ce qui vous a donné envie de vous engager dans la voie médicale ?

Ad : Moi j'aime être au contact des gens et pouvoir aider les uns à supporter la souffrance c'est ce qui m'a engagée dans le soin en fait. Parce qu'en fait j'avais le choix.

C'est-à-dire ?

Ad : J'ai réussi à un concours pour enseigner. Mais j'ai choisi le côté médical.

Vos parents vous ont soutenu ?

Ad : Pour le médical pur, oui. Mais après pour la psychiatrie, il n'y avait plus beaucoup de monde pour soutenir.

Pourquoi ?

Ad : Parce que les gens disent que il faut être fous pour soigner les fous. (*Rires*) Comme si leur cerveau doit être aveugle pour soigner les yeux. *Rires*.

Ils vous ont fait des remarques ?

Ad : Oui, que c'était contagieux, que j'allais finir par avoir des comportements étranges. *Rires*.

Je connais un interne en psychiatrie et lorsqu'il a dit à ses amis qu'il choisissait la psy, ils lui auraient dit, « Mais tu es complètement fou, qu'est-ce que tu vas aller faire là-bas ? ».

Ad : Bah oui.

Que font vos parents ?

Ad : Ma maman était au foyer parce que tous les deux sont partis. Mon papa était garde républicain. Je ne sais pas si vous connaissez à quoi ça correspond ici en France.

On a il me semble aussi des gardes républicains ici auprès du Président. C'est la même chose ?

Ad : Oui.

Vous avez des frères et sœurs ?

Ad : Oui, nombreux.

Combien ?

Ad : Une bonne vingtaine.

Votre père avait une co-épouse ?

Ad : Oui.

Vous avez contact avec tout le monde ?

Ad : Oui. Aucun problème. Y a pas de compétition, pas de conflits.

De façon générale, ils font...

Ad : Tout le monde a un travail, tout le monde travaille dans tous les domaines de la vie. On a des médecins, des militaires, des enseignants.

Vous avez des enfants ?

Ad : Oui, deux, un grand et un petit. Le grand a 26 ans et le petit 13 ans.

Le grand ne veut pas aller en psychiatrie ?

Ad : Non il veut pas. Il trouve que la branche médecine c'est long et mal payé. Donc il a choisi des branches techniques.

La branche médicale est mal payée ?

Ad : Pour le temps que ça prend, oui.

Vous n'avez pas encore perdu votre motivation ?

Ad : Moi ? Non, elle est là, inébranlable je pense.

Vous pourriez faire d'autres formations en France ?

Ad : Là, je crois que c'est bon, j'ai fait le maximum. *Rires.* J'ai donné ce que je pouvais à la coopération. Je crois que la prochaine fois que je viendrai en France ça sera en visite.

Le rythme d'étude doit être soutenu ?

Ad : Ah oui. Cette année c'était beaucoup speed. On a quand même... Tout ça, ça fait partie de l'entretien ?

Oui.

Ad : On a quand même eu un mémoire de fin d'étude, un mémoire en DU éthique, trois rapports de stage à fournir, des rendus écrits. C'était pas les vacances, c'était pas un lieu de promenade. Seulement ici (*elle parle du bâtiment où elle loge*), mais là je suis une infirmière parmi les médecins.

Et la relation avec les médecins, ça va ? Il n'y a pas de conflits de positions ?

Ad : Hum, y a pas d'occasions. On se croise dans les escaliers, soit quand je remonte soit quand je descends. Y a pas de contact, on se dit bonjour. Personne ne sait qui est qui.

Et au Burkina, entre ceux qui sont partis et ceux qui ne sont jamais venus en France ?

Ad : Ça créé des envies, mais ce que les uns et les autres pensent je ne le saurai jamais.

Parfois ça peut se sentir, dans la façon de travailler ensemble...

Ad : Oui ça peut ne pas manquer mais j'en fais pas ma priorité, ça les engage eux. Si quelqu'un veut savoir quelque chose, je suis disposée à partager ce que j'ai reçu ici. Mais si c'est pour m'embêter, je prends une position de protection.

Concernant l'ethnopsychiatrie, qu'est-ce que vous en pensez ?

Ad : Celle d'ici ou en général ?

Déjà qu'est-ce que c'est pour vous ?

Ad : Pour moi j'entends par ethnopsychiatrie, hum, pour moi c'est une illustration de lire les symptômes des patients en prenant en compte leur culture, leur façon d'être dans leur société d'origine. Pour moi je comprends ça comme ça. Je n'ai pas une définition théorique exacte mais c'est comme ça que je comprends. Peut-être que c'est pas la vraie lecture, mais...

Et qu'est-ce que vous en pensez ?

Ad : Je pense qu'en France ici, c'est bien pour les patients qu'il y ait des unités comme ça

parce que c'est pas évident d'être compris toujours dans sa différence. Si ça peut aider les gens à se reconstruire, c'est pas mauvais, je pense même que c'est une bonne chose.

Certains opposants disent que ça risque de créer encore plus de tensions entre les immigrés et les français, le risque du culturalisme, tout rapporter à la culture.

Ad : Mais je ne crois pas que ça soit tout qui est rapporté à la culture. Parce que déjà on n'oblige pas tous les patients immigrés à aller en consultations d'ethno. C'est dans des cas spécifiques, des cas difficiles. Je pense que... Ce sont des cas désespérés, des cas où on tente une approche un peu ethnique. Donc je ne vois pas en quoi des crises ethniques. A partir du moment où... Pour moi je dirai que c'est un dernier recours face à certaines situations de la psychiatrie. Dernier recours ou un recours ultime, je sais pas. Il faut le lire comme vous le voulez. Mais je pense que c'est des approches spécifiques non généralisées. Non je crois pas qu'il y ait d'incidences ou d'influences quelconques sur qui que ce soit, non. Ceux qui le pensent je crois qu'ils n'ont pas compris, qu'ils ne savent même pas ce qu'est l'ethnopsychiatrie. D'où la nécessité d'expliquer, de mener des actions de sensibilisation.

Comment vous avez rencontré les époux Th. ?

Ad : A Ouaga, au service de psychiatrie, pour la première fois.

En quelle année ?

Ad : J'ai rencontré le Dr Th. pour la première fois en 95 quand j'étais encore étudiante pour ma spécialisation. Mais Madame Th. on s'est rencontré en 2005. On s'est rencontré même en 2004 je dirai. Mais c'était ici, en France. Ça a continué jusqu'à aujourd'hui.

Vous connaissez des personnes qui travaillent dans le domaine de la coopération mais autre que la vôtre ?

Ad : A Ouaga ?

Oui.

Ad : Dans mon entourage immédiat, non. Mais dans mon entourage professionnel oui. Dans plusieurs hôpitaux.

Vous pensez que ces coopérations sont utiles dans le développement du pays ?

Ad : Je crois. Pour moi c'est utile parce que ça facilite quand même le transfert de compétences. S'il fallait que le pays finance pour toutes les compétences de la psychiatrie qu'on a acquises, ça n'aurait pas été évident parce que notre contexte privilégie quand même d'autre chose par rapport à la psychiatrie. Parce que c'est un pays où il y a l'influence des maladies infectieuses, les maladies dites prioritaires. Donc ça n'allait pas être évident si on comptait juste sur nos moyens de pouvoir développer la psychiatrie dans notre pays. Quand je fais un peu de recul, je me rends compte qu'on est en avance sur de nombreux pays dans la sous-région par rapport au développement des structures de la psychiatrie. Déjà la formation des infirmiers comme spécialiste en psychiatrie, hum, c'était déjà une longueur d'avance sur beaucoup de pays. Avant nous ça n'existait seulement au Sénégal. Mais à partir de nous, beaucoup de pays ont pris le modèle. Je crois qu'aujourd'hui y en a au Niger, pour ce que je connais, les béninois viennent se former au Burkina. Les sénégalais se forment chez eux, les ivoiriens je crois aussi.

Il y a une coopération avec les pays voisins ?

Ad : Y a des rencontres plutôt entre professionnels. Des échanges à travers les différentes conférences organisées dans les différents pays. Donc y a beaucoup de professionnels qui se rencontrent, des infirmiers, des psychiatres, des psychologues.

Je peux vous poser une question personnelle ?

Ad : Oui.

Vous êtes croyante ?

Ad : Oui.

Pratiquante ?

Ad : Oui. Je suis chrétienne évangéliste.

Vous avez reçu une éducation religieuse ?

Ad : Mes parents étaient musulmans et moi j'ai choisi le christianisme.

Quand ?

Ad : Depuis 87 à aujourd'hui, ça fait quand même 37 ans, c'est ça ? Non ça fait 27 ans. Donc j'ai accepté de reconnaître que Jésus était mon seigneur et sauveur, venu mourir à la croix pour le salut de quiconque croit en lui.

Vos parents étaient pratiquants ?

Ad : Musulmans pratiquants, oui.

Qu'est-ce qui vous a convaincu ?

Ad : Qu'est-ce qui m'a convaincue ? Pour moi le christianisme je ne le prends pas sous l'angle d'une religion, je le prends sous l'angle d'un fil de vie, c'est-à-dire faire comme le Christ, donc faire le bien. Si ça peut vous permettre à analyser sous un autre angle, c'est que c'est une manière de prendre soin des autres, de se rendre compte de qui ils sont, sans tenir compte de, même s'ils sont des inconnus. Je pense que le soin vient de là. A l'origine je crois que le soin fait partie des 7 piliers de, des 7 piliers de la charité chrétienne. Voilà ce que j'ai pu lire par rapport à l'origine des soins. Donc je peux dire que mon choix dans la religion et de ma pratique professionnelle se croisent et se rencontrent.

Fin de l'entretien.

**Entretien avec le docteur Ch, le 25 juin 2014 au centre psychiatrique de Bondy.
L'entretien a lieu dans le bureau du Dr Ch.
Durée : 1h27**

Présentation de mon travail, de mon mémoire, de mes recherches.

Ça fait 20 ans que la coopération existe, qu'est-ce que pouvait m'en dire ? Ça fait combien de temps que vous avez adhéré à cette coopération ?

Dr Ch : Moi ça fait 13 ans que j'y vais, donc j'y étais peu de temps après le début. Parce que je crois pas que ça fasse 20 ans.

La coopération existe depuis 95.

Dr Ch : Depuis 95. D'accord. Moi j'ai commencé en 2000. 2000 ou 2001, je sais plus. 2001 je crois. Et donc c'est la première mission dans laquelle on a introduit... Donc au départ donc Dr. Th. y allait, donc quelques années avant, autour des urgences au CHU. Et il a mis en place la notion de centre d'accueil en fait psychiatrique, centre d'accueil et de crise avec des pratiques relatives à ce qu'on a mis en place au centre d'accueil et de crise au sein des urgences de l'hôpital. C'est un contexte un peu particulier, parce que c'est un hôpital général, c'est les urgences de l'hôpital général. Le service de psychiatrie est pas au sein des urgences mêmes. Donc ils reçoivent les urgences dans le service psychiatrique, donc c'est quand même, ils ont pas un espace spécifique centre d'accueil quoi. C'est un peu le tournant des urgences et donc l'idée c'est de modaliser un petit peu la prise en charge des urgences sur les pratiques d'accueil et de crise tel qu'on les a développées ici. Euh, à savoir, un : recevoir... Il faut que je vous donne les grandes lignes d'accueil et des crises telles qu'on les a développées dans le service, en particulier dans le service, et dans les autres services de Ville Évrard et puis en France.

C'est un : pendant longtemps la psychiatrie a été mis en touche en disant qu'il n'y avait pas de réelles urgences psychiatriques, donc il s'agit d'abord de reconnaître qu'il y a des urgences psychiatriques, non seulement des urgences vitales qui sont le risque suicidaire, le risque du passage à l'acte agressif, mais toute situation qui se présente sous forme d'un vécu intersubjectif d'urgence. Moi j'insiste là-dessus. C'est-à-dire c'est pas le vécu subjectif du patient. Ça peut arriver que ce soit le vécu subjectif du patient, qu'il y ait urgence pour lui. Mais en général c'est son entourage qui ressent l'urgence. Donc même s'il y a pas urgence vitale, chaque fois qu'il y a un vécu intersubjectif d'urgence, un vécu d'un groupe qui ressent les choses comme une urgence, il faut l'accueillir et la prendre en compte. Ça veut pas dire forcément qu'il faut hospitaliser, qu'il faut mettre en route un soin immédiat. Mais qu'il faut le prendre en compte ce vécu. Si ne le prend pas en compte ça peut évoluer vers une urgence réelle, c'est-à-dire une vraie urgence avec un risque vital. Donc un, prendre en compte.

Deux : travailler de façon contextuelle. C'est-à-dire, contrairement aux urgences générales, aux urgences somatiques, quand le patient est reçu en écarte directement l'entourage pour pouvoir se concentrer sur le patient, pour faire un diagnostic rapide, une orientation rapide. Donc le vécu émotionnel et affectif de l'entourage ne contribue pas au diagnostic en médecine somatique, et va plutôt déranger le praticien, l'équipe des urgences, va plutôt les empêcher de dérouler leurs tiroirs, leurs automatismes, leurs protocoles etc. Donc on écarte l'entourage immédiatement. On les met dans la salle d'attente, et on leur demande de revenir plus tard. Alors qu'en psychiatrie, les urgences psychiatriques doivent être reçues contextuellement. C'est-à-dire pour comprendre, qu'est ce qui fait l'urgence, il est nécessaire d'avoir une perception contextuelle du trouble, c'est-à-dire ne pas prendre le trouble de façon individuelle, isolée, mais le trouble dans son contexte. Donc la prise en charge contextuelle.

Troisièmement : un diagnostic initial qui va pas se focaliser sur le patient, mais qui va être un diagnostic de situation, moi j'appelle ça. C'est-à-dire, c'est pour ça que dans la plupart des centres d'accueil, on met les infirmières en première ligne et non pas les médecins. Parce que les médecins sont immédiatement focalisés sur l'idée du diagnostic du patient et sur le traitement alors que l'infirmier va avoir une capacité d'analyse de la situation sans forcément s'obséder pour le diagnostic du patient. Donc diagnostic situationnel. Et après l'idée de construire un lien de confiance autant que faire se peut avant le démarrage des soins, c'est-à-dire que c'est un pré-soin pour moi l'accueil psychiatrique. Il ne s'agit pas de faire immédiatement, comme aux urgences d'un hôpital général dans les urgences somatiques où ils font diagnostic immédiat, le plus immédiat possible. Là, la démarche diagnostique va être déployée dans le temps. L'accueil c'est de faire, de construire un lien, de faire revenir des gens... Alors, alors souvent les urgentistes n'aiment pas ça parce que pour eux un patient qui revient aux urgences, c'est qu'ils ont mal fait leur boulot. Mais pour nous, au contraire l'idée de recevoir une première fois et puis de reconvoquer le lendemain, le surlendemain etc. et de faire une prise en charge étalée dans le temps permet de construire progressivement un lien de confiance. Et le fait qu'on ne se précipite pas sur le diagnostic et le traitement va rassurer plutôt le patient en tout cas qui, en général a très peur d'être désigné, d'être désigné comme malade, et d'être traité immédiatement ou hospitalisé. Le fait qu'il voit... Donc voilà. C'est cette démarche d'accueil qui était l'objet d'une transmission au Burkina Faso, de façon à ce qu'ils travaillent d'une manière plus contextuelle, qui ne repousse pas l'entourage pour recevoir le patient seul, mais que le patient soit reçu avec son entourage. Qu'il y ait un diagnostic de situation qui permet de construire un lien avant le démarrage des soins. Construire un lien avant le démarrage des soins.

Ce n'était pas le cas avant au Burkina Faso.

Dr Ch : Euh, bah, avant si tu veux c'était une démarche beaucoup plus médicale classique, c'est-à-dire urgence, on demande à l'entourage de rester dehors, on reçoit le patient, et on fait un diagnostic, et on traite. Ce qui est, ce qui est pas mauvais d'un point de vue stratégique, Mais qui en psychiatrie conduit pour le patient avec un vécu de brutalité ou de violences. Donc pour éviter ce vécu de violence, il faut prendre plus de temps. À moins qu'il y ait, encore une fois, une urgence vitale, qu'il y ait une menace suicidaire aigue, ou un risque agressif, la plupart du temps c'est pas le cas, il y a de la tension, il y a de l'angoisse, il y a rien qui contrindique de prendre 15 jours trois semaines. C'est ce qu'on va faire dans notre travail d'accueil, on va prendre le temps avant d'instaurer un traitement, que le patient soit un peu accroché, que, il y a l'idée que les gens qu'il rencontre ne cherchent pas immédiatement à l'enfermer, à l'obliger à des soins qu'il ne veut pas. Mais, il y a comme ça une phase de négociations avec le patient et l'entourage. Donc voilà, ça ça été la première démarche au Burkina, c'est de travailler cet accueil du patient, euh. Ensuite, euh, ce qui s'est développé par la suite, euh... À partir de mon arrivée et puis de l'arrivée de B. W. qui travaille en pédo psy, c'est un le travail avec la famille, parce que moi je suis thérapeute familial depuis 30 ans donc euh, et mon idée c'était, d'abord mon intérêt personnel c'était d'élargir un petit peu mes connaissances sur la famille en Afrique. Parce qu'on reçoit beaucoup de familles africaines ici. Mais avant d'aller au Burkina Faso, il y avait beaucoup de choses qui m'échappaient complètement sur le fonctionnement des familles africaines. Donc cette pratique-là m'a permis de mieux comprendre les familles africaines. Et d'autre part, aussi, d'avoir, de découvrir au contact des équipes soignantes et des patients, de découvrir quelles sont les ressources locales du soin. C'est-à-dire, moi je pense que la psychiatrie elle est faite de deux parties, les universels et le local. Et qu'il ne faut négliger ni l'un ni l'autre. C'est-à-dire que les universels c'est les épidémiologies, les conférences de consensus, les grands traitements, le fait que dans le monde entier il ait tant de pourcentage de schizophrènes dans toutes les

cultures et civilisations etc. Qu'il y ait des conférences de consensus qui préconisent les médicaments antipsychotiques, telle ou telle prise en charge. Ça ce sont des choses universelles. Par contre tout ce qui concerne le, la compréhension du soin et, euh, la solidarité locale, il faut s'appuyer sur le local. C'est-à-dire qu'il faut s'appuyer sur ce que les gens comprennent localement de ce qui est en train de se passer et quels sont leurs éléments d'interprétation et d'analyse des symptômes. Et puis sur les ressources locales de solidarité, parce que si d'emblée on dit aux gens « non, vous pensez des conneries et nous on sait », le risque d'abandon est élevé. En psychiatrie, le risque majeur c'est l'abandon. Et quand la famille abandonne, ici c'est déjà grave, mais là-bas c'est gravissime, c'est-à-dire quand il n'y a plus de famille, le patient deux, trois ans, il va être plus ou moins errant puis clochardisé et puis il va faire toutes sortes de, d'accidents qui vont l'amener à mourir. Donc il est très important de s'appuyer sur la famille et aussi de recevoir la famille pour les aider, les rassurer, les aider à tenir le coup et être dans cette construction relationnelle avec la famille, il faut prendre en compte leur conception de la maladie et leur méthode locale de soins. C'est-à-dire qu'est-ce qu'ils font d'habitude dans cette situation-là. Donc, euh, quand j'ai commencé à y aller, d'emblée la préoccupation c'était... Il y a à peu près je dirais 15 % de malades psychiatriques qui arrivent en psychiatrie. Le reste est pris en charge bien avant la psychiatrie par des thérapeutes. Par des thérapeutes traditionnels, qui font ce qu'ils peuvent, certains ont des, ont des, euh, un art du soin qui est tout à fait intéressant et aboutit, d'autres sont des charlatans. En tout cas, le premier réflexe du Burkinabé moyen, c'est d'aller voir un tradithérapeute, c'est pas d'aller voir un psychiatre surtout à la campagne. Encore dans les grandes villes comme à Ouaga, où il y a des gens qui ont appris à utiliser les services de psychiatrie. Mais dans les campagnes, le premier temps, va être le temps du soin traditionnel. Alors, paradoxalement, il y a une étude qui a été faite, je crois que c'est dans les années 2000 quand j'ai commencé à y aller, il y a une étude internationale, c'est de l'OMS, qui a montré que de devenir un jeune patient schizophrène était moins péjoratif dans les pays pauvres que dans les pays riches. C'est-à-dire, paradoxalement, le fait qu'on est beaucoup de moyens de soigner, ici, c'est que, ne produit pas d'effets bénéfiques sur le fait d'être diagnostiqué schizophrène. Pourquoi ? Parce qu'ici il y a quand même une très grande intolérance vis-à-vis de ce genre de dysfonctionnements, dans d'autres pays, et peut-être dans des pays moins développés, les adaptations locales sont finalement, les systèmes d'intégration sont moins défaillants que chez nous. Donc, finalement on voit...

Vous avez pu le constater au Burkina Faso ?

Dr Ch : J'ai pu le constater, parce qu'on a fait quelques visites dans les villages, où on voit que les patients sont un peu comme avant l'exode rurale en Europe, sont mieux intégrés dans un village, dans une petite communauté que dans la ville. Dans la ville ils sont paumés. D'abord ils vivent dans des appartements en ville alors qu'au village c'est la cour et les cases, et c'est un collectif beaucoup plus contenant. L'exode rural a produit deux effets, non plutôt trois effets pathogènes au Burkina. C'est l'apparition de la problématique adolescente parce que dans la ville les ados se regroupent et on commence à avoir des problèmes de toxicomanie et de délinquance etc. Alors que dans le village l'adolescence n'existe pas, c'est un rituel de passage entre l'enfance et l'âge adulte. Il y a pas cette classe d'adolescence qui se constitue en milieu urbain. Après il y a les vieux qui sont souvent restés au village alors que les jeunes sont partis. Les vieux se retrouvent livrés à eux-mêmes, d'une certaine façon, devant continuer à cultiver la terre pour se nourrir sans l'aide des jeunes qui fait que beaucoup de vieux là-bas font des dépressions ou alors se droguent aux amphétamines. Sur les marchés noirs, on trouve facilement des amphétamines, et il y a un problème de toxicomanie du sujet âgé là-bas dans les villages. C'est-à-dire, des gens qui pour tenir le coup, abandonnés par les jeunes de la

famille, se drogue pour continuer à travailler et pour continuer à se nourrir. Le troisième problème lié à l'exode rural, c'est les malades errants. C'est-à-dire que, à la campagne, même si le malade se déplace de village en village, on sait, chacun sait de quel village il appartient. Donc il appartient à une communauté. En ville le malade errant devient très vite, très vite, dans un anonymat complet, c'est-à-dire que personne s'occupe de lui.

Donc ces trois problèmes liés à l'exode rural, ce qui est intéressant c'est de voir que les mêmes causes produisent les mêmes effets que ce soit en Occident ou dans le Nord ou dans le Sud.

Donc, euh, je reviens sur le travail avec la famille. Quand on était, la première mission au Burkina, quand on a commencé à discuter avec eux et très vite, moi, j'ai enchaîné sur des consultations cliniques parce que c'est bien joli de bavarder sur la famille burkinabé etc. ou de faire des cours sur la systémique ou la conception de la famille et de la thérapie familiale. Mais ce qui m'intéressait avant tout c'était d'essayer de comprendre qu'est-ce que c'était une famille là-bas, comment ça fonctionne, quels sont les systèmes de parenté. Et très vite, on a commencé à travailler concrètement, c'est-à-dire à recevoir des familles en consultation avec eux, pas beaucoup au début...

Avec eux, c'est-à-dire les médecins burkinabés ?

Dr Ch : Avec les soignants, surtout les attachés de santé. Parce que les médecins y en a très peu. Il y a une douzaine, une quinzaine de psychiatres dans l'ensemble du pays avec quelques internes en formation, mais il y a très peu de psychiatres. Ici on a 12 000 psychiatres, Là-bas 12. Donc, c'est surtout les attachés de santé, les attachés de santé, c'est-à-dire des infirmiers qui ont complété leur formation, qui ont trois ans de spécialisation et qui ont donc des compétences particulières et surtout qui prescrivent des traitements. Et souvent, dans une région, on peut dire un secteur, il y a deux attachés de santé qui s'occupent de la population et le psychiatre passe de temps en temps, une fois par mois pour voir un peu ce qui se passe. Donc c'est essentiellement les infirmiers et les attachés de santé... Alors il y a aussi des psychiatres dans la formation bien sûr, mais il était tout à fait minoritaire. Surtout les infirmiers et les attachés de santé qu'on va former au travail avec les familles.

(Silence). Alors autour de la consultation familiale, moi j'ai pu constater que, qu'il y avait une très grande diversité, bon en Europe aussi les familles maintenant sont très recomposées, très complexes, entre les familles monoparentales, biparentales, triparentales, homoparentales, il y a plein de formes de famille. Donc les familles sont plutôt multiples en Europe. Au Burkina Faso aussi, c'est-à-dire qu'il y a des familles qui sont plutôt, les liens de parenté sont plutôt matrilinéaires, ou patrilinéaires, il y a les familles musulmanes dont certaines sont polygames, d'autres catholiques, d'autres protestantes. Et la plupart sont animistes aussi. On peut être musulman et animiste, on peut être catholique et animiste, protestant et animiste. La plupart de la population ce qui les réunit en fait c'est, euh, qu'ils vivent parmi les esprits, il y a des non visibles, il y a des invisibles qui sont parmi les gens. Et ça tout le monde le partage plus ou moins cette conviction, même s'ils sont par ailleurs affiliés à une religion monothéiste. Donc il y a une grande diversité, et ce qui m'a beaucoup intéressé dans le travail là-bas, c'est de voir la diversité de ces familles, la diversité au sens, euh, de la transmission et de l'organisation des places et des rôles au sein de la famille. Par exemple, j'ai constaté là-bas à quel point les grands-parents, qui sont ici devenus une sorte de, qui sont pas intégrés dans la vie familiale. Là-bas par contre ils ont une place complètement phénoménale. Un vieux qui survit, euh, parce que quand même l'espérance de vie et de l'ordre de 40-42 ans, c'est très tôt par rapport à nous. Donc un vieux qui vit vieux c'est qu'il a une force particulière et donc il a une place particulière dans la famille. Et, un patient, un patient qui, par exemple, qui passe par une phase de violence extrême et qui tue un grand-parent, c'est un crime terrible là-bas de tuer un ancêtre.

Vous avez déjà un cas comme cela ?

Dr Ch : Oui, oui. Alors qu'ici c'est plutôt le parricide ou le matricide qui est considéré comme dramatique. Là-bas c'est encore plus grave si tu tues un vieux quoi. Euh, alors si, aussi ce qui est intéressant c'est qu'il y a très peu de médicaments. Il y a des médicaments qui sont très, d'abord qui ne sont pas fournis par l'hôpital, donc la famille doit se les procurer. Et ensuite c'est des médicaments plutôt anciens ce qu'ils ont, ils ont peu de molécules récentes. Donc ils font avec ce qu'ils ont, et parfois les traitements... Alors le problème que ça va poser c'est la continuité des soins, parce qu'on sait que les patients psychotiques ont besoin d'une certaine continuité de traitement. Et là-bas il arrive qu'il y ait des traitements plus modernes, il commence un traitement avec le patient et après ils sont obligés de repasser un traitement plus ancien. C'est quand même pas facile parce que, un patient qui s'est habitué à un traitement plus moderne, retourner à un traitement plus ancien, qui ont beaucoup plus d'effets secondaires, c'est quelque chose qui est difficile d'accepter.

Et dans ces cas-là vous travaillez auprès d'institutions médicales concernant la question des médicaments ? Qu'est-ce que vous pouvez faire en tant que médecin des dons ?

Dr Ch : Alors on ne peut rien faire. Mais chaque fois qu'on y va, on amène des stocks médicaments, mais encore une fois c'est épuisable. À chaque fois qui les ont terminés, ils reviennent aux anciens traitements parce qu'ils ont pas la possibilité d'acheter. Tout est une question de prix. Donc nous on peut faire des dons, mais actuellement ils ont en plus restreint cette possibilité parce qu'ils considèrent, euh, qu'il faut qu'ils développent par eux-mêmes leurs ressources, et que le fait de tout importer comme ça les gêne.

Ils, c'est le gouvernement ?

Dr Ch : C'est le gouvernement. Le gouvernement français aussi. C'est les deux gouvernements. Si tu veux c'est comme les pratiques d'adoption à l'étranger. En ce moment ils ont complètement resserré les choses, c'est devenu pratiquement impossible d'adopter à l'étranger alors qu'avant c'était une possibilité quand même, pour des questions politiques. Ils ne veulent plus être les fournisseurs d'enfants du monde riche et de la même façon il ne veut plus qu'on leur donne tout. Ils ont restreint cette possibilité, ils travaillent plutôt avec des molécules anciennes. Alors, bon, c'est pas forcément, nous aussi on utilise, tu vois c'est pas parce qu'on a des molécules nouvelles qui sont très chères qu'on les utilise toujours, il y a des fois où les molécules anciennes sont plus efficaces que les molécules nouvelles. Mais ce qui est sûr, c'est qu'elles ont beaucoup plus d'effets secondaires et donc elles sont beaucoup moins bien tolérées et acceptées par les patients. Donc on va avoir beaucoup plus de ruptures de soins, donc plus de rechutes, plus d'aggravations.

Qu'est-ce qui vous a amené à travailler au sein de cette coopération ?

Dr Ch : c'est Th. (*en parlant du Docteur*) qui m'a proposé. Comme j'avais fait, moi j'ai travaillé trois ans au centre Devereux avec Tobie Nathan autours de l'ethno. Ce qui m'avait emmené là, c'est qu'il, je travaillais à l'époque en thérapie familiale au centre Monceau pour les toxicomanes et qu'on avait été amené à recevoir la famille à Monceau, qui une famille d'origine africaine avec laquelle on avait du mal à avancer et donc j'avais demandé au centre Devereux de la prendre en charge avec nous. Et Tobie Nathan est venu plusieurs fois au centre Monceau, et ensuite on a reçu cette famille au centre Devereux avec Tobie et l'équipe d'ethnopsy. Et donc ça m'a intéressé, et j'ai continué à travailler avec eux pendant trois ans, avec Tobie Nathan. J'ai aussi fait un colloque thérapie familiale ethnopsychiatrie. Voilà, donc j'étais déjà assez intéressé par l'idée d'ethnopsychiatrie, moi ça m'avait un peu branché ce fonctionnement, d'un, en groupe, et puis l'idée du local. Alors Tobie Nathan était un peu extrémiste dans son discours, c'est-à-dire que pour lui il n'y avait pas d'universel, y compris la

prohibition de l'inceste, qui pour lui est un pseudo universel. Et que ce qu'on appelle l'universel dans le Nord, c'est en fait une forme d'impérialisme et de, euh, de volonté d'imposer nos vues. Lui dit il n'y a pas d'universel mais que du local. Les individus sont fabriqués localement. Et donc il faut s'intéresser à la fabrication locale du sujet. En fait, ce qui m'avait intéressé, un discours qui m'avait pas mal entraîné. Effectivement je trouvais qu'en Occident, on avait tendance à dériver vers des pratiques de plus en plus éloignées de la vie quotidienne des gens, du fait des protocoles, des procédures de traitements, auquel les gens ne comprennent pas grand-chose. Et moi je pense que, pour mieux soigner il faut s'appuyer sur les savoirs préexistants, sur les ressources des gens tels qu'elles sont. Il faut d'abord une position d'humilité qui est d'acquérir des connaissances sur ce que les gens savent et sur ce que les gens font. Et par vouloir d'emblée être dans une position d'autorité, imposer des modes de soins, ce qui ne leur convient pas. Et ça, on a pu le constater avec le temps, c'est-à-dire que nous on vient 10 jours par an ou 15 jours par an. Si on transmet des idées qui ne peuvent pas s'approprier et bah, ils les lâchent très vite et on revient l'année d'après et on est revenu à la case départ il faut tout recommencer. Donc il faut qu'ils intègrent petit à petit des notions qui leur sont déjà familières, de partir de ce qui leur est familier.

Qu'est-ce qui vous a amené à vous intéresser à l'ethnopsychiatrie ?

Dr Ch : Bah, c'est que le fait de travailler en Seine-Saint-Denis, en a au moins 40 % des familles qui ont des origines autres que notre continent. Donc euh, les premières familles, numériquement, le groupe le plus important les familles d'Afrique du Nord, des familles musulmanes, maghrébines. Ça on en a énormément en Seine-Saint-Denis. Mais il y a aussi toutes sortes d'autres ethnies. Alors des Africains, des gens aussi d'Europe de l'Est, qui ont des fonctionnements avec lesquels, encore une fois avec ce principe d'humilité qui est d'abord d'apprendre de l'autre, ça permet aussi d'apprendre finalement... L'ethnopsychiatrie nous apprend à fonctionner comme un ethnopsychiatre y compris avec des familles d'origine française, d'origine locale, c'est-à-dire de s'intéresser à leur micro culture, à ce qui est différent dans chaque famille, et à ce qui fait la spécificité du parcours de chaque famille.

Et ça vous l'appliquez avec vos patients ?

Dr Ch : Et ça je l'applique avec le patient, les familles que je reçois. Dans le premier temps, c'est d'essayer de comprendre comment eux ils comprennent les choses plutôt que de leur imposer d'emblée une méthode de compréhension ou de soins.

Et concrètement comment cela se traduit ?

Dr Ch : Ça se traduit par le fait, encore une fois que, ce que je vous disais sur les stratégies d'accueil, on se précipite pas sur le soin. On essaye avant tout de connaître les gens, de faire connaissance avec eux et de s'intéresser à leur savoir et aussi à leurs interrogations et à leurs questions. Mais pas à essayer de répondre à leurs questions d'emblée, mais essayer plutôt de comprendre d'abord qu'est-ce qu'ils ont... Ça fait aussi les cliniciens de la thérapie familiale qui ont, qui ont permis cette approche-là, c'est-à-dire une approche qui consiste plutôt à connoter positivement le fonctionnement du groupe, euh, et non pas ce qu'on a tendance à faire spontanément et surtout en Occident depuis les années 50-60, c'est d'accuser la famille d'être pathogène, c'est-à-dire le groupe est pathogène, et nous on va sauver l'individu du groupe pathogène. Et ça c'est une stratégie pas du tout productive, contre-productive dans la mesure où on sait que 80 % des malades vont vivre 80 % de leur vie en contact étroit avec leur groupe, avec leur famille. Donc si on porte un jugement négatif d'emblée sur la famille ou un jugement de, euh, dédain, de désintérêt, et bien la famille va aussi se désintéresser du patient. Voilà l'intérêt du psychiatre pour la famille, c'est une façon de renforcer les solidarités naturelles. Parce que le grand problème de la psychiatrie, pour moi, c'est que on peut très bien

soigner les gens, mais si on ne fait pas un travail sur l'intégration du patient à son environnement, c'est pisser dans un violon. C'est-à-dire que les soins vont être, on dit toujours d'efficacité et d'efficience. Les médicaments sont efficaces, mais pour qu'ils soient efficaces, ils doivent être pris, acceptés et pas acceptés uniquement par le patient mais aussi par le groupe qui l'entoure, que chacun puisse constater que le traitement produit une amélioration. Si on prend pas en compte la compliance groupe au traitement, pas seulement la compliance du patient, mais aussi la compliance du groupe aussi, c'est-à-dire si la famille pense que les traitements est mauvais, la famille va dissuader le patient de le prendre. Donc pour que la famille accepte le traitement, il faut qu'on s'intéresse d'abord à comment il voit cette maladie et qu'on leur explique pourquoi nous, qu'un traitement, qu'un traitement médicamenteux peut être une solution.

Peut-on dire alors que des méthodes d'ethnopsy peuvent énormément apporter à la psychiatrie générale ?

Dr Ch : Tout à fait. Ça m'a beaucoup apporté sur le plan général aussi. C'est-à-dire, c'est pas seulement avec des familles d'origine étrangère mais aussi avec les familles locales. C'est une attitude particulière qui consiste à, euh... Moi j'aime pas l'idée que le thérapeute se présente avec une espèce de non savoir. Pour moi ça c'est exagéré. Et puis les gens recherchent une sorte de savoir du thérapeute, ou au moins un savoir-faire. Donc il s'agit pas de se prétendre sans savoir. Mais il s'agit de vraiment s'intéresser au savoir de l'autre et à sa compréhension du problème. Parce que parfois, certaines familles, il va falloir finalement collaborer avec leurs croyances et aussi collaborer avec le tradithérapeute qu'ils ont choisi. Alors ça, tu vois ça été un changement dans le travail au Burkina. Soucieux de construire une psychiatrie scientifique, ils ont relativement exclu les tradithérapeutes de leurs pratiques. Ils se situent un peu en compétition avec les thérapies traditionnelles pour gagner du terrain. Mais ce que nous on a introduit, c'est l'idée que, il fallait mieux, dans la situation actuelle, trouver un système de collaboration avec les thérapeutes traditionnels, c'est-à-dire intégrer les thérapeutes traditionnels dans la psychiatrie. Et donc, certains d'entre nous se sont pas mal intéressés à ces thérapies traditionnelles et puis c'est passionnant de voir que finalement certains patients qu'on arrive pas à soigner avec des molécules, finissent par être totalement intégrés dans un groupe grâce à des formes de thérapies qui sont des thérapies relationnelles.

Vous-même, vous êtes allés voir des tradithérapeutes ?

Dr Ch : Moi j'ai été voir deux tradithérapeutes. Mais c'est surtout C. Th. (*Madame Th.*) qui a travaillé, approfondi avec un tradithérapeute. Moi, j'ai simplement fait des échanges. Mais aussi ici je travaille souvent, pas avec un tradithérapeute, mais avec l'imam de la mosquée. Je suis souvent en contact parce que les patients vont d'abord voir l'imam.

Vous prenez contact avec lui pour avoir des informations ?

Dr Ch : Non pas pour avoir des informations. Je l'ai rencontré à plusieurs reprises pour qu'on puisse, euh... Par exemple, le fonctionnement qu'on a actuellement c'est lorsque l'imam constate qu'il y a un trouble mental et que la personne vient le voir en lui demandant des traitements religieux, il leur prescrit, il leur conseille aussi de venir nous voir. On va pas se battre et se mettre en rivalité sur le soin.

(Interruption par le téléphone).

Dr Ch : On en était où ?

Vous disiez que l'imam parfois vous envoyez des patients...

Dr Ch : Oui, on a une alliance si tu veux. Moi je pense qu'il faut travailler en alliance, faut pas mettre en rivalité, c'est déjà compliqué de soigner un malade psychotique ou une famille, une famille touchée par la maladie mentale, si en plus... Alors déjà les gens comprennent mal comment s'orienter, comment, comprennent mal ce qu'on fait. Il y a une telle désinformation, de tels préjugés sur la psychiatrie que les gens ont plutôt peur de nous. Donc, de trouver des systèmes d'alliance, de mettre les choses en complémentarité plutôt que de les mettre en rivalité, on augmente considérablement les chances de soins.

Le contact a été facile avec l'imam?

Dr : Avec le premier non. Le premier était un imam salafiste, un vieil imam salafiste avec lequel je n'ai pas eu de bons contacts. Mais là il y a un jeune imam plutôt, heu, intelligent et ouvert, et du coup ça aide beaucoup pour des patients très religieux ou qui ont un délire mystique par exemple et qui... D'ailleurs l'imam est envahi par des gens qui ont des délires mystiques et il sait pas quoi en foutre. Du coup, lui ça l'arrange aussi qu'il puisse garder sa fonction religieuse et en même temps s'allier à une fonction thérapeutique.

Quand vous avez découvert les tradithérapeutes au Burkina Faso, votre première réaction ? C'est une pratique qui vous a choqué ?

Dr Ch : Alors non, ça ne m'a pas choqué par ce que je connaissais déjà ça. Comme j'avais travaillé trois ans avec Tobie je me suis intéressé à la sorcellerie en France, dans des régions, par exemple là d'où vient C. Th. en Basse-Normandie, il y a encore beaucoup de pratiques traditionnelles, magiques. Ça ça m'a intéressé de tout temps parce que je pense que ce sont les premières tentatives de soins mentaux quoi, avant les connaissances sur le cerveau. Alors moi ce qui m'a choqué si tu veux, c'est que les pratiques sont souvent violentes. C'est-à-dire que le malade agité il est enchaîné, il est battu pour faire sortir les esprits de son corps etc. Donc il n'y a pas de pratiques douces.

Vous avez déjà vu ça ?

Dr Ch : je l'ai pas vu, mais on me l'a raconté. Les patients me l'ont raconté. Ils sont battus avec un fouet, qu'ils appellent la chicotte. Donc ça c'est pour faire sortir les esprits. C'est une thérapie cathartique en fait qui visent à faire sortir l'esprit et, c'est donc autour de la notion de possession finalement.

(Interruption par la cadre infirmière que j'ai déjà vu lors du séminaire mis en place par Madame Th. Interruption de 7minutes)

Dr Ch : Alors, on en était où ? Oui, on parlait de l'imam ici et les tradithérapeutes là-bas. L'idée de faire, de se mettre en contact avec des systèmes de soins... C'est-à-dire, c'est toujours un peu la même chose tu vois. Par exemple, les CUMP, les cellules d'urgences médico-psychologiques. Si on débarque sur un traumatisme collectif comme quand il y a eu l'explosion de gaz à Bondy, les gens étaient traumatisés, il y avait des blessés, des morts... Si tout de suite les psys débarquent, les gens vont se dire qu'ils ne sont pas compétents, et du coup on va disqualifier les solidarités locales. Moi je pense que le premier temps c'est la solidarité locale, il faut surtout pas attaquer ce temps-là par des spécialisations. Le premier temps c'est d'abord que les gens ont vécu un drame et qu'ils échangent sur ce drame entre eux. Après que les psys arrivent pour donner un autre éclairage, pour aider les gens à parler, pour les déchoquer pour ceux qui ont vraiment été traumatisés, c'est pas une mauvaise chose. Mais si on se substitue aux liens naturels, très vite on va produire de l'abandon. Pour moi la

psychiatrie de secteur a été construite contre l'abandon. Que ce soit l'abandon à la rue, l'abandon à la ville, l'abandon à la prison. La psychiatrie de secteur vise à déjouer les abandons, et donc à maintenir les liens sociaux autour du patient. Pour ça la meilleure stratégie c'est de valoriser et de valider ces liens locaux et non pas de disqualifier, de dire que les gens savent rien, et qu'il n'y a que nous qui sachions soigner la folie. La psychose c'est avant tout la folie, et la folie se traite dans le social. Après la psychose c'est notre diagnostic, et on va apporter une aide à ce traitement social de la folie.

Pour revenir à votre engagement, vous m'avez dit que c'est le docteur Th. qui vous en a parlé...

Dr Ch : Oui, c'est Th. qui avait envie d'élargir un petit peu cette coopération et qui m'a fait cette proposition...

Vous avez tout de suite été emballé par l'idée ?

Dr Ch : Non pas emballé par l'idée parce que j'avais jamais été en Afrique, je savais pas du tout ce que c'était l'Afrique. Je ne connaissais que l'Afrique du Nord, parce que moi je suis né en Tunisie, donc je connais bien le Maghreb mais l'Afrique noire j'avais jamais été. Donc la première fois, ça a été un peu un choc... C'est vrai que l'Afrique c'est, euh, c'est à la fois au départ assez rebutant et puis très captivant. Et finalement, plus on y va, plus, moi maintenant je m'y sens très bien. Et j'apprécie beaucoup d'y aller et je reviens avec beaucoup plus d'optimisme que je ne suis parti. Parce que je trouve que dans le Nord, et en France en particulier, on a une vision très négative, pessimiste, anxieuse, très, alors que, on est plein de richesses. Et le fait d'aller dans un pays qui a très peu de choses, qui est très pauvre, un des pays les plus pauvres dans le monde, bah on voit finalement qu'on peut produire du soin et que c'est pas forcément une question de moyens, c'est une question d'engagement, c'est une question d'intérêt pour l'autre, une question de travailler la notion d'intégration sociale. Et donc pour moi c'est un pourvoyeur d'optimisme la coopération.

Pour vous la coopération peut être bénéfique ?

Dr Ch : Ah oui ! Je te dis ça m'amène... Le fait de travailler avec des gens qui ont pratiquement rien, très peu de moyens, très peu de psychiatres, très peu de médicaments, très peu de systèmes de soins, et la façon dont on réussi à faire les choses là-bas, ça me donne, pour moi, ça me renforce dans un certain optimisme.

Eux, qu'est-ce qu'ils vous apportent ? Vous dites que vous leur apporter des méthodes, du matériel...

Dr Ch : De l'optimisme. (Rires). De l'optimisme et puis, euh, aussi, le sentiment, tu vois, quand on transmet quelque chose ici, c'est pris dans un corpus théorique extrêmement complexe qui est ancien, lourd. Là-bas, on peut finalement essayer de dégager la quintessence de notre pratique. C'est ça qui m'intéresse le plus. Et finalement, bien sûr on ne va pas tout leur transmettre ce qu'on a accumulé et appris en Occident avec la psychanalyse et tout ça, l'ethnopsychiatrie, l'antipsychiatrie, la clinique, euh, la clinique traditionnelle occidentale, qu'ils ont d'ailleurs bien intégré là-bas. Mais, mais du coup on est obligé de simplifier et d'essayer d'extraire de notre pratique la colonne vertébrale de, des actes principaux. C'est un travail qui permet, euh, d'expurger un petit peu la situation, et de la réduire à, en tout cas de réfléchir à qu'est-ce qui dans ces conceptions complexes et très chargées et lourdes de notre corpus théorique, qu'est-ce qui doit être transmis. Et moi ça m'aide aussi avec des internes, des jeunes psychos, ou des jeunes soignants, des jeunes infirmiers, à apprendre à transmettre l'essentiel.

En France ?

Dr Ch : Oui, oui.

Et vous y arrivez ?

Dr Ch : Bah, je trouve de mieux en mieux, avec le temps, avec l'expérience, on se rend compte de, on arrive à une plus grande simplicité dans la transmission. Au lieu de compliquer les choses de façon excessive qui fait que les gens vont avoir l'impression que c'est trop compliqué pour eux, bah, finalement transmettre des idées fortes et facilement articulables quel que soit le lieu dans lequel on est.

En quelle année c'était la première fois où vous êtes allé au Burkina Faso ?

Dr Ch : En 2001, 2001.

Qu'est-ce qui vous a le plus surpris ? La première impression...

Dr Ch : Euh, la première impression c'est qu'y avait plein de noirs (*rires*). J'avais jamais été dans un pays à majorité noire donc, euh, et que tout le monde était noir. C'est déjà une première constatation. Et puis la pauvreté. Euh, la pauvreté mais en même temps un art de vivre qui est... Par exemple ce que j'ai constaté, c'est que les Burkinabés même s'ils visitent d'autres pays, ou s'ils obtiennent des bourses, de l'argent pour partir, ils vont toujours revenir dans leur pays. Parce que leur mode de vie, ils sont très attachés à leur mode de vie et au type de relations qu'ils entretiennent entre eux. Donc moi je trouve qu'il y a un certain art de vivre qui est bien sûr très différent d'ici. On n'a pas du tout les mêmes rythmes, on travaille pas aux mêmes horaires.

Les horaires classiques ?

Dr Ch : on travaille très tôt le matin et on s'arrête à deux heures de l'après-midi parce que après c'est invivable à cause de la chaleur. Donc on fait une grosse sieste et après on reprend le travail de 5 à 7 par exemple. Mais y a des heures de la journée où on peut pas travailler, c'est pas du tout la journée continue d'ici. En général et une grosse matinée jusqu'à 13 heures, la grosse partie du boulot c'était du matin. Et après tout le monde, on déjeune, tout le monde fait la sieste et puis éventuellement on reprend vers 5-6 heures pour une heure ou 2 mais on fait quelque chose de plus léger que ce qu'on fait le matin. Le gros travail se fait vraiment le matin, entre 8 et 13.

Et le premier contact avec les collègues burkinabés ?

Dr Ch : Alors il était excellent. Parce que, euh, ils sont très, d'abord ils sont très reconnaissants qu'on y aille, ils sont très chaleureux, très accueillants, ils ont... Alors c'est pas forcément facile de rentrer en contact. Au début on a l'impression que c'est très facile, mais en fait ils ont une certaine réticence, ou une crainte par rapport aux pays du Nord. Et ils vont pas te laisser entrer, ils vont être très accueillant en apparence mais pour rentrer plus dans leur intimité, là il faut un certain nombre d'années. Mais au fur et à mesure du temps le lien c'est vraiment construit. Et la dernière fois qu'on y a été donc en février dernier là, c'était vraiment très fort la rencontre, ils ont pu nous dire des choses qu'ils nous avaient jamais dit. Donc on découvre des choses petit à petit.

Des choses personnelles ? Ou professionnelles ?

Dr Ch : Personnelles et en lien avec la psychiatrie. D'abord il nous parle plus facilement d'eux, mais ils nous parlent aussi plus facilement de ce qui les dérange dans le système des soins, ce qui fait que ça ou ça ne marche pas. La dernière fois il y a eu un travail institutionnel vraiment dans le service autour de pourquoi ils n'arrivaient pas à démarrer leur unité de

thérapies familiales. Alors ça démarre, ça marche pendant six mois puis ça s'arrête et ce pour de nombreuses raisons et non pas une seule.

Lesquelles ?

Dr Ch : Alors la première raison c'est que, ils sont numériquement un nombre très faible et qui sont très captés par les urgences et par les patients hospitalisés. Donc il y a souvent un ou deux infirmiers dans le service pour s'occuper d'une quinzaine, d'une vingtaine de malades hospitalisés et recevoir les urgences. Et donc ils peuvent pas tout faire, et parfois ils sont un peu... Donc malgré leur grand intérêt, leur grande volonté pour la thérapie de famille, au bout d'un moment ça se délite parce qu'ils sont pris à droite et à gauche et qu'ils arrivent pas à construire une équipe et à la protéger un petit peu de l'envahissement des urgences.

Et donc votre travail a consisté ?

Dr Ch : Bah, alors au cours des années on a pu suivre un certain nombre de familles avec eux, et donc leur donner le goût à ce travail-là. Et la dernière fois en février, ils se sont véritablement constitués en équipe de thérapeutes familiaux, et ils ont insisté auprès du professeur aussi pour qu'il leur donne les moyens de s'extraire un peu de la pratique quotidienne et de pouvoir régulièrement réfléchir et travailler sur cet aspect du travail avec les familles. Alors moi j'ai bon espoir... Alors maintenant on va intensifier un petit peu notre projet, c'est que j'ai fait venir des gens plus jeunes qui ont envie d'y aller plus souvent. Parce que moi j'y vais une fois par an, ça va. Y aller plus, ça me, je fais de la formation ici, je fais 1000 choses, donc, euh je pourrais pas y aller plus d'une fois par an. Par contre mes jeunes collègues là...

Vous voudriez y aller plus ?

Dr Ch : Non pas spécialement, ça me va comme ça, mais... Si on veut instaurer quelque chose de plus continue là-bas, il faut y aller quand même deux à trois fois par an, trois ou quatre même. Et les jeunes collègues qui y ont été la dernière fois ont envi d'y aller deux ou trois fois par an. Donc je pense qu'ils vont, qu'on va faire une forme différente. Les années précédentes on y allait à plusieurs, 5 ou 6, 10 jours. Là on va y aller à deux mais quatre fois dans l'année.

Les jeunes collègues dont vous parlez ont quelle fonction ?

Dr Ch : Alors il y a un psychiatre dans le service, il est praticien hospitalier et l'autre est psychologue. Il y a toujours eu aussi des infirmiers qui ont participé au travail là-bas. Et je pense que je vais garder un ou deux infirmiers surtout dans les moments d'atelier parce que les ateliers inter-hospitaliers sont des moments très intenses où on échange beaucoup, et puis peut-être permettre aux infirmiers de faire des missions plus longues, euh des missions soignantes où ils seraient détachés de Ville Evrard et iraient un mois ou deux dans les services de Ouaga.

Vous pensez que 10 jours par an ça suffit pour transmettre ?

Dr Ch : Non, ça suffit pas. Ça leur donne le goût, mais ça leur donne pas une supervision régulière qui leur permette de vraiment continuer. Donc au bout d'un moment ils savent plus vraiment où aller, ils commencent à travailler avec des familles, trois ou quatre séances, et puis un moment ça s'éteint parce qu'ils ont plus d'idées, parce qu'ils ont l'impression que ça marche pas. Donc il est nécessaire d'installer une supervision dans ce type de travail. Et c'est pour ça que je pense que ça marchera mieux avec plusieurs missions par an.

Et qui serait chargé de cette supervision ?

Dr Ch : Les deux jeunes collègues dont je vous ai parlé. La dernière fois je les ai vraiment mis dans une position de formateurs, qui ont une pratique de formation aussi ici, ils sont formateurs familiale. Donc c'est eux qui assureront la supervision régulière de l'équipe de thérapie familiale.

Depuis que vous participez à la coopération, vous constatez un changement dans la structure, dans leur pratique ?

Dr Ch : dans leur pratique oui c'est sûr.

Est-ce que vous arrivez à remplir les objectifs que vous vous donnez ?

Dr Ch : Euh... Moi je me suis donné des objectifs assez modestes. C'est-à-dire de les intéresser à la famille. Ils sont déjà intéressés à la famille, mais, euh, ils ont un enseignement si tu veux de psychiatrie traditionnelle occidentale. Leurs professeurs ont appris la psychiatrie chez nous, aux États-Unis. Donc ils ont une pratique qui est très marquée par la modernité nord occidentale. Et ils font pas forcément le lien justement avec leur culture et leurs pratiques traditionnelles. Et moi j'essaie de les aider à intégrer les deux choses. Et donc à se construire une psychiatrie à eux vraiment, qui leur appartient et non une psychiatrie importée du Nord. Et là je trouve vraiment, qu'on a acquis des progrès importants dans ce combinatoire entre pratique importées et pratiques locales.

Vous avez des objectifs futurs ?

Dr Ch : L'objectif futur CD construire vraiment... Parce que tu vois ils ont construit quand même une pratique d'accueil aux urgences et une pratique de CATTP en pédopsychiatrie. Moi ce que je voudrais c'est que maintenant ils aient une unité de thérapies familiales un peu autonome et qui ait le temps et l'espace, le lieu, le temps, l'espace de travailler vraiment avec toutes les familles de tous les patients. C'est-à-dire au moins dans le service hospitalier que ce soit une pratique systématique. Tu vois, il y a une chose qui est intéressante, c'est que la famille est toujours présente là-bas puisque le patient n'est jamais hospitalisé sans un accompagnateur familial qui est hospitalisé avec lui, dans la même chambre. C'est un membre de la famille qui va être hospitalisé avec le patient. Ils n'hospitalisent pas un patient sans qu'il y ait un accompagnant. Si c'est une famille pauvre c'est la mère ou la sœur ou le frère. Si c'est une famille riche, ils vont solliciter un tiers pour faire l'accompagnant, soit en voisin ou quelqu'un en qui ils ont confiance. Et cette personne sera hospitalisée avec le patient et va participer avec les soignants qui sont très peu, à contenir les patients quand il est agité, à vérifier s'il a bien pris son traitement, à laver les habits, à lui donner à manger. Tu vois tout ça c'est pas fourni par l'hôpital mais par la famille.

Et qu'est-ce que vous pensez de cette pratique ?

Dr Ch : moi je trouve ça très intéressant. En rentrant la première fois du Burkina, j'avais demandé à, ici bien sûr on peut pas hospitaliser deux personnes pour une, c'est-à-dire il est exclu de réserver un lit pour un membre de la famille du patient. Par contre on peut s'inspirer de ces pratiques-là et faire en sorte que pour certains patients la famille puisse déjeuner avec eux au self, faire que la famille soit plus présente au cours de l'hospitalisation.

Vous l'avez mis en place dans ce secteur ?

Dr Ch : Je l'ai mis en place pour deux ou trois patients, très peu. C'est pas vraiment dans la coutume et il faut négocier ça avec l'administration. L'administration comprend mal qu'on puisse offrir des repas aux membres de la famille alors que c'est l'hôpital qui paie les repas. Donc deux fois j'ai négocié et à chaque fois c'est la famille qui ramenait elle-même la

nourriture mais qui mangeait au self avec le patient. Et ça, avec les familles africaines, ça rétabli quelque chose de là-bas, quelque chose qui lui parle du pays. Ca leur permet aussi de se sentir un peu, moins déracinés, pour des immigrés récents, moins déracinés et plus proches finalement de leur culture d'origine.

Vous constatez des effets bénéfiques ?

Dr Ch : Ah oui ! Dans les trois cas, cette expérience a été très fructueuse. C'est-à-dire que le patient a beaucoup mieux vécu l'hospitalisation, beaucoup moins de rupture, et du coup les relations familiales ont pu être beaucoup mieux travaillées dans le temps de l'hospitalisation. Alors que traditionnellement en France, en Europe, aux États-Unis, c'est un temps de rupture avec l'environnement l'hospitalisation. Moi j'ai souhaité, si tu veux, que dans le service on travaille les liens, euh, le temps de l'hospitalisation soit au contraire un temps d'intensification du travail relationnel avec les proches et non pas un temps de rupture. Parce que la rupture est pathogène. Parce que quand un patient est hospitalisé un mois, deux mois et qu'on interdit l'accès à la famille ou qu'on les laisse à l'écart, le retour dans la famille va être très traumatique, parfois très anxiogène. Alors que quand on a travaillé de façon très intensive avec la famille lors de l'hospitalisation, le retour à domicile est beaucoup moins anxiogène, beaucoup moins problématique. Donc ça redéfinit l'hospitalisation comme un temps, un temps de travail intensif pas seulement avec le patient mais aussi avec son environnement.

Pour revenir sur votre engagement, c'est votre travail avec des familles étrangères en Seine-Saint-Denis qui vous a poussé à travailler dans la coopération ?

Dr Ch : Oui, oui. Par exemple, je te donne un exemple, on était à Saint-Ouen, j'ai rencontré une famille africaine avec un enfant de 11 ans, non 12 ans, euh, qui avait abusé sexuellement ses petites sœurs.

C'était avant votre engagement ?

Dr Ch : oui. C'était un enfant qui était très particulier parce qu'il avait l'air d'un petit vieux. Et au cours de la séance le père appelé son fils « papa ». Et je me suis dit « mais il est complètement fou ». Et puis je me suis rendu compte que non, parce que l'enfant était pour la famille la réincarnation d'un ancêtre. Et c'est ça qui lui donnait aussi cette... C'est pas commun qu'un enfant de 12 ans viole des petites filles. Donc cette espèce de sexualité d'adulte tenait aussi à sa position familiale. Et le traitement de l'abus c'est pas du tout le même que si l'enfant avait été ou un adolescent dans une famille occidentale. L'enfant était respecté comme un ancêtre, comme la réincarnation d'un ancêtre, et donc il ne s'agissait non plus de lui faire la leçon ou de... Il était considéré comme ayant un savoir ancestral cet enfant. Moi j'ai rien compris à cette famille si tu veux. Et c'est ça, je me suis dit bon il faut que j'apprenne à comprendre quelque chose à cette famille-là. Et le Burkina m'a permis de m'introduire une conception de la famille et des liens entre membres de la famille qui sont complètement différents des nôtres.

Comment ça se passe quand vous travaillez avec vos collègues en France sur un même cas, et que votre conception n'est pas acceptée ?

Dr Ch : Euh, oui c'est-à-dire... Alors moi j'ai un avantage c'est que je suis chef de service, donc c'est moi qui décide. Mais ça veut pas dire que je suis pas contesté. Y a... Si tu veux nous en France on est encore très imprégné des pratiques systémique et des théories psychanalytiques. Donc ces théories sont souvent en confrontation avec les théories relationnelles de soins donc forcément il y a des confrontations, des débats. Mais je trouve que ça enrichit beaucoup le travail. De mettre en tension psychanalyse et systémique par exemple. Donc, moi si tu veux je fonde ma pratique sur l'idée en psychiatrie on dispute et que

la dispute est fructueuse... J'ai écrit plusieurs textes là-dessus sur la dispute d'équipe, les disputes introduisent la dialectique introduit l'idée que toute décision est le fruit d'une réflexion dialectique. Et que quand une équipe est entièrement d'accord et se dispute pas, je crains qu'on soit dans la règle de l'arbitraire. En psychiatrie il y a beaucoup d'arbitraire, euh, parce que finalement le corpus théorique du savoir qu'on peut avoir est très incomplet et donc on va beaucoup se fier à de choses subjectives. S'il y a pas de débats intersubjectifs entre les gens, il faut l'hospitaliser non il faut pas hospitaliser, tous ces conflits, toutes ces disputes sont pour moi le rempart contre l'arbitraire. Donc ça me dérange pas, tu vois le fait d'avoir cette pluralité des références théoriques, ça permet le débat et ça permet la dispute.

Ça arrive souvent ?

Dr Ch : Tout le temps. À chaque patient il y a une dispute.

Et vous arrivez à leur faire comprendre votre conception ?

Dr Ch : des fois c'est eux qui me font comprendre. Par exemple une des dernières disputes au centre d'accueil c'était autour d'un patient psychopathe que moi je m'acharne à prendre en charge et qui terrorise complètement l'ensemble de l'équipe. Donc parfois c'est moi qui l'emporte dans la dispute, parfois c'est l'autre. Ils m'ont convaincu actuellement que je, ma pratique induisait des bénéfices secondaires à ce patient et donc une attitude de toute-puissance qui devient de plus en plus, qui était donc finalement contre-productive puisque ça le rendait de plus en plus mégalomane. Et donc, la dispute elle se termine pas toujours par « c'est le chef a raison ». Par exemple-là, ils m'ont appelé tout à l'heure avant que je te vois pour parler d'une patiente paranoïaque pour laquelle, qui nous a livré le fait qu'elle avait vu une femme pénétrer dans son jardin et que son intention était... Alors elle est amoureuse de cette femme en même temps d'être persécutée par elle, et ça risque de se terminer par un passage à l'acte, on sait pas de quel ordre. Donc là, ils m'ont appelé au centre d'accueil pour savoir si ont déclenché un SDRE ou si on faisait simplement un signalement au procureur pour que... Moi mon option était de faire un signalement au procureur et de ne pas provoquer un SDRE parce qu'avec un malade paranoïaque, si tu es au deux bouts de la chaîne, celui qui provoque l'internement et c'est lui qui prend en charge, il va être focalisé sur toi. Et ça risque de produire une rupture de soins. Donc moi ma position c'était de pas provoquer un SDRE mais par contre de faire un signalement au procureur. Donc voilà moi je leur dis mon opinion c'est celle-là, après c'est pas moi qui vais imposer une directive. C'est le débat, puis on arrive à une conclusion, on prend une décision et on sait que cette décision n'est pas forcément la bonne. Mais ce qui est bien c'est qu'elle est issue dans le débat, d'une dialectique où on a pesé le pour et le contre, voilà. Si tu veux, la dispute d'équipe, pur moi c'est aussi un parfait contre la protocolisation des pratiques. Parce qu'on a une tendance actuellement c'est la simplification, et donc de protocoliser un maximum les choses et donc d'empêcher les gens de réfléchir. Quand tu as un protocole, tu suis le protocole, tu réfléchis pas, tu déroules ton protocole et tu suis ton protocole. Et actuellement sur les établissements hospitaliers en France, la haute autorité de santé produit un excès de protocoles qui vont conduire les gens à ne plus débattre, simplement à se fier au protocole. Par exemple, là on travaille sur les chambres d'isolement, l'isolement et la contention, et on élabore des protocoles. Moi j'éprouve le besoin de mettre en préambule des protocoles « aucun protocole ne se substitue à la réflexion au cas par cas. ». Parce que... C'est une tendance de la modernité française, européenne, nord occidentale, c'est d'appauvrir les grandes réflexions qu'on avait dans les années 60-70, sur l'antipsychiatrie, la psychanalyse, etc. il y avait les combats qui se sont un peu éteints. C'est un peu comme l'idéologie. Souvent on est dans une période à idéologie où l'effondrement du bloc de l'Est a fait que finalement y a plus ce dualisme marxisme libéralisme. Tout ça est atténué et du coup ça aboutit à des politiques molles, c'est-à-dire des

politiques où les politiciens qu'ils soient de droite ou de gauche font la même chose et disent finalement « On n'a pas le choix ». Et euh, moi je pense qu'on a le choix si on passe par la dialectique et le débat. Il y a des choix à faire, il y a toujours des choix à faire.

Et votre conception de la maladie mentale, qu'on pourrait dire occidentale au départ, elle a changé, évolué depuis la coopération ?

Dr Ch : Alors oui elle a beaucoup évolué, parce que moi je suis passé par toutes les couleurs. Je suis passé par la psychanalyse, après par la systémique et l'antipsychiatrie, parce que la systémique c'est quand même fondée un peu sur (*inaudible*)... Par exemple dans les années 70, enfin moi j'ai commencé en 90, entre les années 70 et 80, il y avait quand même une forte accusation du familial comme pathogène où on disait, on parlait de la mère comme pathogène, on accusait tous les membres de la famille finalement d'être générateur de psychose. Ça c'est une idée sur laquelle je suis complètement revenu parce qu'à force de rencontrer les familles, j'ai vu que les psychoses, que la naissance, l'éclosion d'une psychose n'avait rien à voir avec une pathologie familiale. Mais par contre les familles peuvent devenir pathologiques par la suite, du fait du stress et de la difficulté de vivre avec un malade psychotique. Donc il y a des familles, tu vois, complètement dingues, mais elles le sont devenues... De toute façon l'émergence d'un jeune schizophrène ça se produit dans toutes sortes de famille, des familles très pauvres, des familles très riches, des familles très violentes, des familles très douces, des familles... Donc j'ai vu des familles tellement différentes que je peux plus adhérer à l'idée qu'y a, comme on disait en systémique au début, une transaction schizophrénique dans la famille, on parlait de transaction schizophrénique ou de schizophrénogène, le double lien... Alors les doubles liens existent dans la psychose, mais pour moi ils sont secondaires à l'éclosion. Effectivement quand l'éclosion se produit, ça produit une telle tragédie dans la famille, un tel traumatisme, que la famille va évoluer vers, par exemple une organisation concentrique maintenant le patient au centre. Et le travail systémique vise beaucoup à permettre au patient de gagner la périphérie du groupe parce qu'on s'intègre jamais en position centrale, on s'intègre quand on est dans la périphérie. Donc, cette position centrale dans laquelle on maintient le patient, et qui d'ailleurs fait écho au vécu de centralité du psychotique, parce que finalement le symptôme premier de la psychose et c'est ce vécu de centralité : tout te parle, tu es au centre de tout, une voiture qui passe ça te concerne, la télé te dit des choses... Donc ce vécu de centralité qui est constitutif de l'éclosion de la psychose, la famille va encore le renforcer en s'organisant de façon concentrique autour du patient.

(Interruption par la cadre infirmière de 5 minutes)

Nous étions sur le fait que vous aviez rompu avec vos conceptions anciennes concernant la famille, la centralité du psychotique...

Dr Ch : Ah, oui et puis le fait aussi qu'en thérapie familiale, tu vois, on parlait de patient désigné. C'est-à-dire l'idée c'était que, c'était l'idée de l'antipsychiatrie le trouble mental n'existe pas au sens neurobiologique du terme mais en fait il est construit de façon relationnelle par une espèce de perversion lien familial, du lien avec la mère en particulier. Tu vois l'exemple récent de l'autisme illustre cette situation. Les psychanalystes continuent à penser que la mère a un rôle dans la constitution, la création de l'autisme alors que les familles actuellement se battent contre cette idée, parce que l'autisme est une maladie du développement neurobiologique du cerveau et après les familles s'adaptent plus ou moins bien. C'est-à-dire que moi ça a complètement modifié mon vécu initial, c'est-à-dire que moi je suis parti de cette conviction a priori antipsychiatrie disant qu'on va guérir les schizophrènes

par le travail avec la famille. Actuellement je vois bien que le travail avec la famille contribue à des évolutions moins péjoratives mais qu'il guérit pas de la schizophrénie.

(Interruption par le téléphone)

Dr Ch : J'ai un patient qui est arrivé.

Vous souhaitez peut-être qu'on continue plus tard ?

Dr Ch : Est-ce que tu as encore beaucoup de questions à poser ?

J'aurais voulu revenir sur votre parcours d'étudiants, comment vous en êtes venu à étudier la psychiatrie...

Dr Ch : Je suis venu à la psychiatrie en classe de terminale. C'est-à-dire, j'ai eu, en terminale, j'étais, comme j'ai une scolarité assez brillante, je me suis retrouvé au lycée Louis-le-Grand en terminale avec que des matheux et des gens qui avaient... J'avais fait passé une année au lycée français de Londres en première, où j'avais joyeusement rien fait, je m'étais bien éclaté à Londres à aller aux concerts, c'était dans les années 70 dont tu imagines bien... J'étais quand même sorti avec des honneurs parce que j'avais quand même un père prof qui m'a fait travailler toute mon enfance, donc pour moi la scolarité ne posait aucun problème.

Professeur de ?

Dr Ch : Il était professeur d'anglais mais il est aussi professeur de latin et grec. Enfin, il avait tout un bagage comme ça... Il fait partie de ces juifs tunisiens qui ont profité du décret Crémieux et finalement de la francisation, et qui était quand il est arrivé en France plus français que les français. Il était dans cette mouvance positiviste à la française, où il connaissait tous les auteurs français mieux que les français... Donc pour gagner finalement la nationalité française y a des gens qui s'étaient imprégnés vraiment d'une culture française très forte. Et donc, quand je suis arrivé de Londres, euh, à Louis-Le-Grand, j'ai fait un atterrissage assez brutal, d'autant qu'en terminale, ils abordaient le programme de Math Sup, ils avaient déjà terminé le programme de terminale. Du coup je me suis retrouvé assez nul en physique/math, et du coup, j'ai eu un prof de philo, qui était aussi psychanalyste, qui m'a beaucoup passionné et du coup j'ai passé mon bac avec des notes assez médiocres en math et physique, mais avec un 18 en philo. Et je me suis passionné pour la psychanalyse en particulier. Et donc j'ai commencé à aller dès la terminale, parce que Louis-Le-Grand est juste à côté du Panthéon où il y avait les séminaires de Lacan et donc j'allais en terminale au séminaire de Lacan déjà. Après les trois premières années de médecine j'ai fait de la médecine, j'ai un peu abandonné... Mais quand j'ai rencontré la psychiatrie, j'ai retrouvé cet intérêt pour les choses psychiques, pour, et finalement je m'emmerdais un peu en médecine où il fallait apprendre des bottins les machins, et je me suis repassionné pour la psychiatrie. Et donc j'ai commencé à rencontrer un analyste en troisième, non quatrième année de médecine, et j'ai vraiment commencé à m'orienter vers la psychiatrie assez tôt en médecine. Et, à l'époque, j'étais très inscrit dans le courant lacanien dans la psychanalyse, euh, et donc... J'ai commencé la psychiatrie autour de la psychanalyse. Et après, assez vite j'ai rencontré des thérapeutes familiaux, les thérapies familiales ont mis longtemps à arriver en France, parce que la psychanalyse locale, et les lacaniens en particulier sont très hostiles à ce qui vient des Etats-Unis. Lacan s'est battu contre la psychanalyse américaine pendant des années. Et à ce moment-là, cette rencontre a produit pour moi un effet d'ouverture énorme et je me suis rendu compte qu'un travail individuel avec ces malades n'excluait pas, et même au contraire s'enrichissait énormément d'un travail relationnel avec les proches.

Jusqu'à quel âge avez-vous vécu en Tunisie ?

Dr Ch : Jusqu'à l'âge de 2 ans, je suis parti très tôt. Après, à l'époque on a été en Savoie jusqu'à mes 9 ans. Après mes parents, on a migré à Paris et j'ai fait toute ma scolarité au lycée Jacques Decour, et après en première je suis parti un an à Londres, j'ai eu une bourse pour partir au lycée français de Londres, c'était un peu l'auberge espagnole, tu vois. Et après à Louis-Le-Grand, je me suis un peu déprimé et du coup engagé du côté de la psychanalyse.

Et votre mère ?

Dr Ch : Ma mère était aussi prof. Ils étaient profs tous les deux. Ma mère d'italien, mon père d'anglais. Donc moi j'ai toujours eu une position assez privilégiée à l'école parce que mes parents étaient enseignants et ils m'ont appris comment fonctionnait l'école. Du coup j'étais toujours dans le haut de la classe, et puis mon père m'obligeait à bosser. (*Rires*)

Vous avez des frères et sœurs ?

Dr Ch : J'ai un frère. Il est complètement différent de moi, lui il a fait les grandes écoles, il est ingénieur. Ensuite il a travaillé dans des grandes boites, comme Thalès, Dassault. Là il fait du consulting en freelance.

La coopération avec le Burkina Faso, c'est votre seule expérience en matière de coopération ?

Dr Ch : Oui. Oui, c'est ma seule expérience en matière de coopération. On avait pensé un moment, j'avais envie de faire une coopération avec la Tunisie comme c'est mon pays de naissance, mais ça c'est pas mis en place. Ça pourrait être d'ailleurs à l'avenir une voie qui m'intéresse pour la coopération car je connais mieux ce pays que le Burkina et donc du coup ça m'intéresse aussi...

Pourquoi ça ne s'est pas fait ?

Dr Ch : Ça n'a pas pu se mettre en place faute, euh, faute de temps et de liens avec les professeurs là-bas. En fait ça se met en place quand, la rencontre entre le chef psychiatrique du CHU et le Dr Th. est une rencontre forte qui a ancré un petit peu le processus. Faudrait que je fasse la même chose avec un professeur tunisien.

Ou créer une association psychiatres sans frontières.

Dr Ch : Ouais. Si tu as besoin d'autres info, n'hésite surtout pas.

Fin de l'entretien.

Entretien avec le pédopsychiatre W. Le rendez-vous a lieu le 4 juillet dans son bureau. Un second rendez-vous est pris le 12 août étant donné que nous n'avons pas eu le temps de terminer le premier entretien.

Durée du premier entretien : 57 min

Si vous pouvez me décrire votre rôle dans la coopération ?

Dr W : Oui. Donc bon vous savez qu'il y avait une coopération inter-hospitalière entre l'hôpital de Ville Evrard et celui de Ouagadougou depuis je crois 2000 à peu près. J'imagine que vous avez rencontré le Docteur Th.

Je suis en stage dans son service justement.

Dr W : Eh bah voilà comme ça vous avez toutes les infos. Et donc, c'est lui qui a monté tout le projet auprès de la coopération française donc de développer une activité de pédopsychiatrie à Ouagadougou avec le professeur Oue. Et donc y a eu une réponse favorable ce qu'il fait qu'en 2004 donc ils ont construit un bâtiment de pédopsychiatrie à Ouaga. Et donc, il y a la future cadre infirmière qui est venue faire un an de stage dans ce service en 2004, pendant qu'on construisait le bâtiment là-bas puisque tous les, euh tous les... En fait les attachés de santé, en fait en pédopsychiatrie ce sont plutôt des sages-femmes d'ailleurs qui sont là. Ce sont des sages-femmes qui ont fait l'école de santé mentale et qui sont devenues après des attachés de soins en santé mentale. Il y a plus de sages-femmes que d'infirmières. Vous savez qu'il y a deux voies au Burkina Faso pour devenir attaché de santé, soit c'est un infirmier, soit sage-femme. Et nous c'est plutôt des sages-femmes. Et donc en 2004 elle a fait un an de stage, elle est repartie en décembre 2004, et elle a commencé à ouvrir des consultations avec le CATTP donc avec essentiellement des attachés de santé à temps partiel. Euh, bon c'est vrai qu'on avait travaillé le projet, on avait pensé effectivement que par rapport au Burkina Faso le CATTP semblait effectivement le bon mode de soins à essayer d'initier en se posant évidemment des questions sur voilà, comment culturellement les pratiques françaises pouvaient être je dirais adaptées ou utilisées par des personnes au Burkina Faso. Parce qu'on a très vite perçu qu'on avait des conceptions très, très différentes du soin même de l'éducation. Donc, à la suite de cette première phase on a mis en place ici dans le service une équipe de coopération, donc avec deux missions par an, au moins chaque membre de l'équipe partait une fois, on partait à trois à chaque fois avec le projet finalement de former par le compagnonnage. C'est-à-dire on y allait une première fois en mars 2005, je suis parti avec un psychologue, et puis au début c'était surtout pour faire de la formation, les premières missions ça a été surtout de la formation, les gens n'y connaissaient rien à la clinique pédopsychiatrie. Beaucoup de formations théoriques mais tout de suite dès la première fois on prenait la moitié du temps pour faire des consultations ensemble, participer aux groupes thérapeutiques, pour voir un petit peu comment étaient les pratiques, comment on pouvait travailler. Alors la première constatation ça a été que, en fait il se trouve que cette équipe c'est des dames en grande majorité évangélistes. Particularité locale, c'est ça. Donc, qu'elles répondaient un peu à la demande des familles, parce que les familles, pour elles, les représentations qu'elles avaient de la médecine hospitalière c'était « on vient à l'hôpital, on donne un médicament et puis l'enfant va mieux. ». Et donc elles donnaient le médicament qu'on peut prescrire à l'époque à un prix correct au Burkina Faso, qui était un neuroleptique assez sédatif, donc bien évidemment leur enfant agité était un peu tassé. Donc, la première chose a été, alors la personne qui est venue en stage le savait mais les autres non, donc on leur apprend à faire des consultations pédopsychiatrie sans forcément prescrire de médicaments et en les faisant travailler sur cela et le faire comprendre aux parents. Donc là on a eu l'idée de mettre en place des groupes de paroles pour leur expliquer un petit peu ce qu'était le soin. Puis ensuite il y avait le CATTP, alors c'était un peu compliqué au début parce que vous savez qu'en Afrique

on joue pas avec les enfants. Et c'est vrai que nous toute notre thérapie passe par le jeu, il y a même un mot anglo-saxon pour cela, « playtherapy » et c'est vrai qu'on rentre en contact avec les enfants par le jeu. Et c'est vrai qu'en Afrique on joue pas avec les enfants, ça se fait pas. Les enfants jouent entre eux, mais les adultes ne jouent pas avec eux. Et donc les premières séances de CATTP, les sages-femmes étaient très bien habillées, étaient assises sur des chaises, nous on avait apporté des jouets, les enfants jouaient avec, mais eux elles n'intervenaient pas quasiment. Et donc voilà, il a fallu mettre en place leur cadre, l'infirmière cadre qui est venue elle savait tout ça puisqu'elle est restée un an ici et a vu comment on travailler, mais elle avait du mal à le faire penser. Il fallait que des coopérants viennent pour apporter cet éclairage-là. C'était un peu compliqué si ça venait d'elle. Et puis effectivement il y a une adaptation qui s'est faite assez rapidement et notamment les attachés de santé se sont fait fabriquer de très beaux ensembles, style un peu pyjamas bloc, pour pouvoir s'accroupir, s'asseoir avec les enfants, puisque quand ils étaient en boubous c'était pas possible. Elles étaient en boubous ajustés et ne pouvaient pas se mettre à quatre pattes avec les gamins. Et donc elles se sont fait fabriquer des vêtements pour pouvoir jouer avec eux. Donc on a eu cette évolution-là. Et puis on s'est rendu compte évidemment qu'il y avait deux manques très importants là-bas, c'est qu'il y avait un manque d'un orthophoniste et d'un psychomotricien. Alors on savait bien que c'était pas possible de former complètement un orthophoniste et un psychomotricien pour deux raisons. D'une part, 5 ans d'études et que l'hôpital ne peut pas se permettre d'envoyer quelqu'un sur place. Et deuxième chose c'est que si, quand bien même l'hôpital local veut envoyer quelqu'un se faire former en France, dès le retour au Burkina il aurait été embauché par une ONG avec un salaire, 2, 3, 4 à 5 fois supérieur à ce qu'il toucherait à l'hôpital. Donc dans un souci de pragmatisme, on s'est dit on va donner des compétences. Et donc on a organisé des stages en France pour des attachés de santé encadrés soit par des orthophonistes ou des psychomotriciens. Et ensuite ces orthophonistes ou psychomotriciens qui les ont encadrés en France viennent en mission pour superviser leur travail au Burkina Faso. On a réussi à former comme ça une attaché de santé très compétente dans le trouble du langage et deux autres sur la rééducation dans la psychomotricité. Il y avait aussi une psychologue, maintenant il y en a deux dans le service là-bas. Alors la psychologue au départ elle a terminé ses études en France, et la nouvelle psychologue va venir en stage en septembre pour deux, trois mois. Il y a un problème au Burkina Faso avec la formation des psychologues cliniciens parce que le professeur actuel là-bas ne délivre pas les diplômes.

Vous savez pourquoi ?

Dr W : Hors micro.

(Il me dira que c'est afin de garder un certain monopole sur l'activité et pouvoir ainsi mettre les prix qu'il souhaite sans redouter une concurrence notamment de la part d'un service public où les prix sont par définition moins chers).

Et l'adaptation auprès des enfants de ces nouvelles méthodes ?

Dr Wel : Alors, bah si vous voulez, en fait c'était nouveau. En fait au Burkina Faso il y avait très, très peu de pédopsychiatrie avant. Y avait eu une formation qui avait été faite par des gens de l'hôpital Saint Jean de Dieu donc y avait des attachés de santé de Bobo qui avaient été formés. D'ailleurs ils sont venus une fois quand on était en mission pour la formation. Mais en fait, non y avait pas, donc il a fallu un petit peu innover, avec cette notion qu'il y a quand même des constantes dans les troubles des enfants, notamment tout ce qui est troubles envahissant du développement, que ce soit au Burkina Faso ou en France c'est pareil. Ce qui est différent, au niveau de l'expression des troubles, et ce qui est en train de changer actuellement et d'ailleurs c'est intéressant de... En France pendant très longtemps on a eu plutôt affaire en pédopsychiatrie à ce qu'on appelle des troubles intériorisés, c'est-à-dire les

enfants inhibés, timides, qui n'osaient pas parler etc. Et puis ces 25 dernières années, ça a complètement changé, maintenant des inhibés on en voit plus beaucoup, c'est, on voit surtout des enfants qui se manifestent beaucoup. Et donc on est arrivé au Burkina Faso, on voyait surtout des enfants inhibés, on voyait surtout des enfants repliés, timides, ce qui est en train de changer surtout avec deux facteurs qui sont l'exode rurale, quand les gens arrivent en ville, et puis les modifications au niveau de l'éducation des enfants. Et donc du coup on commence à voir des enfants avec des problèmes du trouble du comportement au Burkina Faso. Sinon la difficulté qui change d'avec la France c'est toutes les séquelles dues aux maladies infectieuses, et donc là, qu'on a pas ici. Ça veut dire quand on voit un enfant qui est un peu inhibé, et puis qui travaille mal à l'école, au Burkina Faso et qu'on apprend qu'il a convulsé pour les premiers paludismes, qu'il a eu la méningite, même sans séquelles neurologiques, on se dit, on n'est pas dans le même modèle de pensées que celui occidental qui va être de dire c'est une inhibition. Là-bas on va se dire est-ce qu'il n'y a pas une lésion neurologique qu'on a bien évidemment pas les moyens sur place de détecter là-bas parce qu'il y a pas de scanner. Donc voilà, y a ces différences-là. C'est vrai qu'il y a aussi une pathologie obstétricale qu'on ne voit plus ici. La dernière fois que j'y suis allé j'ai vu un enfant aphasique à la suite sûrement d'un problème à l'accouchement. C'est vrai qu'y a des problèmes comme ça. Sinon au niveau des pratiques effectivement je trouve qu'on est dans quelque chose de peu commun, parce que si vous savez qu'en Afrique les enfants jouent entre eux, les enfants sont plus en groupe entre eux, les grands s'occupent des plus petits, jouent avec eux etc. Le problème de nos patients c'est qu'ils ne jouent pas avec les autres, que personne ne joue avec eux. Si ce n'est pas les adultes qui se mettent à jouer avec eux, les autres enfants ne jouent pas avec eux. Donc c'est un petit peu pour ça qu'on est dans quelque chose de culturellement un petit peu différent et qu'il a fallu du temps à mettre en place. C'est vrai qu'en Occident ça ne fait pas si longtemps qu'on joue avec les enfants, je veux dire, avant on ne faisait pas ça. Mais maintenant on est sur un modèle de famille nucléaire, avec la famille élargie. En Afrique, il y a les cours, il y a plein d'enfants, ils jouent entre eux, voilà, on veille sur eux différemment. Alors que les enfants qui ont des troubles mentaux, non, ils sont souvent laissés à la garde d'une jeune fille qu'on appelle (*inaudible*) pour s'occuper de lui. En général ce sont des gamines très jeunes qui ont 13 ans, à qui on confie un enfant autiste. Très souvent elle le maltraite parce que les parents vont travailler et laisse la jeune fille. La jeune fille elle-même elle est souvent pas bien traitée par la famille, elle est pas payée ou sous payée ou on lui donnera un pécule lorsqu'elle se mariera. Donc elle est pas souvent bien traitée, elle maltraite l'enfant. Donc voilà les problèmes qu'on peut rencontrer.

Vous avez déjà rencontré des cas comme ça ?

Dr W : Oui, mais c'est très, très fréquent cette... Mais ça se fait un peu moins maintenant. Mais c'est quand même fréquent d'appeler la fille du village pour s'occuper des enfants. Le problème c'est que la jeune fille du village quand il y a un enfant qui pose problème elle sait pas quoi faire. Alors ils ont quand même au Burkina ouvert une école pour les nurses, les jeunes filles qui s'occupent des enfants. Et les gens de l'équipe sont intervenus dans cette école. Mais, voilà c'est des choses qui démarrent. Pendant très longtemps, (*inaudible*).

Il y a une formation de pédopsychiatrie là-bas ?

Dr W : Non, non pas de formation de pédopsychiatrie. Il y a une formation de psychiatrie, mais il y a très peu de psychiatres, deux psychiatres par an à peu près dans leur cursus. Il y a une formation pédopsychiatrie au Sénégal, à Dakar, donc là, il y a quand même des professeurs de pédopsychiatrie. Sinon dans, j'ai rencontré des gens des autres pays voisins dans l'Afrique francophone, y a pas vraiment de formations de pédopsychiatrie mais y a quand même des pédopsychiatres. Au Burkina effectivement il y a 7 psychiatres, donc pour

les formations de pédopsychiatrie ils ont pas le temps de pratiquer, donc l'équipe là-bas c'est essentiellement des attachés de santé, y a pas de médecins dans l'équipe.

Tout à l'heure vous avez dit que c'est le docteur Th qui avait mis ce projet en place...

Dr W : Il a pas mis en place, c'est lui qui en avait fait la demande.

Comment vous en êtes venu à travailler sur ce projet ?

Dr W : C'est dire que... Comment, bah il m'a demandé tout simplement. C'est-à-dire qu'au début il cherchait un lieu de stage pour l'attaché de soins qui est devenu cadre, là. Et il m'a demandé de l'accueillir dans le service, on en a parlé. Et j'ai trouvé ça intéressant et il m'a demandé ensuite d'organiser le travail en pédopsy. Donc voilà, donc, moi j'ai pris un peu ce parti-là si vous voulez de faire venir des gens régulièrement, les mêmes de façon qu'il y ait des liens interpersonnels forts qui se fassent entre les coopérants et l'équipe. Parce que si vous voulez c'est vrai que souvent dans les autres systèmes de coopération, c'est jamais les mêmes qui viennent. Ça se défend aussi pour que les gens voient des choses différentes aussi. Mais voilà moi ce que j'avais apprécié sur place, c'est que la pédopsychiatrie c'est quand même une discipline très secondaire par rapport à tous les problèmes que rencontre le Burkina Faso, des problèmes sanitaires je veux dire, les problèmes d'infection, de nutrition etc. Déjà que la psychiatrie c'est un peu la quatrième roue du carrosse voire la cinquième, alors la pédopsychiatrie bon... C'est vrai que l'équipe doit être assez soutenue pour tenir. En plus, ce n'était pas non plus, je veux dire que les gens savaient pas ce que c'était, même les autres professionnels de l'hôpital ne savaient pas ce que c'était. En Afrique quand y a un enfant qui ne se développe pas comme les autres, les premières explications sont culturelles. La mère a fauté pendant la grossesse, quelque chose comme ça, y a un génie qui s'est emparé de l'enfant, voilà. Souvent les enfants qu'on voit ont déjà vu un guérisseur. Ou alors ils y vont après, ça dépend. Mais c'est qu'il est très difficile c'est quand on arrive là-bas on comprend que les soins pédopsychiatriques c'est un soin qui se pose dans la durée. Alors que les gens ont des représentations sur nous. Un enfant qui ne parlait pas, ils pensaient qu'on allait lui mettre un appareil dans la bouche et qu'il allait parler. Voilà les gens qui ont des représentations comme ça. En plus il y a un problème aussi important, c'est qu'il y a très peu de maternelles publiques, bons il y a des maternelles privées. Mais là-bas, il faut parler pour aller à l'école maternelle. Alors qu'ici on considère le contraire, il faut être propre mais les enfants qui parlent mal on les met quand même à l'école maternelle en pensant que cela leur permettra de développer leur langage. Le Burkina Faso non. C'est le contraire. On pense que l'enfant doit parler pour entrer à l'école donc quand il parle pas il va pas à l'école et il perd le bénéfice de cela. Bon après il y a effectivement la question de la langue, parce qu'il y a la langue majeure qu'est le moré, mais d'autres langues sont parlées à la maison. Le français c'est une langue que les enfants apprennent à l'école. D'ailleurs ils font souvent 2 CP, CP1 et CP2. Y a deux CP parce qu'y a un CP qui est consacré à l'apprentissage du français plus qu'à l'écriture.

Vous arrivez à ajuster les méthodes occidentales sur les explications culturelles ?

Dr W : Alors par rapport aux troubles du langage avec l'orthophoniste, on a développé, on leur a développé un outil de diagnostic un peu spécifique, à la fois d'arbre décisionnel par rapport aux difficultés langagières qu'ils utilisent, et d'autre part l'adaptation du matériel qu'y a ici et qui n'est pas cohérent au Burkina Faso. Je vous donne un exemple facile à comprendre. On travaille par exemple pour analyser la structure dans le temps avec des images. C'est-à-dire, qu'on a une bande dessinée fracturée en images, et on demande à l'enfant de remettre les images dans l'ordre. Une des histoires qu'on utilise en France, c'est l'histoire d'un petit garçon qui promène son chien en laisse, la laisse se casse, le chien se sauve etc. Là-bas on n'a jamais vu une personne se promener avec un chien en laisse. (*Rires*). Ça n'a pas de

sens. Donc effectivement il faut un peu réadapter, euh, tout ça. Euh... Donc, euh, alors en même temps, c'est vrai que pour toute l'équipe qui a participé, qui participe à ce travail de coopération, c'est aussi très enrichissant. Parce que nous, on travaille, on travaille sur, dans, un département où il y a énormément d'immigrés africains, donc ça quand même beaucoup éclairé l'approche des familles africaines, la façon dont ils nous perçoivent.

Vous mettez en application ce que vous apprenez...

Dr W : Je veux dire, oui. Il est toujours très important de comprendre, ne serait-ce que les rites, les coutumes.

Vous avez des exemples concrets de ces applications?

Dr W : Oui. Vous voulez dire des exemples cliniques ? Ce que je veux dire par exemple c'est quand on a affaire à quelqu'un d'Afrique de l'Ouest, par exemple et qu'on parle d'un enfant qui pose des problèmes, on demande par exemple si les rites de naissance ont été faits. Et les gens s'étonnent un peu qu'on pose la question. Au Sénégal, au Burkina Faso, en Afrique de l'Ouest ça se ressemble beaucoup, on rase la tête du nourrisson au 7^{ème} jour. Et donc là on commence et ça permet d'aborder l'aspect culturel. Souvent avant... Si vous voulez, un mode d'approche qu'il faut éviter quand on a affaire à des gens qui sont migrants, c'est de leur demander pourquoi ils sont venus. Avant la première question qui venait à l'esprit, c'est voilà vous avez quitté l'Afrique pour qu'elle raison. Non il faut pas demander pour quelle raison, il faut plutôt aborder la discussion comme ça et du coup la discussion vient. Voilà c'est, ce sont des choses comme ça. Et du coup ça donne aussi une compréhension des situations de ces jeunes femmes qui viennent du village, qui ont été mariées, qui arrivent en France, qui n'ont pas de liens. On voit aussi bien la différence quand on voit des enfants qui vont pas bien, qui ont des mères déprimées, souvent ce sont des femmes qui sont perdues dans leur HLM, avec une dépressions très importante. Alors vous voyez ça dépend, c'est très varié parce qu'il y a des communautés qui sont un peu plus regroupés et ça se passe différemment. Mais c'est vrai que le problème c'est...

Vous parlez pour la mère ou l'enfant ?

Dr W : Pour les deux, c'est très lié. Bon voilà, il y a toute une série de choses que ça nous a apporté aussi, donc c'est vraiment un échange à double sens. Et puis c'est un peu la construction, on a construit une pratique parce que ce n'est pas la pratique d'ici qu'est calquée, qu'est recopiée. C'est une adaptation puisque finalement l'équipe elle s'est développée, je dirais, beaucoup toute seule, parce que nous on vient deux fois par an...

Elle est composée de combien de membres ?

De W : Alors actuellement il y a six attachés de santé et deux psychologues.

Pour combien de lits ?

Dr W : Alors il y a pas de lits, ce sont des consultations au CATTP. Y a pas d'hospitalisation.

Il y a combien de consultations ?

Dr W : Alors, le problème en fait, c'est qu'ils sont théoriquement à temps plein mais en fait ils ne le sont pas, parce qu'il faut qu'ils fassent des permanences dans le service adulte les attachés de santé. Donc du coup avec toutes les permanences qu'ils ont à faire dans le service adulte, il y en a qui sont à mi-temps parce que quand ils font une garde le lendemain ils travaillent pas, quand ils font une permanence l'après-midi le matin ils viennent pas. Euh, donc... Moi je dirais globalement, j'ai vu les statistiques il y a pas longtemps, je pense qu'il y a un millier d'enfants qui sont venus consulter depuis l'ouverture.

Et ici en France, vous avez combien de lits ?

Dr W : De lits ? Bon, c'est vaste ici. Je vais vous donner la plaquette. On a une unité d'enfants ici, une unité d'ado à Montreuil, un hôpital de jour, une unité de psychiatrie périnatale et six centres de consultations. Voilà je pense avoir fait le tour. Je vous donne la plaquette. Alors effectivement parmi l'ensemble de ce personnel, il y a un psychologue, un autre médecin, un orthophoniste, un psychomotricien, cadre infirmière, une assistante sociale, qui font partis de l'équipe de coopération. En fait dans le pôle on est 150 professionnels à travailler. C'est très différent d'un pôle adulte. On couvre un territoire très étendu en plus de... Voilà, on a plusieurs pôles de service, mais c'est un peu exceptionnel en Ile-de-France, souvent les services enfant ont pas d'hospitalisation, voilà nous il se trouve que... Voilà, donc ça on a développé jusqu'à maintenant et puis à partir de cette année on a répondu à un appel à projets de la Fédération Hospitalière de France et on a commencé à développer une formation à la psychiatrie périnatale au Burkina Faso. Donc, on a commencé... Bon vous voyez c'était quand même des questions qu'on se posait, parce que ça fait quand même 10 ans qu'on y va. Et donc en 2013 on a vraiment commencé à faire des missions exploratoires, c'est-à-dire qu'on a été rencontré un certain nombre de professionnels, obstétriciens, sages-femmes, les gens dans les orphelinats... Et donc à partir de là, de leurs attentes, qui sont un peu différentes des attentes qu'on peut avoir ici en psychiatrie périnatale, on a monté...

Qui sont ?

Dr W : Et bien par exemple au Burkina le problème qui est important ce sont les femmes qui refusent d'allaiter. C'est, on pense qu'elles sont en difficulté, mais elles refusent juste d'allaiter. Y a...

Les explications de ce refus c'est...

Dr W : Bah, ce sont des explications esthétiques. Y a des femmes qui refusent d'accoucher. Y a pas d'accouchement sans douleur au Burkina. Ou alors c'est la césarienne. La seule façon d'accoucher sans douleur c'est l'anesthésie générale, la césarienne. D'ailleurs on a même rencontré une obstétricienne qui nous a dit qu'elle avait eu tous ces enfants par césarienne, parce qu'elle avait pas voulu accoucher, voilà. Donc, euh, voilà, bien évidemment il y a les autres problèmes qu'on rencontre ici, les dépressions. Mais, si vous voulez j'ai des documents que je pourrais vous les donner. On a fait des diaporamas et on a présenté ça avec les collègues du Burkina. Et donc on a fait la première session de formation là en juin, début juin, et donc on a eu 100 personnes qui sont venues, 100 personnel de santé qui sont venus assister à la formation, c'était une formation de trois jours et puis ensuite des interventions sur sites, voilà. Pour la, donc si vous voulez le parti qu'on a pris pour la pédopsychiatrie, c'était finalement de ne pas faire une approche trop théorique, mais plutôt une approche pratique. Parce qu'effectivement, comme je l'ai dit, mais faudrait peut-être que je développe plus là-dessus, c'est que à chaque fois qu'on y va il y a une petite partie enseignement, mais il y a surtout un travail conjoint. C'est-à-dire qu'on voit des enfants ensemble, on réfléchit, on discute. Vous savez, la clinique de pédopsychiatrie si vous voulez on l'apprend pas dans les livres, il faut connaître un peu les livres mais ensuite quand vous voyez l'enfant, s'il y a pas quelqu'un pour vous expliquer comment on retrouve les signes cliniques, c'est compliqué. Donc voilà, nos missions c'est surtout faire des consultations ensemble. Et puis alors quelque chose qu'on a essayé de faire depuis des années et qui a été assez compliqué c'est de développer un réseau. En France la pédopsychiatrie fonctionne beaucoup en réseau, en réseau avec l'école, en réseau avec les services sociaux. Alors les services sociaux au Burkina Faso, c'est pas très développés quand même, l'école oui mais c'est compliqué les enseignants ont beaucoup d'élèves dans les classes. Et un réseau avec les autres services de pédiatrie ou autres, c'était très compliqué aussi parce que les choses sont très compartimentées. Alors en

France les choses sont compartimentées, mais au Burkina Faso c'est encore pire, c'est très compartimenté. Et puis finalement, cette formation en psychiatrie périnatale ça nous a permis de casser un peu le compartimentage parce qu'on a réussi à avoir des locaux que nous a prêté un hôpital privé qui est en plein centre de Ouaga. Donc on était un peu en-dehors des rivalités CHU, pas CHU etc. Et du coup les gens des différents hôpitaux sont venus. Et ça a été je pense assez important, et on s'est rendu compte... Vous voyez y a un grand hôpital pédiatrique Charles de Gaulle, l'hôpital Charles de Gaulle, un hôpital entier que de pédiatrie. Ils ont pas de pédopsy, ils ont des psychologues qui s'occupent plutôt des maladies chroniques d'ailleurs, et on a le service de pédopsychiatrie au CHU d'Yalgado qui est à une demi-heure en voiture quoi à peu près, et y avait pas de liens. Et donc à l'occasion de la psychiatrie périnatale, y a eu des rencontres, des liens ont été faits, mais c'était pas évident. Et donc euh...

Quel regard, quelle opinion vous avez sur cette coopération ?

De W : Une opinion, bah écoutez c'est un projet dans lequel je suis engagé, c'est un peu compliqué d'avoir une opinion là-dessus. Si j'avais un regard qui n'était pas positif j'arrêtera. (Rires). Je pense que c'est, je pense que c'est très très... D'abord c'est très enrichissant pour moi, c'est vrai que c'est un travail qui me passionne, que voilà ça permet de créer des liens, ça, j'espère, je pense que c'est utile pour les collègues... Voilà on a réussi à instaurer des vrais liens, des partenariats... Et puis c'est intéressant, et puis c'est vrai que moi ça m'a aussi permis de réfléchir à une démarche pédagogique, comment dirais-je, voilà étalée dans le temps, je trouve ça intéressant. C'est quand même une question, comment former les gens à la pédopsychiatrie, des gens qui ne sont pas de la même culture, des gens qui n'ont, n'en ont pas fait avant, voilà donc ça été une aventure. C'est vrai que maintenant, puisqu'il y a des gens de l'équipe, on est en train de renouveler un petit peu les gens de l'équipe, parce qu'il y a un psychologue qui part à la retraite, donc un autre va venir à sa place, le médecin qui venait avec moi, maintenant c'est lui maintenant le responsable du développement service de psychiatrie périnatale, donc lui et y a un autre médecin, donc c'est vrai les gens en arrivant ils disent que l'équipe est bien formée... Il y a vraiment une qualité de formation. Moi je dirai la chose qui m'attriste honnêtement, c'est que, l'idée qu'on avait c'est qu'on a formé une équipe et que ces gens-là ensuite pourront en former d'autres. C'est-à-dire qu'on va pas former tous les gens en pédopsychiatrie au Burkina Faso, mais on va former des gens qui en formeront d'autres. Le problème c'est que la deuxième partie n'a pas marché. Parce que le gros problème c'est qu'il y a pas de médecins dans l'équipe et quand même le Burkina c'est une société très hiérarchisée et comme y a pas de professeurs de pédopsychiatrie là-bas, on fait pas trop appel. Alors du coup ce qui se passe, bah les membres de l'équipe qui sont très performants interviennent un petit peu chaque année à l'école de santé publique pour former les attachés de santé en pédopsychiatrie puis en psychiatrie pour leur faire un petit peu de cours en pédopsychiatrie mais pas beaucoup. A l'école des jeunes filles qui s'occupent des enfants, ils sont aussi intervenus. Elles ont d'autres stagiaires attachés de santé, mais ça c'est quelque chose que j'essaye un petit peu de changer parce que les gens dans la formation d'attaché de santé en santé mentale ils ont un an de stage et font 15 jours en pédopsychiatrie. Alors que, quand ils se retrouvent, et c'est ça qui est étonnant, quand on va à des rencontres inter hospitalier ou autres, là je rencontre des attachés de santé qui sont seuls responsables d'un centre de santé, coupés de tout et seul référence en santé mentale et ils voient des enfants et ils savent pas. Du coup lors de ces rencontres, ils sautent sur les attachés de santé qui sont formés à la santé mentale des enfants pour leur poser des questions justement.

Donc il y a une demande.

Dr W : Bien sûr qu'il y a une demande. Et ce qui est très intéressant c'est qu'au dernier congrès donc à la fois de la société burkinabé de santé mentale et de la société africaine de santé mentale qui vient de se créer, il y avait une revendication en pédopsychiatrie. Je trouve ça intéressant parce que les gens commencent, c'est quelque chose qui évolue. En Afrique de l'Ouest il y a une préoccupation qui avance sur la psychiatrie de l'enfant. Alors qu'avant c'était quelque chose de complètement nouveau quoi, les gens savaient pas ce que c'était.

En France, quand est-ce que la pédopsychiatrie a commencé à faire ses armes ?

Dr W : Alors, la pédopsychiatrie en France... Bon ça a commencé assez tôt, on va pas commencé avant la psychiatrie, on va dire que la psychiatrie est née au début 19^{ème} siècle, voilà. Y a eu des auteurs psychiatres du 19^{ème}, fin 19^{ème} siècle qui ont commencé à écrire sur l'enfant, surtout des auteurs allemands. Et puis il y avait surtout en France, Séguin qui était instituteur et qui est devenu psychiatre, il s'est beaucoup préoccupé des enfants. Et puis on peut dire qu'à partir de la fin du 19^{ème}, il y a eu à Bicêtre, Bourneville qui a intégré un service, bon Bourneville s'est intéressé à des maladies qui finalement sont des injures, l'idiotie, l'imbécillité, le crétinisme, et justement il s'intéressait au traitement des enfants idiots. C'est lui, c'est dans son équipe qu'y a eu les premières descriptions de l'hyper activité, qui à l'époque ne s'appelait pas hyper activité, quand on reprend les textes de l'époque en 1880, c'est exactement les mêmes descriptions que maintenant mais on l'appelait l'instabilité, voilà. Alors la pédopsychiatrie ça a commencé là. Puis après il y a eu la Salpêtrière, Georges Heuyer. Tout le début du 20^{ème}, bah y a eu comme même le courant qu'on appelle médico-pédagogique parce que vous savez ce qui a beaucoup déclenché les choses c'est l'école obligatoire. Parce que quand on a mis tous les enfants à l'école, c'est là qu'on s'est rendu compte que tout le monde pouvait pas être élève, certain avait dû mal à être élève et c'est là que s'est développé un intérêt pour ces enfants. En fait le premier professeur de pédopsychiatrie en France c'est en 1947, c'est le premier professeur, c'était Georges Heuyer. C'est assez récent en France aussi. Mais il y avait aussi au début du 20^{ème} siècle tout le courant psychanalytique qui s'est pas mal intéressé aux enfants, surtout en Angleterre. Donc dès la première moitié du XXe siècle, y a eu des théories psychanalytiques chez l'enfant. Mais voilà l'essor de la pédopsychiatrie en France je dirais que c'est surtout à partir des années 60, et encore plus 72 avec la circulaire qui a institué le secteur de pédopsychiatrie, parce que sinon avant... Bon c'est vrai y a eu des choses, y a eu les premiers CMPP qui ont commencé après la guerre, une initiative du général De Gaulle, après la guerre y a eu aussi des associations de parents qui se sont regroupés pour créer les instituts médico-éducatifs, ça a commencé à ce moment-là si vous voulez. Avant pendant tout le 19^{ème}, y avait ce qu'on appelle les colonies d'enfants dans les asiles, vous voyez, mais avec tous les mélanges d'enfants grabataires, y avait encore tous les problèmes des enfants qui avaient des séquelles, d'accidents obstétricaux, des enfants trisomiques, de ce qu'on appelait à l'époque des dégénérés. Donc y avait quand même à l'époque, le 19^{ème} c'est quand même assez loin. Ah si on peut remonter avant la Révolution, parce que y a des gens qui ont fait des études, des inventaires par exemple à la Salpêtrière, parce que les hommes on les mettait à Bicêtre et les femmes à la Salpêtrière, donc voilà. Donc notamment avec un historien qui a trouvé un inventaire comme ça de 1700 et quelques, et en fait c'étaient des femmes qui étaient placées avec leur enfant. Mais y avait aussi des enfants seuls. Donc voilà, c'est vrai que c'est récent. Quand on est arrivé, c'était quelque chose de très, de vraiment nouveau, mais maintenant j'ai l'impression que dans le milieu de la santé c'est quelque chose qui commence à prendre son envol.

Et vous-même pourquoi avoir choisi la pédopsychiatrie ?

Dr W : Euh, pourquoi j'ai choisi... Vous posez une question difficile. (Rires). Euh, bah en fait, vous savez quand j'ai passé le concours de praticien hospitalier, à l'époque, on était obligé de prendre un poste immédiatement. C'est-à-dire que si vous aviez le concours, et qu'on prenait pas un poste tout de suite, on perdait le bénéfice du concours. Et donc j'ai, alors on faisait un tour, à l'époque y a avait très peu de poste en Ile-de-France et comme j'avais décidé de continuer à l'hôpital à Paris, j'ai regardé des postes aux alentours. Alors j'ai vu des postes en psy adulte et en psy enfant, et c'est vrai qu'y a un poste qui m'a intéressé en psychiatrie adolescent...

(Coupure par le téléphone).

Et donc j'avais vu des postes et j'ai vu un service pour ado complètement lugubre. Et je me suis dit qu'on peut pas laisser des ados comme ça, donc j'ai pris le poste.

Sans avoir eu au préalable une formation en pédopsychiatrie ?

Dr W : Durant mes internats si, j'avais fait des stages en pédopsychiatrie. Et c'était terrible, un truc carcéral, je me suis dit on peut pas laisser les ados comme ça, donc j'ai pris le poste pour changer les choses.

Et vous avez réussi ?

Dr W : Oui, je pense que oui, un petit peu, ça a bougé un peu.

Et la psychiatrie, c'était une volonté...

Dr W : Bah la psychiatrie c'était, c'était très différent à l'époque où j'ai choisi la psychiatrie. C'est-à-dire que, moi j'ai choisi de faire de la psychiatrie, c'était au début des années 80, un peu avant même parce que j'ai commencé à être expert en psychiatrie dès la fin des années 70. Et bon, j'ai eu de la chance par ce que je suis tombé sur un professeur qui était un grand humaniste. Donc c'était une psychiatrie différente, je veux dire euh, y avait, enfin, beaucoup de militantisme, y avait des thérapies différentes, on faisait venir des comédiens, des acteurs, on faisait jouer les malades, c'était une ambiance, on sortait beaucoup les malades, on les amenait aux musées, au théâtre. Bon c'était un peu les années aussi de l'antipsychiatrie... Bon c'était quand même, y avait les mêmes problèmes que maintenant, mais, bon c'était une psychiatrie avec les adultes où on avait un peu plus de temps. Quand je vois mes collègues maintenant en psy adultes qui sont pressés par le temps, y a plus de lits, faut que les malades sortent vite. Bon c'était une psychiatrie à l'époque, enfin moi je pense différente, c'était assez enthousiasmant. Bon maintenant, j'espère qu'y a encore des jeunes qui trouvent la psychiatrie formidable, mais moi j'avoue que telle qu'elle est actuellement je sais pas si ça me tenterait. Parce que bon maintenant c'est quand même plus, y a une majorité de placements sous contraintes.

Quand vous vous êtes engagé en médecine, vous saviez que vous vouliez faire psychiatrie ?

De W : Non pas spécialement. Vous savez quand on commence les études... Vous savez vous ce que vous allez faire après ? (Rires)

C'est la question qui fâche... Rires.

Dr W : Parce que là vous faites Science Po ?

C'est ma dernière année, je suis diplômée si tout va bien en janvier.

Dr W : En M2 de Science Po. Et vous passez les concours ?

Je suis à l'Université Paris 1 et non à l'école de Science Po. Les écoles ne m'intéressent pas trop.

Dr W : Ah d'accord. Parce qu'en général les gens qui font Science Po passent les concours.

Mais ça m'intéresse vraiment pas.

Dr W : Voilà. (Rires). Vous savez dans la vie de quelqu'un on choisit, c'est des choix, des possibilités, des opportunités, voilà on choisit les choses comme ça.

Y a des personnes qui ont fait psychiatrie dans votre famille ?

Dr W : Non. Non, non. Mais bon voilà c'est comme ça. Bon je dis pas les jeunes qui font maintenant psychiatrie leur choix est tout à fait, c'est intéressant, mais je sais pas si les circonstances actuelles m'auraient autant tenté que celles de l'époque. Ça a beaucoup évolué. La psychiatrie de l'enfant a beaucoup changé aussi.

Dans le bon sens ou le mauvais ?

Dr W : Moi je trouve plutôt dans le bon sens, ça a beaucoup évolué je trouve. Depuis 86 que je fais de la pédopsychiatrie, ça a bien évolué.

Pour revenir à la coopération, c'est la première fois que vous vous engagez dans une coopération ?

Dr W : Euh, avant j'avais fait, alors j'avais fait une petite mission au Brésil mais courte.

Qui consistait à quoi ?

Dr W : Oh qui consistait à aller donner un avis, ah c'était au niveau du district fédéral, donc à Brasilia et y avait un Ministre qui voulait avoir un avis sur les villes satellites, parce qu'à Brasilia y a pas de favelas, ils ont construits des villes satellites comme ça à 30-40 km de Brasilia. En fait ce sont des gens très pauvres dans le Nord-Est et on leur donne un petit peu d'argent, un petit lopin de terre. En fait y avait une ville de 200 000 habitants qui posait pas mal problème et qui existait depuis 5 ans, une ville champignon. Alors c'était de la piste, un peu comme en Afrique, une route rouge, et puis les gens avec leur lopin, alors y a avait pas l'eau courante, pas le total égout, pas de sanitaire. Et donc du coup voilà, avec un collègue, comme on était au Brésil pour assister à un congrès, euh on a été contacté avant parce que ça intéressé le ministre qui avait fait ses études en France et donc avait des contacts et qui voulait avoir l'avis de pédopsychiatres travaillant en Seine-Saint-Denis. C'était un type très intéressant. D'ailleurs c'était très ponctuel, justement c'était un avis à donner comme ça pour essayer de donner des indications. Il y a beaucoup de coopérations qui se font comme ça, des gens qui viennent à titre d'expert.

En quelle année c'était ?

Dr W : Je dirai, euh, en 93-94-95, c'était y a longtemps. A part ça j'ai pas d'autres expériences.

Et votre engagement au Burkina Faso, c'est un élan soudain de...

Dr W : Non, c'est pareil, c'est comme tout dans la vie, c'était voilà une opportunité. Y a le Dr Th. qui m'a demandé si je voulais m'en occuper, au début j'ai râlé en disant mais je vais jamais avoir le temps avec tout ce que j'ai à faire. Et oui ça m'a intéressé et donc je vais trouver le temps et puis on le trouve après.

Vous aviez une connaissance du continent ?

Dr W : Non. Avant j'étais jamais allé en Afrique. Enfin j'étais allé en Afrique du Nord mais jamais en Afrique. Non, non ça a été une découverte et ça a été formidable.

Et les premières impressions ?

Dr W : Alors les premières impressions... C'était y a dix ans maintenant. Euh... D'abord on a été très, très bien accueilli. C'est vrai que la première impression c'est ... Voilà c'est un contact humain, un accueil, une gentillesse, voilà. Mais en même temps, on savait pas trop parce qu'on est arrivé à deux monsieur dans cette équipe dans une équipe où y avait que des dames en plus évangélistes, et au début avec le prestige du Docteur français, elles étaient un peu timides avec nous, c'est-à-dire qu'on a mis un peu de temps avant qu'on nous parle des vrais problèmes quoi. C'est vrai qu'y eu quand même mais voilà avec un accueil très, très sympathique. Mais en même temps il a fallu quand même du temps pour qu'on arrive à parler des vrais problèmes. C'est pour ça que c'est important qu'on arrive à travailler dans la continuité parce qu'au début, c'est un peu une façade, on applique très, très bien ce que vous dites etc... *Rires*. Mais il a fallu du temps pour voir ce qui marchait, ce qui fonctionnait pas.

Vous aviez des craintes avant de partir ?

Dr W : Non, non... J'aime bien voyager, donc non.

Vous avez beaucoup voyagé ?

Dr W : Ouais pas mal. Ça me tentait assez.

Principalement vous voyagez où ?

Dr W : Bah ces temps-ci pas mal en Asie. Voilà je suis allé en Chine y a pas longtemps. Au Viêt-Nam aussi.

Vous avez d'autres envies de projets de coopération ?

Dr W : Bah non. Parce que déjà mener un projet c'est pas mal, donc on peut pas, et puis on est quand même un service psy, on a pas mal de boulot, donc j'évite de me disperser. Moi je préfère bien faire, mener un seul projet et qui se développe. Voilà on a la pédopsychiatrie, la psychiatrie périnatale en plus, donc c'est un projet qui se développe beaucoup. Donc j'ai pas du tout envie... En plus on a un projet pour des recherches sur la dépression maternelle puisque là je suis en contact avec Bichat pour ça et des professeurs de psychiatrie. Le professeur au Burkina avait envie de le faire, de lancer ces recherches en utilisant... Alors l'idée qu'on a eu c'est d'utiliser une petite ONG qui fournit aux personnes une petite mutuelle et qui a déjà un réseau de visiteurs au Mali et bientôt au Burkina. Et c'est très bien, parce que quand ils viennent pour relever les cotisations, en même temps ils reprennent des paramètres sur la santé de l'enfant qu'ils transmettent tout de suite par téléphone portable. Donc l'ONG a la technologie pour recueillir directement sur le terrain des informations et les transmettre. Et du coup l'idée serait de s'appuyer sur cette ONG pour, puisque justement c'est une mutuellement pour la santé de l'enfant. Alors par ailleurs, eux ont des financements extérieurs, des gros laboratoires pharmaceutiques parce que, c'est pas les trois sous que les gens payent qui permettent de couvrir les frais de santé. Donc du coup s'appuyer sur eux, leurs réseaux, leurs infrastructures pour former leurs intervenants et recueillir les informations sur la dépression maternelle et pouvoir faire cette étude. Donc voilà ça c'est un projet en cours.

Et la découverte de la culture burkinabé ?

Dr W : Euh, la culture burkinabé ? Elle est intéressante la culture burkinabé, mais je connaissais pas très bien les cultures africaines avant. Bon au Burkina c'est surtout la culture des Mossi. Donc y a des, y a quand même, pas loin de Ouagadougou, y a un avocat qui a monté un musée ethnographique qui est vraiment formidable et qui, voilà qui a fait un truc, il explique beaucoup de choses, y a des bouquins, des travaux d'anthropologues puisque le Burkina Faso c'était le terrain de plusieurs anthropologues, comme Doris Bonnet. Elle a notamment travaillé sur les rites de la naissance, d'élevage de l'enfant. Voilà après y a tout une... Mais c'est vrai qu'en Afrique c'est très vaste, y a plein de cultures et ça prend pas mal de temps. Sinon par ailleurs ce qui est intéressant, c'est que je suis président d'une association qui publie une revue et on a fait des numéros spéciaux sur la psychiatrie en Afrique. Et on a demandé aux collègues africains d'écrire des articles sur les aspects culturels de leur pratique. Parce qu'en fait la plupart des psychiatres d'Afrique de l'Ouest ont été formés en France. Et donc ce qui était intéressant c'est qu'ils ont pas du tout écrit en majorité sur ce quoi on attendait. Y avait très peu de choses sur les traditions, les sorciers, la médecine traditionnelle. Mais ils ont écrit sur les mutations en Afrique actuelle, c'est-à-dire sur le problème des travailleurs immigrés d'un pays africain à un autre, sur le mariage forcé des jeunes filles, sur la perte de la place des sujets âgés en Afrique. On a fait trois dossiers. Et effectivement la question qu'on se pose c'est voilà ce sont des gens qui exercent en Afrique, ont été formés en France, parlez-nous de ces spécificités culturelles que vous rencontrez. Y en a quelques-uns qui ont des choses sur la culture africaine traditionnelle mais... Ça change très vite. J'ai vu en 10 ans les changements, surtout en ville avec des modifications sociales, un afflux d'argent. Bon c'est pauvre le Burkina Faso, mais y a des gens qui ont de l'argent. Au début les 4*4 qu'on voyait c'était les ONG, maintenant ce sont des privés. Euh, quand je suis arrivé à Ouaga y avait seulement deux lieux pour retirer de l'argent, maintenant y en a partout. Y a de l'argent qui circule. Je pense que c'est la crise ivoirienne qui a été importante. Y a des tas de gens qui étaient en Côte d'Ivoire et qu'on a dû rapatrier. Au Burkina y a une stabilité politique.

Au niveau de la psychiatrie, vous constatez une évolution ?

Dr W : Au niveau de la psychiatrie générale ?

Et en pédopsychiatrie.

Dr W : Alors en pédopsy, bah, si vous voulez, non c'est un peu le problème. Si vous voulez on avait formé une équipe et on espérait que cette équipe allait former des gens et là on a été un peu déçu. Bon on a été très content de voir que 100 personnes étaient venues pour la formation en psychiatrie périnatale, donc là ça nous a revigorés. L'autre élément, c'était en février dernier, lors de ce congrès, j'ai vu que ça a changé un peu, parce que les gens commençaient à faire des communications sur la pédopsy alors que les autres années c'était extrêmement marginal, bien que les gens posaient quelques questions.

Et les autorités locales ?

Dr W : Les autorités locales, c'est-à-dire ?

Est-ce qu'elles sont engagées dans la question ?

Dr W : Bah le directeur de l'hôpital actuel, je trouve que oui...

Je parle plutôt du Ministère.

Dr W : Bah, c'est difficile à dire. Ce que je veux dire c'est que maintenant, on est passé à la coopération décentralisée donc évidemment ce sont des accords inter-hospitaliers et que

chaque hôpital développe son réseau de correspondant. Après effectivement est-ce que le Ministère de la Santé a en tête la pédopsychiatrie, je pense pas. Même au niveau de la protection de l'enfance, y a des lois pour la protection mais elles sont pas appliquées. Les lois existent mais elles sont très difficiles à appliquer. Vous savez une fois j'ai posé la question en France, parce qu'y a le problème des châtiments corporels chez les enfants, qui maintenant sont aussi tout à fait interdits, mais c'est vrai que si on prend les choses dans le passé, mon premier poste en tant que praticien que j'ai eu en région comme on dit, évidemment les infirmiers ne portaient jamais la main sur les patients, mais ils me disaient quand même que les parents qui tapaient jamais leurs enfants, c'était des mauvais parents, parce que c'est qu'ils se soucient pas de l'éducation. Donc voilà c'était y a pas si longtemps que ça. Et voilà moi ce qui m'avait interloqué c'est qu'en Afrique quelqu'un peut corriger l'enfant d'un autre. Mais je me suis dit mais qu'est-ce qui se passe ici si on tape l'enfant d'un autre. C'est vrai que quand un jeune fait une connerie dans la rue, les gens sont habilités à foutre une gifle. Alors plus maintenant en ville. Et on m'avait répondu, ça dépend si on doit l'envoyer à l'hôpital, celui lui qui a tapé doit payer les frais. Donc, alors si vous voulez, là on doit s'arrêter parce que j'ai un autre rendez-vous. Alors comment vous comptez exploiter l'entretien ?

J'ai encore des questions, c'est possible de reprendre rendez-vous ?

Dr W : Oui bien sûr.

2^{ème} entretien fait le 12 août dans son bureau.

Durée : 28 min

J'aimerais revenir sur le travail que vous faites au Burkina Faso, et notamment les relations que vous entretenez avec le personnel. Est-ce que ça a été facile de créer le lien ?

Dr W : Oui d'accord. Ecoutez ça a pris du temps, c'était pas comme ça du jour au lendemain. Donc bah je dirais, que c'est au fil des années. Ce qui fonctionne dans la coopération c'est ce recul de 10 ans qu'on a, où maintenant on a vraiment des liens de confiance et des liens, je dirais sur lesquels nos partenaires peuvent s'appuyer dans la durée. Parce que ce qui est important dans la coopération, c'est le fait de pouvoir être là, dans la durée. Parce que par rapport à cette mise en place d'un service de pédopsychiatrie à Ouagadougou, finalement, on avait affaire à des gens peu formés au début, et en fait on y allé que deux fois par an. Dont il fallait qu'ils puissent, entre les périodes où on venait, pouvoir s'autoréguler, donc on a mis en place avec eux un système d'auto-supervision finalement par rapport à leur travail. Mais effectivement, je pense par rapport à ce travail d'auto-supervision, il était important pour eux de penser qu'on allait revenir, qu'on était là, et que c'était pas une intervention isolée comme ça. Alors les liens de confiance y mettent du temps, ils mettent du temps parce que comme dans toute équipe y a des problèmes institutionnels et bien évidemment et ces problèmes institutionnels, ces problèmes relationnels avec les gens, non on en a pas entendu parler tout de suite. Il a fallu un certain temps pour qu'on puisse nous parler des problèmes qu'il y avait. Une équipe ne fonctionne jamais sans problème, c'est jamais un truc qui va tout seul, y a toujours des problèmes. Et ces problèmes, on a mis un certain temps pour en entendre parler. Et même quand on a voulu essayer, comment dirais-je, d'apporter une aide par rapport à ces questions, ça n'a pas été facile non plus. Par exemple, y a les problèmes d'absentéisme dans l'équipe...

Et vous vous occupez directement de ces...

Dr W : Non, non on s'en n'occupe pas. Mais vous savez ça, ça... Le problème, y avait plusieurs, dans l'absentéisme, il y a plusieurs causes. D'abord il y a un absentéisme officiel qui était lié au fait que les soignants avaient des permanences à faire dans le service adulte, et du

coup quand ils font la permanence au service adulte, après ils viennent pas, mais ça c'est normal, travailler. Donc ça fait déjà un travail discontinu. En plus y avait les autres absences, voilà, pour des raisons, bon, voilà... Et ça, ça pose problème parce qu'on s'est rendu compte que certains enfants, trois consultations de suite ne voyait pas la même personne. Alors qu'en pédopsychiatrie, nous on insiste beaucoup sur la régularité, la continuité, la référence au consultant, sur... Ce qui fonctionne en pédopsychiatrie c'est que la famille vient avec l'enfant, qu'elle se confie à quelqu'un, fasse confiance. Et là il arrivait que d'une fois sur l'autre, sans que les gens soient prévenus voient quelqu'un d'autre, parce que la personne était de garde, ou n'est pas venue pour une raison ou une autre. Donc y a eu des questions comme ça à gérer. Une fois on a associé dans notre équipe une cadre de soins pour qu'elle puisse venir soutenir la responsable de l'équipe là-bas qui a aussi un grade de cadre de soins. Mais c'est pas aussi évident. Parce que nous effectivement, on a nos modèles occidentaux par rapport à la présence et c'est vrai que, l'Afrique y a plusieurs obligations et puis à plusieurs... Mais c'est vrai qu'y avait ce problème par exemple. Après y a eu des rivalités dans l'équipe, entre ceux qui étaient venus faire un stage en France et ceux qui n'y étaient pas allés. Parce que ceux qui étaient venus en France pouvaient dire « Nous on sait comment faut faire parce qu'on est venu en France. », et ceux qui étaient pas parti disaient « Et alors on y est pas allé, mais quand même on sait. ». Donc voilà y avait des problèmes comme toujours, comme dans toutes les équipes, des problèmes institutionnels.

Et entre l'équipe française et l'équipe burkinabé, y a déjà eu des...

Dr W : Non, non, y a jamais eu. Non, parce que finalement on est organisé, je dirais, de façon à ce que chaque intervenants français, je dirais, quelque part, travaille en compagnonnage avec un soignant burkinabé. Donc non, y a pas de soucis, mais y pas eu de grands problèmes. Par exemple, ce problème d'absentéisme c'est pas la première, ni la seconde année qu'on nous en a parlé. Il a fallu un certain temps pour qu'on nous fasse assez confiance qu'on nous parle de ces problèmes-là.

Parce que les approches sont complètement différentes donc je me disais il y avait des confrontations intellectuelles sur la prise en charge de patients...

Dr W : Alors ouais, mais non. Alors je voulais quand même terminer mon propos. Alors y a un troisième problème institutionnel c'est celui vis-à-vis de la hiérarchie hospitalière là-bas. Alors qu'actuellement y a un directeur qui... Y a eu avant une directrice qui était très favorable à la pédopsychiatrie et qui facilitait les choses. Après y a eu un médecin militaire qui un jour m'a dit : « Vous les pédopsychiatres vous êtes comme les vétérinaires, vous vous occupez de choses qui parlent pas ». (*Rires*). Et puis y actuellement un directeur qui est très bien, attentif, qui écoute, qui soutient. Mais effectivement sinon y a eu un moment où on était ici pas mal, on nous parlait pas et puis après on nous a beaucoup parlé de ces problème, de pourquoi le téléphone marche pas, donc du coup les soignants devaient appeler les familles avec leur propre téléphone portable, que quand il fallait rendre visite dans une école ou autre c'était pas possible parce qu'y avait pas de voiture, pas d'essence. Donc soit les gens y allaient avec leur propre véhicule, leur propre essence. Mais vous pouvez pas faire ça tout le temps parce que ça coûte cher. Vous savez l'essence au Burkina elle est aussi cher qu'ici mais pas les salaires. Voire même un peu plus cher des fois. Et puis y a pas d'abonnements téléphoniques illimités comme ici. Donc y avait des tas de problèmes logistiques qui faisaient que ça fonctionnait pas. Et puis y avait aussi un truc qui revenait de façon récurrent, c'était l'apatam. Vous savez ce que c'est ?

Non.

Dr W : L'apatam c'est un endroit où on se met à l'ombre. Donc y avait un bâtiment pédopsychiatrie et les familles attendaient dehors sous le soleil. Et donc, euh, on a demandé la construction d'un apatam. Le problème c'est qu'il fallait en faire un en dur. Plusieurs ont été bricolés et évidemment au bout d'un ou deux ans, les termites le bouffaient et l'apatam s'écroulait. Je vais vous montrer les photos.

Vous avez réussi à en construire un ?

Dr W : Non toujours pas. Mais après y a eu d'autres problèmes. Y a des problèmes politiques je dirai à l'échelle gouvernementale. Parce qu'à un moment ils ont dit... Y a 4 ans, y a eu des fortes pluies et un barrage a lâché. Et quand ce barrage a lâché, du coup l'hôpital a été inondé. Du coup le gouvernement a décidé de fermer l'hôpital et de reconstruire sur un autre site. Et donc ils ont commencé à faire un nouvel hôpital à quelques kilomètres de là, donc ça a été une aberration. Donc ils ont commencé à faire un dôme de terre pour que justement en cas de fortes pluies, l'eau ruisselle. Et puis on a dit aux gens, vous déménagez dans un mois, alors qu'il y avait que la butte de terre qui était faite. Alors les soignants avaient commencé à faire les cartons, à y mettre les jouets. Et on leur a dit, « Mais attendez, vous déménagez mais où ? Y a rien. », « Mais ils vont construire. », « Mais attendez, ils vont pas construire un hôpital en un mois. ». Et finalement ils savaient pas s'ils allaient rester là ou pas. Enfin y a eu des histoires à n'en plus finir. Finalement ils sont restés, et ils vont construire quelques services sur la butte. Donc vous voyez, on a eu un peu tout ça. Quand je parle des mouvements institutionnels, des mouvements à l'intérieur de l'équipe, des mouvements entre l'équipe et la hiérarchie et après y a des choses plus globales. Donc c'est vrai qu'en ce moment ça se passe bien. Alors attendez, je vais quand même essayer de vous montrer quelques images, que ce soit pas que du virtuel tout ça.

Il cherche des photos sur son ordinateur.

Quand repartez-vous au Burkina Faso ?

Dr W : Bah normalement au mois de novembre. Ah voilà ! *(Il a retrouvé les photos du service de pédopsychiatrie à Ouagadougou. Il me les montre et les commente).*

Les structures sont suffisamment grandes ?

Dr W : Bah c'est que des consultations donc ça va. *(Il continue de me montrer des photos et poursuit ses commentaires.)*. Donc voilà vous avez vu le service, un petit peu le contexte. Donc la question c'était... Alors oui par rapport à la relation au fil du temps. Bah oui y a une relation de confiance qui s'est installée au fil du temps.

Vous avez réussi à percevoir la vision de la maladie mentale au Burkina ?

Dr W : Alors, oui. C'est-à-dire, que y a deux aspects. Y a la vision de la maladie par les familles et par les soignants, et c'est pas tout à fait pareil. C'est vrai qu'au début on avait affaire à des soignants qui étaient formés à la psy adulte donc, en fait eux leur vision elle était très réductomorphisme de la maladie, il a fallu les former à la pédopsy. Par rapport aux familles, bah je dirais qu'y a... Toutes les familles ont eu recours ou vont avoir recours à des soins traditionnels à un moment ou à un autre. Donc effectivement y a une explication traditionnelle de la maladie mentale, des représentations traditionnelles. Mais, comment dirais-je, c'est vrai que de plus en plus on a affaire à des gens qui vivent en ville, qui regardent la télé, et qui se plaignent d'abord du prix que coûtent les soins traditionnels, parce que les soins traditionnels sont pas gratuits, ils sont payants. Et puis on a quand même de plus en plus de gens qui viennent parce qu'ils croient plus aux soins traditionnels quand l'enfant a

une pathologie sérieuse quoi. Enfin moi je trouve, dans les dernières consultations que j'ai faites, j'ai eu affaire à plusieurs familles comme ça, qui voulaient pas y aller en disant ; « il va me prendre 20 000 francs, 30 000 francs et ça va servir à rien. ». Donc c'est vrai qu'y a aussi, en 10 ans j'ai vu un changement important, le même changement je pense qu'y a eu avant en Europe pendant l'exode rural, les gens dans les villages croyaient à la sorcellerie, aux rebouteux. Bon alors je pense qu'en Afrique c'est vrai qu'y a un ancrage traditionnel peut-être plus ancré parce qu'e quand y a un mort, un mariage, les gens retournent au village pour des cérémonies traditionnelles. Mais c'est vrai qu'en ville on rencontre des familles moins ancrées dans le, en tout cas qui disent non, qui sont moins ancrées dans les pratiques traditionnelles. En plus, notre équipe est constituée d'évangélistes en majorité, et c'est vrai quand même que l'émergence de religions comme l'évangélisme, ou même les musulmans, c'est vrai que tout ça, ça fait pas mal reculer l'animisme. Même si les gens gardent une petite part d'animisme, c'est vrai que les religions animistes sont en recul par rapport aux religions monothéistes. Même si elles gardent une place, si ça reste inscrit dans les traditions.

J'aimerais évoquer maintenant l'ethnopsychiatrie.

Dr W : L'ethnopsychiatrie... Bon c'est vrai que nous, on est pas parti sur une dimension d'ethnopsychiatrie, contrairement à d'autres comme Tobie Nathan. C'est vrai que nous ne sommes pas partis dans cette expérience avec une dimension d'ethnopsychiatrie. D'une part parce que dans notre équipe on avait pas la formation. On avait pas la formation d'ethnopsychiatrie mais on avait quand même l'expérience avec les famille immigrées africaines de toute façon. Et puis, je crois pas que c'est vraiment ce que les collègues de là-bas attendaient. C'est-à-dire, ils attendaient pas des ethnopsychiatres.

Mais vous en France, du fait de cette coopération...

Dr W : Du fait de la coopération, euh, je pense qu'on a un abord différent des patients africains, du moins ceux qui sont en France depuis des générations, les immigrants quoi. En tout cas on voit les enfants dont les parents sont des immigrants de première génération. Donc, effectivement on a un rapport plus proche parce qu'on a déjà des connaissances d'un des pays d'Afrique de l'Ouest donc c'est vrai que ça permet de parler, de comparer, d'amorcer la discussion. On connaît les principales traditions, parce qu'en Afrique de l'Ouest on retrouve les mêmes coutumes plus ou moins, les mêmes rites, les mêmes traditions donc ça, on peut en parler. Mais on est pas rentré dans une politique réellement ethnopsychiatrique, c'est-à-dire dans le sens de, la consultation ethnopsychiatrique, telle qu'elle se pratique à Aubervilliers, je sais pas si vous avez assisté, avec un groupe, des personnes d'origines différentes et qui reçoive une famille immigrée, voilà de façon à rebondir sur les origines de chacun.

Vous avez déjà assisté à une séance ?

Dr W : Oui, oui à Avicenne. Mais c'est vrai que nous on n'a pas développé cette pratique. Parce que vous savez, on est aussi dans une situation, en pédopsy on a une liste d'attente très importante, c'est une consultation coûteuse, y a beaucoup de monde, donc c'est vrai qu'on a une liste d'attente importante donc c'est compliqué... Moi en tant que chef de pôle, je dois tout le temps faire des choix sur comment utiliser les moyens, c'est-à-dire que, comme on a déjà pas mal d'activités qui prennent du temps, c'est vrai qu'on a pas fait le choix d'ouvrir une unité d'ethnopsychiatrie dans ce service, parce que ça nous aurait consommé une partie des ressources qui nous servent pour le quotidien des enfants. Vous savez la possibilité de cette consulte d'ethnopsychiatrie d'Aubervilliers, là où vous faites votre stage, elle a été ouverte parce que l'agence a payé, enfin l'agence a financé cette structure.

De façon générale, qu'est-ce que vous pensez de cette pratique ?

Dr W : Qu'est-ce que j'en pense ? Bah, écoutez je pense qu'elle a son utilité pour certains patients. En tout cas, c'est pas un truc à généraliser. Je pense que comme beaucoup de pratiques elle a son utilité pour certaines familles qui n'arrivent pas, pour des familles qui sont un peu coincées entre les deux cultures, qui arrivent pas à comprendre... Enfin il faut ce passage pour leur permettre cet espèce de passage pour qu'ils puissent passer d'une vision traditionnelle de leur trouble à une représentation occidentale, en tout cas du moins qu'ils puissent réintégrer la représentation traditionnelle qu'ils fuient. Moi je trouve que c'est un travail de médiation mais qui peut permettre ensuite à des gens d'accéder à des soins, ça concerne plus des gens qui sont coincés entre deux soins. Alors moi ce que j'en pense par rapport aux enfants, je pense que les équipes sociales, comme l'ASE, elles en font trop usage, parce qu'elles y voient comme un truc magique qui va arranger les problèmes. Alors c'est pas vrai, c'est pas un truc magique, mais quelque chose qui permet justement de faire une médiation pour que les gens puissent se soigner. Donc voilà, quand y a des troubles psychiatriques, y a des troubles psychiatriques. Si vous voulez, je pense qu'on a une représentation souvent, comme « Une thérapie d'un indien des plaines », le film, je pense que vous l'avez vu... Alors effectivement l'idée de l'ethnopsychiatrie c'est de pas calquer une représentation occidentale sur un trouble mental qu'on observe. Ceci dit, y a des troubles qui sont assez universels. Comme vous voyez chez l'enfant, tout ce qui est trouble envahissant du développement, l'autisme, un autiste c'est pareil qu'il soit en France ou au Burkina. Après y a la façon d'aborder qui va changer. L'autisme c'est pas un trouble à déterminant ethnopsychiatrie.

Souvent en psychiatrie on dit qu'il y a plusieurs explications. Il y a l'approche biologique, l'approche sociologique, l'approche psychologique...

Dr W : Non, non quand je parle dans l'approche culturelle... Alors la plus grande explication, c'est quand même une faute de la mère pendant la grossesse. Si l'enfant est pas normal c'est que la mère a fauté pendant la grossesse. Après les autres explications, c'est les génies qui se sont emparés de l'enfant. Après au Burkina Faso y a quelque chose d'assez particulier, qui s'appelle le Segré, ça vous dit quelque chose ? Ça a été bien étudié par l'anthropologue Suzanne Lallemand. Donc le Segré c'est un ancêtre qui revient dans le corps de l'enfant. Et puis après ya aussi d'autres choses... Par exemple y a l'enfant serpent, c'est un petit qui n'arrive pas à tenir sa tête donc les gens pensent que c'est un enfant serpent. La nuit il se transforme en serpent et il se faufile partout. Alors, j'ai pas entendu au Burkina parler d'enfant sorcier comme dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest où parfois ils sont tués. Puis après y a tout ce qui est mauvais œil, sort etc.

Et vous-même, comment vous expliquez les troubles mentaux ?

Dr W : Là vous me posez une question, il faudrait plusieurs jours pour répondre. *Rires*. Nan, les troubles mentaux c'est multifactoriel. Mais pour certains troubles y a une partie génétique quand même.

Vous avez déjà eu affaire à des familles qui évoquaient à chaque fois des explications traditionnelles.

Dr W : Oui, oui. Et puis on a quand même certaines familles qui ont leur enfant avec des troubles qui à un moment ou un autre vont en Afrique pour suivre un traitement traditionnel. Mais je trouve ça très bien, on en parle, on est pas du tout contre, c'est leur choix. C'est bien, on en parle. Je pense que, vous savez dans l'approche psychiatrique ça fait partie de l'approche psychiatrique, de l'approche de la famille. Voilà la famille elle a des croyances, des traditions, elle veut aller au bout de ce qu'elle fait, on y est pas du tout opposé, voilà.

Entretien avec le traducteur Ba. L'entretien a eu lieu le 10 juillet dans le bureau du Dr Th.

Durée: 42 minutes.

Vous êtes interprète, depuis quand l'êtes-vous ?

Mr Ba : Alors je suis interprète depuis 92.

Qu'est-ce qui vous a amené dans cette branche ?

Mr Ba : Alors dans un premier temps c'est juste pour avoir un travail. Parce qu'a priori, j'ai pas une formation pour être interprète, j'ai juste la capacité de parler plusieurs langues, le Bambara, le Soninké et le Peul. Donc voilà au début c'était un petit boulot, ponctuel, en tout cas à temps partiel.

Et à présent, vous êtes traducteur à temps plein ?

Mr Ba : Oui, je suis interprète à temps plein et médiateur transculturel.

Vous avez suivi une formation pour cela ?

Mr Ba : Oui de médiation transculturelle. Dans l'interprétariat aussi on a pas mal de formations internes, parce qu'on est amené à travailler dans des endroits, avec des institutions qu'on découvre en tant qu'interprète, ça peut-être dans des hôpitaux, ça peut-être avec un médecin généraliste, ça peut-être avec les tribunaux, le commissariat, dans des écoles, avec une assistance sociale, un éducateur. Tout ça, tous ces lieux qu'on a pu découvrir au fur et à mesure. Et puis on a, au niveau de notre structure ISM interprétariat, peut-être que vous connaissez, on a beaucoup de formations, on bénéficie de beaucoup de formations en interne. Donc on a des interprètes selon les lieux. On travaille aussi beaucoup avec l'OFPRA, ça c'est encore un autre contexte, c'est différent. C'est comme au tribunal, c'est juste de la traduction, c'est tout, la plus fidèle possible. Cette pratique est radicalement, de mon point de vue, différente que lorsque je suis en face d'un psychologue, d'un psychiatre ou d'un médecin.

Qu'est-ce qui change ?

Mr Ba: Ce qui change, c'est que le praticien cherche quand même une certaine alliance avec le patient pour comprendre. Au-delà d'une traduction fidèle où on doit quand même traduire ce qui a été dit, mais en même temps on peut décortiquer, aller un peu plus loin, parfois même ça va au-delà de la traduction, c'est là où entre en compte la médiation.

C'est-à-dire ?

Mr Ba : Bah, par exemple lorsque je travaille avec Th., c'est juste un exemple, avec un patient d'origine africaine, y a certaines choses qui dit, derrière les mots y a quelque chose, vous voyez ? Donc le patient s'il peut ne pas avoir compris exactement l'orientation du travail du praticien, euh, bah je décortique, je lui explique le pourquoi du comment et tout ça.

Donc vous avez suivi une formation médiation culturelle. Elle dure combien de temps ?

Mr Ba: Elle dure une année. Je l'ai fait y a an et demi.

Vous constatez que c'est un apport ?

Mr Ba: Oh que oui, absolument !

Vous avez travaillé avec quelles institutions ?

Mr Ba: Les hôpitaux. Je travaille avec les grands hôpitaux de Paris, avec différents praticiens, ça peut-être un service de maladies infectieuses, de cancérologie, ça peut-être beaucoup de choses.

Comment vous définirez le rôle de l'interprète, comment vous le percevez ?

Mr Ba: Un facilitateur, Oui un facilitateur parce que des fois, on travaille beaucoup comme je l'ai dit avec des hôpitaux, et là des fois le travail est complètement bloqué avec le patient. Il arrive qu'il comprenne pas, et le médecin ne peut pas le forcer à se soigner, donc nous en tant qu'interprète on peut expliquer. Une fois par exemple, y a trois semaines environ, un jeune patient qui refusait les prises de sang pour analyser. Et là, le médecin comprenait pas. Je suis intervenu en expliquant, il fallait juste lui dire que c'est nécessaire parce que lui le patient pouvait penser qu'on lui prenait trop de sang et il savait pas ce qu'on en faisait après. Tu vois, y a d'autres pensées derrière la prise de sang, donc il s'agit pas juste de traduire, y a une culture, et derrière les mots faut voir ce qui se trouvent. Et les praticiens aussi ne comprennent pas forcément, ne voient pas forcément cette dimension. L'interprète dans ce cas de figure, c'est comprendre.

Quelles relations vous nouez avec les personnes que vous interprétez ? Un lien se crée ?

Mr Ba : Alors, ce lien, ce lien ça dépend. Ce lien, pour rester professionnel, faut quand même des conditions. On s'efforce de garder les distances. Mais parfois c'est difficile, c'est difficile parce que lorsqu'on vient dans une, dans un endroit où y a des patients d'origine étrangère, dès que l'interprète vient, il trouve naturellement un allié. Il a tendance à s'approcher plus de l'interprète que des gens qui sont réellement là pour l'aider. Donc ça, il faut qu'on soit regardant par rapport à ce genre de chose. Des fois il se confie à l'interprète en disant « Tu dis pas ça ».

Et vous faites quoi dans ce cas-là ?

Mr Ba; Dans ce cas je, y a, moi personnellement, on discute avec les collègues parfois... Moi personnellement ça dépend. Ça dépend, si je suis à l'OFPRA, au commissariat, je respecte ce qu'il me dit. Mais lorsque je suis devant un médecin qui essaye d'aider cette personne, que sa vie est en danger, je peux le dire si, je pense que c'est nécessaire mais pas en présence du patient. Parce que je sais qu'y a certains mots qui sont importants pour un psychologue ou un psychiatre ou même un médecin généraliste, voilà. Donc si j'estime que ce renseignement aide le patient, mais en même temps c'est compliqué, ça vient avec le temps. Au début, j'hésitais mais voilà j'ai compris après que certains renseignements pouvaient vraiment aider. Parce que dans ce cas-là l'interprète, dans le monde médical, essaye de créer cette alliance entre, mais toujours en respectant la volonté du patient. Parce que comme vous le savez le médecin, il peut pas obliger un patient, si veut pas être soigné, y veut pas être soigné. Mais parfois ils refusent parce qu'ils savent pas, ils ont pas tous les éléments de ce que propose le praticien mais voilà après c'est à vous de décider dès lors qu'il a les informations nécessaires pour prendre sa décision.

Comment vous êtes affecté dans les missions ? C'est ISM qui gère ?

Mr Ba: C'est ISM. Donc les entreprises qui ont contracté avec ISM appelle ISM et nous ont est envoyé selon nos disponibilités. On travaille dans toute la région parisienne, ce qui nous permet de travailler avec beaucoup de structures. Voilà, là ce matin je suis là et cette après-midi je suis à l'OFPRA. Le lendemain je peux être avec éducateur, une assistance sociale, un cardiologue.

Dans l'ethnopsychiatrie, ça fait combien de temps que vous travaillez ?

Mr Ba: Depuis le début. Depuis le début. Maintenant ça dépend, parfois... Au début c'était très souvent à l'hôpital d'Avicenne, vous savez, ils font beaucoup de groupes, parfois c'est individuel aussi. Et puis depuis quelques années je travaille avec Madame Th.

Ça fait donc longtemps que vous connaissez l'ethnopsychiatrie ?

Mr Ba: Oui.

C'est ISM qui vous a envoyé la première fois ?

Mr Ba : Oui ISM.

Et quand vous avez découvert...

Mr Ba: Alors quand j'ai découvert, moi j'étais pas très, très surpris compte tenu du fait que j'ai connu ça dans mon pays. J'avais un poste qui était auprès des malades, c'était pas de l'ethno, mais j'ai côtoyé des malades qui se faisaient soigner par des soignants, des psychiatres d'origine, de France, ils sont coopérants aussi en Afrique. Donc j'ai vu comment ils travaillent, et donc du coup quand je suis venu là, quand j'ai découvert l'ethno ici, je me suis posé la question « Est-ce qu'ils passent pas à côté de quelque chose », les médecins français de là-bas. Un médecin français qui soigne des patients africains qui ont des problèmes voilà, des fois je me demande s'ils appréhendent vraiment tout. Et cette remarque-là je l'ai eu lorsque j'ai découvert l'ethnopsy en France.

Donc ils passeraient à côté de quelque chose, de l'aspect culturel ?

Mr Ba: Euh, mais même s'ils restent longtemps, c'est même plus une question de langue dans ce cas précis, parce que la traduction, mais derrière ça... Je vous ai parlé de médiation; parfois je fais ce travail-là avec des gens qui (*inaudible*). Tout n'est pas traduisible, il faut décortiquer, voir ce qu'il y a derrière. C'est subtil mais moi je l'appréhende comme ça.

Et qu'est-ce que vous pensez de l'ethnopsychiatrie telle qu'elle est pratiquée ici ?

Mr Ba: De ce que j'ai découvert, je pense qu'y a plusieurs écoles à mon avis, et je pense c'est (*inaudible*) parce que la nécessité je l'ai découvert au fur et à mesure et je pense qu'y a beaucoup de patients qui ont besoins de ça et beaucoup de praticiens aussi.

Pourquoi ?

Mr Ba : Parce que vous voyez un patient qui entre, qui est hospitalisé, le médecin donne le diagnostic, la maladie est diagnostiquée, on sait à peu près de quoi il souffre, euh, ils ont les traitements qu'il faut mais le malade n'adhère pas forcément, ne croit pas forcément à ça et pense que ça maladie est...

(Interruption par le Dr B. pour me demander si je veux être co-thérapeute à sa consultation)

Donc je disais que c'est, derrière le mal, derrière la maladie, le patient peut avoir son explication à lui. Voilà. Mais y a des praticiens qui essaient de prendre ça en compte.

Comment réagissent les patients lorsqu'ils vous entendent pour la première fois parler leur langue ?

Mr Ba: Ils sont ravis parce qu'ils se disent... Et du coup ils se confient en général et il faut trouver les distances. Et du coup y a le culturel qui, qui prédomine dans un premier temps, c'est-à-dire ils se disent « Lui, il sait ». Parfois dans la langue je suis pris comme témoin

« Toi-même tu sais » et que eux ils savent pas mais toi tu le sais. Il trouve en nous un allié naturel.

C'est pas trop dur d'être dans cette position ?

Mr Ba : Non parce que nous on n'est pas les soignants. Mais voilà on nous aide beaucoup dans les formations pour savoir justement mettre la bonne distance, savoir jouer avec ça. C'est pas souvent facile mais c'est indispensable.

Vous avez suivi d'autres formations que celle de médiation ?

Mr Ba : Ah oui, des formations en interne sur le travail de l'interprète et parfois aussi sur certaines maladies, on intervient beaucoup sur, sur les maladies infectieuses à l'hôpital donc des formations sur le VIH, les hépatites et tout. Parce que sinon nous, le langage professionnel c'est un langage savant aussi donc on doit travailler pour comprendre, l'apprendre. Les médecins qui ont l'habitude de travailler avec vous, ils savent comment s'y prendre également parce que quand y a des mots savants, complexes, ils savent vulgariser ça pour qu'on puisse traduire ensuite, parce que la traduction, c'est pas simple.

Justement, vous arrivez en général à traduire ou est-ce que vous rencontrez des obstacles liés à la langue ?

Mr Ba : Ah oui. C'est là où il faut paraphraser des fois. Y a des concepts qu'y a pas forcément dans l'autre langue, ça dépend aussi du patient. Mais faut trouver, c'est pour ça qu'être interprète, c'est pas seulement comprendre la langue, faut également la lier à la culture du patient. Parce que derrière les mots y a beaucoup de choses. Quelqu'un qui apprend, je sais pas en France le Bambara, le Chinois ou autre, sans avoir vécu dans ce milieu-là, je pense qu'on peut pas traduire, que c'est pas un traducteur. Alors du coup y a certains concepts que nous même, faut que nous-même on maîtrise ses concepts-là pour pouvoir après dire à peu près ce que ça veut dire au malade.

Mais y a pas un danger justement dans ces cas-là, quand c'est intraduisible ?

Mr Ba : Mais le danger est toujours là, mais après par expérience on arrive à dire à peu près. Parce que traduire mot à mot ça n'a pas de sens pour nous, il faut voir le but recherché. C'est ce qui est important, il faut qu'on comprenne déjà quel est le but recherché par le soignant. Dès qu'on comprend ça on peut comprendre quels sont les mots à peu près juste voilà. Et vice-versa. Faut pouvoir expliquer les choses comme le système nerveux central, les notions de biologie, même les français sans formation comprendraient pas. *(Rires)*.

Je rigole car n'ayant pas de formation médicale, quand j'entends parler les médecins, bien souvent je note et après je cherche chez moi ce que ça veut dire.

Mr Ba: Je faisais la même chose au début. J'ai même acheté un livre de psychologie, juste les termes. Et au début c'est, voilà, mais on apprend.

Et quelles relations vous avez en général avec les médecins, notamment avec les médecins du centre ?

Mr Ba: C'est-à-dire ?

Est-ce que vous arrivez à trouver votre place auprès des médecins ?

Mr Ba : Oui, oui parce que les médecins ont l'habitude... Déjà les médecins qui font appel à des interprètes, c'est qui sont convaincus de la nécessité. Y a certains médecins qui veulent pas travailler avec des interprètes. Je pense qu'ils voient pas l'importance du travail. Soit ils ont été déçus, ils pensent que les interprètes c'est pas utiles. Comme ça s'est développé avec

l'ethno, maintenant c'est dans les hôpitaux, dans différents services comme la cardiologie, maladies infectieuses comme je vous l'ai dit.

Vous avez déjà rencontré des personnes hostiles à votre présence ?

Mr Ba : Euh... Non. Bon y a déjà eu des incompréhensions.

C'est-à-dire ?

Mr Ba: Parce qu'ils comprennent pas notre façon de traduire, de revenir un peu en arrière sur ce qui a été déjà dit y a deux ou trois minutes parce que le malade fait un peu allusion à ça sans le dire mais nous on le sens. Et quand on fait traduire ça, y a des médecins qui comprennent pas. Parce qu'une seule question peut être oui ou non mais des fois le patient prend bien deux minutes pour répondre, il parle, il parle, c'est un monologue. Il faudrait expliquer ça au praticien qui au final ne comprend rien à ce qu'on dit, pourquoi il a pas répondu tout de suite, qu'est-ce qu'il a dit. C'est des petites choses comme ça qu'il faut expliquer.

Vous pensez que vous avez un rôle dans la prise en charge des patients en psychiatrie ?

Mr Ba: Oui. Franchement oui. En tant qu'interprète je me sens utile.

Pourquoi ?

Mr Ba: Bah parce que je suis arrivé à plusieurs reprises à débloquer des situations. L'exemple que je vous ai donné de la prise de sang. Quand je lui ai expliqué pourquoi, il m'a dit « Mais moi je savais pas parce qu'ils prennent deux, trois, quatre tubes de sang, et qu'est-ce qu'ils font avec tout ça ? ». Je sais que derrière y a aussi cette notion de sang, de qu'est-ce qu'on peut faire avec le sang dans sa culture. Le praticien, le médecin occidental lui en général le sait pas. Ils savaient pas pourquoi le patient refusait, et le pourquoi je les ai aidé à le comprendre.

Et en psychiatrie, c'est encore plus délicat car c'est des questions de l'esprit et de l'âme.

Mr Ba : C'est délicat et encore plus compliqué aussi. Parce que là il s'agit pas d'être un simple traducteur. Il faut connaître, comprendre l'univers du patients. Et donc ça, ça fait beaucoup de différences entre les interprètes à mon avis. Il faut bien maîtriser une langue, même si c'est des interprètes du pays d'origine, quelqu'un qui a évolué dans une grande ville, une capitale, et qui n'a jamais vécu dans un village ou autre, y a beaucoup de choses qui comprendra pas. Et parfois on rencontre des choses sur la sorcellerie que seul ceux qui ont vécu au village ou se sont vraiment intéressés à ces choses-là peuvent en parler. Et la langue a ses limites, la langue a des limites.

Vous arrivez à passer outre ces limites ?

Mr Ba : On essaye. On essaye parce qu'on sait pas tout. Les univers qu'on a côtoyés, d'une région à une autre ça peut changer. Voilà même si y a des points communs, ça évolue.

Et avec les patients vous avez toujours de bonnes relations ?

Mr Ba: Parfois ça peut être difficile. Des fois ils comprennent pas pourquoi. D'habitude travailler avec un patient en France et qu'on questionne la famille et pas le patient, bah parfois les parents comprennent pas pourquoi et peuvent être réfractaire. En règle générale on arrive toujours à trouver un terrain d'entente, mais parfois c'est compliqué surtout envers le soignant.

Le traducteur a donc un rôle plus que bénéfique ?

Mr Ba : Oui.

Tout à l'heure vous avez dit que vous étiez engagé dans des actions de coopération (lors d'une discussion avant l'entretien)...

Mr Ba : Oui mais ça c'est en-dehors, c'est associatif. Donc euh, c'est une association de développement dans mon pays. Ici aussi je suis dans une association, mais ça n'a rien à voir avec le développement, c'est dans ma ville, dans ma cité ici dans le 77.

Vous êtes un homme engagé.

Mr Ba : Oui par choix personnel et... Parce que le travail d'interprète au début si on l'a fait par défaut, bah souvent si on continue on le fait souvent mal, très mal. Nous, on a des collègues qui ont parfois des problèmes, voilà comment gérer l'attitude de certains patients, et parfois même des professionnels qui font appel à eux. Donc si on fait ce travail-là juste pour traduire, je pense... C'est pas le rôle de l'interprète en milieu social, c'est différent.

Justement j'ai une question, car souvent les patients qu'on reçoit ici sont en situation sociale très précaire. Est-ce que la distance sociale avec l'interprète n'est pas un biais ou...

Mr Ba : Sauf qu'il faut... C'est pourquoi la formation est bénéficiaire. Quand je vous ai dit qu'il y a des formations internes, en fonction des milieux sociaux on sait un peu, si c'est la CAF, la sécurité sociale ou autre. Moi personnellement ça m'a beaucoup aidé parce que je suis aussi écrivain public; Alors les écrivains publics vous savez dans les cités ou autres, aussi en milieu social, ce sont les mêmes problèmes que j'essaie d'aider tout le temps. Bon ce sont des problèmes de loyers impayés, la CAF, des demandes d'aide médicale, de titres de séjours, y a beaucoup de choses. Moi personnellement je côtoie ces personnes-là tous les jours. Mais aussi figurez-vous qu'y a pas beaucoup de différences entre nous interprètes salariés et puis ces gens en situations de précarité, parce que pour une simple raison qu'est la plupart des interprètes qui sont pour une grande majorité des migrants, ont connu aussi des périodes très, très difficiles et qui sont parfois encore dans des situations comme. Parce que quand une famille, et vous avez raison d'évoquer cette question de précarité, un malade et en même temps y a d'autres problèmes sociaux, ou de couples, ou avec les enfants qui ont des difficultés scolaires, tout ça, y a certains interprètes qui sont passés par là. C'est pourquoi, je vous l'ai dit, ils sont tout de suite vu comme un allié parce qu'il sait, parce qu'il est un homme africain et il sait comment sont les hommes africains, les femmes africaines. Donc vous voyez on n'est pas forcément si différents que ça. On vit dans le même monde, hein.

Oui mais pas forcément dans la même réalité.

Mr Ba : Oui, oui c'est vrai, je suis entièrement d'accord avec vous.

Quand êtes-vous arrivé en France ?

Mr Ba : 89.

Si cela se trouve votre situation au Mali n'a rien à voir avec celle des patients maliens.

Mr Ba : Ça c'est sûr. Sauf que sur le plan précarité, ici ça peut-être aussi financièrement... Les problèmes de santé peuvent aussi être à l'origine des problèmes sociaux. Ça arrive.

C'est vrai. Votre vision de la psychiatrie, depuis que vous travaillez en collaboration avec des psychiatres, elle a changé ?

Mr Ba : *Silence.* Comme je vous ai dit, j'ai déjà côtoyé des psychiatres dans mon pays d'origine. Bon voilà, j'avais un proche qui était étudiant en Algérie et puis qui est rentré malade, il avait des problèmes de santé mentale. Au début on le soignait à la maison, traditionnellement parce que ça c'est le premier réflexe des africains. Les maladies mentales en générales, on va pas voir le médecin, mais on pense que c'est le mauvais sort, les djinns. Le

premier réflexe ce n'est pas d'amener le malade à l'hôpital. Alors du coup, il devenait de plus en plus violent et ils ont décidé de l'amener à l'hôpital. Y a un hôpital à Bamako avec un service psychiatrique. Donc à l'époque les proches pouvaient rester avec les patients, y avait des maisonnettes construites pour ça et on pouvait même dormir. Parce que le système là-bas, je pense qu'au Burkina c'est pareil qu'au Mali, les malades en général on les laisse pas seuls. Parfois ça peut être très dangereux pour les maladies contagieuses. Alors qu'ici c'est exceptionnel. Quand j'ai dû pour la première fois voir ma fille de un mois hospitalisée et qu'on m'a dit que c'était pas la peine de rester que je pouvais rentrer, mais j'ai dit ça va pas. Mais au Mali, c'est pas pareil, au Mali, même les médecins occidentaux ont dit que les parents pouvaient rester. C'est comme ça que je suis resté une dizaine de jours à l'hôpital et j'ai assisté aux séances de thérapies, aux séances de groupes, aux explications des médecins. Du coup c'était mon premier contact avec une structure sanitaire qui s'occupe des malades mentaux. Mais sinon, nous les malades mentaux y sont dans les maisons, y sont dans les rues, y sont avec nous, on les rencontre tous les jours, ils vivent avec nous sauf, si vraiment ils sont dangereux. En France y a des manières de faire différentes.

Et qu'est-ce que vous en pensez ?

Mr Ba : Je pense que ça dépend aussi des endroits. Toutes les pathologies ne sont pas forcément les mêmes, même si les migrants viennent avec d'autres problèmes, en Europe les problèmes peuvent avoir une autre dimension et donc il faudrait soigner (*Inaudible*). J'ai vu des cas où les femmes étaient enfermées à la maison, le mari travaille et la femme a essayé de poignarder ses enfants, on sait pas pourquoi, y a pas d'antécédents dans la famille, et on pense que le problème c'est ici. Mais bon l'environnement ici en France a engendré pas mal de problèmes et dans ce cas-là, il faut soigner en tenant compte des spécificités de là-bas et d'ici.

On arrête l'entretien mais je reprends l'enregistrement un peu après.

Je disais y a une minorité de peuls au Burkina mais y sont majoritaires au Mali. Les Bambaras aussi sont des deux côtés au Burkina et au Mali. Après y a plus de chrétiens au Burkina qu'au Mali, donc vous voyez ce sont des frontières parfois artificielles avec de part et d'autres des populations similaires même si chaque pays à ses particularités. Mais y a beaucoup de pratiques de soins, religieuses qui sont les mêmes, beaucoup d'animisme.

Au Mali, y a beaucoup d'animisme ?

Mr Ba : Y en a. Seulement, animisme je sais pas si ce mot, vous voyez y a pas de contradictions entre animisme et musulman ou chrétien. Voilà ça aussi faut le comprendre. Derrière ça, y a l'existence d'un être suprême et le reste se sont des intermédiaires, et ça faut pas l'oublier. Croire en un être suprême ça, ça existe dans beaucoup de cosmologies africaines peu importe la religion, l'ethnie, le groupe.

En parlant d'ethnie, j'aimerais savoir si le fait d'appartenir à des ethnies différentes pouvait poser problème dans la relation traducteur..

Mr Ba : Bon ça peut... Ça peut arriver mais c'est là où la traduction simple pour moi n'est pas suffisante. Y a des alliances qui existent par exemple entre le peul que je suis et un forgeron ou un dogon ou autre groupe d'ethnique. Même entre peuls, entre nous-même par la différence de patronyme. Y peut avoir des situations qui facilitent le travail ou des situations qui au contraire peuvent compliquer le travail des interprètes.

Vous avez un exemple ?

Mr Ba: Des exemples... Ça peut être partout, à l'OFPRA. Moi personnellement j'ai pas connu ça mais j'ai des collègues d'Afrique Centrale qui ont connu ça parce qu'y a des guerres ethniques, des guerres politiques où on utilise l'ethnie, et le traducteur par son patronyme on sait tout de suite qu'il est de l'autre groupe et du coup on a plus confiance. Bah, ça, ça peut poser problème. Par contre dans les structures comme l'ethno ou les hôpitaux ça peut parfois faciliter. C'est le cas que j'ai connu parce qu'y a des alliances, par rapport aux cousinages qui peuvent exister entre nous, cela peut créer une confiance. Mais ça peut être aussi l'effet contraire, tout dépend de la situation.

Fin de l'entretien.

**Entretien avec le Dr Mi. le 31 juillet 2014. Lieu : dans son bureau de consultation privé.
Durée : 1h30.**

Cet entretien ne fut pas enregistré (refus de l'interviewé). Voici les notes que j'ai pu prendre. Je les laisse telles qu'elles, la chronologie étant celle de l'entretien. Je précise que les notes reflètent les paroles de l'interlocuteur et autant que faire se peut sa façon de s'exprimer. Je vais cependant les regrouper par grandes items.

- Présentation de mon travail et de mon cursus universitaire.

Il souhaite connaître cela afin de voir ce qu'il peut me dire.

- Histoire de la psychiatrie au Burkina Faso

Il va au Burkina Faso la première fois en 1984 car sa femme est anthropologue et a été affectée là-bas pour des recherches en 1984. Il va la voir tous les mois et demi en charter.

1984, révolution sankariste, régime marxiste pro-cubain. En 1983, révolution marxiste. Donc en 1984 branlebas dans les institutions dans les hôpitaux. Le Ministre de la Santé de l'époque va être intéressé par la restauration de la dignité des personnes car mouvance révolutionnaire. Donc les malades mentaux sont pris en compte. C'est fondamental car unique en Afrique.

En 1984 il y a un psychiatre. Le reste ce sont des infirmiers psy.

Décor de la psychiatrie : vieux service près de la morgue et du service tuberculeux avec des grillages où on enferme les malades.

- Changements en France

Côté français, il me présente le Ministère de la Coopération, et plus précisément le secteur de la santé. Les hommes de l'époque développent une coopération différente. Une nouvelle politique est mise en place, remplacer les militaires par les civils. Autre changement, on travaille en projet.

Les deux dynamiques, celle du Burkina et celle du Ministère de la Coopération vont se rencontrer et ça s'est fait au travers de sa personne par hasard.

- Début de la coopération

Il va être amené à rencontrer toutes les personnes investies, Ministre de la santé burkinabé (qui lui demande de travailler pour lui), le personnel du Ministère de la Coopération, les infirmiers etc. Tous sont intéressés par un projet de santé mentale et donc peu à peu s'élabore un projet entre les deux pays. Il rencontre alors le chef actuel du service de psychiatrie du CHU de Ouagadougou, le Dr Oue. qui, à l'époque est en stage à Paris. Ils écrivent un texte ensemble qui est validé par le Ministère de la santé à Ouaga et par Paris. Il me montre le texte dont voici les grandes lignes :

réhabilitation du service de psychiatrie (travail avec des architectes), salle de conférences et de réunions pour les gens de l'hôpital des autres services afin qu'ils viennent dans le service psy, volet de formation (essentiellement pour les attachés de santé, ce corps de métier est un avantage pour le Burkina car ça n'existe pas dans les autres pays.), achat d'une voiture pour aller sur le terrain et voir, école de médecine créée en 1980 et mise en place en 1985 des premiers modules de psychiatrie et de psychologie clinique, collaboration avec le secteur social.

Proposition qu'un assistant technique coordonne cela et c'est sur le Dr Mi. que s'est tombé. Il devient en 1985 chef de service de psychiatrie à Ouagadougou. Le Dr Oue. est nommé comme son adjoint. Le projet du Dr Mi. est de se faire remplacer par les burkinabé.

L'avantage d'être blanc et étranger c'est de ne pas être pris dans les luttes intestines, c'est-à-dire que quand il dit quelque chose, ça ne se discute pas.

Il est resté 7 ans au Burkina Faso et 6 ans sur le projet officiellement.

- Futur du projet

Les années Chirac comme 1^{er} Ministre. La coopération centralisée s'affaiblit. Donc réflexions du Dr Mi. pour voir comment remplacer la coopération bilatérale. Emergence de l'idée de la coopération hospitalière.

Il reçoit la visite de F.J. (« On vous a tu son nom ? »). Il est praticien hospitalier, pédopsychiatre à Paris mais rattaché à Ville Evrard. Il a été le premier, avant le Dr Th., à mis en place la coopération inter-hospitalière sous forme d'accueil de stagiaires. Puis il a quitté l'hôpital pour travailler à la Mairie. Là le Dr Th. a pris la main. C'est aussi à ce moment que la coopération a changé. « On y allé pour assurer, j'allais dire, une présence encadrante, enseignante. ».

Il est parti du Burkina Faso en 1991. Il a donné la main au Dr Oue. tant à l'hôpital qu'à l'Université. Rencontre avec les Th. un ou deux ans après. « Quand je suis rentré, j'ai lâché, à un moment donné j'ai lâché, on m'a oublié. ». Il n'a pas travaillé avec Ville Evrard comme tout le monde s'imagine.

- Opinion sur la coopération

C'est la seule modalité qui permette de mobiliser les intérêts des deux côtés, les deux profitent.

Il s'est toujours refusé le titre d'expert des cultures africaines. Au début, il faisait des expertises afin de contrer Tobie Nathan, mais il s'est lassé.

Ce qui l'intéresse vraiment c'est ce que font les gens formé de ce qu'ils ont appris.

La coopération a profité au Dr Oue. parce qu'il a pu grandir là-dessus, s'enrichir

En cout de chaîne, pour les patients, il ne voulait pas être dans une position didactique classique (en fac de médecine il ne faisait pas cours mais donnait des photocopiés que les étudiants travaillaient chez eux puis ils faisaient la synthèse ensemble.). Puis il y a eu la mise en place de recherche, de direction de thèse en médecine. Son but n'était pas de jouer au guérisseur parce qu'ils en ont, il ne veut pas faire le malin avec la culture.

Selon lui, on ne peut pas balancer artificiellement un savoir que ce soit en Afrique ou ici. Il n'est pas à l'affut des grands discours ou de résultats extraordinaires.

- Son travail dans la coopération

Pour son travail avec le Ministère de la Coopération, il faisait des rapports, invitait les personnes du Ministère chargé de ce domaine (ils étaient deux). Il était en permanence en relation avec le Ministère de la Coopération et le Ministère de la Santé.

« Moi j'ai finis mon taff, j'ai été remplacé, c'était la fin du projet. Je suis passé à autre chose. Mon désir était de me dégager, je me suis fait oublier. ». Il y a trois ans il a reçu l'ordre du mérite avec le Dr Th. entre autre, « On se retrouvait là sur le podium, et y avait toute l'histoire de la coopération. ».

Il explique ensuite que le Dr Oue. a fait son chemin dans la coopération, qu'il n'a jamais été embêté politiquement. Il explique ensuite le coup d'Etat, la mort de Sankara, il était présent.

Il y a encore au Burkina une politique favorable à la santé mentale du fait notamment du

Président actuel, qui était ancien Ministre de la Santé, Blaise Compaoré.

Il revient en France en 1991, il souhaite s'installer comme psychanalyste. Mais il accepte un poste à mi-temps dans une prison pendant 10 ans. Il revient après à Paris pour ouvrir son cabinet où il se dédie à la psychanalyse.

- Influence de l'expérience au Burkina Faso sur son travail

Ce travail est venu appuyer des prédispositions personnelles, l'Autre est vraiment un Autre, même ici. Une capacité d'étonnement de l'invention de l'Autre, dans le rapport à l'Autre. On ne sait jamais comment ça fonctionne dans l'Autre, comment il agit etc. Quand on me parle dans la même langue, il faut qu'il fasse attention à ne pas croire qu'il comprene. « Donc je n'ai pas été dépaycé dans une mouvance exotique. ».

« Je n'ai jamais eu une vision misérabiliste des pays en voie de développement, j'ai jamais été bouleversé ou encore voulu transmettre un savoir occidental. Une fois arrivé en Afrique, ouais ça va, mais j'ai vu la même chose en France dans les années 70 quoi. ».

- Histoire personnelle

Il travaillé comme tapissier pendant ses études, puis comme infirmier de nuit pendant 6 ans. C'est en tant qu'infirmier de nuit qu'il en a vu des vertes et des pas mûres, des situations comme en Afrique. « La nuit c'est jamais comme le jour, nulle part. La nuit c'est pas les mêmes règles. Un homme qui travaille la nuit c'est le même que celui qui travaille le jour. C'est pas la même chose. ».

- L'ethnopsychiatrie

Il me demande une définition tandis que je lui pose la même question. Il trouve bien qu'on s'y intéresse mais il est gêné qu'on en fasse une spécialité car ceux qui ne sont pas ethnopsy passeraient donc à côté de quelque chose, puis le danger de tomber dans l'interprétation culturelle au détriment de la clinique, que l'on tombe malgré soi dans le devin (ce qui est selon lui le cas de Tobie Nathan.). Institutionnellement il trouve que c'est bien que ça existe car ça contraint les autres à penser différemment. C'est mieux qu'un service psy médicamenteux classique. Puis autre risque, c'est le sentiment de toute puissance notamment dans l'accès au signifiant. Mais la clinique est intéressante.

Entretien avec le Dr Th., le 28 août dans son bureau au centre d'ethnopsychiatrie d'Aubervilliers.

Durée : 1h.

Je vais aborder la coopération. Vous êtes le responsable de la coopération.

Dr Th : J'étais.

Oui, j'ai vu que vous avez transmis vos fonctions au Dr W.

Dr Th : Vous avez vu ça où ?

Dans le classeur regroupant tous les documents de la coopération. Il y avait une lettre adressée à la directrice de l'hôpital, comme quoi elle accepte la passation de pouvoir.

Dr Th : Hum...

Si vous pouviez me parler de la coopération, comment vous êtes devenu responsable...

Dr Th : Ça a commencé en fait en 1995, vous étiez pas née.

Si. Rires.

Dr Th : Ou à peine. Moi je suis né en Afrique, je suis toujours... J'ai fait plusieurs rapatriements sanitaires et j'ai toujours eu conscience qu'y avait un travail faisable. Et puis il s'est trouvé que mon ami, Ar. Oue (*le Dr Oue.*), qui n'était pas à l'époque un universitaire mais qui était en formation, est venu un jour, présenté par un autre collègue qui s'appelle Mont. pour nous donner des indications sur ces enfants qu'on voyait à Stains et qui nous posaient problème par un certain nombre d'attitudes etc. Et j'avais l'impression que les systèmes éducatifs étant différents, y avait des choses qu'on interprétait qui étaient pas adéquat. Y a eu 2-3 réunions de travail. Ça c'est le premier travail de coopération qu'on ait fait. Donc les choses, bon, sont apparues très positives. Et puis, un an ou deux après, Oue. est venu et là, il a proposé qu'on fasse des ateliers inter-hospitaliers et les dits ateliers inter-hospitaliers ont été, euh, ont été des trucs où la première fois on a discuté. On avait discuté de choses relativement peu structurées. C'était pas quelque chose qui était structurée. Puis petit à petit on a structuré les choses autour des thèmes et, j'essaye de vous retrouver les (*cherche sur son ordinateur un diaporama*)... Attendez je vais tourner l'écran je suis pas un monstre tout de même. Parce que j'ai fait des présentations. On a fait progressivement énormément d'ateliers. J'avais préparé ce truc, là c'est en 1995.

Et comment vous avez rencontré le Dr Oue. ?

Dr Th : Parce qu'il a été... Le Dr Mon. est un homme qui avait passé sa vie à errer d'endroit à endroit en arrivant jamais à se stabiliser. Attendez y a un problème (*il parle par rapport au diaporama*). Et on a travaillé pendant près de 5 ans et après sans faire d'organisation précise. On a organisé des ateliers, on a organisé des choses très diversifiées, on a organisé des rencontres officielles, on a organisé des formations, on a fait un tas de choses très diversifiées. Et puis petit à petit les choses se sont structurées. Donc là on a pas les photos, c'est un peu bordélique tout ça. J'avais un tas de photos, un tas de choses sur le truc mais avec le déménagement je sais pas où c'est foutu. Toujours est-il que les choses avançant, et les choses se structurant, on est arrivé à avoir trois axes de travail. Vous avez l'axe des médecins qui sont tous venus en formation dans le service. Là vous les voyez au Burkina avec S. (*une cadre infirmière française travaillant à l'EPS de Ville Evrard*) que vous avez rencontré. Y avait des administratifs qu'on a pris en formation, par exemple là vous avez San. qui est directeur d'un des hôpitaux universitaires. Ce sont des caractéristiques un petit peu de la psychiatrie, c'est-à-

dire que... Elle c'est la surveillante actuelle du service psychiatrique, la cadre supérieure, elle c'est celle qui est responsable de la pédopsychiatrie, lui il est mort, San. donc le directeur. On a envoyé des médicaments, des livres tout au long des années, vous voyez on a envoyé des tas de trucs qu'on amenait, qu'on amenait pas. Ensuite on organisait les ateliers inter-hospitaliers. Ces ateliers inter-hospitaliers, alors les premiers c'était folklore parce qu'on était logé dans de la merde, il pleuvait toute la journée. Elle, on a été obligé de la rapatrié sanitaire. Et à l'époque j'étais responsable du service pédopsychiatrie donc on a travaillé sur le service pédopsychiatrie. Et on avait visité beaucoup de structures, on avait étudié le terrain. Les ateliers se sont organisés, vous voyez ce bâtiment qui s'appelle prise en charge adolescent santé mentale.

Et le professeur Oue. vous l'avez rencontré comment ?

Dr Th : Bah on l'a rencontré parce que Mon. nous l'a présenté. Petit à petit on a mis en place, en même temps qu'on faisait des ateliers, on réfléchissait aux pathologies... Vous voyez on s'occupait déjà des pathologies des migrations et de retour. Ça c'était en décembre 2010. Après on faisait des formations, c'est-à-dire qui avait une infirmière caractérielle qui organisait les choses. Et après on a démarré des actions formation d'urgences psychiatriques où on a essayé de former les gens aux urgences, aux dossiers, on a travaillé sur la famille quand on est allé à Bobo-Dioulasso, parce qu'au départ on faisait qu'à Ouagadougou et après on est allé à Bobo-Dioulasso, on a alterné, un an sur deux. Et puis petit à petit on a appuyé la réforme, c'est-à-dire que moi j'ai participé à l'élaboration du projet d'établissement. Parce que chaque hôpital doit se munir d'un projet d'établissement, c'est les réformes françaises qui ont été utilisées là-bas. J'ai des compétences qui sont péri-administratives. Donc au Burkina Faso, et j'ai fait aussi comme ça au Ministère des Affaires Etrangère une mission d'évaluation au Sénégal de l'appui à la réforme hospitalière, qui était la même que celle du Burkina Faso, qui était la même que celle de la France mais décalée d'une réforme. Et donc j'ai fait cinq sessions où je suis venu participer à la formation des gens, statut du personnel, statut hospitalier, statut de l'établissement, statut, construction d'un projet d'établissement. On est venu avec le précédent directeur et on a leur a apporté un appui conceptuel par rapport à la rédaction de leur projet d'établissement. Donc ça c'était un autre pan, c'est-à-dire au-delà de la clinique et de l'aide à la clinique, on a travaillé avec eux sur l'organisation de l'hôpital. On a fait ça une fois, et après ils l'ont fait tout seul. Alors depuis 2005, on a multiplié les actions, y a la pédopsychiatrie, la thérapie familiale, la psychiatrie d'urgence. Et la psychiatrie d'urgence c'est en train de se modifier par un travail sur le contrôle des cas de prise en charge et un travail d'ethnopsychiatrie. Puisque eux-mêmes ont plusieurs langues dans le pays, donc y a des obstacles culturels, linguistiques, y a différentes cultures etc.

C'est la première fois en coopération avec un pays étranger ?

Dr Th : Bah écoutez ça fait 20 ans, donc si voulez même si on est vieux on a qu'une seule vie. J'avais auparavant tenté de mettre en place une coopération avec la Pologne, quand j'étais en Normandie mais ça c'était ramassé une gamelle parce que y avait pas de crédit c'était un petit hôpital, y avait pas les moyens de payer les allers-retours, que du polonais ne parlant pas le français y avait un obstacle linguistique pour les échanges qui était assez compliqué. Et puis moi-même à l'époque je devais partir et puis je suis pas parti parce que j'avais des problèmes de famille internes qui ont fait que ça pouvait pas marcher. Donc voilà, on arrive, ça commence à fonctionner tout seul pratiquement depuis 2000, donc ça fait quasiment 15 ans. Et l'année prochaine, on arrivera à la 20e année. Donc on signe des trucs... Et on a aussi créé, la première fois en avait participé des journées médicales à Ouagadougou, et vous voyez, on leur a fait quand créer un centre d'accueil et de crises, qui est une modalité d'accueil d'urgences particuliers. Là, vous voyez l'équipe de l'époque (*me montre les photos et les*

commente.). Alors à l'époque, il y a 10 ans, on faisait un bilan en passant régulièrement à l'ambassade. Après c'était délicat, on n'a pas pu le faire etc... Ça c'est les décorations qu'ils nous ont remis pour nous remercier de ce qu'on avait fait (*il me montre les photos*). Et le problème avec l'ambassade de France, c'était qu'au départ l'ambassadeur s'intéressait à des actions de coopération et puis petit à petit les services d'actions de coopération et d'actions culturelles se sont complètement rétrécies. C'est-à-dire qu'y avait de moins en moins de gens, de moins en moins d'actions. Maintenant ils initient assez peu d'actions et ils ont juste la responsabilité du choix et le contrôle des gens qui viennent travailler en France. C'est devenu un peu réduit. Par exemple, même en 2007, quand on a été décorés, y avait des représentants de l'ambassade de France. Donc là vous connaissez tout le monde (*il me parle de la photo*). Ah non, là y a le ministre de la santé, là c'est le médecin avec qui tout a commencé, le Dr Mi.

Vous avez travaillé avec le Dr. Mi. ?

Dr Th : Non, non. Mi. était parti depuis pas mal d'années quand nous on est arrivé.

Et quel est l'objectif principal de cette coopération ?

Dr Th : L'objectif il est double, y pas de principal. Le premier est de permettre d'apprendre de la clinique à nos collègues, de les aider accessoirement avec des dons ou des bouquins (*interruption par le téléphone*). Donc y avait les dons mais, ça c'est accessoire, parce que je pense que les gens doivent subvenir à leurs propres besoins, bien que les voitures les aient bien dépannées parce qu'ils ont traversé quand même des difficultés financières importantes. Ensuite transmission de savoir cliniques, et en même temps l'autre volet, nous on apprend comment ça fonctionne, comment ils travaillent, comment les gens perçoivent au niveau de la culture les soins, comment s'inscrit la psychiatrie etc. Le grand A, c'est la formation. Alors y a la formation ici, où on reçoit pas mal de gens, on a reçu énormément de gens. En terme d'administratifs, on a dû recevoir à ce jour 25 administratifs, 7 médecins, on a reçu très probablement une demi-douzaine d'infirmiers. Donc y a un gros package entre 40 ou 50 personnes qui sont passées en France. Et puis d'autre part, nous on n'y va très régulièrement. Y a qu'un pan qu'on a pas pu faire, c'est le côté d'envoyer des équipes de chez nous en-dehors des sessions de formations qu'on fait, se former à des pratiques un peu plus ouvertes sur des comportements culturels différents.

Pourquoi vous n'avez pas pu le faire ?

Dr Th : Parce que l'hôpital lâche pas facilement aux infirmiers, parce que les gens sont très ambivalents par rapport au fait d'aller là-bas, ils veulent à la fois y aller puis ils font pas. Normalement il y avait un infirmier qui devait partir par un stage, trois ou quatre infirmiers qui voulaient partir et qui n'ont jamais été capables d'écrire un papier avec leur projet pour qu'on le soumette à la direction.

Des stages de combien de temps ?

De Th : De deux, trois mois.

J'ai aussi vu que les dernières conventions ont été signées à Ville Evrard. Toutes les conventions sont signées à Ville Evrard, où certaines sont signées à Ouagadougou ?

Dr Th : Non, certaines ont été signées à Ouagadougou. Par exemple en 2004, là (*en me montrant des photos*), ça a été signée à Ouaga.

Avec la présence du directeur de l'hôpital ?

Dr Th : Oui avec sa présence. Si vous prenez 2002, c'était aussi à Ouaga. Là c'est le hall de l'hôpital de l'administration de l'Ouagadougou. Là c'est une des premières missions en 98.

Là on visite un CMP de la banlieue de Ouaga. Normalement on alternait tous les deux ans. On alternait, un an c'était nous qui allions faire le bilan et un an c'était eux...

Pareil pour les formations ? C'est décidé à deux ?

Dr Th : Les formations maintenant sont triennales. C'est fait d'un commun accord. C'est pas nous qui imposent aux gens des choses. Alors on avait des projets parce que l'ancien directeur est un directeur tellement chiant que j'ai pas pu mettre toute l'énergie que je devais développer là-dedans. Se. (*en parlant de Monsieur Se.*) est un garçon éminemment toxique, qui cherche son intérêt propre dans sa position, et donc je peux pas l'amener voir des gens parce que tout de suite il est dans l'adhésion avec les partenaires et on arrive à rien obtenir de l'hôpital.

Pourtant je l'ai rencontré, et il semblait s'investir énormément...

Dr Th. Oui, il s'investit dans son intérêt propre. C'est-à-dire qu'il ne veut rien développer du tout, il ne peut rien développer. Avec son système actuel, on risque de ne plus pouvoir faire des missions avant la fin de l'année parce que il a mal géré son budget et qu'il ne resterait plus d'argent.

Le budget il vient d'où ?

Dr Th : C'est l'hôpital qui paie.

Il est de combien ?

Dr Th : De 30 000 euros à peu près.

Donc pour les voyages et pour les dons ?

Dr Th : Euh, pour le voyage et les indemnités de déplacements. Et y a des choses qui ne sont pas budgétées, par exemple nos salaires sont pas budgétés, y a... Voilà on a créé en 2008 le premier congrès international de psychiatrie de Ouagadougou. C'est aussi un autre développement. C'est-à-dire qu'il y a à la fois le développement de l'information appliquée à la formation/action, il y a un développement universitaire, un développement des congrès. Et maintenant on en a, on avait la dernière fois, on a été au premier congrès francophone de santé mentale. Donc y a une progression vers l'internationalisation des choses mais aussi un approfondissement de la connaissance.

Donc vous constatez réellement l'impact de cette coopération ?

Dr Th : Oui y a un impact sur la formation du personnel des services, sur les fonctionnements en formation service, nos apports de connaissances à nous, y a quand même le mémoire de Ch. (*il parle de Madame Th.*), sur, sur les retentissements que ça a dans la sous région, parce que je me suis aussi impliqué dans des fondations au Niger, à titre personnel je suis allé à des colloques de formation, pas au Bénin, mais au Togo. Donc j'ai participé, on a développé la psychiatrie, on essaye de faire front à une psychiatrie du médicament qui est une psychiatrie anglo-saxonne en développant une fonction clinique, un suivi du patient pas seulement à l'hôpital mais aussi en-dehors de l'hôpital, c'est tout un travail qui découle des pratiques de psychiatrie de secteur ici, et qui, en même temps on essaye de développer une écoute clinique des gens. C'est-à-dire que dans un continent, dans un pays comme le Burkina Faso, où vous avez une prééminence de la parole c'est quand même un comble que ce soit le médicament qui boucle la parole, qui soit utilisé en priorité. Donc on essaye d'apprendre aux gens, et d'apprendre nous comment faire en travaillant là-bas, comment on travaille avec la parole. Alors on est loin, mais enfin... Je veux dire que c'est tout il dit, je suis pas sûr que les autres vont reprendre les choses. Ça va faire comme avec Mi., ça s'arrêtera, y aura un palier et ça redémarrera.

Et le Dr W. ?

Dr Th : Le Dr W. il est pédopsychiatre, et je suis pas sûr qu'il va développer les choses avec beaucoup d'énergie. Ça demande une débauche d'énergie ce que j'ai fait, c'est tellement intense. Ça demande de se battre avec l'administration pour les crédits, de se battre avec Se. qui est d'une inefficacité totale et qui passe son temps à aller trainer à la FHF pour récupérer du fric uniquement pour ses propres actions, mais c'est peu efficace.

Et le Dr Ch. ?

Dr Th : Le Dr Ch., c'est un poète. Il pense savoir quelque chose sur tout mais il n'a aucun sens de la relation avec l'administration, donc il est pas utilisable pour faire les démarches dans Ville Evrard. C'est pour ça que j'ai proposé à W. de prendre la suite. Ch., en plus Ch. il a un inconvénient, c'est qu'il n'a aucune continuité dans son action. Il est tout le temps barré dans différentes activités, dans différents trucs. C'est lui théoriquement qui s'occupe de l'Afrique mais en fait il refourgue le bébé à ses collègues. C'est très, très particulier.

Votre position à l'ARS au eu une influence sur...

Dr Th : Ça n'a aucun rapport avec l'ARS. L'ARS veut pas s'en mêler.

Y a pas de financement possible ?

Dr Th. Pas de financement possible. Les seuls financements qu'on pourrait avoir ce sont des financements ou agence française du développement ou Ministère des Affaires Etrangères. Ça suppose d'aller passer plusieurs journées au niveau de, au niveau du Ministère des Affaires Etrangères, de rencontrer les trucs etc. Et le danger c'est que chaque fois que j'amène Se. quelque part, ça c'est les petits trucs à côté mais c'est important de savoir aussi qu'on se bat tout azimut, quand on amène Se. quelque part, il va dans son intérêt propre nouer un contact, repasser dans (*inaudible*) et saloper le truc.

C'est déjà arrivé ?

Dr Th : Oui, oui. Là par exemple il est en train de dire qu'y a plus de crédit et il est en train de préparer un congrès au Bénin.

Et de façon générale comment vous voyez la coopération entre un pays riche est un pays pauvre ?

Dr Th : Toute façon, moi je le vois assez mal. Parce qu'à l'heure actuelle l'évolution des coopérations, c'est plutôt des coopérations techniques, c'est-à-dire que le désir de la fédération... Actuellement il y a une prééminence dans la santé des directeurs des hôpitaux. Ils ont une fédération hospitalière de France, qui est théoriquement une fédération des hôpitaux qui devrait est une fédération des administrateurs mais qui est en fait une fédération des directeurs, dirigés par les directeurs d'hôpitaux. Ils sont extrêmement nombreux, ils doivent être 32 à la direction générale des soins au Ministère, donc c'est eux qui tiennent aussi ça. Et d'autre part, ils sont, je veux dire que la fédération hospitalière de France est un pseudo (*inaudible*) d'une partie de la franc-maçonnerie et les gens se tiennent comme ça depuis la nuit des temps. Moi le premier congrès de la fédération hospitalière où je suis allé, c'était en 1973, donc ça fait plus de 41 ans, et envoyer déjà les rapports de force qui étaient établis de façon claire. Donc, la fédération hospitalière elle souhaiterait plutôt voir s'établir des coopérations techniques. C'est-à-dire comment faire la maintenance d'un hôpital, comment gérer les ressources humaines. Mais elle est que très peu sensible à la transmission des savoirs. En psychiatrie c'est la transmission de la clinique, des savoirs, des échanges qui est un truc positif, et là-dessus y a très peu de gens. Et on voit très bien, alors qu'avant la coopération

c'était moi qui définissais les actes, qui structurais les choses. Là l'administration est en train de prendre le pouvoir.

Donc vous n'avez plus le dernier mot ?

Dr Th : Bah non, je m'occupe plus de ça.

Depuis combien de temps ?

Dr Th : Depuis 6 mois.

Vous aviez des comptes à rendre au Ministère de la santé ?

Dr Th : Quand on a eu des crédits, oui on rendait des comptes, mais on a pas eu de crédits depuis 15 ans. Au début on rendait des comptes, on expliquait ce qu'on faisait, on avait des rapports de missions. Là on fait plus de rapport de missions, de toute façon tout le monde s'en fout, Se. se les empile sur son bureau. Et comme on a plus de crédits, y a pas de raison qu'on leur fasse des rapports.

Qu'est-ce qui vous a donné l'envie de vous engager dans cette coopération ?

Dr Th : Bah c'était de voir les enfants du 93, des enfants qui venaient de partout dans le monde et face auxquels on était démuné. Et puis une fois qu'on a vu là-bas comment ça fonctionnait, on s'est rendu compte des besoins en développement cliniques et on a essayé de développer les choses.

Quand vous dites démunis, c'est que vous...

Dr Th : Bah les collègues ils avaient été formés par Mi. mais depuis ils tournaient. A l'époque, y devait y avoir 3 psychiatres au Burkina Faso, là y en a 7, c'est pas beaucoup non plus, 2 vont partir à la retraite. Je veux dire c'est pas un succès non plus démesuré mais la psychiatrie dans tous les pays du monde est affichée comme une des priorités par ce que l'OMS dit que c'est une des priorités de la santé publique mais il est évident que dans la réalité, comme ça demande du personnel, c'est forcément onéreux et c'est pas beaucoup développée.

C'est la première fois que vous alliez au Burkina Faso en 95 ?

Dr Th : Euh, oui c'est la première fois.

Tout à l'heure vous avez dit que vous êtes nés au Cameroun.

Dr Th : Oui. J'ai fait ma maternelle là-bas. Mais c'est pas un épi phénomène, je suis pas resté longtemps.

Vous êtes rentré en France jeune ?

Dr Th : Oui, je devais avoir 6-7 ans. Puis après j'ai rapatrié des patients quand j'étais interne à Abidjan, à Dakar.

Vous avez toujours eu des rapports avec l'Afrique ?

Dr Th : Oui j'ai toujours eu des rapports avec l'Afrique. Et comme mon père a eu pendant longtemps des missions en Afrique, j'avais aussi une dimension familiale des problèmes de l'Afrique. Je me suis toujours intéressé à l'Afrique.

Que faisait votre père ?

Dr Th : Il était statisticien. Il a monté le service de statistique de Yaoundé, de Brazzaville et puis après il a participé, il a fait de la formation, il a participé de la mise en place de statisticiens et à leur formation dans l'Afrique francophone.

Et comment s'est passé le premier contact avec vos collègues burkinabé la première fois que vous y êtes allé ?

Dr Th : Bah c'est très particulier parce que Mi. a beaucoup formé d'infirmiers. Et donc les infirmiers ont une place qu'occupaient au XIXe siècle les officiers de santé en France. Donc ils ont la prescription, ils ont la prise en charge des patients. Donc allez former des médecins et voir arriver des médecins qui voulaient former, au début ça s'attaquait à une sorte de système de fédérialité. Et ensuite les services de psychiatrie de Ouagadougou, il est quand même un peu austère, donc les gens ils attendaient peut-être plus une aide matérielle. Mais une aide matérielle est forcément limitée dans son efficacité, ce n'est pas non plus le centre de nos préoccupations. Et puis petit à petit ils se sont pris au jeu. Alors il y avait des choses qu'on faisait. Y avait les études de dossiers, et puis y avait des formations qui étaient des formations, voilà. Les gens me demandaient de faire par exemple une formation sur l'observation en urgence, donc je leur faisais un topo avec un power point. Une formation par exemple sur toute la symptomatologie qui a avoir avec, symptomatologie somatique qui peut prendre un aspect psychiatrique. Donc je leur faisais des exposés. C'était le deuxième cycle de formation C'est-à-dire on faisait faire une observation par quelqu'un, on discutait de l'observation et de l'autre côté, y avait un enseignement que je qualifierais de magistral, qui était aussi une transmission de connaissances.

Ils étaient réceptifs ?

Dr Th : Oui. Y avait un public diversifié. Y avait des infirmiers, des générations d'étudiants en médecine. Il y a une année, les étudiants en médecine sont revenus sur leurs vacances pour terminer leur session. L'équipe était intéressée. Les gens ont, chaque fois qu'on faisait des formations... Une année j'ai fait des évaluations mais alors ça c'est faire semblant (*inaudible*). Des gens font des remarques alors là ils disent ce qu'ils pensent. Comme moi j'ai pas fait de publications sur le sujet parce que ça me semblait un peu exploiter (*inaudible*), j'ai pas poussé à fond les évaluations, les appréciations, la technicisation des interventions. J'ai respecté la demande des gens parce que je pense qu'on fait bien travailler les gens quand y a une demande.

Et vous avez déjà constaté une incohérence entre ce que vous apportez et la réalité ?

Dr Th : Non parce que... Des incohérences... Y a des choses qui passent pas bien. Par exemple y a quand même des difficultés linguistiques. Le burkinabé parle un français burkinabé comme le Canadien parle un français canadien. Il arrive assez souvent que eux fassent des contresens et que nous ont fasse des contresens. Donc la qualité de la pédagogie ne peut marcher que si vous analyser bien que ce que vous transmettez est reçu comme vous souhaitez le transmettre. Donc là y a un tout un travail d'accommodation qui fait ça. La deuxième chose c'est que... Deux des choses sur lesquelles je me suis attaché quand je suis arrivé la première année c'est que les gens racontaient n'importe quoi sur les symptômes qu'ils observaient. Donc je me suis attaché pendant un an ou deux à faire en sorte que quand c'était une hallucination, c'était une hallucination. Et quand quelqu'un fabulait on racontait pas qu'il délirait etc. Y a tout un travail comme ça important à mettre en place et qu'on a mis en place et on a constaté qu'il y avait une amélioration. La prescription de médicaments, ils disposent pas de tous les médicaments. Et puis d'autre part les médicaments ici sont gratuits alors qu'au Burkina Faso les médicaments sont payants sauf pour quelques indigents. Et puis

ce sont des médicaments qu'on utilise plus trop ici. Donc y a comme ça toute une problématique où on a travaillé de la prescription. Et puis d'autre part, y a toute une discussion qui est encore en cours par rapport aux tradithérapeutes, par rapport à l'étiologie qui est la pratique ici en ethnopsychiatrie et qui est aussi leur pratique. On a effectivement introduit le débat et au lieu d'avoir un médecin qui dit que les tradithérapeutes sont des escrocs on a essayé de leur faire comprendre ce que peut être une pratique respectant les croyances des gens etc.

Et qu'est-ce qu'ils en pensent eux ?

Dr Th : Ça les intéresse. Ça les intéresse et ça leur permet de, ça leur permet d'être cohérent avec eux-mêmes. On leur donne la possibilité d'être cohérent avec eux-mêmes parce qu'ils ont tous des croyances, ils ont tous des explications magiques, ce qu'on appelle des étiologies différentes de la maladie. Ça permet d'avoir des approches différenciées, des points de vue différents et ça permet une certaine cohérence.

Et par rapport aux médicaments, vous faite comment ? Vous limiter la prescription ?

Dr Th : Non, on donne les médicaments, après les gens se démerdent. Je veux dire on est pas là non plus pour, je veux dire je suis pas un missionnaire. Si on peut faire les choses on fait les choses, si on peut pas les faire c'est un problème politique (*inaudible*).

Qu'est-ce qui vous a le plus surpris dans la pratique de la psychiatrie là-bas ?

Dr Th : Moi y a rien qui m'a choqué parce que de toute façon parce que toute façon (*inaudible*). Ce qui est le plus différent d'ici, je dirais, c'est la pleine responsabilisation d'action des infirmiers. Autant ici les infirmiers, surtout maintenant les jeunes infirmiers, sont de moins en moins, sont de plus en plus branchés sur leur décret de compétences, ont pas envie de déborder. Ils regardent les choses avec un regard polie, ils sont pas très impliqués vis-à-vis des patients. Autant les autres sont bien impliqués dans leur responsabilité, ils font les choses sérieusement et essaye de faire les choses au mieux. Y a une motivation qui est beaucoup plus importante. En même temps y a une responsabilisation de l'infirmier au Burkina Faso, enfin se sont pas des infirmiers, c'est ce qu'on appelle des attachés de santé.

Comment vous aimeriez que la coopération se poursuive ?

Dr Th : Ah là, j'ai pas d'idées, parce que je pense que c'est chacun son style. Moi ce que j'aimerais, c'est que la coopération continue, que les gens continuent d'intervenir, qu'on les aide techniquement à démarrer des structures nécessaires, comme une diversification à l'extérieur de l'hôpital. Mais moi je dirais que c'est pas mon problème parce que j'ai toujours considéré que c'étaient nos partenaires qui définissaient leurs besoins, que nous nous propositions des choses et que on définissait aussi nos besoins et ce qui nous intéressait. Et puis c'est la synthèse des 2 qui faisait que ça se fasse. C'est un pas un truc du style colonial où on arrivait en disant « Voilà je vais faire ça, je vais faire ci. ».

Tout à l'heure vous disiez que vous appreniez en allant là-bas. Qu'est-ce que vous apprenez ?

Dr Th : J'apprends, j'apprends les pratiques culturelles, j'apprends la culture des gens, j'apprends le fonctionnement d'un pays, j'apprends à entendre, j'apprends un langage. Je veux dire c'est pas la même chronologie, pas le même temps dans les séances, c'est plus long là-bas. La façon dont les gens organisent les choses au niveau de leur mythologie c'est intéressant et en même temps ça me permet de comprendre aussi le bon français qui arrive en général avec sa croyance à lui sur telle ou telle raison sur la santé mentale. La santé mentale c'est comme la politique, tout le monde sait comment vous devez soigner en psychiatrie.

Il y a donc influence ?

Dr Th : Oui. Par exemple quand je vois les patients, je prends mon temps, je les salue poliment sans faire toutes les salutations, parce que je considère que je suis à mi-chemin et non pas sur tous les chemins, c'est fondamental. Et que, y a des pratiques avec les médicaments qui sont assez différentes. L'observance, l'observance est difficile à obtenir, que la chronicité pour une maladie est une notion tout à fait contraire à la conception africaine, conception traditionnelle des soins. Et ça c'est pas spécifique à l'Afrique, c'est aussi ici sauf qu'on fait semblant de pas le savoir. L'Afrique vous renvoie à ce savoir, que la chronicité est très difficile à inscrire dans la tête des gens.

Vous faites comment dans ces cas-là ?

Dr Th : Il faut expliquer éternellement les choses. Nan, je vais dire qu'il faut savoir que quand vous allez voir le généraliste, vous avez la grippe, il vous donne un médicament et puis ça passera dans quelques jours. Bon, on prend le médicament, on sait que 70 % des Français ne prend pas les médicaments jusqu'au bout etc. Si l'observance thérapeutique, on a quelques idées, quelques chiffres. Quand vous avez un médicament chronique vous sautez très régulièrement les prises. Donc avec les Africains, vous avez un autre mode de ne pas avoir d'observance thérapeutique, donc vous devez travailler avec eux pour reprendre les choses.

Et votre travail avec le traducteur quand les patients ne parlent pas français...

Dr Th : On essaye. Alors ça c'était une surprise. Quand on travaillait il y a 10 ans on avait toujours un traducteur dans une des langues quand on voyait les patients.

En France...

Dr Th : Non au Burkina Faso. Alors maintenant, au Burkina Faso, il y a de moins en moins de jeunes qui parlent des langues comme le moré, qui est une langue véhiculaire. Donc ils ont en fait souvent les mêmes difficultés que nous ici où ici on fait venir un interprète.

Et comment se passe le travail ici avec l'interprète ?

Dr Th : Bah alors y a des interprètes qui sont un peu cons ou qui ne traduisent pas bien, mais ça c'est la vie. Je veux dire dans toutes les catégories professionnelles vous avez des gens plus ou moins cons. Y a des traductrices qui sont remarquables en tamoul et puis de temps en temps vous en avez qui sont nulles ou qui donnent leur avis ou discutent avec le patient pendant la consultation.

Vous pensez que c'est un danger dans la prise en charge du patient ?

Dr Th : Oui. Je veux dire l'interprète n'est que quelqu'un qui interprète. Il n'a pas à être un médiateur culturel, il a pas surtout à être une assistance sociale. Y a 2 ou 3 patients où c'est toujours le même interprète et le mec il s'occupe de tout et c'est pas ça, parce qu'il vient directement interférer dans notre prise en charge thérapeutique. Voilà.

Pour parler de l'ethnopsychiatrie. Qu'est-ce que c'est pour vous l'ethnopsychiatrie ?

Dr Th : L'ethnopsychiatrie c'est un truc inventé par Devereux et qui a été plus ou moins porté par des gens comme Tobie Nathan sur des modalités différentes, en particulier sur ce qu'ils appellent la prescription, et là le mémoire de Ch. (*Madame Th.*) clarifie les choses de façon tout à fait remarquable. C'est une pratique où vous prenez des gens qui sont rebelles au soins ou qui n'arrivent pas à s'adapter aux soins pour que petit à petit, à partir de la vision qu'ils ont de la maladie, de la différence langage, on arrive à les amener petit à petit à être dans des pratiques de soins qui sont des pratiques de soins qui leur permettent en même temps une intégration sociale qualitative. Sans en même temps penser que vous allez rédempter tous les

gens qui sont en difficulté. Je veux dire y a des réalités sociales, des réalités économique, politiques qui font que...

Ça fait combien de temps que vous travaillez dans le domaine ?

Dr Th : J'avais demandé à Ch (*Madame Th.*) d'installer les choses, c'était dans les années 2002, 2003. Et puis de toute façon j'avais écrit des articles sur les rapports entre la culture, la religion en Yougoslavie dans mon jeune temps, c'était dans les années 80. Je me suis toujours intéressé aux problématiques de la culture. Mais c'est pas moi ici qui fait de l'ethnopsychiatrie. Faut pas oublier que j'ai 70 ans dans un mois et que j'ai pas à me lancer dans des projets. Déjà que c'était de la merde innommable avant pour continuer cette pratique, des gens de ma compétence on en trouve pas à tous les coins de la rue. Je veux dire, c'est plutôt un cadeau que je fais à l'hôpital qu'un service. *Rires.* Ça me fait perdre du fric. C'est-à-dire que je suis trois à quatre fois moins bien payé qu'ailleurs pour ce que je fais. Donc y aussi, c'est aussi dans un champ où les gens sont... C'est ce que j'avais essayé dans ma mission à l'Agence, c'est-à-dire d'essayer de développer le truc. Mais c'est quelque chose qui se développe très lentement. Et en plus on est dans un contexte économique qui fait qu'on peut rien développer. C'est très compliqué.

Vous avez dit que des gens de votre compétence on n'en trouve pas à tous les coins de rue...

Dr Th : Bah j'ai 40 ans d'expérience. Donc j'accepte de continuer de travailler là où la plupart des collègues sont déjà en retraite et partent en Grèce. Donc c'est plutôt quelque chose qui devrait intéresser l'hôpital en tant que capital, capital de compétences.

Et pour vous, il y a un lien entre cette coopération et l'ethnopsychiatrie ?

Dr Th : Oui. Je veux dire que nos pratiques d'ethnopsychiatrie sont, existaient avant de rentrer dans la coopération mais ont été affinées par le travail de clinique qu'on fait là-bas, indiscutablement. Et en même temps ça a influencé nos collègues qui se sont aperçus quand même que faire de la médecine vétérinaire sans parler la langue des gens, mais ça ils le savaient déjà, mais ça les a un petit peu libérés de la honte de leur culture personnelle par rapport à des idées scientistes pouvait entraîner.

Qu'est-ce qui vous a amené à devenir psychiatre ?

Dr Th : Je me suis toujours intéressé, la psychanalyse m'a toujours intéressé. Et puis à la fin de mes études, vers 68, j'ai fait un stage d'interne en psychiatrie. Et puis j'ai trouvé ça sympa et surtout j'ai trouvé que les gens avaient des discussions entre eux beaucoup plus intellectuelles que les rapports, qui me convenaient mieux que les rapports qu'on avait avec les chirurgiens ou anesthésistes qui étaient uniquement dans la technique et qui étaient en général assez (*inaudible*).

Vous avez décidé de devenir psychiatres avant ou pendant vos études de médecine ?

Dr Th : Pendant mes études de médecine.

Vous êtes le seul psychiatre de la famille ?

Dr Th : De ma famille, oui je suis le seul.

Vous avez dit que votre père travaillait en Afrique. Il est né en Afrique ?

Dr Th : Non. Mon père est né à Paris.

Il a vécu combien de temps en Afrique ?

Dr Th : Oh il fait surtout des missions. Je veux dire au début quand moi j'étais en Afrique. Je

veux dire il a jamais vécu en continuité en Afrique. Pendant la guerre en 39-45 il a fait une partie des campagnes des forces libres sur le territoire africain.

Et votre mère ?

Dr Th : Ma mère a passé sa vie à ne rien faire. C'était une paresseuse congénitale, comme ça elle a pu vivre très longtemps.

Elle a rencontré votre père en France ?

Dr Th : Oui.

Vous avez des frères et sœurs ?

Dr Th : Un frère qui est gastroentérologue, il passe sa vie à regarder dans le cul des gens. Rires.

Lui-même s'est lancé dans une...

Dr Th : Oh non. Lui est un grand bourgeois du 5^{ème} arrondissement.

Je pense avoir terminé.

Dr Th : Ch. (*Madame Th.*) m'a dit que finalement vous n'alliez pas en Afrique.

Non, non.

Dr Th : Je pense que c'était pas fondamentalement nécessaire, et la deuxième chose c'est que c'est un voyage assez onéreux et que je pense que ça peut être aussi un peu déstabilisant. Si vous n'y allez pas plusieurs fois je pense que le fait d'y aller une fois pour faire une enquête etc., vous serez trop stimulée par l'environnement, par la chaleur, par le machin etc. Et en plus ça vous oblige à y aller en septembre, votre mémoire vous le rendez quand ?

Le 12 novembre.

Dr Th : Oui donc en plus le billet sera cher. Et comme je vous dis, on est trop stimulé la première fois pour être disponible pour faire un travail scientifique.

Et j'avais peur de ne pas pouvoir créer des liens suffisamment intimes.

Dr Th : Non, les liens ça, à mon avis, ça dépend de votre capacité. Je pense que si nous on vous introduit, vous aurez des liens avec les gens sans difficulté. Ça aurait jouable si vous étiez venue avec nous.

Encore faut-il qu'ils acceptent de parler avec moi.

Dr Th : Oui, je pense que ça c'est pas problème.

Le Dr Ch. et le Dr W. m'ont dit qu'ils ont mis du temps avant de créer du lien de confiance.

Dr Th : Bah oui parce qu'ils sont très prétentieux. Le problème de Ch. et Wel. c'est qu'ils sont persuadés qu'ils sont des génies. Alors on est tous persuadés qu'on est des génies, mais ils le montrent. Il faut, quand ils rencontrent quelqu'un et vous avez dû le voir, Be. (*Prénom du Dr W.*), en plus il entend pas donc c'est un peu compliqué. Et la deuxième chose, Pa (*Prénom du Dr Ch.*) quand vous parlez, il faut toujours qu'il reformule de la façon dont il a envie d'entendre la chose. C'est ce qui s'appelle une reformulation, mais c'est pas une vraie reformulation. Une reformulation c'est reformuler les choses que les gens vous ont dites, et lui il reformule les choses. Et il est tellement persuadé que c'est un génie, que face aux gens, les gens le regardent, le trouvent fort sympathique et effectivement il est adorable etc. mais effectivement ils diront jamais rien d'authentique parce que, parce qu'il est pas à la hauteur du

tout. Il faut vraiment être à l'écoute des gens et pas leur parler tout le temps et leur donner l'impression... Je veux dire que mes collègues psychiatres passent leur temps à montrer qu'ils ont raison, qu'ils savent. Dans l'écoute des gens, quand on veut travailler mais ça c'est partout, et surtout en Afrique, il faut déjà essayer d'entendre ce qu'ils ont à dire et pas savoir ce qu'on a à leur dire.

Donc vous n'avez pas eu de problème de ce côté-là ?

Dr Th : En général moi j'ai toujours eu de bons contacts avec les gens. Puis pour nous c'est plus facile parce qu'y a Ch. (*Madame Th.*) de l'autre côté donc quand ils ont des choses à dire et qu'ils n'osent pas me dire, ils vont voir Ch (*Madame Th.*) en lui demandant de me dire les choses. Nan mais en Afrique c'est aussi comme ça. Faut savoir que dans beaucoup des cultures africaines, quand vous avez des choses à dire et qu'y a un écart hiérarchique ou générationnel, et que cet écart générationnel ou hiérarchique, vous arrivez à passer à travers en donnant la parole à quelqu'un d'autre qui parlera pour vous. C'est une coutume assez classique. Et de temps en temps, pour se marrer, mes copains, mes collègues africains ici se débrouillaient pour me dire « Bah tu vas dire ce que tu as à dire. ». Donc c'est quelque chose qui fait que, pour moi, ça aurait été pas un grand obstacle si on était avec vous. Mais toute seule, débarquant, vous allez arriver comme un cheval dans un jeu de quille, un éléphant plutôt, vous risquez effectivement de déranger les activités plutôt que d'avoir un apport.

Je me suis dit que la comparaison coût/avantage, faisait pencher la balance vers « Je ne pars pas. ».

Dr Th : Bah disons aussi que ça peut vous ouvrir sur un deuxième volet pour votre travail qui serait d'aller voir sur le terrain qu'est-ce qui se passe. Ça peut faire l'objet d'une thèse de doctorat. Parce que la vraie question qui peut se poser c'est « Est-ce que l'importance des moyens mis à disposition se justifie par les résultats ? ». Donc les résultats, il faut aller les objectiver. Donc si vous partiez, il faudrait revoir tous les gens encore vivant et leur poser la question « Qu'est-ce que ça vous a apporté ? ». Mais ça suppose d'aller voir les médecins, les administratifs.

On continue la discussion sur la possibilité de faire une thèse sur ce sujet, ce que coûterait le voyage etc.

Fin de l'entretien.