

ENTRETIENS

SOMMAIRE

Entretiens faits en 2014

Monsieur Se., responsable administratif des coopération de l'EPS de Ville Evrard	p. 3
Pr. O., chef de service de psychiatrie au CHU Yalgado Ouédraogo	p. 16
Madeline, infirmière au centre d'ethnopsychiatrie, La Causerie, à l'EPS de Ville Evrard.	p. 24
A., attachée de santé au CHU Yalgado Ouédraogo	p. 45
Dr. Ch., psychiatre à l'EPS de Ville Evrard. Délégation thérapie familiale	p. 56
Dr. W. , psychiatre à l'EPS de Ville Evrard. Délégation pédopsychiatrie	p. 73
Mr. Ba., traducteur-interprète travaillant avec le centre d'ethnopsychiatrie, La Causerie	p. 91
Dr. Mitelberg, psychiatre	p. 99
Dr. T., psychiatre à l'EPS de Ville Evrard. Délégation psychiatrie adulte	p. 102

Entretiens faits en 2016

Jacqueline, psychologue en pédopsychiatrie au CHU Yalgado Ouédraogo	p. 114
Samiratou, attachée de santé en pédopsychiatrie au CHU Yalgado Ouédraogo	p. 117
Soeur Rosalie, fondatrice de l'association ABASMEI	p. 129
Nicolas, attaché de santé aux urgences psychiatriques du CHU Yalgado Ouédraogo	p. 130
Madame B., responsable de l'unité de pédopsychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo	p. 150
Dr. G., psychiatre au CHU Yalgado Ouédraogo	p. 158
Noémie, DES en deuxième année de psychiatrie	p. 172
Mario, attaché de santé en psychiatrie adulte au CHU Yalgado Ouédraogo	p. 186
Pr. B., directeur du service de la coopération du CHU Yalgado Ouédraogo	p. 201
Abdel, attaché de santé en psychiatrie adulte au CHU Salgado Ouédraogo, actuellement en stage à l'EPS de Ville Evrard.	p. 215

Entretien avec Monsieur Se., responsable communication culture et coopération internationale. L'entretien a lieu dans son bureau sur le site de l'EPS de Ville Evrard à Neuilly-sur-Marne.

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 managérielle, 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 co-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 que 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 puit 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 envoyer 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.

Géné ?

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'essaie 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 CATTTP et un CATTTP a été créer. 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 arrivés 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 imaginait 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 Yalgado Ouédraogo à au Burkina Faso. Jeudi 5 juin 2014. Lieu : chez les époux T. à Paris.

Durée : 38 minutes

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

Pr. O. : 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 T.. étant aussi l'autre acteur en ce qui concerne la partie française.

Comment l'idée a émergé ?

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : (*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 se 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 ?

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : Ça c'est les deux parties.

Dans les médecins de chaque côté.

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : 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 pas 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 ?

Pr. O. : *(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 ?*

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : 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...

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : Ici, à Descartes à Paris.

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

Pr. O. : (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 ?

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

Qu'est-ce qui vous a intéressé ?

Pr. O. : (voix très basse) Juste comme ça. C'était une vocation.

Des membres de votre famille travail dans la psychiatrie ?

Pr. O. : (voix basse) Non.

Vous êtes donc le premier ?

Pr. O. : (voix basse) Oui.

Je peux vous demander ce que faisaient vos parents ?

Pr. O. : (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 ?

Pr. O. : Oui, oui.

Vous avez des frères et sœurs ?

Pr. O. : Oui.

Combien ?

Pr. O. : On est cinq (*ou sept*).

Il y a d'autres médecins dans votre fratrie ?

Pr. O. : Non. Non. Je suis le seul médecin.

Que font les autres ?

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : Non.

Vous connaissez d'autres personnes ?

Pr. O. : Qui font quoi ?

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

Pr. O. : 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.

Pr. O. : (*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 ?

Pr. O. : 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.

Pr. O. : (*Silence, il marmonne dans sa barbe*).

Vous travaillez avec le Ministère de la Coopération ou pas ?

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : *(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 ?

Pr. O. : *(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.

Pr. O. : 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.

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : Oui un peu de tout ça, oui c'est sûr.

Et comment faire en sorte pour que...

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : Une quarantaine.

Pour combien de patients ?

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : 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.

Pr. O. : 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 T. ont voulu mettre en place une coopération pour s'occuper des patients immigrés.

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : Non. (Silence).

Que pensez-vous de la psychiatrie au Burkina Faso ? La manière dont elle est perçue par la population ?

Pr. O. : Bon c'est difficile à développer entre ce que dit la population et ce que j'en pense.

Qu'en dit la population ?

Pr. O. : De quoi ?

Sur la psychiatrie.

Pr. O. : 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.

Pr. O. : 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.

Pr. O. : 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?

Pr. O. : 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.

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : De quoi ?

Sur la maladie mentale.

Pr. O. : *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 ?

Pr. O. : 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.

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : 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.

Pr. O. : 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 ?

Pr. O. : Oui c'est notre souhait en tout cas.

Silence.

Fin de l'entretien.

Entretien avec l'infirmière Madeleine le mercredi 11 juin 2014. Il a lieu dans le bureau des infirmières.

Durée : 1h30.

Tu es infirmière en ethnopsychiatrie

Madeleine : *Rires.* Ooouui !!!

L'ethnopsychiatrie, pour toi, qu'est-ce que c'est ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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...

Madeleine: 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 T. 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : Je sais pas. Quand j'avais une dizaine d'années je dirais.

Qu'est-ce qui t'a fait prendre conscience de ça ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : Je devais avoir 13-14ans.

Quelqu'un te l'a conseillé ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : Oui. Plusieurs années. J'ai détesté.

Pourquoi ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : Après j'ai travaillé en appartements thérapeutiques avec des toxicomanes.

Des appartements thérapeutiques ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : Un an. C'était à Créteil et je m'y plaisais pas trop.

Dans la structure ?

Madeleine : Déjà dans la ville, j'aimais pas. Et puis, ouais, la structure. Je me demandais en fait à quoi je servais.

Pourquoi ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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...

Madeleine : 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 ?

Madeleine : Des soins à domicile 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 ?

Madeleine : Bah j'ai fait des soins à domicile pour la croix rouge.

Pourquoi ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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...

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 maltraitements 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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.

Madeleine : Oui, c'est sûr. Oui ça c'est clair. C'est tellement flagrant. *Rires.*

Une façon de mener un combat ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : Une anoxie de naissance. Une privation d'oxygène qui enlève au cerveau une partie de ses capacités.

Frère cadet ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 autour.

Ils faisaient quoi dans la vie ?

Madeleine : Alors mon père était ingénieur en électricité et ma mère était femme au foyer. *Rires.*

Par choix ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : Oui, très.

Pratiquant ?

T. : Oui.

Tu allais à la messe ?

Madeleine : Tous les dimanches.

Jusqu'à quel âge ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : En Normandie.

Et tout ça, ça se passe en Normandie ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 11 ans. Donc il était vraiment plus grand et plus fort que moi.

C'est le deuxième de la famille ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : J'avais pas trop le choix.

Tes parents t'obligeaient ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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...

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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.

Madeleine : 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.

Madeleine : 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...

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : Oui. Ça c'était ma première mission.

Ton rôle ?

Madeleine : Donner des cours. C'était une école dans un camp de réfugiés, et on donnait des cours.

Tu avais une formation au préalable ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : Deux ans.

Juste après ton Bac ?

Madeleine : 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 était dactylo dans une caisse à Paris.

Quel Bac ?

Madeleine : Un Bac littéraire.

Et la carrière de Dactylo te branchait au début ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : Ouais.

Pourquoi la logistique ?

Madeleine : Parce que je rêvais de faire des missions humanitaires.

Depuis longtemps ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : Oui.

Un rêve d'accompli.

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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...

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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.

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 bossée toute l'année. Et on a vu son corps revenir. Et là, vraiment c'est rude.

Et en France, les ONG mettent en place...

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : En 80.

Et après Haïti ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : Pas du tout. Non, j'ai vraiment...

Et ton ami de Lyon ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : Oh, mes 20 ans. *Rires*.

A quand même. Et tu as commencé à quel âge ?

Madeleine : 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...

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 7 ans. Il m'a fait grandir.

Tu es toujours croyante ?

Madeline : 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.

Madeline : 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.

Madeline : 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 ?

Madeline : 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.

Madeline : 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.

Madeline : 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 ?

Madeline : 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 ?

Madeline : 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 ?

Madeline : 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 ?

Madeleine : *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 ?

Madeleine : 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.

Madeleine : C'est pour ça qu'on travaillait.

En logistique, tu fais quoi exactement ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : Oh, un regard très, comment je dirai, attendri.

Pourquoi ?

Madeleine : Oh parce que c'était quand même des années formidables sur le plan individuel.

Tu veux dire pour toi ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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...

Madeleine : 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 ?

Madeleine : J'aimerais bien en faire une en tant qu'infirmière.

Ah bah oui, tu ne l'as jamais fait...

Madeleine : Et bien non.

Quand as-tu repris tes études d'infirmière ?

Madeleine : Juste après le Cambodge.

Et qu'est-ce qui t'a amené à reprendre tes études ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : Mes sœurs étaient infirmières, donc je connaissais.

Les deux ?

Madeleine : Oui.

Dans quel secteur ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : Alors j'ai adoré la théorie. Tu sais, être payée, parce que j'avais une bourse...

T'étais payée ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : Mais oui je connaissais déjà Tobie Nathan.

Comment ?

Madeleine : Euh... J'ai vu un de ses bouquins. Mais honnêtement je sais plus.

Donc ça fait longtemps que tu connais cette pratique.

Madeleine : 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 ?

Madeleine : Dans un foyer pour handicapés.

Physique ?

Madeleine : Physique et mentaux.

Donc en psychiatrie ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 coup, tu vois, elle a un peu de mal à déléguer. Mais elle a du mal surtout à accepter que ce qu'elle dise 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.

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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.

Madeleine : 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.

Madeleine : 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.

Madeleine : Ce que Ch. (*prénom de Madame T.*) appelle pudiquement, comment elle a dit, pas très bonne théoricienne. *Rires.*

Ça veut dire ce que ça veut dire.

Madeleine : 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.

Madeleine : Après J. a des côtés qui sont très sympa, mais j'ai un peu de mal parfois.

Et avec le reste de l'équipe ?

Madeleine : 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.

Madeleine : 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.

Madeleine : 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 T. ? Tu penses partir au Burkina avec eux ?

Madeleine : *Rires.* Je pense que ça peut être intéressant. Mais je suis pas sûre de vouloir partir avec eux.

Pourquoi ?

Madeleine : Je suis vraiment obligée de le dire ?

Ne t'inquiète pas, personne ne lira les entretiens.

Madeleine : Parce que, parce que, ils sont chiants. Rires. Regarde, Monsieur T.. ce matin. Il a un point de vue tellement pessimiste sur les choses tout le temps. Et puis ce que disait Ch (Madame T..) 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 ?

Madeleine : 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?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : Elle me paraît pas trop équilibrée.

Pourquoi ?

Madeleine : 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 ?

Madeleine : 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 ont 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 ?

Madeleine : 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.

Madeleine : 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.

Madeleine : Voilà, c'est pas remboursé.

Nous poursuivons la discussion sur les soins animaliers.

Fin de l'entretien.

Entretien avec l'attachée de santé burkinabé, A., le jeudi 19 juin 2014. Lieu : dans la salle de vie du dortoir des internes de l'EPS de Ville Evrard.

Durée : 1h02.

Donc vous êtes venue en France pour faire une formation, quelle est cette formation ?

A. : Je suis là pour la formation de cadre de santé.

C'est la même chose que cadre infirmier ?

A. : Oui c'est la même chose.

Donc avant de venir ici vous étiez déjà infirmière au Burkina Faso ?

A. : 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 ?

A. : Oui.

Dans quel cadre vous êtes venue en France ?

A. : 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 ?

A. : Oui. Pour la formation cadre. Mais sinon j'étais venue avant en 2003, de septembre 2003 à décembre 2004.

C'était pourquoi cette formation ?

A. : 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 ?

A. : 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 ?

A. : 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 Faso ?

A. : 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.

A. : 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 ?

A. : 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 venus ici en France se former ?

A. : 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 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 ?

A. : 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 ?

A. : Oui.

Pas trop dur ?

A. : 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 ?

A. : 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 ?

A. : 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 T. vous a présenté comme une actrice majeure de la coopération. Vous êtes engagée depuis le début ?

A. : 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 ?

A. : (*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 ?

A. : 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 ?

A. : 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 ?

A. : 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 ?

A. : 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 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.

Vous travaillez avec les tradithérapeutes ?

A. : 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 ?

A. : Oui en général. Les soignants le savent mais comme c'est pas dit officiellement...

Qu'est-ce qui n'est pas dit officiellement ?

A. : Euh ils viennent pas dire officiellement qu'ils font appel au tradithérapeute.

D'accord. Pourquoi à votre avis ?

A. : 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 ?

A. : 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 ?

A. : 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 ?

A. : A Ouaga ?

Oui.

A. : 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 ?

A. : 7 dont trois professeurs.

Pour combien de lits ?

A. : On a 49 lits et 2 lits aux urgences, au centre d'accueil.

Vous êtes souvent complet ?

A. : La plupart du temps. Il arrive (*inaudible*). Et les consultations ne désemplissent 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 ?

A. : 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 ?

A. : Oui.

Qu'est-ce qu'il faudrait pour développer encore plus le secteur psychiatrique ?

A. : 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 ?

A. : 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 ?

A. : 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 acceptés tout de suite ?

A. : 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 ?

A. : 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 ?

A. : 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 ?

A. : 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 ?

A. : Bien.

C'était la première fois que vous étiez dans un secteur, non...

A. : 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 ?

A. : Non.

Des personnes entrent dans la salle commune.

Pour venir en France, vous avez obtenu facilement le visa ?

A. : Oh que non ! Ça a été la croix et la bannière pour venir ici.

Pareil pour les autres années ?

A. : 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 ?

A. : 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 ?

A. : Dans le futur ?

Elle va durer ?

A. : *Silence.* Je ne suis pas très optimiste.

Pourquoi ?

A. : Je vais être sincère. Je pense que la retraite du Dr T.. 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 bonjour 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 T.. et une de ces personnes et le Pr. O.. 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 ?

A. : 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 O., aucun psychiatre ne souhaite s'engager ?

A. : 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 ?

A. : 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...

A. : 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.

A. : 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 ?

A. : 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 ?

A. : 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 ?

A. : 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 mentaux en particulier.

Il y a des personnes dans votre entourage qui travaillent dans la psychiatrie ?

A. : Non.

Qui ont connu des troubles mentaux ?

A. : Non.

À partir de quand vous avez décidé de vous spécialiser en psychiatrie ?

A. : 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 ?

A. : 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 ?

A. : J'ai réussi à un concours pour enseigner. Mais j'ai choisi le côté médical.

Vos parents vous ont soutenu ?

A. : Pour le médical pur, oui. Mais après pour la psychiatrie, il n'y avait plus beaucoup de monde pour soutenir.

Pourquoi ?

A. : 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 ?

A. : 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 ? ».

A. : Bah oui.

Que font vos parents ?

A. : 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 ?

A. : Oui.

Vous avez des frères et sœurs ?

A. : Oui, nombreux.

Combien ?

A. : Une bonne vingtaine.

Votre père avait une co-épouse ?

A. : Oui.

Vous avez contact avec tout le monde ?

A. : Oui. Aucun problème. Y a pas de compétition, pas de conflits.

De façon générale, ils font...

A. : 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 ?

A. : 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 ?

A. : 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 ?

A. : Pour le temps que ça prend, oui.

Vous n'avez pas encore perdu votre motivation ?

A. : Moi ? Non, elle est là, inébranlable je pense.

Vous pourriez faire d'autres formations en France ?

A. : 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 ?

A. : Ah oui. Cette année c'était beaucoup speed. On a quand même... Tout ça, ça fait partie de l'entretien ?

Oui.

A. : 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 ?

A. : 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 ?

A. : 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...

A. : 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 ?

A. : Celle d'ici ou en général ?

Déjà qu'est-ce que c'est pour vous ?

A. : 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 ?

A. : 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.

A. : 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 T. ?

A. : A Ouaga, au service de psychiatrie, pour la première fois.

En quelle année ?

A. : J'ai rencontré le Dr T. pour la première fois en 95 quand j'étais encore étudiante pour ma spécialisation. Mais Madame T. 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 ?

A. : A Ouaga ?

Oui.

A. : 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 ?

A. : 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 ?

A. : 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 ?

A. : Oui.

Vous êtes croyante ?

A. : Oui.

Pratiquante ?

A. : Oui. Je suis chrétienne évangéliste.

Vous avez reçu une éducation religieuse ?

A. : Mes parents étaient musulmans et moi j'ai choisi le christianisme.

Quand ?

A. : 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 ?

A. : Musulmans pratiquants, oui.

Qu'est-ce qui vous a convaincu ?

A. : 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. au service de Bondy.

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. T. 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 contraindrait 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 défailnants 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 T.. (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. T.. (*Madame T.*) 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. T. 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 T.. 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 pys 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 T.. qui vous en a parlé...

Dr Ch : Oui, c'est T.. 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 réussit 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 apportez 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 ?

D 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 pratiques 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. Ça 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 boîtes, 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 T.. 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 2014 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 T..

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 O. 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 W : 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 T. 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 quelle 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 dépression 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 de 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'essaie 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 seule 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'appelaient 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 XX^e 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 T. 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 pédopsychiatrie, 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 pédopsychiatrie 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 correspondants. 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 allés, 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 problèmes, 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'appatam. Vous savez ce que c'est ?

Non.

Dr W : L'appatam 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 appatam. 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'appatam 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.

Fin de l'entretien.

**Entretien avec le traducteur Ba. L'entretien a eu lieu le 10 juillet 2014 dans le bureau du Dr T. au centre d'ethnopsychiatrie.
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 T., 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 T..

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'essaye 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 Mittelberg, le 31 juillet 2014. Lieu : dans son bureau de consultation privé à Paris.

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 Pr. O. 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 (travaille 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 Pr. O.. 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 T., a 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 T. 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 Pr. O.. tant à l'hôpital qu'à l'Université. Rencontre avec les T.. 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 formés de ce qu'ils ont appris.

La coopération a profité au Pr. O.. parce qu'il a pu grandir là-dessus, s'enrichir

En bout 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 T.. entre autre, « On se retrouvait là sur le podium, et y avait toute l'histoire de la coopération. ».

Il explique ensuite que le Pr. O.. 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 comprenne. « Donc je n'ai pas été dépaysé 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 pas 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 T., le 28 août 2014 dans son bureau au centre d'ethnopsychiatrie d'Aubervilliers.

Durée : 1h.

Je vais aborder la coopération. Vous êtes le responsable de la coopération.

Dr T. : J'étais.

Oui, j'ai vu que vous avez transmis vos fonctions au Dr W.

Dr T. : 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 T. : Hum...

Si vous pouviez me parler de la coopération, comment vous êtes devenu responsable...

Dr T. : Ça a commencé en fait en 1995, vous étiez pas née.

Si. Rires.

Dr T. : 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. O. (*le Pr. O.*), 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, O. 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 Pr. O. ?

Dr T. : 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 O. vous l'avez rencontré comment ?

Dr T. : 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 T. : 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 rétrécis. 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 Mitelberg.

Vous avez travaillé avec le Dr. Mitelberg ?

Dr T. : Non, non. Mitelberg était parti depuis pas mal d'années quand nous on est arrivé.

Et quel est l'objectif principal de cette coopération ?

Dr T. : 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 paquetage 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 T. : 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 T. : 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 T. : 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 T. : 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 T. : 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 T.. 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 qu'il a mal géré son budget et qu'il ne resterait plus d'argent.

Le budget il vient d'où ?

Dr T. : C'est l'hôpital qui paie.

Il est de combien ?

Dr T. : De 30 000 euros à peu près.

Donc pour les voyages et pour les dons ?

Dr T. : 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 crée 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 T. : Oui y a un impact sur la formation du personnel des services, sur les fonctionnements en formation service, nos apport de connaissances à nous, y a quand même le mémoire de Ch. (*il parle de Madame T.*), 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 T. : 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 T. : 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 T. : Ça n'a aucun rapport avec l'ARS. L'ARS veut pas s'en mêler.

Y a pas de financements possibles ?

Dr T.. Pas de financements possibles. 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 T. : 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 T. : 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 être 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 T. : Bah non, je m'occupe plus de ça.

Depuis combien de temps ?

Dr T. : Depuis 6 mois.

Vous aviez des comptes à rendre au Ministère de la santé ?

Dr T. : 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 T. : 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 T. : Bah les collègues ils avaient été formés par Mitelberg 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 T. : Euh, oui c'est la première fois.

Tout à l'heure vous avez dit que vous êtes nés au Cameroun.

Dr T. : 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 T. : 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 T. : 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 T. : 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 T. : 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 féodalité. 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 T. : 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 T. : 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 T. : 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 T. : 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 T. : 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 poli, 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 essayent 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 T. : 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 qu'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 T. : 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 T. : 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 T. : 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 T. : 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 T. : 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 T. : 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 T. : 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 T. : 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 T.*) 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 T. : J'avais demandé à Ch (*Madame T.*) 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 T. : 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 T. : 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 scientifiques pouvait entraîner.

Qu'est-ce qui vous a amené à devenir psychiatre ?

Dr T. : 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 T. : Pendant mes études de médecine.

Vous êtes le seul psychiatre de la famille ?

Dr T. : De ma famille, oui je suis le seul.

Vous avez dit que votre père travaillait en Afrique. Il est né en Afrique ?

Dr T. : Non. Mon père est né à Paris.

Il a vécu combien de temps en Afrique ?

Dr T. : 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 T. : 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 T. : Oui.

Vous avez des frères et sœurs ?

Dr T. : 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 T. : Oh non. Lui est un grand bourgeois du 5^{ème} arrondissement.

Je pense avoir terminé.

Dr T. : Ch. (*Madame T.*) m'a dit que finalement vous n'alliez pas en Afrique.

Non, non.

Dr T. : 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 T. : 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 T. : 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 T. : Oui, je pense que ça c'est pas un 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 T. : 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 T. : 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 T.*) 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 T.*) 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 T. : 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.

Entretien avec Jacqueline, psychologue dans le service de pédopsychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo. Il se déroule le 26 février 2016 dans son bureau. Il est non enregistré, l'interviewée n'ayant pas donné son accord.

Durée : 1h15

Je vais présenter ses propos selon le déroulement de l'entretien, qui se découpe en plusieurs grands blocs : son parcours professionnel, son parcours universitaire, sa vision de la maladie mentale, de l'étiologie « traditionnelle » et des soins en découlant.

Lors de cette retranscription, j'utilise uniquement les mots et expressions employés par l'enquêtée. Je n'ai fait que changé le pronom, du « je » au « elle ».

I) Parcours professionnel

Jacqueline occupe le poste de psychologue au sein du service de psychiatrie adulte du CHU depuis 2001, année où elle intègre la fonction publique. Elle y fut affectée par la direction générale. En 2005, au moment de l'ouverture du service de pédopsychiatrie, elle y est affectée par le professeur O. en tant que psychologue.

Auparavant, elle travaillait dans un cabinet privé de psychologue de 1996 à 2001. Elle y recevait des enfants en difficulté scolaire, avec des troubles du comportement, des adolescents en crise (pas de précisions sur ce que sont ces crises et comment elles se manifestent), des personnes voulant faire leur bilan psychologique. Pas de différence avec les cas qu'elle rencontre à l'hôpital, selon ses dires.

Les débuts dans le service de psychiatrie ont été difficiles : pas de bureau pendant six mois, les conditions dures, collaboration difficile au début (elle me rassure d'ailleurs sur le fait qu'être blanche ou noire ne change en rien à la difficulté de s'adapter et de s'intégrer). Ce sont les attachés de santé qui réfèrent les patients à la psychologue. Au début, pas facile. Ainsi, premièrement, ce sont des étudiants de l'hôpital qui viennent la voir pour faire des tests de personnalité afin de s'orienter. Elle a réussi à s'imposer via son travail. Pendant l'absence de bureau, elle négociait avec les attachés de santé leurs locaux qui sont dans la cour.

II) Parcours scolaire

Diplômée en psychologie, elle a fait sa licence et son M2 en France, à Caen. Elle a 19 ans, lorsqu'on lui parle de faire psychologie. C'est son entourage (qui ?) qui lui en parle, car était une enfant timide, parlait peu. Cela semble être des caractéristiques amenant à la psychologie.

Après une première ES, elle fait une terminale L dans un lycée privé de Bobo, le collège de L'Avenir. Ses notes lui permettent de s'orienter vers la psychologie. Effectue son DEUG en psycho à Ouagadougou. Elle fait partie de la troisième promotion dans cette filière, en 1987. Pas de possibilité de poursuivre plus loin que le DEUG. L'ensemble de la promotion part en France. A présent, la formation universitaire s'arrête en M1.

Elle constate beaucoup de différences dans l'enseignement entre la France et le Burkina Faso : trop rapide, on n'entend pas, est arrivée avec deux mois de retard, en novembre. On lui a fait passer un test de niveau, premier traumatisme. Les examens sont en février, deuxième traumatisme. Elle est partie le 2 novembre 1987. Le coup d'Etat contre Sankara a eu lieu le 15

octobre de la même année. Son père est mort à ce moment là (du fait du coup d'Etat ?), d'où son retard. N'avait pas envie de partir, mais pas le choix. Les autres de la promotion sont partis en temps et en heure.

Le contenu du cours est plus argumenté, plus la bibliographie. Prise de note systématique, peu habituée à cela. Elle a appris beaucoup de chose, plus de précisions, de détails dans la formation. Elle a réussi à mettre cela en pratique, même s'il y a des moments où il faut adapter car ce n'est pas le même contexte culturel. Elle donne l'exemple de jeux, en disant que certains sont plus adaptés que d'autres. Etant jeune, elle aimait jouer. Elle jouait aux cartes, au scrabble, au lido (jeux de société burkinabé), au damier, au waré (ce sont les petites filles qui jouent à cela).

Dans sa promotion burkinabé, trois étudiants ont décompensé (quels symptômes ?) et ont été rapatriés.

Elle a aimé ses études en France et a travaillé comme une folle. Mais a déprimé. Les gens ne se disent pas bonjour, ne se parlent pas. Elle était au quatrième étage, pas habituée à la hauteur. La hauteur constitue une grande différence, c'est stressant. Le week-end, la résidence était vide, les étudiants partaient chez eux, il n'y avait que des noirs. Mais elle avait de la chance, chaque année elle entraînait chez elle.

III) Origine sociale et vie personnelle

Son père est vétérinaire. Sa mère non lettrée, je suppose femme au foyer. Ce n'est pas un mariage d'amour. Son père, était en séminaire, et se destiné à être prêtre. Or le père de celui-ci souhaitait qu'il épouse la femme qui deviendra la mère de Jacqueline. Il a été remercié du séminaire

Elle a deux frères, qui sont enseignants en primaire, et deux soeurs, dont une qui est enseignante aussi en primaire et la seconde a un cancer et ne travaille pas.

Personne dans son entourage n'est lié à la psychologie : principalement enseignement et militaire.

Elle est catholique de naissance. Elle pratique et va au minimum une fois par jour à l'Eglise. Mais elle ne mêle jamais les deux choses, vie privée et sa pratique professionnelle (elle le répète trois fois.).

Elle n'a pas fait de psychanalyse, cela ne l'intéresse pas. Il n'y a pas de psychanalyste à Ouagadougou.

Elle s'est mariée en 1987, à 22 ans, avec un traducteur-interprète qui travaillait aux affaires étrangères. Elle a une fille, née en France, le 9 avril 1990, pendant ses études.

IV) Perception de la maladie mentale

Sa croyance et pratique religieuse l'amène à ne pas croire dans les explications traditionnelles. En revanche, croit dans les prières de délivrance. Elle n'oriente pas les patients, sauf si c'est le patient qui vient lui en parler. Elle lui demande de mûrir ses réflexions avant de prendre cette direction.

Elle a utilisé la religion pour sa mère malade, morte d'un cancer du sein. En l'espèce l'onction des malades. Les autres la qualifient de « religieuse ratée » car elle a le comportement d'une religieuse mais n'en est pas une.

Les troubles mentaux sont comme les autres maladies. Cela dépend de notre capacité à nous adapter et se réadapter à des situations. Les explications traditionnelles ne sont que de pures coïncidences. Petite, elle allait de province en province, selon les affectations de son père. Ses parents n'adhèrent pas aux explications traditionnelles.

Dans la maladie mentale, suivi psychiatrique et accompagnement thérapeutique sont complémentaires. Quand à l'origine de celle-ci, elle me dit qu'elle sera obligée de me faire un cours de psychopathologie. Elle évoque les deux natures de la structure psychique : psychotique et névrotique.

V) Coopération

C'est une bonne chose, cela permet de donner et de recevoir, de partager des connaissances. Quand les coopérants viennent, il y a des enseignements, mais dans la pratique, il faut adapter. Sur l'autisme, elle a déjà vu cela, mais la pédagogie c'est répéter.

Cela est bien pour les attachés de santé. Psy et attachés de santé n'ont pas la même formation. Psy a un tronc commun avec la médecine.

Quant à ce qui est de changer la coopération, c'est aux patrons de décider, eux s'adaptent.

Le principal apport de la coopération, pour elle qui est partie en France, c'est un rappel car cela fait longtemps qu'elle est revenue de France.

Les projets en cours : la périnatalité. C'est en marche, il y a un travail à la chaîne avec la maternité et la pédiatrie. Il y a une équipe de Ville Evrard qui vient pour cela, autre que celle du Dr. W.

Les principaux troubles vus dans le service : troubles envahissant du développement, autisme. Elle m'assure qu'ils étaient présents avant, mais qu'il n'y avait pas le matériel pour poser le diagnostic. Du coup c'étaient des explications traditionnelles, les enfants serpent, les sorciers etc.

La coopération a permis aux attachés de santé de connaître ces maladies. Ce sont les premiers à voir les patients.

Quant à ce qui serait à changer dans le service, elle ne parle pas de plus de motivation, ni de sensibilisation, mais plus d'implication, plus approfondie.

**Entretien avec l'attachée de santé Samiratou. Il a lieu le 29 février 2016 au départ dans la cuisine, puis dans une salle au fond du service de pédopsychiatrie.
Durée : 50 minutes.**

J'aimerais commencer par votre parcours professionnel. Si vous pouviez me dire quel est le poste que vous occupez actuellement, que vous avez fait avant.

Samiratou : Actuellement je suis attachée de santé dans l'unité de pédopsychiatrie, dans le service de psychiatrie.

Depuis combien de temps

Samiratou : J'ai d'abord exercé comme infirmière, infirmière d'Etat. Je travaillais dans un service de l'hôpital pendant six ans.

Lequel ?

Samiratou : Dans le service de chirurgie A. A l'époque c'était chirurgie A. J'ai travaillé depuis octobre 83 à 89.

Chirurgie A, ça concerne tout le corps ?

Samiratou : Chirurgie, c'est les... les plaies post-opératoires. Nous nous soignons les plaies chirurgicales, toutes sortes d'opérations chirurgicales. Les pansements des patients, c'est nous qui les faisons, les coutures. Quand j'ai quitté la fonction d'infirmière, j'ai passé le concours pour être attachée de santé en santé mentale.

En 89 ?

Samiratou : Et en 89, j'ai fait deux ans de formation pour devenir infirmière spécialiste en santé mentale.

Pourquoi vous avez choisi la santé mentale ?

Samiratou : J'ai, j'ai déjà une amie qui était à l'époque, euh, dans la formation. Et c'est elle qui m'en a parlé, qui m'a dit que c'était cool.

Rires.

La santé mentale c'est cool, c'est la première fois que j'entends ça.

Samiratou : C'était, vraiment. Tu es là, tu apprends beaucoup de choses, tu vois la vie, la personnalité des gens, tu connais ce que, vraiment les problèmes humains, les relations humaines, ça t'apporte beaucoup de choses.

C'était une amie à vous ?

Samiratou : Oui, une amie à moi. Elle m'a devancée dans la formation de la santé mentale et elle m'a donné l'envie de faire aussi cette branche. Donc j'ai fait le concours, j'ai réussi et j'ai suivi la formation. C'est en 91 que je suis affectée à l'hôpital dans le service de psychiatrie.

C'est la direction qui vous a affecté ?

Samiratou : Oui, c'est la direction. Au niveau de l'Université, au niveau de l'école de la santé mentale....

Interruption par l'entrée d'une attachée de santé. S'ensuit les traditionnelles salutations. Nous poursuivons tout de même un peu.

Donc quand je finis, quand j'ai été affectée en service de psychiatrie....

C'est vous qui avez choisi l'hôpital ?

Samiratou : Oui. Parce qu'à l'époque il faisait, on affectait les gens dans les provinces. Nous étions cinq à être formés.

En province, ce sont les centres de santé...

Samiratou : A l'époque c'était les USP, unités de soins psychiatriques. Maintenant on a changé, c'est devenu service de psychiatrie.

Du fait des allers et venues, on décide de poursuivre l'entretien dans une salle au fond, utilisée pour les ateliers de CATTP.

Du coup, nous en étions... Vous avez été acceptée en psy adulte. Ah oui, vous me disiez que d'habitude on affectait les gens en province.

Samiratou : Voilà. Il avait besoin de, je crois que c'est deux à Ouagadougou. J'étais permis les deux à rester à Ouagadougou.

Vous étiez contente ? Ou vous auriez préféré partir ?

Samiratou : J'étais très contente parce que je voulais rester à Ouagadougou. Ma famille était à Ouagadougou.

Vous êtes restée en psy adulte. En quelle année vous êtes venue en pédopsy ?

Samiratou : Je suis venue en pédopsychiatrie en.... Je suis venue en 2008.

C'est vous qui en avez fait la demande ?

Samiratou : Oui.

Pourquoi ?

Samiratou : J'ai fait une formation en France, dans le service de pédopsychiatrie. J'ai été la première. Actuellement, de ceux qui sont sur le terrain, je suis la première à être partie à Ville Evrard.

En quelle année ?

Samiratou : C'était en 95. Je suis arrivée en décembre 95.

Dans un service de pédopsychiatrie ?

Samiratou : On m'a orientée vers l'hôpital de jour d'Aubervilliers. *Inaudible*. Je faisais des ateliers avec les enfants. Y avaient les éducateurs, les infirmiers, les aides-soignants. C'était dans le secteur du Docteur Z. *Inaudible*.

J'ai fait aussi un stage là-bas, mais en adulte.

Samiratou : D'accord.

Vous êtes restée combien de temps ?

Samiratou : Je devais rester une année, mais j'ai prolongé parce que je suis revenue pendant les vacances. Je suis repartie. Ma prolongation est due au fait que je devais préparer un DU en psychopathologie que j'ai pas pu faire dans les délais. Un DU de psychopathologie.

Silence.

Qu'est-ce que vous avez retenu de votre voyage en France ?

Samiratou: Retenu ?

Au niveau des formations.

Samiratou : Sur le terrain, à Aubervilliers, on avait beaucoup, des enfants, on avait le groupe des ados, des pré-ados, des petits, des moyens-petits. Il y avait des adultes qui les encadraient. Donc on faisait beaucoup de sorties avec les enfants. On allait sur le marché, on achetait les bonbons. Y avait un enfant qui aimait les frites, il pouvait pas parler et pourtant il disait «toufrites ». *Rires.* Je me rappelle. *Rires.*

Je me rappelle beaucoup des sorties avec les enfants.

A part le marché, vous alliez ailleurs ?

Samiratou : Oui. Le poney. On partait à la Villette aussi. On se promenait. Les enfants ils adorent.

Silence.

Quand vous êtes arrivée ici, vous avez essayé de mettre en place des ateliers ?

Samiratou : Quand je suis arrivée ici, je pouvais pas mettre en place parce qu'il y avait pas d'unité de pédopsychiatrie encore. Après ma formation, je suis venue en psy adulte et je ne pouvais rien mettre en place parce qu'il y avait rien de créé pour les enfants.

Quand vous êtes arrivée en psy adulte en 91, pas trop dur les débuts ?

Samiratou : Dans notre formation, y a beaucoup de stages, donc on voit. Donc quand j'ai été affectée, y a une continuité.

Qu'est-ce qui vous a amené à devenir attachée de santé ?

Samiratou : Devenir attachée de santé... Bon, c'est quand même une augmentation de grade. D'infirmier d'Etat, tu passes d'un grade supérieur.

Pourquoi être devenue infirmière, s'être lancée dans la branche médicale ?

Samiratou : Dans la branche médicale... Je voyais qu'il y avait beaucoup de gens qui souffraient, je compatissais, je voulais les aider, mais je n'avais pas les connaissances pour. Donc je voulais apprendre pour pouvoir faire quelque chose, aider à diminuer dans sa douleur.

En France, vous êtes venue combien de temps ?

Samiratou : Bon, je suis venue une deuxième fois pour finir mon DU, c'est la continuité.

Vous êtes toujours restée à Aubervilliers ?

Samiratou : Nan. Quand je suis revenue en 97, je crois que c'est 97, j'étais dans le service à Stains. Oui, c'est biens Stains. J'ai été à Stains chez le Dr. T. Je connais le bureau du Dr. T. Je sais pas si vous voyez, mais en bas...

Il a changé de service maintenant...

Samiratou : Ah, il a changé.

Il est à Aubervilliers, dans un service d'ethnopsychiatrie.

Samiratou : Ah d'accord.

Et là, vous étiez restée combien de temps ?

Samiratou : A Stains, j'ai du faire trois mois.

Et quelles différences vous avez pu observer entre la France et le Burkina Faso au niveau de la psychiatrie ?

Samiratou : Au niveau de la psychiatrie ? *Silence.* Je crois qu'ils ont beaucoup plus de moyens que nous, le matériel.. Les enfants sont plus... Y a beaucoup plus de personnel aussi, ceux qui encadrent les enfants, ils sont plus nombreux que nous. Et puis le matériel. Et le cadre... Le cadre est... L'hôpital de jour des enfants, vous voyez les enfants qui viennent, partent. Ici, il peut rester ici toute la journée. Et pourtant les gens ont cette demande.

Pourtant les enfants pourraient rester ici, vous avez des locaux, une cour...

Samiratou : Eh, il faut les nourrir les enfants, il faut les habiller, il faut....

Et ça l'hôpital ne fournit rien...

Samiratou : Pour le moment nous sommes en train de discuter de cet aspect... Mais c'est quelque chose qui... *Rires gênés.*

Et si vous vouliez plus de personnel, il faudrait faire la demande à qui ?

Samiratou : Là, peut-être au ministère de la Santé publique.

Vous l'avez déjà faite ?

Samiratou : Bon, c'est pas à mon niveau donc je... *Inaudible.*

Silence.

Vous étiez dans le début avec le Dr. Mitelberg ?

Samiratou : Oui. Quand je suis venue pour la formation d'attachée de santé, la première année, et même la deuxième année, le Dr. Mitelberg était là. C'était lui qui était le chef du service de psychiatrie adulte, à l'époque.

Et ça fonctionnait comment ?

Samiratou : Bon... Y avait les... Y avait.. Deux psychologues, plus les psychiatres, ils étaient pas nombreux à l'époque, deux ou trois.

Vous vous souvenez de leur nom ?

Samiratou : Le professeur O., le professeur Ou. et puis le professeur K. Les autres n'étaient pas là. Y avait aussi les attachés de santé, ils étaient mais...

Vous étiez combien ?

Samiratou : Oh, on devait être quatre. Y avait pas beaucoup d'attachés de santé à l'époque. *Inaudible.*

Vous arriviez quand même à faire fonctionner le service ?

Samiratou : Oui, oui. L'affluence est venue après. A l'époque, y avait pas tellement de demande. A l'époque, y avait pas tant de troubles. Le nombre de malades a augmenté. *Inaudible.*

Comment ça se fait ?

Samiratou : Peut-être parce que, les fléaux sociaux. Avant on avait pas connu de problèmes comme ça. Un exemple. *Inaudible.* Mais ce qui est survenu au Burkina Faso, y a eu beaucoup de problèmes qui ont frappé le pays. On n'a qu'à voir avec les événements récents. Ça peut être la genèse des troubles mentaux.

Et le Dr. Mitelberg, qu'est-ce qu'il a apporté dans le service ?

Samiratou : Il a donné des cours. Il nous donnait des cours. Et puis... Il a appris aux gens.. Je crois que c'est à partir de lui qu'on a laissé tomber le cabanon. Le cabanon c'était le grillage qu'on a construit, et puis on mettait les malades mentaux là-dedans. Les malades psychiatriques dedans. Tout le monde dans le même cabanon. Et puis on ferme. Y avait pas de chambres, là les chambres, c'est un confort maintenant.

C'est venu quand les pavillons ?

Samiratou : Je suis venue, en 89, y avait déjà les pavillons. Ça doit dater du début des années 80.

Donc avant la venue du Dr. Mitelberg ? Il est arrivé en 1985.

Samiratou : Ah, en 85. Je n'ai pas...

Donc après le cabanon, c'était directement la cour ?

Samiratou : Voilà. Y a eu la cour puis on a construit les chambres que vous voyez. Après le cabanon, on a construit ça. Chaque malade a sa chambre. Sinon, avant ça n'existait pas, c'était un grillage où les malades étaient ensemble.

Et il est parti quand le Dr. Mitelberg ?

Samiratou : Cela doit être vers 91-92.

Vous savez pourquoi ?

Samiratou : Bon, est-ce qu'il n'a pas terminé sa mission auprès de nous ? *Inaudible*

Et après les échanges avec les T., ça s'est bien passé ?

Samiratou : Est-ce que c'est un transfert... Bon Mitelberg vivait ici, et puis il était chef de service. Et puis il donnait des cours pour former les attachés de santé. Après lui, c'est le professeur O. qui est devenu le chef de service. Et maintenant c'est dans le cadre du partenariat avec Ville Evrard. C'est ça qui a conduit le jumelage.

Qu'est-ce que vous pensez du jumelage ?

Samiratou : Ça se passe bien. Les gens sont contents du jumelage. Ça permet... Y a une ouverture, y a vraiment des échanges qui sont très intéressants. Les gens viennent ici, ils

apprennent, nous aussi. Ça permet au personnel de l'hôpital de se rendre à Ville Evrard, d'avoir un autre point de vue, des connaissances, un autre regard sur *Inaudible*.

Et vous arrivez à mettre en pratique ce que vous avez appris en France ?

Samiratou : Bon, y a quelques difficultés qu'on rencontre, mais quand même...

Lesquelles ?

Samiratou : Bon par exemple, y a certains collègues qui disent que... *Silence*. Les moyens qu'on trouve... Par exemple les jouets. Y a certains jouets que les enfants ne connaissent pas, c'est pas adapté à leur culture. Bon après y a des jeux... Si c'est le awalé...

Oui, on m'en a parlé, avec des trous et des billes.

Samiratou : Oui c'est ça. Ou encore le balafon, l'enfant tape avec, il fait de la musique. Par exemple ce genre de jeux... Les enfants connaissent. C'est adapté sur le terrain. C'est pas le cas de tous les jeux.

Vous l'avez déjà constaté ça ?

Samiratou : Oui. *Réfléchit*. Par exemple, le jeu avec les images. Y a des animaux que les enfants ne connaissent pas, donc les noms, l'enfant ne peut pas le savoir. Si par exemple il voit l'âne, il peut dire l'âne parce qu'il l'a déjà vu. Si c'est la chèvre, il peut dire la chèvre, parce qu'il l'a déjà vu. Mais y a des animaux, il peut pas le dire. Ou bien les arbres, les fleurs.

L'hôpital vous donne des moyens financiers pour acheter des jeux ?

Samiratou : *Silence*. Bon... Au début, au moment de l'ouverture, on a eu des jouets.

Par qui ?

Samiratou : Les partenaires nous ont aidés, quand ils viennent, ils donnent. L'hôpital aussi a aussi fait sa part un peu.

Les partenaires c'est qui ?

Samiratou : Les partenaires du cadre des échanges avec Ville Evrard. Quand ils viennent, ils apportent quelque chose.

Comment vous voyez la suite de cette coopération ? Qu'est-ce que vous aimeriez mettre en place ?

Samiratou : *Silence*. La suite de la coopération... On voit que ça a apporté ses fruits, ça apporté ses fruits. Au début, les gens qui étaient un peu réticents, un peu réservés, ils ont compris que ça nous apporte un plus. Donc y a de plus en plus de gens investis, qui participent aux activités. Si on pouvait quand même étendre cela. Je crois que... Je veux dire... Ce bâtiment date de 2003-2004. C'est le bâtiment de pédopsychiatrie qu'on a inauguré en 2004. Et c'est en 2005 qu'on a commencé les activités. Donc depuis lors, il n'y a pas d'autres locaux, d'autres infrastructures à part celle-ci.

Qu'est-ce que vous aimeriez ?

Samiratou : Par exemple, euh... L'hôpital de jour pour les enfants, ça pourrait être intéressant.

Vous ne pouvez pas soumettre ce projet au Ministère ?

Samiratou : Je vous ai dit que cela ne dépendait pas de moi. *Rires*.

Du coup, il faudrait en parler au professeur O. ?

Samiratou: Ah ! C'est le discours du personnel et des moyens. En tout cas, ce que nous on voit c'est la demande des parents. Quand ils viennent... Le fait que nous on puisse pas garder, ils s'en vont, vont vers d'autres structures en dehors de l'hôpital pour faire garder leurs enfants.

Quelles structures ?

Samiratou : Par exemple, des associations, comme SOS autisme. Là y a des enfants qui sont gardés toute la journée.

Vous travaillez avec eux ?

Samiratou : Non. On travaille... C'est eux qui nous réfèrent souvent des enfants. On a quand même des enfants qui sont là-bas. On collabore, mais...*Silence.* C'est pas très étroit. *Rires gênés.*

Puis-je vous posez quelques questions personnelles ?

Samiratou : Pas de problème.

Vous êtes croyante ?

Samiratou : Oui. Je suis protestante.

Est-ce que votre pratique influence votre travail ?

Samiratou : Hum... Influencer dans quel sens ?

Par exemple, si le parents évoque des explications traditionnelles, ou en rapport à la religion.

Samiratou : En général je ne laisse pas voir, je laisse pas ma pratique, ma religion influencer ma pratique. Si je rencontre une patiente qui est de ma religion, là, je suis à l'aise pour lui parler. Mais si je rencontre une personne de ma confession, oui je suis à l'aise, je peux lui parler. Mais si je rencontre une personne qui n'est pas de la même religion, je me retiens. Parce qu'on n'a pas la même compréhension. L'influence, peut lui faire du mal plus qu'autre chose.

Et que pensez-vous des tradithérapeutes ?

Samiratou : Les tradithérapeutes... Bon, je suis croyante, je ne conseillerai pas quelqu'un d'aller voir un tradithérapeute.

Mais les parents vous en parlent ?

Samiratou : Bon souvent, ils nous en parlent. Ils nous en parlant parce que souvent ils sont passés par là avant. Mais du fait que ça n'a pas marché, ils son arrivés vers nous.

Et vous même, vous avez jamais eu recours aux soins traditionnels ?

Samiratou : Moi ? Non. Je fais la prière. *Rires.*

Comment ça fonctionne ?

Samiratou : La prière ?

Oui. Vous parlez des prières pour soulager des personnes ?

Samiratou : La prière, quand tu pries, tu as la foi, et puis il y a des miracles. Avec la prière, quelqu'un peut guérir de son mal.

Chez les protestants, vous expliquez la maladie mentale d'une façon particulière ?

Samiratou : Non. Les maladies mentales c'est pas... Y a des cas. Parfois on peut voir... Comme la maladie, tu l'expliques parce qu'elle serait due à des facteurs de stress, bio, sociaux... La personne a subi un traumatisme quelque part et la personne...

Mais y a des cas aussi que la religion, que les protestants voient comme une possession démoniaque, diabolique. Un patient peut être possédé. Quand y a un malade est possédé, y a des paroles qui montrent... C'est comme des hallucinations, il a des spasmes, des crises

Vous en avez déjà vu ?

Samiratou : Oui.

Vous avez assisté à la prière ?

Samiratou : Oui, j'ai déjà... Lors de la prière, on voit des gens qui sont délivrés. Moi, j'ai déjà vu un enfant qui pleurait, il criait et il pleurait. Il criait, criait. Mais ses cris, là, ce ne sont pas des cris normaux, ce sont des cris comme des cris d'un *Inaudible (26min)*. Mais quand le pasteur là, il a pris autorité sur le démon qui maltraitait l'enfant, là l'enfant il a été encore poussé des cris, il a été délivré. *Inaudible 27min*.

Ça eu lieu au sein de l'Eglise ?

Samiratou : Oui, ça eu lieu au sein de l'Eglise.

Quels sont les démons dans le protestantisme ?

Samiratou : Les démons...

Oui. Je n'y connais rien, et cela m'intéresserait de savoir.

Samiratou : *Rires*. Bon y a beaucoup de démons. Il peut y avoir le démon de colère, il peut y avoir le démon d'adultère, il peut y avoir le démon d'alcool, il peut y avoir le démon de sorcellerie, il peut y avoir le démon de l'envie, il peut y avoir le démon de malédiction familiale, ancestrale. Si les parents au village, si les ancêtres ont donné des noms à leurs enfants, s'ils font des pactes avec des génies, font un sacrifice au génie et que le nom de l'enfant... Tous ça, y a des liens. Maintenant que nous sommes convertis et que nous savons que ce sont des choses qui ne sont pas bien, qu'il faut éviter, nous prions. Bon, comme le nom Pauline, je sais que ça signifie quelque chose, c'est vrai... Vous êtes catholique ou protestant ?

Mes parents sont athées. Je n'ai pas du tout été élevée dans la religion, du coup je connais très peu de choses.

Samiratou : Mais vous priez ?

Je ne suis pas croyante.

Samiratou : Ah d'accord. Mais qu'est-ce qui vous empêche de croire ?

Il faut avoir la foi. Cela se ressent et je ne ressens pas ce mouvement.

Samiratou : Je vais vous amener à un endroit où vous allez ressentir ça. *Rires*. Vous allez voir qu'il y a quelque chose. C'est le nom de Jésus qui amène le changement. Si tu crois en lui, en son nom, tu n'auras pas de difficulté à croire. Avant je croyais pas, et maintenant je crois.

Avec plaisir.

Samiratou : Moi-même j'ai eu à prier pour des gens dans le besoin et j'ai vu le changement.

Vos parents étaient protestants ?

Samiratou : Non, non. Bon ma mère, c'est elle qui s'est convertie. Mon père était catholique. Mais, il s'est converti peu avant... Mon père est décédé en novembre dernier. Mais il s'est converti, deux mois avant de mourir, avant son dernier souffle.

Il faisait quoi dans la vie ?

Samiratou : Il était cultivateur.

Où ?

Samiratou : Nous sommes à 50 kilomètres de Ouagadougou.

Et votre mère, elle l'aidait ?

Samiratou : Bon, ma mère n'est plus. Elle est décédée en 99

Mais avant, elle travaillait aussi aux champs ?

Samiratou : Oui, oui.

Vous avez des frères et sœurs ?

Samiratou : Oui, oui. Mon père était polygame. Donc, mon père a quatre femmes. Ma mère était la première femme.

Il était polygame, du coup avant il était musulman, animiste ?

Samiratou : Non, non. Bon il était animiste.

Donc la polygamie existe chez les animistes.

Samiratou : C'est après qu'il s'est converti au catholicisme. Avant son décès, mon petit frère, qui est devenu pasteur, il est venu à sa couche, il a prié pour lui. Et puis, il s'est converti.

Vous avez une grande fratrie ?

Samiratou : Les enfants de mon père, nous sommes en tout 20.

Et même père, même mère ?

Samiratou : Même père, même mère, nous sommes trois. Mais y a eu beaucoup de décès.

Que font-ils dans la vie ?

Samiratou : Un petit frère, il est pasteur, il est pasteur à Ouagadougou. J'ai une petite sœur, elle est mariée à un pasteur. Mais ils sont en Province. Il a été affecté en province.

Vous êtes la seule dans votre entourage à travailler en psychiatrie ?

Samiratou : Oui.

Les gens ne vous ont pas regardé bizarrement ?

Samiratou : Bien sûr que oui. Les gens, les gens de mon secteur (*la ville de Ouagadougou est découpée en secteurs numérotés. Ce sont des grands quartiers.*), parfois les vois dans l'hôpital. Un malade qui est hospitalisé, il est dans mon secteur, et ils me voient. Donc ils savent que je suis là. *Rires.*

Ils vous disent des choses ?

Samiratou : Oui, ils me demandent si c'est là que je travaille. Ils me disent que c'est pas facile, chez les fous, là c'est pas facile. Il y a des barrières. Si tout le monde dit que c'est pas facile
Inaudible : 33min 30

Même en France, quand vous dites que vous travaillez en psychiatrie, les personnes vous regardent avec des grands yeux.

Samiratou : Voilà.

Silence.

La formation en attaché de santé en santé mentale, vous savez depuis combien de temps elle existe ?

Samiratou : La formation attaché de santé en santé mentale... Ça existe... Moi je l'ai faite en 89. Mais je pense que ça existe depuis les années 80. Puisque quand je suis venue trouver les attachés de santé qui était déjà sur le terrain. Ils ont eu leur formation à Dakar. Je pense que c'est quand le Dr Mitelberg est venu, quand Mitelberg était là, qu'on a commencé à former les gens à la psy.

Vous êtes professeure à l'école maintenant ?

Samiratou : Moi ? Je ne suis pas professeure.

Mais, il y a une école d'attaché de santé. Vous donnez des cours ?

Taato : Non, je ne donne pas de cours. Avant je donnais des cours, mais c'est quand j'étais majeure.

Vous étiez majeure avant ?

Samiratou : Oui. Quand je suis revenue de la France, j'ai travaillé un peu, deux ou trois fois... Parce que le majeure, l'attaché de santé qui était majeure, a pris sa retraite, et c'est moi qui a pris sa place depuis 2002. Jusqu'à 2008. Et après je suis venue ne pédopsychiatrie.

Silence.

La maladie mentale, vous l'expliquez comment ?

Samiratou : *Réfléchit.* La maladie mentale.... C'est une maladie comme... C'est une maladie qui... Au niveau de la société, si quelqu'un est malade, a une pathologie, il est mal accueilli par la société, la personne est marginalisée, les gens le rejettent. Les gens pensent que c'est un mal qui ne peut pas être soignée. Quand tu es jeune et que tu es mal, pour avoir un mari, plus se marier, c'est un problème dans la société parce qu'on te donne un statut à part, donc tu ne peux plus être ce que tu étais. Je connais un jeune dans mon quartier, il souffre et sa famille ne comprend pas. Il a des effets secondaires à cause des produits. Il est là... Il a des sentiments comme les autres, mais il peut pas trouver des réponses à ses désirs... Donc, je trouve que la maladie mentale... Bon les autres maladies, c'est encore... Je peux pas dire que c'est mieux, mais on voit que quand le mental est atteint, le psychisme est atteint, ça veut dire que toute la tête est *inaudible 37 min*... C'est quelque chose qui est...

Il y a dans votre entourage, des personnes qui ont des maladies mentales ?

Samiratou : Oui, oui, dans mon quartier, il y a des jeunes qui sont hospitalisés ici. Je les croise, ils me reconnaissent. Y en a un ou deux qui viennent à la maison, pour prendre ses produits. Ils

sont gentils avec moi s'ils viennent, ils causent avec moi. Souvent ils me prennent beaucoup de temps. Mais je les écoute, je leurs dit qu'ils doivent aller en consultations, il faut aller te faire suivre, continuer de prendre leurs produits. Je les motive quoi.

Vous faites le suivi en fait.

Samiratou : *Rires.*

Quand l'équipe du Dr. W. est venue là, qu'est-ce que vous avez retenu ? Ils vous apporté quelque chose ?

Samiratou : Ils nous ont apporté beaucoup de choses, beaucoup de choses. Le Dr. W. nous a donné un cours sur l'autisme.

Vous connaissiez déjà un peu non, avec votre stage à Aubervilliers ?

Samiratou : Oui, oui. Mais la connaissance avec Aubervilliers, bon... Tu vois les enfants, mais ça c'est une formation théorique, une formation... Ça explique les causes, les modalités de prises en charges, les... Tout, donc vraiment c'était vraiment intéressant.

Qu'est-ce qu'on pourrait souhaiter pour la suite pour vous et l'unité de pédopsychiatrie ?

Samiratou : Que la coopération continue, que nous continuons à avoir des formations spécifiques.

Comme lesquelles ?

Samiratou : Par exemple... Il y a la formation en psychomotricité.

Vous aimeriez cela ?

Samiratou : Bon, y a déjà... Mes collègues qui ont eu cette formation-là. Comme moi je suis partie en France avant le jumelage, je peux dire que j'étais formée sur le tas, c'est bien ça ?, sur le tas. C'était pas ciblé, y avait pas bien orienté, pas d'objectifs clairs. Donc actuellement, j'aimerais bien avoir une formation spécifique.

Vous aimeriez venir en France ?

Samiratou : Justement. J'aimerais avoir une formation, c'est trois mois, dans un domaine spécifique de la pédopsychiatrie.

Du coup, vous pouvez en faire la demande au professeur O. ?

Samiratou : La demande ?

Ça ne marche pas comme ça ?

Samiratou : Non, non, ça ne marche pas comme ça. C'est quand les partenaires viennent ici, ils nous posent la question de savoir qui veut faire une formation. Je vais donc poser ma candidature, dire que je veux.

Est-ce que vous avez vu des nouveaux troubles apparaître au Burkina Faso avec le temps ?

Samiratou : Des nouveaux troubles ? *Réfléchit.*

C'est les mêmes troubles que dans les années 80-90 ?

Samiratou : Bon, on peut dire que les nouveaux troubles là, c'est des troubles c'est plutôt au niveau de la consommation de drogue. Problème d'addiction. Le problème, c'est les substances

psychoactives. Les jeunes là pour sortir... Dans les années 80, au début des années 90, y avait moins de troubles psychiatriques liés à la consommation de drogue que maintenant. Y a aussi les troubles psychiatriques liés au VIH. Avant aussi, y avait pas ça. Maintenant quand on reçoit, on cherche à faire ce genre d'exams, des prélèvements de sang, pour pouvoir éliminer ce genre de pathologies. Et puis, y a aussi les troubles qui sont dus aux traumatismes. Comme je l'ai dit tout à l'heure, avec les attentats, les crashes d'avion, lié au stress. Ce genre de pathologies, c'est fréquent maintenant.

Vous suivez combien de patients ?

Samiratou : Dans, en pédopsychiatrie ?

Vous personnellement.

Samiratou : Pas mal, pas mal. Je peux avoir, par semaine, je peux avoir, ou bien disons par mois, je peux en avoir une dizaine par mois.

Vous les voyez régulièrement ?

Samiratou : Une fois par semaine.

Une consultation dure combien de temps ?

Samiratou : Une consultation peut durer *Inaudible 44 min.*

Vous faites quoi dans cette consultation ?

Samiratou : Dans la consultation. Hum. Il faut observer, parce que les parents, voir ce qu'ils racontent, souvent y a une différence.

Les parents sont toujours là ?

Samiratou : Les parents sont toujours. C'est le papa, ou bien la maman, ou bien la tante, ou bien l'oncle, ou bien les associations qui l'amènent. Y a toujours un accompagnant avec l'enfant.

Vous ne lui demandez pas de partir. Vous n'êtes jamais seule avec l'enfant au final ?

Samiratou : Oui, il est là avec l'enfant. Et puis, on observe...

Et il y a beaucoup de différences entre ce que vous voyez et ce qu'ils disent ?

Samiratou : Parfois oui. Ils nous disent que l'enfant se comporte pas de la même façon à la maison, et quand il est là. Soit c'est un enfant qui peur quand il vient, soit c'est un enfant qui s'en fiche de vous, quoique vous faites. Et son contexte familial... Mais y a plusieurs activités. S'il y a des grands enfants, des ados, bon, là tu peux pas t'entretenir avec lui devant le parent. Y a un moment où tu dois sortir le parent et t'entretenir avec l'enfant seul.

Vous avez beaucoup d'ado ?

Samiratou : Oui, oui, on en a beaucoup.

Merci beaucoup.

Samiratou: De rien. Si tu as d'autres questions, n'hésites pas, tu peux les poser.

Merci.

Fin de l'entretien.

Rencontre au siège de l'association ABASMEI avec sa fondatrice, Sœur Rosalie. La visite a lieu le 9 mars 2016.

Je suis accompagnée par le Pasteur. Nous allons dans un quartier populaire, proche d'une décharge. Je prends la mesure du décalage avec mon lieu d'habitation.

Nous arrivons devant un portail, qui sera ouvert par un homme aveugle. Face à moi, une maison de taille moyenne pour nous, mais largement supérieure à ce qui peut se trouver ici. Sous un paravent, il y a deux hommes et une femme, des « anciens patients ». Nous nous asseyons, puis sommes rejoints par Soeur Rosalie (elle a une formation d'éducatrice sociale, ce qui équivaut à l'assistante sociale en France). Après les habituelles présentations et salutations, elle et moi, nous nous isolons dans la salle à manger. Ce n'est qu'en m'asseyant face à elle, et de sa question « que souhaitez-vous savoir ? » que je prends conscience que va se dérouler un entretien. Je reste cependant centré sur l'association et ses modalités de fonctionnement.

Elle m'explique que son engagement en faveur des malades mentaux résulte de sa rencontre avec une femme souffrant de troubles, devant l'Eglise, en 1998. Elle m'explique que celle-ci l'a apostrophée, lui disant ne plus avoir d'humanité à cause de sa maladie etc. Touchée par ses paroles, elle l'aurait amené chez les soeurs afin de la laver, de la nourrir etc. Suite à cela est né son désir d'engagement. Elle restera un an en France, de 2008 à 2009, afin de faire des stages. Un des stages aura lieu à la Fondation Bon Sauveur de Saint-Lô et le second à la Maison Saint George de Lille. Ces lieux sont tenus par des religieuses. Je ne me suis pas attardée sur cela, ce n'étais pas l'objectif et je ne l'avais pas prévenu de l'entretien?

Il y a actuellement cinquante bénévoles dans l'association dont un attaché de santé (anciennement du service) qui fait une consultation gratuite une fois par moi, des juristes, vétérinaires, agriculteurs, éducateurs. Pas de psychologues ni de psychiatres. Elle m'avoue que ces derniers ne veulent pas venir sans rétribution. Je ne lui ai pas demandé des noms ou de précisions. Seul le Professeur Ou. est venu une fois dans le service.

L'association ne reçoit aucune subvention de l'Etat, et est en attente de réponses d'ONG (dont elle ne se souvenait plus des noms). L'argent vient de « l'aide de Dieu » mais concrètement des adhésions et cotisations.

Elle a mis en place un partenariat avec trois pharmacies, qui acceptent d'être payées quand l'association peut. Quant au service de psychiatrie, cela concerne l'exonération via l'aide sociale, en l'espèce les frais d'hospitalisation.

L'association a aussi mené un recensement en 2011 : cent malades errants dans la rue ont été recensés. Mais elle m'avoue les limites de cela, étant donné que c'est l'association qui l'a fait avec ses propres moyens. Un second était prévu en 2016, mais il n'y a pas de financements pour cela.

Actuellement, dans la maison, huit personnes ayant des « troubles » sont logés et nourris. L'association se charge de leur trouver un travail, une activité, un logement. Autant de déplacements, de démarches ayant des coûts.

Il y a un projet qu'elle souhaite mettre en place : un centre d'accueil faisant des consultations de psychiatrie, un accueil de malades, des ateliers divers et variés (élevage, agriculture etc.) et où les gens puissent dormir. Elle me dit que c'est un centre de relai. On peut aussi parler en quelque sorte d'hôpital de jour. Il n'y a cependant aucun fonds pour venir en aide à ce projet.

Entretien avec l'attaché de santé Nicolas. Il se passe le 18 mars, et se déroule dans une salle de consultation. Le rythme est assez lent, ponctué par de nombreux silences. Je n'ai noté que les plus significatifs, en l'espèce les plus longs. Pour que le lecteur comprenne, j'ajoute que l'ambiance de cet entretien a été très surprenante, englobante. Je n'avais pas encore connu cela. Je suis incapable de dire si c'est dans la façon de me regarder, de parler, ou bien encore le rythme, mais cet entretien m'obséda pendant la journée et durant la retranscription (que j'ai pris grand plaisir à faire, pour la première fois). Je voulais préciser cela au lecteur.

Durée 1h15.

Nicolas feuillette un journal. J'attends qu'il termine.

On peut commencer ?

Nicolas : Oui.

Comme vous le savez, c'est dans le cadre de mes recherches universitaires sur la coopération. Je voulais juste commencer par ce que vous faites, si vous pouvez vous présenter.

Nicolas. Ok. Moi c'est Nicolas X. Je suis attaché de santé en santé mentale.

Depuis combien de temps ?

Nicolas : Depuis quinze ans.

Vous avez toujours travaillé ici, dans le service ?

Nicolas : Non, je suis arrivé dans le service il y a tout juste une année et demi. J'étais en Province avant.

Où ça ?

Nicolas : A Yako, à 110 kilomètres de Ouagadougou au Nord.

Dans quelle structure ?

Nicolas : Dans une structure que nous on appelle USP, unité de soins psychiatriques. J'étais responsable.

C'était un service d'hospitalisation ou juste consultation ?

Nicolas : Oui, hospitalisation et consultations.

Et pourquoi vous êtes venu à Ouagadougou ?

Nicolas : Bon, parce que... A cause de ma famille parce que mes enfants commencent à prendre l'âge. Ma fille, ma première veut faire une branche technique, y avait pas cette école. Elle fait génie civile.

Et du coup, quelles différences vous pouvez me dire entre la province et ici ?

Nicolas: Y a une grande différence. Déjà si on prend le personnel, déjà à Ouaga, on est nombreux. Alors qu'en province, j'ai fait au moins presque huit ou neuf année seul. C'était une unité psychiatrique beaucoup fréquentée. On avait beaucoup de monde, j'ai beaucoup travaillé.

Première interruption par un attaché de santé. Ne dure que quelques secondes.

Nicolas : C'est ce qui a blanchi mes cheveux. *Rires.*

Vous aviez combien de patients ?

Nicolas : Dans le mois, j'avais en moyenne, euh, entre 80 et 100 nouvelles consultations.

Et concrètement, vous faisiez comment ?

Nicolas : Il fallait travailler, travailler beaucoup.

Vous n'aviez pas d'aide ? Un infirmier ?

Nicolas : Oui, il y avait un infirmier généraliste qui m'aidait. Mais vous savez que nous, notre consultation, et une consultation en médecine généraliste c'est pas la même chose. Donc il m'aidait pour les soins.

Et les médicaments, vous aviez accès ?

Nicolas: Oui, il y avait deux pharmacies qui pouvait donner des neuroleptiques, mais pas tout. C'était les médicaments les plus utilisés, haldol et largactil. C'était les deux... Les autres produits, il fallait que les personnes se déplacent, appelle quelqu'un. Mais là aussi, il y avait beaucoup de désagréments parce que la personne qui part à la pharmacie sans ordonnance, on peut pas lui donner le médicament.

Les patients que vous voyiez, qui les amenait ?

Nicolas : Généralement c'est la famille. C'est la famille. En deuxième position après la famille, c'est les forces de l'ordre. Parce que généralement on les amène que lorsqu'ils sont violents.

Quels sont les symptômes que vous avez vu principalement ?

Nicolas : Principalement, y avait d'abord... Y avait d'abord le syndrome d'agitation psychomotrice, le syndrome dissociatif, le syndrome délirant et le syndrome inaudible(4min 40)

Vous arriviez à mettre un suivi auprès des patients ?

Nicolas : Oui. Contrairement à ici, c'est vrai que les patients ont tous leur dossier au sein de l'USP, mais chaque patient a son carnet. Chaque personne vient, il faut écrire dans le dossier et écrire dans le carnet. Ça ça permet le suivi.

Est-ce que vous travaillez en collaboration avec des tradipraticiens ?

Nicolas : *Silence.* Au début, c'était pas facile.

Pourquoi ?

Nicolas : Parce que vous voyez, il y a toujours une sorte de conflit entre la médecine moderne et la tradithérapie. Généralement, ils nous prennent comme des rivaux.

Les tradipraticiens ?

Nicolas : Oui. Parce qu'eux inaudible 5min50... Donc il fallait beaucoup négocier, il fallait faire beaucoup de formations, beaucoup de sensibilisation parce que, même si on avait beaucoup de consultations, c'est pas le premier recours. Le premiers recours, c'est toujours le tradipraticien. C'est quand ça va pas, que la personne devient agressive, violente, que vous êtes obligé de l'amener vers des structures classiques, modernes.

Du coup, vous avez dit quoi aux tradipraticiens ?

Nicolas : Bah, euh... La première fois je suis allé, voilà c'est une visite de courtoisie. Nous faisons presque la même chose parce que lui et moi nous voulons le bien être du malade. Et puis petit à petit j'ai eu sa confiance, je lui ai expliqué, et je lui ai dit qu'il y a certaines choses que vous vous ne pouvez pas traiter.

Comme quoi ?

Nicolas : La schizophrénie, ils peuvent pas la traiter. Après, on a consulté un autre, il est même venu chez moi, en fait c'est comme une psychothérapie de soutien, mais ils vont pas au fond.

Et qu'est-ce que vous pensez des tradipraticiens qui arrivent à soulager ?

Nicolas : Ça doit être probablement des troubles psychotiques aigus et transitoires. Parce que ça, sans traitement, 50% des personnes guérissent. Mais la schizophrénie, c'est autre chose.

Vous même, vous avez déjà fait appel à un tradipraticien ?

Nicolas : Quoi ?

Vous, personnellement, vous avez déjà vu un tradipraticien ?

Nicolas : Pour qu'il vienne m'aider ?

Ou dans votre entourage ? Pas forcément pour des troubles mentaux.

Nicolas : Si, si, si. En Afrique, ça c'est fréquent.

Vous l'avez fait ?

Nicolas : Moi personnellement, je l'ai pas fait. Mais dans mon entourage, oui.

Pour quelles raisons ? Si c'est pas indiscret...

Nicolas : Non, c'est pas indiscret. Pour plusieurs raisons, parce que ça va pas, donc il faut aller voir un tradipraticien.

Et vous, quelle opinion vous portez sur ça ?

Nicolas : Euh, c'est-à-dire qu'il faudrait arriver à les encadrer.

Les tradipraticiens ?

Nicolas : Oui. Qu'ils reconnaissent parfois leurs faiblesses et qu'ils orientent les malades vers les structures modernes.

Il faudrait faire comment pour les encadrer ?

Nicolas : Bon d'abord il y a une association.

Au Burkina ? Comment elle s'appelle ?

Nicolas : Bon chaque commune à son association. Même sur le plan national, au niveau du Ministère il y a une direction centrale de la médecine traditionnelle. Si je ne me trompe pas. Donc, les gars sont encadrés, formés, et puis qu'il y ait une collaboration franche entre eux... Parce que nous encore, au niveau de la santé mentale, ça passe encore. Vous vous rendez compte si une personne fait une fracture ouverte et qu'on l'amène chez un tradipraticien, vous voyez ce que ça peut provoquer ? Gangrène, et après il faut l'amputer.

Ils ont une utilité pour vous ?

Nicolas : Si, ils ont une utilité !

Laquelle ?

Nicolas : Puisqu'ils reçoivent des patients. Certaines personnes disent qu'ils sont inaudible 10min 15. Donc ça veut dire qu'ils ont leur place. Généralement ce sont des gens d'un certain âge qui sont influents dans leur localité.

Au-delà de leurs pratiques.

Nicolas : Oui, ils sont influents dans leur localité.

Concrètement, ça se matérialise comment ?

Nicolas : En fait, ils ont une emprise sur une partie de la population. Déjà, ils sont craints. Parce que celui qui arrive à soigner un mal, à soigner une maladie mentale, hum, il a...

Seconde interruption de quelques secondes.

Nicolas : On dit que ce sont les génies, qu'ils sont wakés, c'est-à-dire qu'ils ont des pouvoirs surnaturels.

Vous y croyez personnellement ?

Nicolas : Personnellement ? *Silence*. En tant que cartésien, je n'y crois pas. En tant qu'africain, j'y crois.

Vous faites comment pour concilier les deux ?

Nicolas : C'est très difficile. Au service je n'y pense pas. Une fois que j'arrive dans mon village, j'y crois parce que, je suis obligé de faire certains rites.

Lesquels ?

Nicolas : Je vais vous amener au village et vous aller voir.

Je n'ai pas le temps. Vous ne pouvez pas les décrire ?

Nicolas : Non. Je veux que tu vois par toi-même. Parce que d'abord je suis issu, je sais pas si tu connais, de la confrérie des Dozos.

La confrérie Dozo, ce sont des chasseurs ?

Nicolas : Oui. Moi je suis de cette confrérie de par mon papa.

Vous avez été initié ?

Nicolas : Oui. Et de par ma maman, je suis issu de la confrérie des Bozos, les pêcheurs. Voilà.

Vous avez été initié ?

Nicolas : Non. Là-bas je ne peux pas être initié. Mes oncles me protègent. Ils ont obligation de me protéger.

Pourquoi vous ne pouvez pas être initié ?

Nicolas : Parce que c'est de part ma maman.

L'initiation, c'est toujours du côté paternel ?

Nicolas : Oui, toujours côté paternel. Mais les frères de ma maman ont obligation de me protéger en tant que leur neveu. Même sans être initié, je bénéficie de ça, d'office.

Vous faites les rites liés à cela ?

Nicolas : Bozo ou Dozo ?

Dozo.

Nicolas : Oui.

Et Bozo ?

Nicolas : Non.

Pourquoi, n'avoir jamais intégré cela dans votre pratique professionnelle, y compris quand ce sont les patient eux-même qui en parlent ?

Nicolas : Bon, peut-être que d'une manière anodine j'en fait, d'une manière informelle.

Concrètement ? Sourire de sa part. En sciences sociales, on aime le concret. Rires. C'est un entretien anonyme.

Nicolas : Ok. Concrètement, y a des moments où toi-même tu es déboussolé, où les neuroleptiques ne marchent pas. Tu rentres la nuit, c'est à peine si tu peux dormir. Tu demandes à des gens de faire. *Inaudible 14 min 10*

Comment ça se passe ?

Nicolas : Secret défense.

D'accord. Silence.

Nicolas : Mais ça marche. Parfois ça marche pas.

Vous l'avez déjà fait sur des patients ici ?

Nicolas : Ici, non.

Pourquoi ?

Nicolas : Ici y a un problème parce que les patients n'ont pas le même point de vue. Parce qu'aujourd'hui moi je peux recevoir un patient, demain quelqu'un d'autre va le recevoir. Donc ça fait que c'est difficile.

Vous parliez des patients que vous suiviez en province ?

Nicolas : Oui.

Silence.

Vous n'avez jamais tenté de mettre cela en place avec des patients que vous voyez régulièrement ?

Nicolas : Ici ? Je n'ai jamais tenté ici. Jamais.

Et quand le patient lui-même avance une étiologie traditionnelle, qu'est-ce que vous leur dites ?

Nicolas : Je balaie ça du revers de la main à Ouaga. En province il m'est parfois arrivé de dire à quelqu'un « Va au village, va t'entretenir avec tes grand-parents, avec les vieux. Il y a certaines choses qu'ils vont te dire ».

Mais ici, jamais ?

Nicolas : Jamais. Je n'ai même pas envie de faire ça ici.

Pourquoi ?

Nicolas : *Silence.*

Quelles différences entre ici et la province ?

Nicolas : En province, j'étais responsable. Ici, est-ce qu'en faisant, les gens vont te croire ?

Les gens ? Les patients ?

Nicolas : Non, le personnel.

Vous ne pensez pas que les autres sont dans la même situation que vous ?

Nicolas : *D'une voix très faible.* Peut-être, je sais pas. *Il reprend un ton normal.* J'ai lu la thèse de Madame T. Je suis en train de faire la troisième lecture comme ça. Je pense que, tôt ou tard, on va se voir et on va discuter comme ça.

Apparemment, vous vous connaissez bien.

Nicolas: Oui, mais c'était avant que je ne lise sa thèse.

Qu'est-ce que vous en pensez ? Je l'ai lu aussi.

Nicolas : Ce que moi j'en pense ?

Etant donné que vous avez été initié... Silence. Secret défense ?

Nicolas : Pour moi.. Pour une africaine ce n'est pas facile. N'en parlons pas d'une blanche. Là, je lui tire mon chapeau. Je suis issu de la confrérie, je sais ce que ça vaut. Parce qu'il faut être patient.

Silence.

Qu'est-ce que vous voulez dire ?

Nicolas : Beaucoup de choses. Heureusement que toi aussi tu es patiente. J'ai fait exprès de te faire attendre. *(Il est arrivé 1h30 après le rendez-vous prévu.)*

Pour me dire les choses ?

Nicolas : Non. Pour voir jusqu'à quel point tu peux être patiente. Ce matin, j'ai fait exprès. Ils t'ont pas dit que c'est rare qu'à cette heure-ci je sois pas là ?

Si, c'est vrai. Ils ont aussi ajouté que vous aviez fugué.

Nicolas : J'ai fait exprès.

J'ai réussi le test ?

Nicolas : Si. Mais je savais que tu allais m'attendre.

C'est pas un peu prétentieux ?

Nicolas : Peut-être.

C'est quoi le prochain test ?

Nicolas : On verra.

Rires.

Nicolas : Je te taquine.

Faites. On verra bien la réponse.

Nicolas : Ok. On va voir si tu vas réussir.

En tant qu'initié, ça ne vous pose aucun problème, ici de rejeter les croyances « traditionnelles » ?

Nicolas : Mais ici, je suis obligé.

Et comment vous le vivez psychologiquement ?

Nicolas : Parfois ça fait mal.

Vous avez pas peur de vous dissocier au bout d'un moment ?

Nicolas : Parfois ça fait mal. Parce que tu sépares en disant à la personne comme ça, comme ça. Je te dis quand il vient dans un centre moderne, on me parle d'une manière comme chez un tradithérapeute. Je sais pas si on se comprend.

Je pense pas.

Nicolas : Vous vous venez tout de suite en consultation, c'est une consultation moderne.

Mais le patient a été amené de force, il adhère pas forcément à cette explication moderne.

Nicolas : Mais est-ce qu'il va comprendre ? *Silence.* Lors du deuxième jour de la présence de Madame T. , avec la jeune fille. Est-ce que vous avez vu la mine de l'assemblée quand elle a dit d'aller dans la famille paternelle, d'aller chercher un pagne...

Et de dormir avec.

Nicolas : Et de dormir avec. Je sais pas si tu as regardé un peu la mine de l'assemblée.

Si. J'ai passé mon temps à observer l'assemblée.

Nicolas : A observer, oui. Les gens sont d'abord ébahis. Et ils vont se dire chacun... J'ai entendu quelqu'un chuchoter « Mais ici, nous sommes pas ne tradithérapie ». J'ai entendu ça.

Un attaché de santé ?

Nicolas : Oui. Donc tu vois déjà cette difficulté.

Et vous ne pensez pas qu'en dialoguant, discutant, ça changerait ?

Nicolas : Avec qui ?

Avec le personnel.

Nicolas : Je n'aime pas parler de telle chose avec le personnel.

Pourquoi ?

Nicolas : Je sais pas. Contrairement à ce que tu pense, je suis très renfermé.

D'accord. Je n'aurais pas dit ça.

Nicolas : Toi, tu veux croire ça. Par exemple, j'aime beaucoup lire.

Lire quoi ?

Nicolas : Tout ce qui tourne vers la métaphysique chimie.

Comme quoi ?

Nicolas : J'ai un bouquin, c'est un peu, la bible kabbalistiques. Il y toutes sortes de croix, des croix gammées, l'hexagramme, des pentagramme. J'ai montré à quelqu'un et il m'a dit « Pourquoi tu lis ça ? ».

Un collègue ?

Nicolas : Inaudible. 23min 30

Silence.

Je suis quelqu'un qui lit.

Vous êtes croyant ?

Nicolas : Oui.

Quelle religion ?

Nicolas : Ah ! Il fallait me poser cette question. Je sais pas, mais je crois en quelque chose, ça c'est sûr.

Vous n'êtes pas rattaché à une religion ?

Nicolas : Pas tellement. Vous connaissez mon nom ?

Nicolas X.

Nicolas : Nicolas, Daoda X. Donc j'ai les deux. J'ai un nom musulman et un nom chrétien.

Qui était chrétien dans votre famille ?

Nicolas : Bravo ! Le papa. Et la maman, musulmane pratiquante.

Le mariage n'a pas causé trop de bruit ?

Nicolas : Non. Elle a été trois fois à la Mecque, et chaque année, le papa il va à Lourdes.

Etant petit, vous avez été élevé dans la chrétienté ?

Nicolas : Non. Dieu merci, aucun des deux nous a imposé quoique que ce soit. Aucun, que ce soit la maman ou le papa.

Vous même, jeune, vous n'étiez pas rattaché à une religion.

Nicolas : J'étais plus collé à ma maman, donc j'avais tendance...

A aller vers l'Islam.

Nicolas : Voilà.

Et vos frères et soeurs. Votre père avez une épouse ou plusieurs ?

Nicolas : Deux.

Vous avez beaucoup de frères et soeurs ?

Nicolas : On est beaucoup.

Beaucoup.

Nicolas : Utérin ?

On va commencer par utérin.

Nicolas : On est trois.

Que des garçons ?

Nicolas : Non. Deux garçons, une fille.

Qui est l'aîné ?

Nicolas : L'aîné est un garçon, deuxième une fille, troisième c'est moi.

Qu'est-ce qu'ils font ?

Nicolas : Il est, était professeur, parce qu'il est à la retraite, de mathématiques et physique.

Au lycée ?

Nicolas : Oui. L'autre, elle n'a pas terminé ses études, elle s'est mariée, elle est donc femme au foyer.

Ils sont croyants ?

Nicolas : Oui. Le premier est chrétien, la fille est musulmane.

Et le troisième est entre les deux. Rires.

Nicolas : Le troisième entre les deux.

Et avec la seconde épouse, il a eu combien d'enfants ?

Nicolas : Elle, elle en a eu 9.

Cela fait beaucoup. Vous viviez tous ensemble ?

Nicolas : Non. On vivait dans deux cours différentes à Ouaga. Mais on se fréquente.

Vous avez des contacts avec vos frères et soeurs ou très peu ?

Nicolas : Non. Y a une que j'adore. Elle, chaque week-end on se voit. Elle est mariée. Mais on se voit.

Vous même, vous êtes marié.

Nicolas : Légalement.

Avec une personne musulmane, chrétienne ?

Nicolas : Elle est chrétienne.

Pratiquante ?

Nicolas : Oui.

Vous avez combien d'enfants ?

Nicolas : Trois.

Une fille...

Nicolas : Et deux garçons.

Vous avez initié les garçons ?

Nicolas : Je ne veux pas.

Pourquoi ?

Nicolas : *Silence*. Je préfère ne pas les mêler à ça. C'est beaucoup de contraintes. Y a beaucoup de contraintes.

A choisir, vous auriez préféré ne pas être initié ?

Nicolas : Oui. La dernière fois... Dans une courte vie *Inaudible 29 min*.

Parce que là, vous la voyez comment ?

Nicolas : Tu es obligé d'être large.

Large ? C'est-à-dire ?

Nicolas : Tu es obligé d'aider. Tout le temps. *Silence*. A chaque fois qu'on fait du mal.

Si vous ne le faites pas, qu'est-ce qu'il peut arriver ?

Nicolas : Parce que, dans l'initiation, on te dit tout le temps, on t'apprend à bannir le mauvais. Tout ce qui est mauvais, tu dois pas le faire. On te dit si tu le fais, les ancêtres vont te punir. *Silence*.

Et ça reste graver dans la mémoire. Je sais pas si on se comprendre.

Je pense que je dois mal vous comprendre.

Nicolas : Tu veux pas me comprendre.

Ce sont des choses qui me sont complètement étrangères. Si je comprends vos mots, mais je pense que le sens principal m'échappe.

Nicolas : En fait, c'est pour dire, lors de l'initiation, on te dit, tu ne dois pas faire de mal. Parce que si tu fais du mal à quelqu'un, les ancêtres vont te punir. Les ancêtres c'est quoi ? On dit que c'est inaudible 30 min, qui sont morts.

La punition prend quelle forme ?

Nicolas : Ah bah voilà ? C'est pourquoi... Puisque tu sais pas c'est sous quelle forme. C'est parce que tu sais pas c'est quelle forme, que ça te fait peur. Si tu savais, la peur disparaît.

Comment vous arrivez à concilier cela avec votre côté cartésien ?

Nicolas : Ah voilà ! C'est pourquoi je te dis quand je suis au service je n'y pense pas. *Silence*.

Vous allez souvent au village ?

Nicolas : Obligatoirement.

Combien de fois ?

Nicolas : Au moins une fois par an. Ça c'est une obligation, d'y être au moins une fois par an. Je suis à 600 kilomètres de Ouaga. Je suis carrément à l'ouest, dans une zone qui fait frontière avec la Côte d'Ivoire et le Mali. Et, chaque mois d'août, il y a une grande fête.

Chez les Dozos ?

Nicolas : Ouais. Et tu es obligé de t'y rendre, même si tu es aux Etats-Unis, au milieu du Pacifique. Donc au moins une fois par an, je suis là-bas. Sinon, une fois par trimestre. Mais c'est long. C'est pas comme chez vous, avec l'avion, ou les trains ou en deux, trois heures t'y es. Ici, c'est long, mais tu es obligé de venir. Tu es obligé de venir, les autres t'attendent.

Silence.

Je peux vous poser une question personnelle ?

Nicolas : Oui.

Vous gagnez combien par mois ?

Nicolas : En euros ou en francs CFA ?

Francs CFA.

Nicolas : Je vais te donner une fourchette. Rires. 301 000 francs par moi. C'est pas beaucoup.

J'ai du mal à vous croire.

Nicolas : Tu oublies, moi je suis catégorie A.

Il y a des catégories au niveau des fonctionnaires ?

Nicolas : Bien sûr.

Je ne savais pas.

Nicolas : En euros, ça fait combien d'euros ?

300 000 francs, ça fait, à peu près 500 euros je dirai.

Nicolas : Je vais te calculer ça tout de suite, tu vas voir. *Il sort son portable pour calculer.* Mais certains gagnent moins.

Qu'est-ce qui fait que vous gagnez plus ?

Nicolas : L'ancienneté. *Il pianote sur son téléphone portable.* En euros, ça fait 470 euros. Ça, ça permet pas vraiment de vivre en Europe.

En même temps le niveau de vie n'est pas le même.

Nicolas : Tu es sûre de ce que tu dis ?

Le prix de l'alimentation, des loyers, n'est pas le même.

Nicolas: Si tu enlèves toutes les dépenses, il reste plus rien. Je dois payer la scolarité de mes enfants. Bon, j'ai pas à payer le loyer parce que je suis chez moi. J'ai du emprunter pour

longtemps, mais je suis chez moi. Mais c'est la scolarité. Le premier est à 400 000, le second est à peu près à 250 000, le dernier à peu près pareil. Et puis j'ai le petit frère de ma femme avec moi, que j'ai pris depuis qu'il est petit. Donc du coup, je suis obligé de payer sa scolarité.

Beaucoup d'obligations.

Nicolas : Oui. Je l'ai pris, il faisait même pas le CP. Donc je l'élève comme mon enfant. 300 000 francs c'est petit. Mais y a des attachés de santé qui dépassent ça, en fonction de leur ancienneté.

Vous êtes un des plus anciens ?

Nicolas : Oui.

Avant de devenir attaché de santé, vous faisiez quoi ?

Nicolas : J'étais infirmier d'Etat.

Pendant combien de temps ?

Nicolas : Une dizaine d'années.

Qu'est-ce qui vous a poussé à devenir infirmier ?

Nicolas : Une longue histoire.

J'écoute.

Nicolas : Tu écoutes... Elle est douloureuse. *Silence.* J'ai fait Toulouse.

Vous avez fait Toulouse ?

Nicolas : L'aéronautique. Je l'ai fait à Toulouse. Voilà.

Vous aviez quel âge ?

Nicolas : 18-19 ans. Juste après mon BAC.

Vous vouliez devenir mécanicien, pilote ?

Nicolas : Mécanicien. *Silence.* J'ai pas terminé.

Vous avez fait combien de temps ?

Nicolas : Un an. *Silence.* J'ai pas terminé.

Puis-je demander pourquoi ?

Nicolas : Tu veux la cause ?

Si vous voulez la dire.

Nicolas : Je n'ai pas supporté la mort de ma maman. *Silence.*

Une dépression ?

Nicolas : Peut-être. Mais en tout cas, quand je suis arrivé, je suis retourné à l'Université ici. Après une licence en Mathématiques/physique, j'en avais marre des études, j'ai donc passé le concours des infirmiers.

Vous avez fait des études jusqu'à quel âge ?

Nicolas : Bravo. *Rires.* Jusqu'à quel âge, c'est-à-dire ?

A quel âge, vous avez été diplômé en tant qu'infirmier ?

Nicolas : Ho là là. Je devais avoir 28-29 ans. Mais tu vois du coup, j'ai fait l'impasse sur les deux années à Toulouse, puis après sur la licence. Tu vois, quand je dis que c'est douloureux, c'est douloureux.

Même après tant d'années ?

Nicolas : *Silence*. Quand on pense toujours, ça resurgit. Tu te dis, tu te fais toujours des reproches, tu n'as pas pu terminer, tu en fais pas ce que tu voulais faire, ton premier choix.

Reprendre, c'était impossible ?

Nicolas : Où ? En Europe ? C'était pas possible. Peut-être qu'un de mes enfants fera ça.

L'aéronautique ?

Nicolas : Oui. Peut-être. Mais je ne force pas mes enfants. J'accepte ce qu'ils veulent.

Quel âge ont-ils ?

Nicolas : Pourquoi tu veux savoir ?

Je retire ma question. Comment vous avez...

Nicolas : Ok, je vais te le dire, je vais te le dire. Je commence par le dernier, 7 ans, l'autre a 12 ans, il est en 4ème, le trois, 16.

Vous-même, vous êtes né en quelle année ?

Nicolas : *Rires*. Ok, moi-même je vais te poser une question. Tu me donnes quel âge ?

Question piège.

Nicolas : Ce n'est pas une question piège. Tu me donnes quel âge ?

La quarantaine ? Nan, vous êtes plus âgé, vous avez terminé vos études tard. Fin quarantaine, début cinquantaine.

Nicolas : Nan, j'ai pas cinquante ans, mais plus que quarante.

J'ai mal calculé avec les études.

Nicolas : *Rires*. Je croyais que tu allais le faire.

45 ans.

Nicolas : 46. Tu devrais savoir.

J'ai mal calculé. Ah, mais du coup, vous avez fait tout de suite votre spécialisation, vous n'avez pas fait les cinq ans pour l'Etat.

Nicolas : *Rires*. C'était quoi l'autre question ?

Votre expérience à Toulouse, comment vous l'avez vécu ? C'était la première fois que vous veniez en Europe ?

Nicolas : Oui.

Comment vous avez vécu l'expérience ?

Nicolas : Très mal. Très mal. Parce que l'image que j'avais.... J'ai pas trouvé ça comme ça. En fait, l'individualiste m'a beaucoup déçu.

On est si individualiste que ça ?

Nicolas : Non, j'ai pas dit que.. Pour vous ça ne vous dit rien. Pour moi, un jeune africain, qui a toujours vécu au milieu des gens... Du coup, quand tu pars, tu es seul. Tu dis « Bonjour », la personne à peine te répond. C'est ça, les jeunes qui partent en études, ils sont pas préparés.

J'ai une cousine qui veut plus mettre les pieds en Europe. *Silence*. En fait, en face de son studio, y avait un autre studio avec une dame. Elle aime pas rester seule. Du coup, elle allait regarder la télé chez la dame. Mais ça plaisait pas à la dame. Elle a cru que c'était parce qu'elle avait pas de télé. Du coup, elle lui en achetée une. Mais la cousine continue de venir et la dame comprenait pas pourquoi, puisqu'elle avait une télé. *Rires*. Tu vois. Peut-être qu'ici le fait que les gens attrapent ta main et qui secouent, c'est peut-être ça qui te dérange.

Nan. Ce qui me dérangerait ici, c'est toutes les obligations sociales. Mais je suis sauvée, je ne suis pas intégrée dans la société, que je viens de l'extérieur.

Nicolas : Mais tu seras intégrée, un jour.

Je serai incapable de remplir ces obligations.

Nicolas : Pourquoi ?

Parce que je n'en ai pas envie.

Nicolas : Tu pourras changer d'avis.

Je ne pense pas.

Nicolas : Pourquoi pas ?

Ça ne me conviendrait pas.

Nicolas : Cela pourrait te convenir.

Je suis quelqu'un de solitaire.

Nicolas : Solitaire. Plus que moi ?

Je vous connais pas. J'aime la solitude. J'aime ne rien faire. Je n'ai pas envie d'aller à des mariages, des baptêmes ou des enterrements tous les week-end. Je n'ai pas envie que les gens me rendent visite.

Nicolas : Et tu n'aimes pas faire des visites.

Si c'est des amis proches ou des personnes avec qui j'ai des affinités, oui. Sinon, non.

Nicolas: Donc tu vois que Inaudible 50 min. Tu vois l'image que j'ai de la France ? Dès le premier jour, on a tendance à mettre un mur.

Pas tout le monde. Quant à moi, je ne me force pas avec des gens qui ne m'intéressent pas. Je trouve ma tranquillité comme ça.

Nicolas : Donc c'est ta personnalité. Ok, ça c'est bien.

Qu'est-ce que vous alliez dire ?

Nicolas : Non. J'ai dit... Si au campus, tu tombes sur dix personnes comme toi, tu vois que l'expérience française sera douloureuse. Mais moi je ne vous en veux pas. C'est tout à fait normal.

On n'a pas été élevé pareil.

Nicolas : Voilà. C'est tout fait normal.

De même ici, il y a des choses qui me traumatisent.

Nicolas : Rires. Comme quoi ?

Le fait qu'ici ça va toujours bien.

Nicolas : Voilà ! Même si tu es dans ton lit de mort, « ça va ? Oui, ça va ! ». Ici, même quand ça va pas, ça va.

Toujours avoir un sourire, ne pas être pensive.

Nicolas : Et ça, ça te plaît pas ?

Non. Si j'ai envie d'être triste, je veux être triste, pensive, je veux pouvoir penser. Si je suis en colère, je veux être en colère.

Nicolas : J'aimerais te voir en colère, voir comment tu exprimes ta colère.

Vous ne me verrez pas en colère.

Nicolas : Tu casses ton environnement, tu cries ?

Nan, je crie pas, je ne casse pas. Je deviens une langue de vipère.

Nicolas : Il est ahuri. Une langue de vipère, quoi ?

En France, c'est une expression. Je deviens méchante. Je dis des choses méchantes, là où ça fait mal, sur un ton calme.

Nicolas : Ok, mais c'est ce qui est plus douloureux, tu appuies là où ça fait mal, d'une manière stoïque. Ok, ça fait plus mal que si tu avais crié.

J'attends pour me venger.

Nicolas : Tu attends pour te venger.

Quand une personne me met réellement en colère, ou me fait souffrir, rien ne transparait. J'attends pour me venger. C'est pernicieux.

Nicolas : Ah oui, très pernicieux. Mais pourquoi ne pas dire à la personne ?

L'entretien est en train de tourner là. Rires.

Nicolas : Ok. On élimine de l'entretien. Je t'écoute maintenant.

Silence.

On peut revenir sur votre parcours d'attaché de santé ?

Nicolas : Oui.

Pourquoi la psychiatrie ? Pourquoi ce choix ?

Nicolas : En fait, quand je faisais l'école d'infirmier, on faisait le stage ici. Y avait pas beaucoup de personnel. Y avait un attaché de santé, qui est à la retraite, George. Il m'a beaucoup plu. Je pense que c'est lui-même qui m'a donné les clés de l'hygiène mentale. Donc ça a fait que du coup, je me suis dit... Et puis, en fait, y a certaines choses dans la santé que je n'aime pas. Je n'aime pas voir le sang, je n'aime pas suturer quelqu'un. Tu sais pourquoi ?

Pourquoi ?

Nicolas : Je me dis que je suis en train de lui faire du mal.

Qu'est-ce qu'il avait de particulier ce George ?

Nicolas : Il était très calme, très posé.

C'est ça qui vous a amené à vous spécialiser ?

Nicolas : Comme je voulais pas suturer, ou voir du sang, du coup, ici je ne le fais pas. Je suis plus tranquille du coup ici.

Quelle vision vous avez de la psychiatrie ?

Nicolas : *Silence.* En Afrique ? C'est une profession d'avenir en Afrique.

Pourquoi ?

Nicolas : Parce que de plus en plus tu vas avoir, en Afrique, des troubles du comportement. Au fur et à mesure qu'on avance, les consultations, ça augmentent.

Comment vous expliquez ça ?

Nicolas : On n'a plus de repères.

De repères ?

Nicolas : On n'est plus des blancs, on n'est pas des noirs.

C'est quoi être blanc, c'est quoi être noir ?

Nicolas : Bon, quand je dis blanc, noir... En fait, on n'a pus, on a tendance à laisser cette solidarité africaine... Du coup, c'est la famille nucléaire qui marche.

La solidarité ne peut pas prendre une autre forme, mais tout aussi efficace ?

Nicolas : *Silence.*

J'ai du mal à penser... J'ai du mal à dire que l'Afrique...

Nicolas : L'Afrique, on est beaucoup dans le matériel.

Vous ne pensez pas que c'est la nature humaine, et non l'Occident ?

Nicolas : Moi je ne tombe pas dans ça. Mais combien de personnes tombent dedans ? Tu as déjà fait un tour à Ouaga 2000 ?

Non.

Nicolas : Ok, je veux que tu ailles faire un tour à Ouaga 2000. Et tu vas voir. En fait, on fait tout... Comment tu peux comprendre, tu n'as que trois enfants, plus ta femme, ça fait cinq. Et tu vas construire un duplex avec seize chambres. C'est normal ça ?

La question du normal est toujours délicat. Tout dépend le point de vue. Qu'est-ce qui est normal, qu'est-ce qui ne l'est pas ?

Nicolas : Ah mais ça c'est la complexité de la psychiatrie aussi. Là, nous sommes la normalité.

On peut étendre ça à l'ensemble du monde social.

Nicolas : Est-ce que ce qui est normal chez toi, est normal chez moi ?

Non.

Nicolas : Il faut trouver une définition. Mais moi je dis qu'un duplex avec seize chambre, c'est pas normal.

Est-ce une raison pour être interné ici ou pas?

Nicolas : C'est pourquoi la plupart des personnes hospitalisées, c'est des enfants des nantis. Y a un phénomène qui est en train de prendre beaucoup d'ampleur, c'est la consommation des drogues dures.

Consommation de drogues n'est pas un trouble psychiatrique.

Nicolas : Mais ça peut entraîner.

Une décompensation.

Nicolas : Ok.

Tout dépend la structure psychique de l'individu.

Nicolas : Voilà. C'est pourquoi je te dis que la profession de la psychiatrie est un métier d'avenir.

Vous pensez que ça va prendre de plus en plus d'importance au Burkina ?

Nicolas : C'est très bien.

C'est le cartésien qui parle ?

Nicolas : Les deux. Maintenant, je vais te parler avec les deux têtes. Mais il faut fumer assez. Il faut que au moins... Nous avons 45 provinces. Il faut au moins que dans chaque chef lieux des provinces, il y ait un service de soins psychiatriques. Nous avons treize régions, et que dans les treize régions, nous arrivons à faire des hôpitaux psychiatriques.

Il faudrait des financements.

Nicolas : Bien sûr. Tu va nous aider ?

Comment ?

Nicolas : Peut-être que dans cinq ans, tu seras ministre.

Rires.

Je n'ai aucune envie de travailler dans la politique.

Nicolas: Tu feras de la politique.

Non.

Nicolas : Pourquoi ?

Je ne suis pas intéressée.

Nicolas : Mais tu votes quand même lors des élections.

Oui.

Nicolas: FN ?

Pour les présidentielles, j'ai voté Mélenchon et Hollande.

Nicolas : Pourquoi Hollande ?

Symboliquement je ne peux pas voter pour la droite. C'est stupide, je sais. Cela évoluera peut être.

Silence.

Qu'est-ce que vous pensez de l'approche psychiatrique au Burkina Faso ? Vous passez beaucoup par les médicaments...

Nicolas : Elle n'est pas beaucoup structurée jusqu'à présent.

Qu'est-ce que vous aimeriez changer ? Si vous voulez changer quelque chose.

Nicolas : Il faut trouver un mécanisme pour éviter les ruptures du traitement. Il faut trouver aussi un mécanisme pour faire des visites à domicile. Tu vois, depuis que tu es là, la psychiatrie en Europe et ce que tu vois là, y a un grand fossé.

Pas tant que ça.

Nicolas : Si. Pour le suivi, y a un grand fossé. Vous, autour d'un patient, vous êtes plusieurs équipes qui interviennent. C'est vrai qu'avec la formation, avec la population, avec Ville Evrard, c'est en train de venir. Mais la mayonnaise n'a pas encore pris. Quand on prend uniquement, la thérapie familiale, c'est une très bonne chose. Il faudrait qu'on arrive à mettre en place ce système en place.

Qu'est-ce qu'il faudrait pour ?

Nicolas : La volonté.

Les gens n'ont pas la volonté ?

Nicolas : Les gens n'ont pas la volonté.

Vous l'avez vous ?

Nicolas : Moi ? Je l'ai, mais j'ai pas fait la formation.

Et pourquoi ?

Nicolas : J'étais aux urgences. En fait, la semaine où ils sont venus, j'étais pas prêt à cogiter. Parce que quand tu fais une formation, il faut réfléchir, être disponible.

Il y a des livres à la bibliothèque sur la thérapie familiale.

Nicolas : Moi je lis pas dans la journée.

Négocier pour les amener chez vous.

Nicolas : Je lis pas dans la journée.

Les T., vous les avez rencontré comment ?

Nicolas : Les T., ça doit faire 16 ans que je les connais. 17 ans même.

Dans quel cadre ?

Nicolas : Il venait faire la formation ici. Moi, j'étais en stage. Donc, ça fait longtemps.

Qu'est-ce que vous pensez de leur venue ici ?

Nicolas : Très bon.

Pourquoi ?

Nicolas : Parce que ça s'inscrit dans la formation continue.

C'est efficace ?

Nicolas : Très efficace selon moi.

Vous réutilisez ce que vous apprenez ?

Nicolas : Si.

Silence.

Qu'est-ce que vous aimeriez ajouter, changer dans cette coopération ?

Nicolas : *Silence.* La route qu'elle est en train de prendre, moi ça ne me plaît pas.

C'est-à-dire ?

Nicolas : Au début, c'était une coopération entre deux services de psychiatrie, tu avais la possibilité de faire beaucoup de formations continues. Maintenant, je pense que.. Tu vois, les cadres infirmiers, je pense pas que ce soit très efficace. Mais quand c'est des formations pour aider les patients du service, ça c'est efficace. Par exemple, l'addictologie, il y a quelqu'un en France en ce moment pour, là c'est efficace, là tu peux aider le patient. Par contre, cadre infirmier... Aussi, si tu fais la psycho-gériatrie, ça peut être bien.

Vous même vous avez envie de partir en France pour une formation ?

Nicolas : Pour le moment, ça ne m'intéresse pas.

Pourquoi ?

Nicolas : *Silence.* Je n'y pense pas pour le moment.

Le professeur O. ne vous l'a jamais proposé ?

Nicolas : Je ne pense pas. Il ne m'en a jamais parlé.

Quelles sont vos relations avec vos supérieurs ?

Nicolas : Bien.

Le « Bien » burkinabé ?

Nicolas : Nan, moi je suis honnête. C'est pour ça que je m'entends bien avec Madame T. Parce que moi... Peut-être que je suis le seul où je peux taper le bureau du professeur Ou. et rentrer, le faire rire, même s'il est énervé. Je suis le seul.

Vous êtes de quelle ethnie ?

Nicolas : Je suis sénoufos. Et toi, tu es de quelle ethnie ?

Rires. J'ai pas d'ethnie.

Nicolas : Tu n'as pas de clans ?

Est-ce qu'on est obligée d'appartenir à un clan ?

Nicolas : Si. On ne décide pas d'appartenir à un clan, on né dans un clan.

Je ne suis pas attachée à ma famille. J'ai de la famille dans des régions, mais je ne les ai jamais vu.

Nicolas : Tu es dure.

Dure ? Nan, c'est la vie qui a fait ça.

Nicolas : Et tu vis comment ?

Je vis très bien. Et je suis même soulagée de ne pas avoir ce poids. Je pense que c'est ce qui me permet de vivre, de m'épanouir.

Nicolas : Peut-être que le contraire aller être mieux.

J'en doute. Vu ce que je suis, comment je pense, comment je prends les choses.

Nicolas : Peut-être qu'un jour tu vas changer.

Mais si ça me convient ?

Nicolas: Tu vas changer. Moi, je veux que tu changes. Il faut que tu changes.

Pourquoi « il faut » ?

Nicolas : Selon moi, tu ne t'épanouis pas.

On n'a pas le même point de vue.

Silence.

Il y a des personnes dans votre entourage qui travaillait dans la santé mentale ?

Nicolas : Nan.

Vous êtes le premier ?

Nicolas : Je suis le premier.

Vos parents, ils faisaient quoi ?

Nicolas : Mon papa était contrôleur aérien. Ma maman était dans le social.

Assistance sociale ?

Nicolas : Voilà.

Si j'ai d'autres questions par la suite, je peux vous contacter ?

Nicolas : Tu m'appelles à n'importe quel moment.

Fin de l'entretien.

Entretien avec la majeure du service de pédopsychiatrie, Madame B. La majeure est un statut professionnel qui équivaudrait à celui de cadre-infirmier en France (avec des différences bien évidemment).

Il se déroule le lundi 21 mars en fin de matinée dans son bureau. Elle me reçoit après la réunion de synthèse hebdomadaire. Les différents noms des médecins apparaissant au cours de la retranscription sont des noms d'emprunt.

Durée : 30 minutes.

Pouvez-vous commencer par décrire le poste que vous occupez, ce que vous faites.

Madame B. : Hum... Cette unité a été créée au vu des problèmes psychiatriques que posaient les enfants. Donc en psychiatrie adulte, il y avait une dame, mais entre temps elle est partie en France pour exercer.

Une attachée de santé ?

Madame B. : Non, un médecin. Elle était pédiatre. Donc c'est elle qui voyait les enfants en psychiatrie adulte. Et cette unité-là, a été créée parce qu'il y avait beaucoup de demande d'enfants à partir de dix ans surtout. Donc la nécessité avec la coopération, ils ont dit qu'il fallait une unité... Et c'est dans ce cadre-là que je suis partie faire un stage en France. J'ai d'abord fait un stage dans le cadre de la psy adulte dans le service du Dr. T. Puis après je suis repartie faire un autre stage de six mois uniquement en pédopsychiatrie. Ensuite, je suis revenue, et je suis repartie faire un an chez le Dr. W. On a travaillé, j'ai vu des CMP, surtout à Bobigny.

En psy adulte, vous étiez en tant qu'attachée de santé ?

Madame B. : Oui. J'étais attachée de santé. Donc j'ai fait l'hôpital de jour. J'ai fait la Nacelle, dans le service du Dr. W. Puis parallèlement, j'allais à l'université, pour faire un DU.

Lequel ?

Madame B. : Moi je voulais le faire sur la pédopsychiatrie, mais moi quand je suis arrivée, il y avait juste sur la qualité des soins. Ma collègue et moi, on a fait sur la qualité des soins.

Vous étiez deux ?

Madame B. : Oui. J'étais avec, celle qui est aux urgences adultes, A. On a fait un an là-bas. Donc là-bas, j'ai fait le groupe conte, j'ai fait le CATTP, j'ai fait beaucoup de sortie, j'ai consulté avec plusieurs médecins, comme le Dr. W, ou encore le Docteur Langué. J'ai fait beaucoup de consultations avec eux. Et j'ai fait également l'unité des adolescents à Montreuil. Montreuil, c'est tous les services, toutes les unités relèvent du Dr. W. J'ai passé beaucoup de temps là-bas. Bon, et après je suis rentrée.

Au total, vous avez passé combien de temps en France ?

Madame B. : Au total ?

Oui. Vous avez fait trois stages en tout ?

Madame B. : J'en ai même fait quatre.

Quatre ?

Madame B. : J'ai fait un stage de trois mois à Marcelle, ça c'est dans le 95, dans le service du Dr. Formin.

En adulte ?

Madame B. : Oui, ça c'était de la psy adulte. Puis je suis allée à Ville-Evrard. J'ai fait un stage dans le service du Dr. T. pendant six mois. Puis je suis revenue. En tout cas, j'ai fait quatre stages en France. Mais la plupart c'est plutôt en pédopsychiatrie. En adulte, j'ai pas trop étudié.

Qu'est-ce que vous avez retenu de tous ces stages ?

Madame B. : *Rires.* Hum. Au total, j'ai passé deux ans en France... Ce que j'ai retenu de ces stages, bon c'est bien, mais au départ, il fallait que... *Silence.* Au niveau des services cliniques, quand vous vous arrivez, je pense qu'il faudrait que ce soit plus encadré.

En France ?

Madame B. : Oui.

Interruption par la psychologue F.

Madame B. : Je disais, oui plus encadré.

C'est-à-dire ?

Madame B. : Quand vous arrivez comme ça, on vous voit dans le service, alors que beaucoup de gens ne savent même pas pourquoi vous êtes là. Mais le Dr. W. a pris le temps de me présenter dans le service, aux responsables des unités pour que je puisse m'intégrer dans les équipes et travailler. Sinon, au départ, si tout ça c'est pas bien mis en place, c'est difficile puisque notre pratique ici et là-bas, c'est pas la même chose.

Quelles sont les différences ?

Madame B. : Les différences, par exemple, vous voyez, nous on fait le dossier, on fait la consultation, on donne les traitements. Alors que là-bas c'est pas la même chose. On dirait que les infirmiers, c'est pas la même dimension, ils font les soins, ils s'occupent de ça. Nous ici, comme y a un manque de médecins, nous, on travaille, on fait comme si on était des médecins, on fait les consultations, on donne les traitements.

Vous n'avez pas été trop frustrée en France ?

Madame B. : Nan, nan. Je me suis adaptée. J'ai suivi les équipes quand il fallait sortir. Mais il fallait lire beaucoup pour... Comme il y avait la bibliothèque, ils étaient très gentils. Je partais à la bibliothèque et puis je fouillais, je lisais. J'ai appris comme ça.

Vous avez aimé votre expérience.

Madame B. : Oui, c'était bien.

C'est-à-dire ?

Madame B. : Bon, ça n'a pas été trop difficile pour moi. En fait, c'était pas difficile dans la mesure où... Tous les médecins avec qui j'ai travaillé là-bas, je les avais déjà rencontré ici, et ils savaient que je voulais venir pour un objectif donné. Donc l'un dans l'autre, ça n'a pas été trop difficile.

Vous avez acquis des compétences nouvelles ?

Madame B. : Oui.

Vous avez réussi à les mettre en place ici ?

Madame B. : Ça dépend des choses. Les groupes CATTP, le groupe conte, avant, y avait pas tout ça. Je suis rentrée en décembre, et puis on a commencé ici en janvier 2005.

Vous avez été là depuis le début ?

Madame B. : Oui. Donc on a commencé ici. Mais dès le mois de mars, le Dr. W. était là. Depuis, là, il vient tout le temps pour nous aider, nous donner des cours, nous apprendre des choses. Comme tout le monde n'avait pas suivi de formation en pédopsychiatrie...

Et ça vous aide ?

Madame B. : Oui, ça nous aide, dans la prise en charge des patients parce que... Par exemple, y a eu, certaines de nos collègues ont été formé en orthophoniste ou en psychomotricité. Et à chaque fois qu'il vient, il vient avec un psychologue, un orthophoniste, un psycho-motricien. Chacun dans sa spécialité essaye d'apporter quelque chose à l'autre. Du coup, on travaille avec eux, ils critiquent et après nous on essaye d'améliorer notre pratique. Bien sûr en adoptant au contexte d'ici. Par exemple, j'ai entendu une maman qui disait qu'elle n'avait jamais penser à jouer avec les enfants etc. Donc, on essaye d'expliquer aux parents, pourquoi c'est important de jouer avec l'enfant, de lui parler.

Les parents, ils comprennent en général ?

Madame B. : Oui. Actuellement, ils comprennent. Chez nous, si on explique, ils comprennent.

Mercredi dernier, quand je suis venue, il y avait beaucoup de monde...

Madame B. : Oui, beaucoup de monde, et en plus que des nouveaux. Ça veut dire que les gens commencent à, tous ceux qui étaient là, ils étaient des nouveaux.

Qui les envoie en général ?

Madame B. : Le service de l'ORL, le service de neurologie, les écoles, la famille elle-même aussi, ou encore le bouche à oreille, des parents qui disent qu'ils sont venus.

Et en général, les principaux symptômes de consultation ?

Madame B. : Actuellement, selon les statistiques, ce que nous avons le plus actuellement, c'est d'abord les troubles du langage. Après les troubles du langage, on trouve les troubles envahissant du développement. Après ça, c'est les difficultés scolaires. Donc ce sont les principaux motifs de consultations.

Vous arrivez en général à les prendre en charge ?

Madame B. : Oui. Avec le peu qu'on a, on arrive à faire quelque chose.

Vous faites des démarches pour faire connaître le service à l'extérieur ?

Madame B. : On avait essayé de faire des démarches tout au début. On a rencontré certaines écoles. Beaucoup d'école même, pour dire que nous sommes-là. Certaines écoles nous ont contactés. Et il y en a même avec qui nous sommes encore en lien.

Il n'y a pas trop de préjugés, de craintes ?

Madame B. : Non. Seulement dans certaines écoles, les parents ont commencé à poser des questions, mais ça n'empêche pas aux gens de venir.

Et quand les parents font appeler à des explications traditionnelles, vous faites quoi ?

Madame B. : Pour les troubles de l'enfant ?

Oui. Est-ce que les parents vont d'abord voir des tradipraticiens, comme en psy adulte ?

Madame B. : Bon, c'est rare, mais y en a quand même. Quand je leur demande, ils me disent oui, on a été voir les tradipraticiens, on fait ça. C'est rare mais ça existe.

C'est pas systématique comme en adulte ?

Madame B. : Non.

Et qu'est-ce que vous en pensez-vous ?

Madame B. : Comme l'enfant est un être ne devenir, les parents se disent que ça va changer, que d'ici-là ça va changer. On attend, mais changement ne vient pas, surtout dans les troubles du langage. Ils consultent pas trop chez les tradipraticiens. Y en a, mais c'est pas la majorité.

Et dans cette coopération, qu'est-ce que vous changeriez, ou ajouteriez ?

Madame B. : *Rires. Silence.* C'est difficile à dire, mais si on pouvait... C'est sûr qu'ils ont beaucoup de patients là-bas, mais s'ils pouvaient rester sur un temps plus long, ça serait mieux pour nous. Ne serait-ce que dix jours quoi.

Vous leur avez déjà dit ?

Madame B. : *Rires.* Nan, nan.

Ça restera un secret alors.

Madame B. : S'ils pouvaient prolonger un peu, bon ça serait bien, au moins dix jours.

Pour revenir à votre parcours, avant d'être attachée de santé, vous étiez...

Madame B. : Sage-femme.

Depuis le début de votre parcours ?

Madame B. : Oui.

Combien de temps ?

Madame B. : J'ai été sage femme de 1980 à 1995. J'ai travaillé beaucoup à la maternité ici. Après j'ai fait le concours d'attaché de santé.

Qu'est-ce qui vous a amené à changer ?

Madame B. : Au niveau de la maternité, je voyais beaucoup d'horreurs C'était assez difficile pour moi. Quand je dis « horreur », je n'aime pas voir une femme mourir en couche, voir cet enfant orphelin. La maternité du centre de Yalgado, c'est une référence, donc y'a beaucoup de gens qui viennent de province pour accoucher, et souvent ça se passe mal. J'ai fait la spécialisation pour la psychiatrie.

En quelle année ?

Madame B. : On a fait deux ans de formation ici, puis j'ai travaillé en psy adulte pendant beaucoup temps ici avant de partir faire un stage en pédopsychiatrie.

Et pourquoi la psychiatrie ?

Madame B. : *Rires.* Hum... Je trouvais que c'était un peu plus... Le fait d'échanger, de parler avec les gens. Je voulais anesthésiste-réanimation au départ, mais j'ai vu que je supportais pas le bloc avec le sang partout. Donc j'ai fini par aller en santé mentale

Personne dans votre entourage ne travaille en santé mentale ?

Madame B. : Non. Dans la famille, c'est moi seule.

Au début, pourquoi vouloir devenir sage-femme ?

Madame B. : *Rires.* Au départ, j'avais voulu faire des études d'avocat, mais y avait des difficultés... Entre temps, j'ai perdu mon père, donc y avait des difficultés pour payer les études et puis tout ça. J'ai donc fait le concours de sage-femme. Au lieu de faire le BAC, j'ai passé le concours et puis ça a marché, j'ai fait la formation.

Combien de temps elle dure ?

Madame B. : Trois ans.

C'est vous qui avez décidé de venir travailler en pédopsychiatrie ?

Madame B. : On avait deux formations : une pour la pédopsychiatrie, une pour les urgences. J'ai choisi la pédopsychiatrie.

C'est quelque chose que vous aimez ?

Madame B. : Oui. C'est quelque chose qui m'a apporté beaucoup d'enseignements.

Comme quoi ?

Madame B. : Ça m'a permis de connaître un peu plus la société dans laquelle je vis, à travers les difficultés que rencontrent les enfants, comment les parents se comportent avec eux. Ça m'a appris beaucoup de choses.

Vous voyez la société évoluer ?

Madame B. : Avant, c'était... Je vois un couple qui se lève, qui vient, qui dit, « voilà, notre enfant rencontre telle et telle difficulté ». Ils demandent une consultation. Avant, ce sont des choses qu'on pouvait pas voir. Ils viennent spontanément. Seulement j'ai remarqué que très souvent les parents parlent pas avec les enfants. Ça m'a appris beaucoup de chose la pédopsychiatrie. C'est quelque chose que j'aime.

Vous allez continuer en pédopsychiatrie...

Madame B. : Non, je vais aller en retraite très bientôt.

C'est pas vrai ? Dans combien de temps ?

Madame B. : Dans un an.

Quels sont vos projets ?

Madame B. : Je vais me repose une année, et après je verrai.

Qui va prendre votre place ?

Madame B. : Madame Y. (Marina). Mais elle aussi elle part en retraite en 2019. Donc il faut forcément qu'on trouve quelqu'un de plus jeune, qui va faire une formation d'un an avec le Dr. W., qui va revenir et qui pourra prendre après la place.

Vous savez déjà qui ?

Madame B. : Bon, on parlait de Madame G.

Et Noémie, l'interne ? Apparemment elle serait intéressée ?

Madame B. : Mais elle vient pas.

Elle pourrait venir ?

Madame B. : Oui. Elle a dit qu'elle allait venir consulter. Moi j'ai dit y a pas de soucis. Le Dr. W. m'en avait déjà parlé. J'ai dit à Noémie, « tu peux venir quand tu veux ». Mais depuis je l'ai pas vu. Peut-être qu'elle travaille trop en psy adulte.

Comment vous voyez la psychiatrie au Burina Faso ?

Madame B. : Ça a beaucoup évolué.

Interruption par la sonnerie de son téléphone.

Beaucoup évolué, c'est-à-dire ?

Madame B. : Je me dis, avant, la formation des attachés de santé en psychiatrie, c'était même pas ici. Mais actuellement, c'est ici que ça se passe.

Avant c'était au Sénégal ?

Madame B. : Oui, au Sénégal.

Et vous, vous l'avez faite où ?

Madame B. : Ici. Donc la formation déjà c'est ici. On a des congrès tous les deux ans. Ça évolue. Et puis, avec l'aide de la coopération, avec les journées inter-hospitalières, ça rapporte. Donc ça évolue bien à mon sens en tout cas.

Et dans les troubles chez l'enfant, vous avez vu des évolutions depuis 15 ans ?

Madame B. : *Silence.* Il y a en plus. Inaudible 21min 55

Il y avait une formation de thérapie familiale, vous la pratiquez ?

Madame B. : Non. Dire qu'on pratique la thérapie familiale, comme ils viennent depuis peu j'ai pas pu vraiment faire ce cours-là. Mais quand l'enfant vient avec ses parents, qu'y a des difficultés, je peux donner quelques conseils. Quand l'enfant a des difficultés dans le langage, il faut parler avec l'enfant, il faut beaucoup parler avec l'enfant, donc on discute avec les parents, on les conseille. Y a une maman qui était un peu rejetante du fait que... Y a une manière de parler, donc il faut beaucoup surveiller son langage pour dire aux parents de faire ça ou pas. Il faut beaucoup réfléchir avant de parler.

Et les parents écoutent au moins ?

Madame B. : Y a des moments où ils écoutent. Mais... Je reviens encore aux troubles envahissants du développement. Quand ça marche pas, quand y a pas d'améliorations comme ils veulent, ils sont découragés.

Quand vous faites une consultation, vous prenez autant en charge l'enfant que les parents ?

Madame B. : Non. Bon, c'est juste pour dire à tel parent, telle chose. Mais si c'est pour une prise en charge du parent, on envoie en psychiatrie adulte. Mais y en a qui veulent pas. Il faut encore choisir ses mots pour les convaincre d'aller en psy adulte. Donc c'est pas évident du tout.

Vous suivez combien de patients ?

Madame B. : Y a pas un nombre fixe comme ça, mais y en a beaucoup. Parce que j'ai... Troubles envahissant du développement, ceux que je suis, il y a en a une quinzaine.

Que vous voyez...

Madame B. : Que je vois régulièrement. Au moins, une fois par mois.

Pour revenir aux tradipraticiens, qu'est-ce que vous en pensez ? Vous pourriez travailler avec ? Ou vous les rejeter ?

Madame B. : C'est pas quelque chose qu'on peut rejeter, dans la mesure où le Ministre a mis en place une coordination entre les tradithérapeutes et la médecine moderne. On condamne pas un patient qui veut aller là-bas. J'ai pas de soucis avec ça, tu peux aller consulter un tradithérapeute. Moi personnellement, je n'ai jamais été consultée un tradithérapeute. Mais celui qui veut le faire, je l'empêche pas.

Parce que vous n'y croyez pas ?

Madame B. : Pas que je n'y crois pas. Je sais qu'y en a qui ont beaucoup de succès. Je me dis que ça dépend des croyances, du modèle que t'as eu dans ta famille, voilà.

Vous êtes croyante ?

Madame B. : Oui. Je suis évangéliste.

Vos parents l'étaient ?

Madame B. : Oui.

Que faisaient-ils dans la vie ?

Madame B. : Mon père était enseignant. Et ma mère, était femme au foyer.

Enseignant dans le primaire ?

Madame B. : Oui dans le primaire.

Vous avez des frères et soeurs ?

Madame B. : Oui, nous sommes huit.

Même père, même mère ?

Madame B. : Oui. Mon père n'a jamais eu deux femmes.

Et vos frères et soeurs, que font-ils ?

Madame B. : Une est comptable. Deux qui sont militaires. Y a un qui était artiste-comédien, mais il est décédé malheureusement. Un était journaliste, lui aussi est décédé. Et puis, y a une qui est standardiste. Plus moi. Et puis le tout dernier, il est chauffeur.

Ce n'était pas trop la guerre ?

Madame B. : On s'est toujours bien entendu. Même après le décès des parents, on est resté soudé.

Pour la psychiatrie, qu'est-ce que vous aimeriez à mettre en place au niveau du Burkina Faso ?

Madame B. : Un hôpital de jour pour enfants. Là, ça serait bien. Parce que souvent, c'est lourd pour les parents. Au moins, avec un hôpital de jour, on peut garder l'enfant et les parents les récupèrent le soir. Il faudrait mettre des programmes minutieux pour couvrir toute la journée, ça demande beaucoup de travail.

Si vous montez le projet, à qui il faudrait le présenter pour le mettre en place ?

Madame B. : Je sais pas.

Vous pensez qu'y a des chances qu'un jour il voit le jour ?

Madame B. : On avait déjà écrit un projet. Il est dans l'armoire derrière. *Rires.*

Il n'est jamais sorti ?

Madame B. : Je souhaiterais vraiment qu'il y ait un hôpital de jour.

Et si vous le déposez au ministère de la Santé ?

Madame B. : Il faudrait voir avec les ONG ou les associations caritatives. Je sais pas si eux ils peuvent faire quelque chose. Mais ça serait bien, vraiment bien.

Pendant votre retraites, vous allez pouvoir chercher des fonds.

Madame B. : *Rires.*

Fin de l'entretien.

Entretien avec le Dr. G. Il se déroule le 22 mars 2016 dans son bureau, situé tout à gauche de la cour.

Durée : 1h13

Si nous pouvions commencer par parler de ce que vous faites dans l'hôpital, le poste que vous occupez.

Dr. G. : Bah, je suis un médecin qui a le statut d'assistant hospitalo-universitaire. Ce qui signifie que mes activités sont partagées entre, bien sûr les soins, les consultations aux malades en ambulatoires, ainsi que les malades hospitalisés, mais aussi surtout l'encadrement des stagiaires, des étudiants en médecine, des élèves infirmiers et puis une partie où je vais donner des cours à l'université de Ouagadougou, quelque fois à l'université d'Ouahigouya et puis à l'école nationale de santé publique, l'école qui forme nos infirmiers. Voilà.

Qu'est-ce qui vous prend le plus de temps parmi ces activités ?

Dr. G. : Prendre le temps. Bah, disons que, on essaye, on essaye de s'organiser de façon à, à avoir un partage plus ou moins équitable du temps. Parce que le statut de médecin hospitalo-universitaire est clair. Ce statut dit que vous devez consacrer un tiers de votre temps aux soins des patients, un tiers à l'enseignement, un tiers à la recherche. Donc il faut essayer de s'organiser pour essayer de ... C'est vrai que dans mon statut particulier, je suis un médecin militaire, je suis détaché, donc je dois encore trouver un petit temps pour aller consulter au camp militaire.

A Ouaga ?

Dr. G. : A Ouaga, oui.

Combien de temps ça vous prend les consultations à la caserne ?

Dr. G. : Je prends une demi-journée par semaine. Et, mais quand il y a des besoins ponctuels très importants, je mets la priorité du côté militaire parce que je suis d'abord payé par l'armée donc faut pas... Je suis d'abord médecin militaire mis à la disposition à temps partiel de l'hôpital.

Donc c'est pas le Ministère de la santé qui vous paye ?

Dr. G. : Non. Je suis pas payé par le Ministère de la Santé.

Mais pourquoi les personnes que vous consultez à la caserne ne viennent pas ici ?

Dr. G. : Non, parce que, c'est d'abord des militaires. Et donc, comme dans tous les pays, toutes armées protègent les gars d'une certaine discrétion par rapport à tout ce qu'ils rencontrent comme problème de santé. On peut comprendre aisément parce qu'il y a la réalité médicale mais il y a aussi la communication politique de la chose. On a des militaires qui sont en mission au Mali, certains vont être blessés gravement. Donc vous savez, comme dans tous les pays, les politiques filtrent pour ceux qui veulent écouter. Donc si ces militaires-là viennent en milieu hospitalier, tout le monde saurait ce qui se passe là-bas. C'est juste pour ça que...

Mais à la caserne, c'est juste des consultations ? S'ils doivent être hospitalisés...

Dr. G. : On a des possibilités d'hospitalisation à la caserne. Mais dans le domaine spécifique de la psychiatrie, pour le moment on hospitalise pas à la caserne.

J'ai déjà vu des militaires ici. Ils viennent par vous ?

Dr. G. : Non, non, non. Pas forcément moi. Parce que le dispositif d'intervention et de référence est assez bien connu par tout le personnel infirmier et militaire qui savent bien qu'ils peuvent adresser le patient à l'hôpital Yalgado ici.

Et les cours, vous en donnez beaucoup par semaine ?

Dr. G. : Bon disons qu'on donne, que c'est pas par semaine. Parce que le système ici c'est le système d'enseignement LMD qui fait que, qu'il y a des périodes de l'année... Par exemple l'enseignement de psychiatrie. Je contribue pour quelques heures à l'enseignement de psychiatrie en cinquième année de médecine. Je participe aussi aux cours des médecins en spécialisation, les DES. Donc là aussi j'ai plus de cours qu'en cinquième année de médecine. Et j'ai aussi des cours de travaux dirigés de psychologie médicale pour les étudiants en deuxième année de médecine. Voilà un peu. Et puis bien sûr l'école nationale de santé publique où les infirmiers en spécialisation, on leur donne aussi des cours.

Vos cours, c'est sur quoi ?

Dr. G. : Bon, de façon simplifiée c'est sur la psychiatrie. Qu'est-ce qu'on donne comme cours ? On va donner des cours de sémiologie c'est-à-dire comment reconnaître les différents signes élémentaires des pathologies psychiatriques. On va donner des cours sur les syndromes, c'est-à-dire comment tous les signes élémentaires sont regroupés afin de pouvoir évoquer les hypothèses. On va donner des cours sur les pathologies, c'est-à-dire les maladies. On va donner des cours de thérapeutiques, c'est-à-dire comment il faut traiter les pathologies. La thérapeutique psychiatrique qui peut consister à la prescription de médicaments, la chimiothérapie ou à des techniques de psychothérapie. Et les cours de TD., on essaye d'aborder certains thématiques pratiques telles que par exemple comment on accueille un patient, et là on fait des jeux de rôle, comment on annonce un décès à un patient, ou à une famille. On essaye d'aller sur des aspects un peu pratiques aux cours des travaux dirigés en psychologie médicale.

Et les visites en ambulatoire, vous en faites beaucoup ?

Dr. G. : Oui.

C'est la première fois que j'entends ça dans le service.

Dr. G. : Les consultations à domicile.... Disons que c'est pas très structuré. Ça fait partie des possibilités. Mais le service, on est pas arrivé à structurer les visites à domicile parce que, bon on a déjà eu quelques véhicules avec la coopération de Ville Evrard mais la question du carburant, au niveau de l'hôpital... Bon voilà.

L'hôpital ne paye pas ?

Dr. G. : L'hôpital estime que, elle n'arrive pas à donner suffisamment de carburant... Donc c'est pas une activité très bien structurée mais parfois il y a quelques demandes spécifiques qui peut émaner de situation, de personnalité où y a besoin d'une certaine discrétion qui fait qu'on le fait de temps en temps. Donc on le fait de temps en temps mais c'est pas très structuré au niveau de notre hôpital.

Vos journées semblent bien remplies.

Dr. G. : Oui. Je travaille toujours au-delà des heures officielles. Je suis supposé travailler de 7h à 15h, le système de la journée continue. Mais je pense que c'est quelque chose de commun à tous

ceux qui font de l'enseignement. Parce qu'après les consultations, il faut préparer les cours à donner. J'encadre des étudiants pour des mémoires, j'encadre des étudiants, je co-dirige des thèses pour des doctorats en médecine et quelque fois en pharmacie. Donc on est obligé de travailler forcément au-delà des heures. Voilà c'est un peu comme ça qu'on fonctionne.

Vous m'avez dit que vous étiez militaire. Vous pourriez m'expliquer un peu votre parcours.

Dr. G. : Moi je suis passé par des cycles secondaires. En 6ème je suis parti dans un Prytanée dans une école militaire, Prytanée militaire de Kadiogo, mais c'est aussi de l'enseignement général, c'est-à-dire qu'on allie l'enseignement général, comme dans n'importe quel lycée, mais aussi des cours spécifiques de, sur l'activité militaire. Donc quand vous arrivez, vous passez le BAC comme tous les élèves. Quand vous arrivez à la fin, vous choisissez selon vos préférences d'aller dans une école de médecine, dans une école d'infanterie ou dans une école de... Voilà c'est comme ça que je suis devenu médecin militaire.

Pourquoi vous avez choisi médecine ?

Dr. G. : Pourquoi j'ai choisi la médecine ? *Silence*. Je dois dire que vraiment... Ce qui se passait, c'est que l'école où j'étais, on a toujours estimé que les mieux classés, les élèves dans les premiers, faisaient médecine. Il se trouve que je faisais parti de meilleurs de la classe, donc on estimait que... J'allais dire que c'est presque une tradition au Prytanée, tous ceux qui sont bien classés font médecine. Et puis c'est présenté comme quelque chose de prestigieux, comme la crème de la crème, c'est comme ça qu'on nous a présenté la chose. Donc on a choisi.

Ça vous a plu ?

Dr. G. Plaire. Oui. Y avait une certaine reconnaissance sociale. Parce que chez nous, au Burkina, c'est pas comme en France, au moment de mes études, y avait pas beaucoup de médecins, donc c'est prestigieux, donc socialement... Et puis, ça aussi c'est des données psychologiques. Comme il touche à l'intime, et qu'il est plus ou moins comme le chaman d'autrefois, c'est le chaman moderne, c'est celui qui rentre dans les mystères de la vie. Donc y a un prestige social qui tourne autour de ce positionnement. Donc oui, en terme de satisfaction, de reconnaissance sociale, oui. Mais c'est vrai qu'avec le temps, on s'aperçoit que même dans nos pays, c'est pas les métiers qui sont le mieux rémunérés, pas du tout. Donc au fur et à mesure qu'on avance, il y a quelque fois des désenchantements. *Rires*.

Des désenchantements juste financiers ou aussi idéologiques ?

Dr. G. : J'allais dire un peu les deux. Les deux parce que... Un peu financier, et puis... Moi personnellement, j'ai un penchant pour la médecine naturelle, les aspects de prévention. Et je trouvais qu'en médecine moderne on en mettait pas trop l'accent sur les aspects de prévention. C'est surtout... Voilà, donc je trouve que les approches.... Bien sûr, parce que j'ai fait des stages en France donc je sais, on a des approches classiques occidentales, les diagnostics, les différents examens, mais par rapport à nos réalités, c'est comme si on est toujours en train de courir derrière un train qui est à 100 à l'heure, donc je pense pas que c'est très... Je pense qu'on a intérêt à agir, de voir d'une autre façon, sinon je ne crois qu'on va arriver à combler, voilà....

Pour vous la médecine naturelle, c'est juste de la prévention ?

Dr. G. : Non, on peut utiliser la médecine naturelle pour beaucoup d'autres choses

En France, la médecine naturelle c'est soigner avec les plantes notamment.

Dr. G. : Oui, tout ce qui est alternatif. Déjà même sur l'éducation, l'éducation de la santé, l'éducation sur la nécessité de faire attentions sur son alimentation. Tu as du remarquer qu'ici on en fait pas beaucoup d'exercice physique.

Il fait trop chaud !

Dr. G. : C'est vrai qu'il fait chaud, mais quand même, quand même. C'est un peut tout ça que je dis, beaucoup de chose comme ça. De mon point de vue.

Et ensuite, pourquoi vous vous êtes orienté vers la psychiatrie ?

Dr. G. : Il y a toujours... Parce qu'on nous pose toujours la question ... Y a toujours deux façons de comprendre. On peut donner l'explication extérieure. Et puis, on sait que tous les choix, y a une composante inconsciente, personnelle, qui vise à régler sois-même ses propres problèmes. Mais consciemment, moi j'étais jeune médecin généraliste, et je me suis aperçu, lors de mes consultations de médecine générale, que je recevais beaucoup de patients qui venaient par rapport à de plaintes par rapport auxquelles on en trouvait rien après les différents examens. Et quand j'écoutais un peu leur vécu, je voyais qu'un certain type de problème avait un rapport avec quelques difficultés existentielles, quelques difficultés relationnelles. Je sentais qu'y avait une forme de composante psychologique, mais j'étais pas très bien outill pour démêler tout ça. Donc je me suis dit, pourquoi ne pas faire des études de psychologie en étant médecin généraliste etc. Et donc je me suis inscrit dans un premier temps en psychologie en tant que médecin généraliste. Et il se trouve qu'à l'armée, on n'avait pas de psychiatre, on n'avait pas... Et puis, finalement, l'armée a dit que si ça m'intéressait, au lieu de faire psychologie, pourquoi tu ne ferais pas la spécialité de psychiatrie. Et donc, c'est comme ça que je me suis retrouvé à faire la spécialité de psychiatrie.

Donc déjà en tant que médecin généraliste, vous travaillez pour l'armée ?

Dr. G. : Oui.

La spécialisation, vous l'avez faite où ?

Dr. G. : Alors la spécialisation... C'est une tendance générale actuellement en Afrique, on fait une partie de la socialisation ici, et puis on complète toujours avec quelques années dans un pays développé, en général la France. Par exemple, les deux premières années je les ai faites ici, et après je suis parti en France...

En quelle année c'était votre spécialisation ?

Dr. G. : J'ai commencé en 2003. Voilà. Donc en 2005, je suis parti en France faire une année dans le cadre de la coopération. Puis je suis revenu ici pour soutenir.

Et les raisons inconscientes de votre choix de la psychiatrie ?

Dr. G. : Peut-être que c'est personnel. *Rires.*

Personne dans votre famille ne travaillait dans le domaine de la psychiatrie ?

Dr. G. : Non, non.

Et vous n'avez pas été déçu ?

Dr. G. : De faire le choix de psychiatrie ?

Oui.

Dr. G. : Non, non. J'ai pas du tout regretté pour la simple raison que j'ai appris beaucoup de choses et surtout, ça m'a permis, surtout quand je me suis intéressé à certaines formes de psychothérapies, ça m'a permis de me découvrir moi-même, de savoir un peu mieux qui j'étais, et je pense que ça m'a permis d'avancer un peu dans la vie.

Quelles formes de psychothérapie ?

Dr. G. : Il y a beaucoup de formes de psychothérapie. Bon moi, je me suis initié à... A beaucoup de techniques. Mais une des approches c'est une technique de travail sur les sous-personnalités. Et j'avais suivi des formations dans le sud de la France avec des psychothérapeutes qui m'ont beaucoup apporté.

Les sous-personnalités ?

Dr. G. : Oui. C'est une technique transpersonnelle en fait. C'est des formes pas très connues, pas très officielles de la psychothérapie. C'est un courant qui n'est pas majeur, mais c'est un majeur qui prend en compte les autres conceptions des autres psychothérapies mais aussi la composante spirituelle. C'est amener les gens à se poser des questions sur ce qui est au-dessus d'eux, sur la notion de transcendant, c'est un peu ça. Donc moi, ça m'a vraiment fait bien. *Rires.*

Vous le mettez en pratique avec les patients que vous suivez ?

Dr. G. : S'ils veulent et si dans leur situation, ça peut leur être utile. Parce que dans le principe de toutes psychothérapies, c'est d'abord de voir les mutations Inaudible 20min30. Est-ce que l'approche que je vais utiliser va vraiment bien avec la personne et est-ce que la personne est confortable avec telle ou telle approche. On ne viole pas, entre guillemets, les patients. On travaille en fonction de ce qu'ils veulent, de ce qu'ils sont prêts à entendre.

Les approches thérapeutiques ne sont pas encore très développées au Burkina Faso, est-ce que vous arrivez, les patients sont ouverts en général ?

Dr. G. Bah oui. On leur dit pas toujours que c'est de la thérapie. Par exemple on fait bien de la thérapie familiale sans leur dire. Moi j'ai fait un an de thérapie familiale en France, on travaille avec les familles, avec des concepts. Mais bon, quand on leur dit qu'on aimerait rencontrer la famille pour parler, on ne leur dit pas forcément, au vu de leur niveau, que c'est pour faire de la thérapie familiale. Comme ici les gens, y a cette culture d'échanger au niveau familial, c'est plus facile d'analyser certaines dynamiques, certains entretiens, en se fondant sur des concepts, même si on leur dit pas formellement que c'est de la thérapie familiale. C'est comme quand je reçois les jeunes, je fais des séances de groupe sur le maintien, l'abstinence, la prévention de la rechute, on sait que le principe de groupe c'est des approches thérapeutique cognitive-comportementale. Mais on leur dit pas qu'on est en train de faire ça. On échange avec eux, on parle avec eux, parce que le niveau global des gens est tel que si tu leur dit que tu fais de la thérapie cognitivo-comportementale, tu risque de leur faire peur plus qu'autre chose.

Pendant votre année de spécialisation en France, vous êtes resté un an. C'est dans le cadre de la coopération ?

Dr. G. : Oui.

Vous étiez dans quel service ?

Dr. G. : J'ai fait six mois dans le service du Dr. T. Six mois dans le service du Dr. Ch. Mais en fait pendant les séjours, on avait obligation d'aller suivre des séminaires.

Obligations ?

Dr. G. : Oui, pour valider la troisième année. Pour avoir ce qu'on appelait autrefois l'attestation de formation spécialisée. Maintenant ça s'appelle diplôme de formation spécialisation. Donc tu t'inscris, je crois que c'était Paris 8. Et donc pour l'avoir, tu dois valider un certains nombres de séminaires. Donc la coopération a surtout permis que j'ai un terrain de stage. Mais maintenant les autres obligations pour valider, cela est au niveau de l'échelle nationale de la France. Donc y a un certain nombre de séminaires à suivre pou pouvoir avoir le diplôme.

Qu'est-ce que vous avez retenu de votre expérience en France ?

Dr. G. : Retenu ?

Qu'est-ce qui vous a marqué durant votre séjour en France, quels ont été les apports ?

Dr. G. : Le premier apport est surtout d'ordre psychologique. Pour toi-même. C'est-à-dire quand tu fais ta formation totalement, sans être confronté à d'autres praticiens, tu peux te poser la question « quel est mon réel niveau? ». Voilà. Mais le fait d'être parti en France, d'abord de suivre des séminaires avec des médecins psychiatres, de faire les mêmes gardes qu'eux, des stages dans le même service. Donc c'est vrai que su le plan psychologique, même aujourd'hui... Quand il faut prendre en charge un patient occidental, qu'on me le demande, je suis pas très gêné, je suis pas déstabilisé à le voir parce que j'en ai déjà vu beaucoup, je sais à peu près de quoi..; Sinon, y a pas, la seule différence qu'on voit, c'est que, un, y a vraiment un souci d'organisation qui existe là-bas. Un soucis d'organisation qu'y a pas ici. Les gens sont bien organisés, chacun sait ce qu'il doit faire, à quel moment. Donc ça c'est le premier avantage. Le deuxième avantage que j'ai vu, c'est que les patients sont pris en charge pour l'achat des médicaments. Donc voilà, c'est l'Etat. Ils ont pas besoin d'avoir de l'argent pour pouvoir se soigner. Troisième constat, ils ont plus de praticiens. Moi quand j'étais là-bas, bah, pendant les mois d'hospitalisation, j'avais peut-être quatre-cinq malades réellement à suivre. Alors qu'ici tu vas en avoir une vingtaine.

Là, vous en avez combien ?

Dr. G. : Ouuh là là. Actuellement je me suis focalisé sur la prise en charge de patients qui ont des problèmes d'addiction. Parce que je sui reparti en 2014 faire une formation approfondie sur l'addictologie. Donc actuellement ma file active, c'est essentiellement des patients qui ont des problèmes d'addiction.

Vous en avez combien ?

Dr. G. : Je sais pas du tout. Mais ça peut pas être moins de cent. J'ai jamais pris le temps de comptabiliser. Pour le moment je suis le seul à m'en occuper de façon spécifique et que y a pas d'autres médecins formés, diplômés, au niveau national, donc les demandes viennent un peu de partout.

Des militaires viennent frapper à la fenêtre de son bureau. Il leur fait comprendre par un geste de repasser plus tard.

C'est la première fois que vous partiez en France ?

Dr G. : En quelle année ?

Quand vous avez fait votre spécialisation en psychiatrie.

Dr. G. : Non. En 1997, j'ai déjà fait un an en France pour ma médecine générale. J'étais médecin généraliste et je suis parti au Val de Grâce pour faire de la formation en médecine militaire, pour avoir le diplôme de médecin militaire. Donc j'ai le même diplôme qui qualifie les médecins français militaire.

Médecine militaire, qu'est-ce que c'est ?

Dr. G. : C'est une formation spécifique parce que tu apprends, j'allais dire, des prises en charge spécifiques qui sont liées au milieu militaire. Par exemple, s'il y a une utilisation d'armes biologiques et chimiques, qu'est-ce qu'il faut apporter comme traitement, c'est pas des choses qu'un médecin civil a forcément besoin de connaître. Par exemple, lorsque des personnes marchent, 15-20 kilomètres à pieds, quels problèmes de santé peuvent être liés ? C'est pas forcément des choses qu'un médecin civil a forcément besoin de connaître. Quand vous sortez avec des hommes en campagne, comment on fait le contrôle de l'alimentation, parce que ça revient au médecin, le contrôle de la qualité de l'alimentation. Quand vous achetez un boeuf ou une chèvre dans un village, comment tu vas t'assurer que l'animal est pas malade. Donc y a des approches liées à des connaissances, pour aider les militaires lors des opérations, quoi.

En quelles années vous avez commencé vos études de médecine ?

Dr. G. : En 84.

Et vous avez déjà fait des terrains à l'extérieur ?

Dr. G. : Du Burkina ?

Oui. En tant que militaire.

Dr. G. : Oui. J'ai séjourné six mois au Darfour.

En tant que médecin ou psychiatre ?

Dr. G. : Les deux. J'étais là en tant que médecin du bataillon. On était quatre. Mais en même temps, comme on sait que je suis psychiatrie, j'ai géré ce qu'il fallait gérer.

Des militaires ou des civils ?

Dr. G. : Essentiellement les militaires, mais pas seulement les militaires du Burkina, parce que c'était un contexte multi... Les civils je les voyais parce que participais... Y avait un psychologue clinicien de la mission, qui donnait des cours sur la gestion des stress, il m'associait, ou bien quand il était en permission, j'assurai l'intérim. Des petites choses comme ça. En plus du Darfour, j'ai fait deux missions au Mali, une à Bamako, une à Tombouctou en 2015. C'était des missions clôturées, d'une semaine maximum là.

Vous êtes volontaire ou c'est l'armée qui vous envoie ?

Dr. G. : C'est l'armée. Rires. Je suis formée, je suis médecin militaire l'armée e donne un salaire et me permet d'exercer aussi à temps partiel d'exercer dans le civil, de faire une carrière universitaire tout en garant mon statut de médecin militaire, donc voilà.

Votre travail ici, c'est l'armée qui vous paye ?

Dr. G. : Ici, non. Non ici, je suis... L'idée est parti du fait que l'armée avait des spécialistes. ET travailler uniquement pour prendre en charge uniquement les militaires, c'est une sorte d sous-emploi. C'est pour ça qu'on nous autorise à travailler dans le civil. Par exemple, je travaille à

l'hôpital, je suis pas payé par l'hôpital, mais pour être aussi très honnête, l'hôpital te donne quelques indemnités, c'est pas un salaire. Mais il te donne un quelque chose, pour compenser l'essence, les déplacements. Bon comme c'est un bonus, on se plaint pas. *Rires.*

Vous êtes retourné en France en 2014. Le premier séjour pour la psychiatrie, c'était quand ?

Dr. G. : En 2005.

Entre-temps, rien ?

Dr. G. : Quand je suis rentré, 2005, j'ai fait 2005-2006. C'était pour faire ma quatrième année. J'ai soutenu en 2008, le 14 octobre 2008. Après je suis parti au Darfour, j'ai fait quelques mois. Je suis rentré du Darfour, fin 2009. Et donc, j'ai repris le travail à l'hôpital ici en 2010. Commencé l'enseignement universitaire en 2011, et puis trois ans après, en 2014, je suis reparti faire un an encore dans le service de Patrice pour de l'addictologie.

C'est vous qui l'avez choisi ?

Dr. G. : Oui, mais on me l'a suggéré. Et c'était une opportunité.

Qui ?

Dr. G. : Le dr. O. C'est lui qui m'a suggéré, qui a facilité beaucoup de choses. Ceci dit, avant la proposition du Pr. O., j'avais la possibilité d'aller faire de l'addictologie neuf mois aux Etats-Unis parce que l'ambassade américaine donne des bourses aussi. Pendant que je réfléchissais, y a eu cette proposition. Donc je pensais que ça aller être plus simple de faire de l'addictologie en France.

Pourquoi ?

Dr. G. : Bah écoute... Tu vois, une fois que j'ai des notions de base, je peux repartir aujourd'hui si j'ai la possibilité aux Etats-Unis faire un stage. Mais on sait que les patients addicto, ils délirent parfois, donc ça supposait une formation approfondie de l'anglais savant de commencer la formation en addictologie. De toute façon, faire de l'addicto en France ou aux Etats-Unis, je pense pas qu'il y ait une grande différence. Donc...

Du coup, vous arrivez à appliquer l'apprentissage en France, ici au Burkina Faso ?

Dr. G. : Oui. On applique facilement. Pourquoi ? Parce que la base, au-delà des prescriptions médicales qui sont les mêmes, les base de l'entretien motivationnel, pour amener la personne qui n'est pas décidé, c'est une technique, quelque soit le pays. C'est pas quelque chose qui demande du matériel, c'est un savoir-faire, donc ça pose pas de soucis. Quand tu veux maintenir les patients, la thérapie du maintien, c'est des approches cognitives-comportementales, on aide le patient pour les aider à identifier les situations à risque, à dire non.. C'est pas des techniques qu'on peut dire, qu'on peut pas appliquer parce que ça demande pas un matériel, c'est plus un savoir-faire dans la relation avec le patient, donc ça pose pas de soucis à l'appliquer.

La toxicomanie, c'est quelque chose qui prend de plus en plus d'ampleur ?

Dr. G. : Oui, de plus en plus.

Vous savez pourquoi ?

Dr. G. : Pourquoi il y a ? Bah, je pense que... On peut pas avoir... Je pense qu'il y a déjà un phénomène de mondialisation, donc les pays ne sont plus hermétiquement fermés. Ça fait que les drogues circulent, on peut même faire des commandes sur internet. Surtout dans les pays, comme le vôtre, c'est libéralisé, vous pouvez faire la commande de drogue sur internet. Ici, le

cannabis, ça peut se cultiver, le climat se prête. Donc tout ça, associé au fait que les structures de prévention, de sensibilisation, n'existant pas, les jeunes sont les mêmes. Autrefois dans nos pays, les problèmes de l'adolescence étaient beaucoup plus canalisés par ce qu'on appelait les rites d'initiations, qui se faisaient au niveau de chaque culture. Beaucoup d'études montrent que ça endiguait bien les problèmes de l'adolescence. On faisait des cérémonies, on leur expliquait qu'ils allaient devenir un homme ou bien une femme. Mais, maintenant nous vivons presque à l'occidental, donc on sait plus...

Les rites d'initiations, vous les avez fait vous ?

Dr. G. : Moi ? Pas vraiment. Je dirai pas vraiment parce que, y a certaines choses qui sont restées comme la circoncision, que les parents essayent de garder. Moi je suis circoncis, mais j'ai pas réellement suivi tout. Voilà, les parents essayent de préserver certaines choses, ça reste... La circoncision reste, même si on le fait maintenant dans un cadre plus moderne, médicalisé. Mais on est initié quand même à des choses qui seraient spécifiquement africaines. Et comme c'est du domaine caché, occulte, on peut jamais savoir vraiment. *Rires.*

Vous avez vécu où jeune ?

Dr. G. : Jeune ? Où ? Ici.

Vous avez toujours vécu à Ouaga ?

Dr. G. : Oui. Mes parents vivaient à Ouaga. J'ai fait mon école primaire à Ouaga, puis mon école militaire, puis mon internat. J'ai toujours vécu à Ouaga.

Votre père était militaire ?

Dr. G. : Non, il était enseignant.

Dans le primaire ?

Dr. G. : Oui.

Et votre mère ?

Dr. G. : Femme au foyer comme on dit.

Il y a des militaires dans votre famille ?

Dr. G. : Personne.

Qu'est-ce qui vous a poussé à intégrer un lycée militaire ?

Dr. G. : En fait, j'avais une grande sœur aînée qui était draguée par un jeune militaire. Je le voyais à chaque fois, bien habillé. J'ai dit... C'était un monsieur. Comme je ne savais pas qu'il donnait le meilleur de lui-même parce que je comprenais pas très bien, mais il venait courtiser ma grande sœur. J'ai dit, nan, mais c'est ça qu'il faut que je devienne. J'ai été impressionné. Je le voyais toujours propre, bien habillé. Et comme il était jeune, j'ai demandé à ma grande sœur comment il fait. Je voyais des militaires, mais ils étaient adultes. Je savais pas qu'y avait des jeunes militaires. Et elle m'a dit qu'il fallait que je passe des concours pour entrer au lycée PMK. Et comme il se trouve que je travaillais bien, j'ai eu le concours et je suis rentré au PMK. Et comme j'étais bien classé à la fin, l'école encourageait à faire la caserne militaire, donc c'est comme ça que j'ai... *Rires.*

Vous avez combien de frères et sœurs ?

Dr. G. : Au total, on est huit. Quatre garçons, quatre filles.

Même père, même mère ?

Dr. G. : Oui. Mon père n'avait qu'une femme. Après des amantes, je sais pas. Officiellement non. *Rires*. Moi j'ai rien entendu. Je suis le premier garçon, mais le troisième au total. Donc on est huit. Voilà, on est tous là. Les deux derniers vivent maintenant aux Etats-Unis.

Que font-ils dans la vie ?

Dr. G. : Un a fait communication, et après diplomatie aux Etats-Unis, un est dans la finance. C'est vrai que depuis qu'ils sont là-bas, je maîtrise plus trop leur formation. Le premier, ça fait treize ans qu'il est parti là-bas, il s'est marié.

Et ceux restés à Ouaga ?

Dr. G. : Tout le monde travaille. L'aînée, les deux premières de notre famille sont des enseignante du primaire. Une, a fait quelques formations de bibliothécaire en France, l'autre enseignante en français. Un des garçons est technicien supérieur en bâtiment, une autre soeur est assistante de direction.

Vous êtes croyant ?

Dr. G. : Croyant ? Dans quel sens ?

Vous croyez en Dieu ?

Dr. G. : Je crois, je crois en une force supérieure. Mais je crois pas du tout à un Dieu en terme d'un bonhomme assis, nan je crois pas. Mais je crois à un ordre supérieur de l'univers, qu'il est régit par des lois spirituelles. Je crois au contenu de ce que la bible, le coran enseignent. Je crois au contenu, je ne crois pas aux formes.

Vous vous rattacher à aucune religion ?

Dr. G. : Nan. Maintenant pour des convenances sociales, je me laisse étiqueté, quoi.

Etiqueté comme quoi ?

Dr. G. : Chrétien. Voilà, j'aime bien le vin, boire la bière, manger, je suis pas sûr que je sois un bon musulman. *Rires*. Mais je crois à une certaine morale, je suis convaincu que ce que tu fais à autrui, ça va te revenir, je suis convaincu que tout ce qu'on fait, rien n'est perdu. Mais je crois pas au fait que, nan, si tu n'as pas prié cinq fois, tu n'iras pas au paradis. Nan, si tu as des relations sexuelles avec machin avant... Nan je crois pas.

Vos parents étaient croyants ?

Dr. G. : Oh que oui ! Surtout ma mère !

Chrétien ?

Dr. G. : Oui. Ma mère tous les matins allait à l'Eglise, jusqu'à présent, même à 75 ans. Tous les matins que dieu fait, elle va à l'Eglise. Mon père, nan. Peut-être une fois dans l'année s'il y va.

Est-ce qu'on pourrait parler de la coopération avec Ville Evrard ? Est-ce que vous avez une opinion ?

Dr. G. : Bon, je peux en dire ce que je sais. Parce que y a des choses que je suis pas au courant aussi. Parce que c'est le professeur O. qui est le chef de la coopération. Moi je ne peux que dire un certain point de vue.

Et donc qu'est-ce que vous en pensez ?

Dr. G. : Dans quel sens ?

Quelle est votre opinion sur cette coopération ? Est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez changer ? Des points positifs, négatif ?

Dr. G. : Nan, ça c'est des questions qui me dépassent. Ce que je peux dire, je pense que... En tout cas pour le moment, c'est gagnant-gagnant. Nous, ça nous donne des possibilités de faire des formations, des stages, d'envoyer nos médecins facilement. Donc on peut pas dire qu'on gagne rien. On reçoit des équipes qui viennent pour donner des formations soit en thérapie familiale, soit... Donc ça nous permet, de ce côté on gagne. Et vice-versa. Je vois que le Dr. T. qui vient régulièrement depuis plusieurs années, sa femme aussi quand elle vient, elle va en brousse, elle fait l'ethnopsychiatrie ou quoi. Donc je pense qu'ils gagnent aussi. Certains discours laissent penser que c'est que nous gagnons, apportent de l'aide à des nécessiteux. C'est pas ceux, je pense que chacun gagne. Maintenant, y a des choses qui sont toujours difficiles, mais, moi je dirai que ce sont des contraintes, tu vois. En fait, par exemple... Voilà, quoi, pour aller faire un stage en France, même quand tu es médecin, y a trop de formalités administratives. Par exemple, quand j'entends stage en France je commence à faire des insomnies sur les formalités administratives. Ce sont des contraintes, on y peut rien. A mon avis, en tout cas, de ce que moi je sais, je pense que c'est bénéfique. Ce que je vois, on a encore des médecin là-bas en formation. Je sais qu'il y a des possibilités autres pour aller en France autre que par Ville Evrard, mais c'est plus facile. C'est pas moi, qui a eu la possibilité d'aller deux fois en France, de passer des diplômes. Je suis parti en 2014 faire un diplôme en addictologie, j'ai fait un DU en anglais médical pendant mon séjour, donc, voilà, je peux pas dire que c'est pas... Mais les conditions, quand les infirmiers vont, ils peuvent pas être embauchés facilement, l'hôpital doit les soutenir... Mais ce sont des contraintes, de mon point de vue.

Et les formations que les T. donnent par exemple, vous les trouvez adaptées ?

Dr. G. : Moi, dans ma position d'enseignant, toute formation est bonne à prendre. Est-ce que tu vois ? Moi je suis dans cette logique. Je suis un enseignant hospitalo-universitaire, y a pas d'enseignements inutiles. C'est toujours bon, un partage d'expériences. Donc j'estime que c'est toujours bien. Parce qu'on pas toujours réduire les choses à soi, est-ce que tu vois. Je peux pas m'asseoir et dit, bon par rapport à moi, Dr. G... C'est clair que moi qui suis médecin, qui suis spécialiste, qui pratique au moins depuis sept-huit ans la psychiatrie, qui ait contribué à écrire de nombreux articles, à faire des congrès, c'est sûr que ce que ça m'apporte en connaissances nouvelles, c'est pas la même chose qu'un jeune médecin en formation de DES. Mais je peux pas réduire les formations à dire que « Moi j'estime que j'apprends pas beaucoup de choses ». Encore que, c'est un partage d'expériences. Mais souvent la difficulté concrète, c'est que quand les gens viennent, souvent nous on est engagé dans beaucoup d'autres choses. Parfois, ils viennent.. Par exemple la dernière formation de thérapie familiale, j'étais au Mali, puis j'ai eu des cours à l'université. Le programme personnel fait que c'est pas toujours certain que lorsque la mission arrive, par exemple la dernière formation de thérapie familiale, j'ai pu suivre que deux jours. Après j'ai du faire des consultations au camps militaire, puis le lendemain, réunion de l'ensemble des médecins militaires. Résultat, je pouvais être présent que deux jours. Du coup, ça peut donner des mauvaises perceptions. Ça peut être compris comme si ça t'intéresse pas. Mais c'est pas ça. Mais malheureusement, on n'a pas que ça à faire, c'est ça la réalité. Du coup ça donne l'impression qu'on est pas intéressé, mais c'est pas du tout ça. Parce que nous, on est dans une structure de type universitaire, donc nos contraintes, c'est pas uniquement soigner les malades. Il y a aussi les contraintes de l'enseignement, et puis pour moi, l'armée. Donc, on court,

c'est un peu ça, c'est toujours intéressant d'écouter d'autres personnes, de partager des connaissances. Donc, on est toujours preneur. Même si après on digère ce qu'on peut digérer, on est toujours preneur de formations.

Je voulais parler des étiologies traditionnelles. Qu'est-ce que vous en pensez ?

Dr. G. : Premièrement... Y a deux aspects. On s'y oppose pas. C'est-à-dire quand on analyse le processus psychologique de guérison d'une personne, sa croyance joue un rôle. Donc, c'est peut-être si on est pas très averti qu'on évacue. Mais quand tu es averti, la prise en charge traditionnelle a une place importante. D'abord au niveau individuel du patient. Le patient lui-même y croit, donc ça serait pas très intelligent de s'y opposer. Parce que si y a un déclic psychologique qui ne va pas se produire, ou si le patient pense que s'il va pas voir le prêtre, ça va pas aller etc, etc. Et, l'approche traditionnelle a quelque chose, c'est que ça permet de moins stigmatisé... LE patient qui rentre chez lui au village, on va dire que c'est les génies. En fait, on n'a pas tendance dans l'approche traditionnelle à accuser l'individu, donc ça permet à la personne de réintégrer sa communauté. Mais c'est de façon embellit, même si c'est pas toujours évident. Maintenant, dans le fond, dans le fond, non peut pas balayer du revers et puis dire ce qui croit qu'y a des envoûtements, ceux qui croit qu'y a des possessions, c'est des conneries. Pas du tout, c'est une partie d'explications possibles d'étiologie. Même si je crois pas que c'est tout le temps la possession. Faut pas tomber dans les extrêmes. Je suis pas pour ceux qui croient que tous troubles psychiatriques est lié à des possessions, à des génies. Non, je crois que parfois, bah y a des simples problèmes psychologiques. Si vous perdez votre enfant, bah vous êtes en situation de deuil, si vous perdez votre emploi ou vous êtes en rupture sentimentale, bon ça peut arriver, vous tombez dans une dépression sans que ça soit les génies. Si vous buvez trop, vous prenez la drogue, on sait que ça agit sur les structures. Mais la possession, je crois que ça existe aussi, ça existe, voilà.

Vous travaillez avec ça ?

Dr. G. : Oui. Mais travaillez avec, il faut bien entendre ce que ça veut dire concrètement. Parce que, qu'est-ce qui définit finalement la guérison, même partiel ? C'est pas uniquement nos médicaments.

Pour vous, c'est quoi un patient guéri ?

Dr. G. : Y a nos médicaments. Quand je dis guérison, je parle de façon globale. Y a les médicaments, y a la confiance que le patient a en toi, qui va faire qu'il est dans la relation, y a que lui-même croit que ce qu'on lui a donné c'est efficace, tu vois. Donc il faut en tenir compte. Il y a, c'est ce que moi je préconise, et je pense que c'est à peu près la vision globale, on essaye de leur explique « on n'est pas contre », mais faut pas aussi exclure la prise de médicaments. Vous pouvez prendre les médicaments, et puis, si vous avez envie de prier, vous pouvez aller prier. Moi, je suis pour une approche holistique, c'est-à-dire une approche qui essaye d'intégrer un peu... Mais je ne m'avance pas sur ce que je sais pas. Je comprends ce que le patient me dit, j'entends, ce qu'il dit, je respecte ce qu'il dit, il pourra faire ce qui pense être nécessaire à sa guérison, mais je lui dit aussi ce que moi je peux apporter, ce que je peux faire pour sa guérison. Je suis pas dans une position d'invalider des croyances, je fonctionne comme ça.

Pour la sorcellerie, c'est pareil ?

Dr. G. : Tout ça c'est lié aux croyances, tu vois. Chacun va te dire que ça existe, mais c'est pas des choses démontrables, est-ce que tu vois. Pour moi, il faut voir cet élément de la croyance comme un élément à intégrer dans tout le processus de prise en charge, c'est tout. Je suis

convaincu de ça, qu'on est là pour accompagner les familles, pour leur proposer ce qu'on peut leur apporter. On est pas là pour leur imposer notre vérité. Donc, en tout cas ce que je fais, les médicaments, ça peut calmer la personne, ça peut faire en sorte qu'il ne soit plus agressif, moins agité. Je dis pas que la possession existe pas, nan.

Donc si je vous comprends bien, les médicaments sont là pour faire disparaître les symptômes ?

Dr. G. : Bah oui. C'est d'abord la principale fonction des médicaments. Ce qui est reconnu sur le plan international, y a trois avantages reconnus aux médicaments et qui font consensus. Un, ça réduit les symptômes, agitation, délire, hallucinations, tout ce qu'on veut, ça réduit. Deuxièmement, ça fait que le malade est moins dangereux pour lui-même ou pour les autres parce que sous l'effet des hallucinations, le malade peut aller agresser, ou se suicider. Troisièmement, ça permet de stabiliser le patient et d'envisager une prise en charge psychologique et sociale. Donc ça c'est les trois avantages connus de façon consensuelle sur les médicaments. Et ça quelques soit le continent, on peut expliquer ça au patient. On peut calmer les voix, les agitations. Ça va réduire ça. Les médicaments, ça sert à ça, ils ont ces trois fonctions de base en psychiatrie.

Et pour vous, la maladie mentale, qu'est-ce que c'est ?

Dr. G. : Pour moi ? Je sais pas si moi-même, en tant que Dr. G., je peux... J'ai été tellement façonné, tellement façonné par les définitions, que je peux que te donner des définitions. On considère que c'est la rencontre d'une personnalité et d'événements. Quand on arrive pas à intégrer, quand nos propres mécanismes sont dépassés, on décompense. Ça c'est la définition simpliste, j'allais dire, occidentale. Si j'intègre d'autres considérations, bah on va considérer aussi que quelque fois c'est des possessions, des choses qui ne dépendent pas de la personne.

Vous adhérez à ce schéma-là ?

Dr. G.: Je crois que les deux schémas expriment des parts de vérité.

Vous avez déjà assisté à des séances d'ethnopsychiatrie avec les T. ?

Dr. G. : Oui.

Qu'en pensez-vous ?

Dr. G. : Je respecte, mais ça m'intéresse pas. C'est une approche, mais je... *Silence*. Je ne me.... Je me sens pas très en résonance, voilà.. Thérapie familiale, ça, ça me dit quelque chose parce que je vois des interactions... Les quelques séances que j'ai suivi, bon voilà, on va dire qu'il faut aller sur la tombe, faire telle chose... C'est probablement vrai parce que c'est un courant qui existe. Mais moi, j'adhère souvent aux choses que je peux expliquer. Si vraiment je comprenais l'interaction vraie qu'il peut y avoir entre aller sur une tombe, vois un ancêtre, si y avait ce fond que je pouvais comprendre je pourrais plus croire, voilà.

Mais pouvez comprendre la prière ?

Dr. G. : Oui, oui. Parce que c'est une chose que j'ai expérimenté moi-même, la prière.

Et les tradipraticiens, vous en avez déjà vu ?

Dr. G. : Aller voir un tradipraticien ? Pourquoi ?

Je sais pas. Au cours de votre vie.

Dr. G. : Un tradipraticien ? Non, j'en ai pas vu.

Vous n'avez jamais fait des rites ?

Dr. G. : J'ai des pratiques, mais je sais pas si ce sont des rituels. Aller voir un tradipraticien, moi-même pour dire « j'ai besoins... », non. Personnellement, non. Peut-être que c'est parce que, je sais pas, parce que j'adhère à une philosophie qui fait que... Si je rencontre un problème financier, relationnel, etc, j'adhère, je pense avoir suffisamment d'outils personnels de développement pour gérer le problème. En tout cas pour le moment, je suis jamais parti voir un tradithérapeute. *Rires*. Peut-être que ça pourrait y arriver, mais pour le moment, nan.

Fin de l'entretien.

Entretien avec le médecin Noémie, en deuxième année de spécialisation en psychiatrie. Il se déroule en salle de garde le 30 mars 2016.

Durée : 1h10

Peut-on commencer par ce que tu as fait aujourd'hui ?

Noémie : Hum. Qu'est-ce que j'ai fait aujourd'hui ? Bon, on a commencé avec la visite générale avec le chef de service, les professeurs et tout sous l'appatam. C'est très stressant parce que tu présentes les malades, et on critique, et on juge. Donc c'était jusqu'à midi. Après ça j'ai fait un tour pour voir les patients dont on n'a pas parlé pendant la visite. Donc voilà.

Donc tu n'as pas parlé pendant la visite, c'est-à-dire ?

Noémie : Bon, on a une centaine de patients donc on ne peut pas en parlé pendant la visite générale. On parle des nouveaux patients seulement, de ceux qui posent problème qu'on voit pendant la visite générale. Mais il faut bien aussi voir les autres après.

Donc à chaque fois vous présentez les nouveaux patients ?

Noémie : Humhum. Le mercredi, on doit présenter tous les malades qui sont hospitalisés dans la semaine. C'est ce qu'on fait essentiellement le mercredi. Et on revoit les anciens qui ont des problèmes de diagnostic, de traitements, qu'on arrive pas à maîtriser. On revoit leur traitement. C'est ça qu'on fait essentiellement pendant la visite générale du mercredi.

Et toi, qu'est-ce que tu fais ? Tu es médecin ?

Noémie : Oui, médecin généraliste.

Depuis quand ?

Noémie : Depuis deux ans et demi. J'ai commencé la spécialisation en décembre 2014. C'est la deuxième année qui est en cours.

Qu'est-ce qui t'a amené à choisir la psychiatrie ?

Noémie : Ça c'est une question ! *Rires*. Comment décrire quand on aime quelque chose ?

Tu as toujours aimé la psychiatrie ?

Noémie : Oui. Oui.

Qu'est-ce que tu aimes dedans ?

Noémie : Cet aspect, au-delà de l'aspect somatique, corporel. c'est de prendre en considération toute la vie du malade qui ne se résume pas à de la curiosité malsaine. Voir comment ces différents aspects s'articulent à sa santé mentale et physique aussi. Je trouvais que c'était une prise en charge plus globale que de s'intéresser à un organe en particulier ou une partie du corps.

Dès que tu as commencé tes études en médecine, tu savais que tu allais te spécialiser en psychiatrie ?

Noémie : Non, non. Au début je pensais plutôt gynéco ou cardio. Mais on est vraiment entré en contact avec la psychiatrie en cinquième année avec les cours théoriques à l'Université, les stages pratiques ici. C'est à partir de là que j'ai commencé à envisager la possibilité de faire ça. Ça m'a plu tout de suite. *Rires*. Donc c'est à partir de la cinquième année. Avant je ne savais pas ce que c'était. Comme tout le monde je pensais que c'était un truc bizarre, compliqué. *Rires*. Donc tu es censée en rester éloignée.

Dans ton entourage, personne ne travaille dans le domaine de la psychiatrie.

Noémie : Non.

Du coup, comment ils ont réagit ?

Noémie : Les parents, mon père, ma mère. Ils sont de nature assez ouverte, surtout mon père. Il aurait préféré autre chose, genre cardio. On a énormément de personnes hypertendues dans la famille, donc il disait que ça pouvait être utile.

Interruption par le Dr. N.

Il disait « si c'est ce que tu veux, bon voilà, fais le. ». Mais maman a été plus longue à convaincre, elle a tenté de me faire changer d'avis, de choisir tout mais autre chose.

Pourquoi ?

Noémie : Mais parce qu'elle trouve que c'est bizarre, elle sait pas ce que je vais en faire. On n'a pas vraiment de maladies mentales dans la famille, donc déjà ça ne sert pas. Et en plus elle ne voit pas l'importance par rapport à quelqu'un qui a un problème cardiaque ou rénal. Elle trouve que c'est plus important qu'un problème psychiatrique. Et en plus elle dit que tout ceux qui sont dans le domaine, finissent par être bizarre, genre fou. *Rires.* Donc c'est mieux éviter.

Tu as réussi à résister aux pressions ?

Noémie : Oui.

Ça n'a pas dégradé les relations familiales

Noémie : Nan, ça va. Maintenant on plaisante un peu sur le sujet et tout. Quand je fais quelque chose d'un peu bizarre, « ouais, c'est ce que je disais, voilà que tu ressembles à tes patients ». *Rires.*

C'est quoi quelque chose de bizarre ?

Noémie : Je sais pas. Quand je suis étourdie ou bien que j'ai un moment de vide. C'est pas quelque chose de grave, mais bon, il interprète tout.

Et la médecine, pourquoi tu as choisi la médecine ?

Noémie : Ça par contre, j'ai pas choisi. C'est ma maman. Moi j'aurais préféré faire un truc technique, informatique ou télécommunication. Je sais pas, quelque chose comme ça.

Tu aimes ?

Noémie : Oui, j'aime bien.

Et donc pas trop dur d'aller en médecine ?

Noémie : Non. C'était pas une mauvaise option non plus. J'aimais bien les sciences mais j'étais plus fascinée par la technique, le côté informatique. J'ai eu mon BAC en 2003, donc c'est le moment où ça émergeait, il fallait découvrir. Mais bon, je suis ici. C'était intéressant, c'était pas un sacrifice pour moi de le faire.

Et si tu avais refusé jusqu'au bout, qu'est-ce que ça aurait fait ?

Noémie : Bon je pense qu'ils m'auraient laissé faire. *Rires.* Ils sont pas trop difficiles. Ils vont en parler pendant deux mois, trois mois, et puis après ils vont passer à autre chose.

Tu étais bonne élève ?

Noémie : Oui, ça allait.

Tu as fait ta scolarité à Ouaga ?

Noémie : Oui. Dans un lycée catholique pour jeune fille uniquement.

Tu as des frères et soeurs ?

Noémie : J'ai trois frères. Deux grands frères et un petit frère

Qu'est-ce qu'ils font ?

Noémie : L'aînée est ingénieur dans l'informatique. *Rires.* Le deuxième...

Eux, ils ont pu choisir ?

Noémie : Oui. C'est sûrement parce qu'ils avaient choisi l'informatique que les parents pensaient que c'était trop si moi aussi je faisais ça aussi. Ils voulaient diversifier. Donc le second fait de l'infographie. Mais ils sont tous les deux en France, je sais pas trop en quoi consiste leur travail. Et le dernier, il fait un Master en production animale.

Ici ?

Noémie : Oui.

Tes parents travaillent dans l'informatique ou pas du tout ?

Noémie : *Rires.* Nan. Ma mère est secrétaire. Mon père est à la retraite maintenant, mais il était ingénieur dans les télécommunications. C'est peut-être ça.

Ils sont catholiques ?

Noémie : Oui.

Ils pratiquent ?

Noémie : Oui.

Toi-même, tu es croyante ?

Noémie : Oui.

Pratiquante ?

Noémie : Oui. Sauf que... Souvent on se laisse déborder par le travail, et on peut faire un mois, deux mois sans aller à la messe. Mais je suis croyante. Je pratique quand je peux.

Débordé de travail parce qu'il y a trop de patients ou que les gens se reposent sur les DES ?

Noémie : Peut-être les deux. Nan, je pense que ce qu'on attend de nous c'est ce qu'on attend de tous DES. Mais on est vraiment pas nombreux et les patients sont nombreux. Mais je crois, on a à peu près chacun quinze patients à gérer, hospitalisé, en-dehors des consultations, et des visites dans les autres services. En plus de ça, les cours à préparer. On est vite débordé avec tous ça. On fait ce qu'on nous demande, je pense pas que ce soit exagéré.

Tu fais quoi pour tenir ?

Noémie : *Rires*. Le café le matin déjà pour se réveiller. Parce qu'on dort pas beaucoup. En moyenne, on doit dormir quatre heures, moi en tout cas. Le jour où je dors bien, c'est six heures. Genre je me couche à 23h30, et je me lève vers 6h. Sinon, la moyenne c'est 4h. On est souvent à l'hôpital jusqu'à 17h-18h. Hier j'ai quitté ici à 23h.

Pourquoi ?

Noémie : Des choses à préparer pour la visite du lendemain.

Deuxième interruption par un patient.

Donc tu disais, hier 23h.

Noémie : Hum. Ah, oui, j'expliquais pourquoi on dormait pas beaucoup.

Vous êtes obligés ?

Noémie : Déjà les cours, on les prépare et on les présente. Tu peux pas faire ça pendant le stage, donc forcément quand tu rentres. On est limité par le temps. On est obligé d'avancer, on peut pas se permettre de reporter les cours, ça se termine en juillet.

Mais quand tu dis que tu prépares et présentes les cours, c'est pas le professeur qui fait ça ?

Noémie : Non.

Et le professeur, il sert à quoi ?

Noémie : Bah, il vous écoute, il voit ce que vous avez préparé, trouvé dans vos recherches. S'il y a des choses à ajouter, à corriger. Donc c'est ça qui occupe souvent les soirées. C'est ça que j'aimerais du temps pour du sommeil. Même pas pour voir les amis, ou sortir, mais juste dormir. Ça, ça me manque trop ! *Rires*.

Il reste combien de temps encore ?

Noémie : Deux ans, deux ans et demi.

Vous êtes combien de DES ?

Noémie : On est trois en deuxième année.

Et le reste ?

Noémie : En troisième année, ils sont quatre je pense. Quatrième année, on n'en n'a pas.

Et la première année ?

Noémie : Là, c'est la bonne nouvelle. On nous annonce qu'on va avoir quatre nouveaux DES de première année.

Quand ?

Noémie : Je pense la semaine prochaine. Le plus vite possible en tout cas. *Rires*. Le plus vite possible, ça sera le mieux.

Et comment ça se passe. Une fois qu'on est médecin, on choisit la spécialisation et on attend de voir si on est pris ?

Noémie : On fait l'examen. On passe pour voir si tu as le niveau pour la spécialité. Mais dernièrement, ils ont proposé que tout le monde fasse le même examen, peu importe la spécialité. Ça veut dire, s'il y a dix personnes qui postulent pour la psychiatrie, on reçoit le dossier, et après on prend les meilleurs en fonction des besoins. Alors qu'avant c'était chaque *Inaudible 17min.*

L'année prochaine, troisième année. Tu penses partir en France ? Ça te tente ?

Noémie : J'aimerais bien voir. Je serais bien tentée parce que les aînés disent que c'est une expérience. Je suis plutôt casanière, j'aime pas changer d'environnement, donc ça me gênerait pas de faire toute ma formation, ici au Burkina. Mais c'est aussi une expérience intéressante. Nouvelles personnes, nouveaux médicaments, d'autres manières de consulter, du coup c'est enrichissant; j'aurais bien envie de voir.

Il y a une sélection qui est faite ?

Noémie : Oui. Le DFMS, le diplôme de formation médicale spécialisée. 18 min inaudible

Pour aller en France ?

Noémie : Oui. C'est une sorte de partenariat. Ça permet aux étudiants en spécialisation de faire un ou deux semestres en France qui seront comptabilisés dans le nombre total qui doivent faire pour avoir leur diplôme.

Tu peux choisir le service ?

Noémie : Je sais pas si j'ai cette option. *Rires.* Je pense que la seule option qu'on a quand on postule au DFMS -, c'est de choisir si on veut être dans un CHU ou pas. Peut-être que tu peux choisir sur place, je sais pas. Je serai intéressée par la pédopsychiatrie.

C'est vrai ?

Noémie : hum hum.

Avec le Dr. W. ?

Noémie : Pourquoi pas. Si c'est possible.

Pourquoi la pédopsychiatrie ?

Noémie : Déjà parce que c'est beaucoup moins barbare que la psychiatrie adulte. *Rires.*

Barbares ? C'est-à-dire ?

Noémie : Quand tu as une fille de moins de 60kg, c'est pas très imposant devant des malades agités ou violents. Alors que les enfants, c'est des pathologies beaucoup plus, plus calme, plus *inaudible 20min.*

Troisième interruption.

Noémie : C'est pas la salle idéale pour avoir un entretien.

Donc la pédopsychiatrie pour avoir des personnes moins barbares ? Les patients sont agressifs ?

Noémie : Bon, je n'ai jamais été agressée dans le service. Mais c'est quand même assez, je sais pas quel terme employer pour ça... Oui, c'est assez agressif. Ils viennent, ils sont agités,

menaçants, avec souvent un délire qui est difficile à suivre. C'est un peu, je ne trouve pas le mot... C'est pas comme un malade qui vient, qui a ma à la tête, avec qui vous discutez tranquillement, vous faites une prescription. C'est un peu éprouvant, ça doit être ça. C'est éprouvant. Alors que chez l'enfant, c'est souvent des troubles de développement psycho-moteur, un retard du langage, parfois une déficience intellectuelle, des troubles autistiques. C'est plus calme.

Du coup, tu consultes en pédopsychiatrie ?

Noémie : Nan. On n'a pas encore réussi à coordonner vraiment avec les cours, les consultations etc. Avec Madame B., on a décidé qu'on ferait ça le mardi. La journée de consultation c'est le mercredi matin, mais comme je suis occupée ici, on a décidé qu'elle prendrait des rendez-vous le mardi pour que j'aille consulter avec elle. On n'a pas encore pu voir un malade encore.

Il y a des cours de pédopsychiatrie durant la formation ?

Noémie : Pendant la spécialisation, en deuxième année. On doit commencer ça la semaine prochaine. J'ai hâte de voir ce que ça va donner.

Tu vas demander à partir dans le service du Dr. W. ?

Noémie : Déjà dans le cadre du DFMS, je peux, je postule dans les villes qui veulent des médecins en psychiatrie. La ville où tu es, c'est où ?

Paris.

Noémie : Donc Paris, je dois déposer une demande pour Paris, sans préciser le CHU ou l'hôpital que je souhaite. Après, s'il m'accepte, donc c'est Paris, mais je sais pas où je vais. Je sais pas si je vais là-bas, ils me demandent, ou si c'est selon les besoins qu'ils orientent.

Et dans le cadre de la coopération ?

Noémie : Il faut voir si c'est possible. Inaudible 25min. Je peux dire ce qui m'arrangerait, et après on peut voir si c'est possible.

Qui décide ?

Noémie : Le professeur O.

En même temps, il n'y a pas encore de pédopsychiatre. Tu as peu de concurrents.

Noémie : *Rires.* Je pense qu'on peut être nombreux.

En pédopsychiatrie ?

Noémie : Parce que parmi les quatre qui viennent pour la première année, je sais qu'il y a trois filles. Et je sais que les filles aiment bien les enfants. *Rires.*

Trois filles ? Tu seras moins seule.

Noémie : *Rires.* Et moins bizarre. Une fille en psychiatrie c'est encore assez bizarre. Mais avant de venir, je savais pas que c'était aussi bizarre d'être une fille en psychiatrie. Déjà quand je disais à quelqu'un ce que je faisais, il était étonné qu'on puisse s'intéresser à la psychiatrie. Et en plu en tant que fille, ils sont doublement étonnés.

Ça arrive souvent ?

Noémie : Oh oui ! *Rires*. On voit plus les filles en pédiatrie, en gynéco, les choses comme ça. La mentalité va changer.

Tu suis les formations qu'il y a avec la coopération ?

Noémie : Hum, hum.

Comment tu as entendu parler de la coopération ?

Noémie : *Silence*. Je sais pas si on m'a informée officiellement. C'est à force de les voir, de demander ce qu'ils font. C'est venu comme ça je pense. En discutant avec les aînés, qui discutent de leurs expériences. C'est donc une coopération entre les deux hôpitaux, les échanges sont intéressants. Je sais que ça concerne la pédopsychiatrie, la thérapie familiale, les urgences psychiatriques, en psychanalyse aussi. Ça permet une formation continue du personnel, attachés de santé, médecins.

Qu'est-ce que tu en penses ?

Noémie : Bah c'est bien, c'est cool. *Rires*. Je ne trouve pas quelque chose de mal à ça.

Tu vois des différences entre ce qu'il y a dans les formations et ce qui est enseigné ici ?

Noémie : *Silence*. Déjà, l'enseignement de la thérapie familiale, la pédopsychiatrie, les urgences, c'est pas des choses qu'on pratique ici vraiment. On n'a pas d'unité de thérapie familiale, on n'a pas de pédopsychiatre. C'est vraiment de nouvelles choses qu'ils apportent. C'est vrai que leur approche ne doit pas, on peut pas faire la même approche, on doit *Inaudible 30 min*.

En général, ils ont une approche assez pratique ici, ils font pas dans de longues théories, c'est vraiment en fonction des malades. *Inaudibles 30min 40*

Tu as déjà eu des déceptions par rapport au métier de psychiatre ?

Noémie : *Silence*. Déjà en spécialisation comme ça... *Silence*. Quelque chose qui est pas comme je voudrai, ce n'est pas une déception en tant que telle, il faut du temps pour avoir une amélioration satisfaisante chez le malade. Et souvent je m'impatiente, je me décourage, je me demande si ça va aller, est-ce que je pourrai vraiment lui apporter un vrai changement et tout.

Et en général, tes patients vont mieux ?

Noémie : Oui. *Rires*. La plupart, oui. En général, on est satisfait. Mais c'est vrai que certains cas, on arrive pas à avoir une amélioration nette, c'est dommage.

Tu es satisfaite à partir de quand ?

Noémie : A partir du moment où il y a une assez bonne stabilisation qui lui permet de reprendre ses activités, de ne pas être craint par sa famille, son entourage et tout. D'avoir une vie à peu près normal avec des projets et tout ça, c'est ce qu'on cherche. mais ça ne marche pas tout le temps, certains n'avancent plus, parfois la famille n'est plus derrière. C'est pas facile. Le voir dans cet état, c'est pas simple. Heureusement, on n'a pas souvent ces cas-là. *Rires*.

Pas encore découragée ?

Noémie : Nan, nan. Je suis optimiste. Et avec les nouveaux médicaments.... Faut dire qu'ici, on n'a pas beaucoup de médicaments en psychiatrie. On a surtout les anciens neuroleptiques. Ils ont beaucoup d'effets secondaires. Les nouveaux sont plus efficaces, ont moins d'effets secondaires. On doit en avoir deux ou trois de cette classe.

Ils viennent d'où ?

Noémie : C'est les pharmaciens qui font venir, c'est pas nous. Mais ils sont relativement cher, donc on ne peut pas prescrire ça tout le temps et à tout le monde. Mais bon, avec le temps, peut-être que ça ira mieux et qu'on pourra avoir de meilleurs résultats avec les malades.

Meilleurs résultats, c'est-à-dire ? Les stabiliser ?

Noémie : Bon, les stabiliser, mais bon... C'est pas aussi les stabiliser en les abrutissant. Mais les stabiliser ne les gardant bien en forme, pour qu'ils puissent travailler. On peut avoir ça avec les nouveaux médicaments. *Silence*. On ne se décourage. *Rires*. Si on pense qu'on apporte plus rien aux gens, je sais pas où on va trouver la force et le courage de continuer.

Qu'est-ce que tu aimes le plus dans ta pratique ?

Noémie : *Long silence*. Hum, alors là. Pour l'instant, je peux pas dire si je préfère les consultations ou bien voir les malades hospitalisés ou des choses comme ça. Bon, je préfère les malades hospitalisés parce que ça te donne plus de temps, tu as plus l'occasion de rencontrer sa famille, tout ce qu'il y a autour du malade pour mieux comprendre le malade. C'est plus intéressant de voir les hospitalisés que celui qui vient en consultation chaque mois. Ce qui me plaît bien dans tout ça, c'est de pouvoir changer la conception qu'on a de la maladie mentale.

C'est-à-dire ?

Noémie : De pouvoir faire comprendre à la famille que c'est une maladie comme une autre qui fait peut être gérée avec des traitements. Et arriver à faire en sorte qu'ils, qu'ils aient honte du malade, qu'ils ne le considèrent pas comme un cas perdu qu'on met de côté, qu'on oublie, qu'on fait avec.

Pas trop dur ?

Noémie : Un peu, ça va. *Rires*. Ça se passe bien.

Du coup, comment tu perçois la psychiatrie au Burkina Faso ?

Noémie : Hum. La psychiatrie au Burkina Faso. Sujet de curiosité pour beaucoup, même pour des médecins. C'est quelque chose qui relève du charlatanisme, de la philosophie, c'est pas de la médecine quoi. *Rires*. Oui, c'est du tâtonnement, c'est pas vraiment une spécialité médicale, c'est pas perçue comme ça.

Tu partages cette opinion pour les tradithérapeutes ? (Ne semble pas entendre la fin de ma phrase)

Noémie : Bah nan. Nan. C'est... C'est une spécialisation médicale normale, complète. Avec le côté généraliste qui t'oblige à prendre en compte tout ce que le malade peut avoir comme problèmes au niveau du corps. Et en plus tu fais un travail sur l'esprit et l'environnement. Mais c'est bien de la médecine. C'est de la médecine.

Les maladies mentales, tu les expliquerais comment ?

Noémie : Je ne suis pas non plus en cours. *Rires*.

Nan. Mais est-ce que tu penses que c'est avant tout un dérèglement biologique, psychologique ou même des actes de sorcellerie ?

Noémie : Je ne suis pas trop superstitieuse. La maladie mentale c'est un ensemble de chose. Déjà la prédisposition génétique elle existe bien ici. Mais il faut, je pense qu'il faut un certain nombre

de facteurs déclenchant pour vraiment arriver à une maladie mentale caractérisée. Certains traumatismes dans l'enfance ou au cours de la vie, un certain caractère, également la famille. Je pense qu'il y a toutes ces choses qui concourent à déclencher une maladie mentale. Il y a pas une seule cause. Je pense pas que ce soit des génies, des charlatans et tout ça.

Et les tradipraticiens ?

Noémie : Je n'y crois pas beaucoup.

C'est-à-dire ?

Noémie : Je, je...S'ils guérissent, c'est comme des psychologues, peut-être. Notamment avec l'effet placebo. Quand tu vas chez quelqu'un, que tu es persuadé qu'il va régler ton problème, s'il fait des incantation, t'assure que ton problème est régler, pendant un mois tu vas te sentir mieux, même si ton problème est toujours là. Là, ils peuvent avoir une action; amis stabiliser une maladie mentale, je pense pas qu'ils puissent faire ça. Mais on dit qu'il y a des tradithérapeutes, mais je n'en pas encore vu, qui ne travaillent pas avec les incantations, les génies, les charlatans, des prières, mais sur la base des plantes. Eux, je pense oui que, s'ils maîtrisent leur art, ils peuvent avoir une efficacité. Mais je n'en connais pas personnellement.

Et les prières, tu penses que ça peut être efficaces ?

Noémie : Toujours avec le même effet placebo. *Rires.*

C'est rare qu'une croyante dise cela.

Noémie : Mais si. Effectivement, s'il y a des dérèglements génétiques, biologiques, il faut quelque chose de chimique pour agir sur ça. Maintenant la prière peut agir sur le plan de la vie, les problème de la vie qui fait que tu ne vas pas bien. La prière peut t'aider à gérer ça. Ça peut être complémentaire, mais ça peut pas résoudre le problème chimique, je ne pense pas.

Tu réagis comment face à des patients qui te parle de tradithérapie ? Ils t'en parlent ?

Noémie : Oui, oui. On écoute. On comprend. D'ailleurs j'ai mon papa qui m'a appelé tout à l'heure. J'ai un oncle qui va m'amener un malade demain parce que justement il a préféré voir un tradithérapeute. Et apparemment ça va pas, ils vont l'amener ici. C'est la culture qui veut ça. La maladie mentale c'est une affaire de génie et tout le tralala. Donc si ça va pas, quand ça commence, le premiers recours, c'est le tradithérapeute. Et si ça ne marche pas, on cherche autre chose. On en les culpabilise pas, c'est normal qu'il ait essayé et tout. Mais voilà, si ça n'a pas marché, on leur demande de nous laisser une chance et de nous laisser faire le traitement. Et après ils verront s'ils veulent continuer ou retourner en tradithérapie. Mais ne jamais leur faire de reproche parce qu'il sont aller là-bas, les culpabiliser. En tout cas moi, je ne procède pas comme ça.

Tu as assisté aux séances d'ethnopsychiatrie avec Madame T. ?

Noémie : Humhum.

Qu'est-ce que tu en penses ?

Noémie : Oui, ça peut être intéressant, ça peut avoir des effets. Souvent les pays africains, ils font avec cette caractéristique, assez marquée dans la culture. Ça peut aider, surtout à avoir une certaine compliance, une certaine observance dans le traitement. Si la famille, le médecin comprend sa culture, ses croyances, et qu'il accepte de faire avec ça, je pense qu'il sera plus apte à suivre les médicaments, les traitements médicamenteux.

En général, tu parles en quelles langues dans tes consultations ?

Noémie : Je parle français ou mooré, un peu d'anglais. Si c'est une autre langue, il me faut un interprète. Mais à Ouaga, c'est essentiellement les deux, français et mooré.

Tu es née à Ouaga ?

Noémie : Oui.

Et tes parents ?

Noémie : Non. Ils viennent du centre Nord. Leur village est à 135 kilomètres par là de Ouata à peu près.

Tu y vas ?

Noémie : Non, plus maintenant. Mes grands-parents vivaient là-bas donc quand ils étaient en vie, on y allait deux à trois fois dans l'année pour les voir. Mais depuis qu'ils sont décédés, on n'a plus trop de raison d'y aller. Mes parents vivent à Ouaga. Je pense que ça doit faire trois ans que je n'y suis pas retournée. On est un peu déraciné maintenant.

Déracinée ?

Noémie : Un peu quand même.

Parce que tu ne vas plus au village ?

Noémie : Bah oui. Parce que, il y a quand même une grande partie de la famille, la grande famille, qui est là-bas. C'est la partie qui connaît encore les traditions, les coutumes, mais ils sont au village. C'est en les côtoyant que tu vas avoir un peu de leurs connaissances. Malheureusement, on ne les voit plus.

C'est quelque chose qui t'intéresse ?

Noémie : Ouais. Oui, ça m'intéresse.

Tes parents ne t'en parlent pas ?

Noémie : Si. De temps en temps. Rires. De temps en temps si je demande.

C'est une bague de fiançailles (je lui montre la bague qu'elle porte à l'annuaire gauche) ?

Noémie : Non. C'est ma bague, juste pour me faire plaisir.

Je me demandais s'il y avait eu un mariage traditionnel.

Noémie : Oh non.

Tu ne veux pas te marier ?

Noémie : Si, je pense que je marierai. Mais après, c'est pas pour moment. Avec mon emploi du temps, je ne sais même pas où je rencontrerai quelqu'un, et comment je pourrais construire une relation. Alors je ne pense même pas au mariage. J'attends tranquillement les études et après je verrai.

Ta thèse en médecine, elle était sur quoi ?

Noémie : Hum... Sur les... Sur les textes législatifs en rapport avec le travail des patients psychiatriques dans la fonction publique.

Elle est disponible dans le service ?

Noémie : Humhum. Donc j'ai interrogé les malades, c'était juste pour faire une petite revue sur les différentes lois qui existe par rapport à ça, sur les connaissances des malades par rapport à ces lois, comment les textes sont appliqués quoi. Ce sont souvent des malades hospitalisés plusieurs fois, certains continuent de travailler, mais d'autres ne sont pas un état. Du coup, est-ce qu'ils sont renvoyés, est-ce qu'ils touchent des indemnités en tant qu'handicapé. Donc voilà.

C'est toi qui a choisi le sujet ?

Noémie : Oui.

Qui était le directeur de thèse ?

Noémie : Professeur Ou. Mais le résultat était assez... Bon c'était ceux à quoi on s'attendait. Parce que la plupart ont des difficultés, je pense que leur travail ne peut plus être comme avant. Il y a un manque de compétences. Mais certains font preuves de sympathie, on les accepte à des postes où ils ne sont pas vraiment indispensables, on fait faire leur travail par d'autres. Et voilà l'idée. Le temps passe, ils prennent leur salaire en attendant leur retraite. Personne ne les renverra parce qu'il a des troubles mentaux. C'est un peu le constat. Le malade, peut aussi faire une expertise pour montrer qu'il est handicapé, toucher des indemnités, on le met à la retraite de manière anticipée, tranquillement, voilà. Mais personne ne le fait. Inaudible 51 min. C'est lié à la conception de la maladie mentale. C'est une histoire de génie, de possession, de quelqu'un qui a « waqué », ça veut dire que ce n'est pas de ta faute, tu es victime en fait, dont on n'a pas à te léser au niveau professionnel pour ça. Donc ça doit être traité de façon inaudible 51 min. Mais bon, en général c'est assez bien pour les malades, ils gardent leur salaire, vont payer leurs médicaments. Mais bon pour le pays, ça doit pas être bien, si beaucoup de gens sont payés à ne rien faire, je ne sais pas comment on va s'en sortir.

En parlant de payer, tu es payée durant ta spécialisation ?

Noémie : Nan. Pourquoi on nous paierait ?

Pour le travail que vous faites.

Noémie : Nan, on n'est pas payé. On a des indemnités qu'on nous verse tous les trois mois, de l'ordre de 49 000 francs. Ce sont les prestations qu'on nous paye apparemment.

Quand tu vois des patients en consultation ?

Noémie : Oui, ils payent à la caisse de l'hôpital, mais je n'ai rien sur ça.

Et pendant les internats ?

Noémie : Les internes de l'hôpitaux sont payés, oui. En septième année, quand tu fais le stage, tu touches quelque chose de 55000 par mois. Inaudible 53min. C'est pas beaucoup plus que là.

Pendant la spécialisation, rien du tout.

Noémie : Rien du tout. Mais c'est les boursiers qui continuent de percevoir leur salaire minima quand ils étaient employés en tant que médecin généraliste. Ils ont la bourse pour la spécialisation. Mais ils n'ont plus leur indemnités de logement, de déplacement et tout, ils ont juste leur salaire de tous les mois. Mais ça aussi c'est pas... C'est une bourse ou quoi. Je ne vois pas pourquoi on payerait un médecin en spécialisation, nous apprenons. *Rires.*

En même temps les DES sont ceux qui restent dans le service toute la journée.

Noémie : Rires. On est tout le temps là.

Le matin tu arrives vers quelle heure ?

Noémie : Oh vers 7h30-7h40.

Tu commences par quoi ?

Noémie : Oh, je vais voir les malades. Si je suis pas en cours, je suis avec ceux qui sont hospitalisés.

Et après l'entretien, qu'est-ce que tu vas faire ?

Noémie : Ça dépend des jours. Le mardi et le jeudi, il y a consultation la matinée. Quand il y a pas consultation, on fait les visites. Et les après-midi, c'est surtout pour les cours. Quand il n'y a pas cours, on reste avec les hospitalisés. Ou alors on va voir les malades dans les autres services pour leur donner l'avis de la psychiatrie pour ceux qui sont hospitalisés pour autres choses mais qui présentent des troubles, il faut bien qu'on leur donne quelque chose en attendant qu'ils viennent en consultation. C'est la vie de la psychiatrie. Mais on passe la plupart du temps avec les hospitalisés, c'est ce qui nous prend le plus de temps.

Silence.

Pour l'avenir de la psychiatrie, qu'est-ce que tu aimerais mettre en place ?

Noémie : Olala, y a pas grand chose à faire. Rires. Bien sûr dans le service, y a des améliorations à faire. Mais je pense que c'est pas l'urgence.

Quelles améliorations ?

Noémie : Dans le Service ? Au niveau des infrastructures déjà. Les salles des patients sont pas en bonne état, il y a des problèmes d'électricité, le mur avec la pédopsychiatrie n'est pas assez haut, donc du coup, y a des malades qui passent tout le temps par dessus pour partir.

Mais ils pourraient passer par devant ?

Noémie : Y a les vigiles. Alors qu'en pédopsychiatrie, tu as juste la porte à passer, y a personne. Tu as qu'à sortir. Donc déjà ça, ça serait bien. Ensuite, augmenter les lits, et le confort. Pour des gens qui restent deux à trois mois, je pense qu'il faut un minimum de confort. C'est pas pareil que de rester deux ou trois jours. Des petites choses comme ça, ça serait bien. Mais bon. Je pense que ce qu'il faut faire, c'est attendre que les mentalités changent. Je dis attendre parce que tu as beau faire, dire « Nan la psychiatrie, c'est pas ce que tu penses, c'est la médecine comme autre chose ». Il faut vraiment entrer dans ça. Donc c'est vraiment, il faut faire les choses petit à petit. Je pense que ça change avec les spécialistes qui sont de plus en plus nombreux dans le domaine. Y a également une demande qui est croissante, ces gens vont entrer en contact avec le service, se faire une meilleure idée du service. Ça va se faire naturellement avec le temps.

Une demande croissante ? A ton avis, pourquoi ça augmente ?

Noémie : Rires. Pour plusieurs raisons. Déjà je pense que les mentalités commencent à changer. Les gens commencent à comprendre qu'on peut apporter une certaine aide dans ce domaine. Ils croyaient jusque-là aux charlatans et autres. On a les changements de la société qui peut aussi expliquer l'augmentation des troubles. La consommation de substances bizarres, les drogues et tout ce qui est stimulants, les amphétamines, la consommation excessive de cannabis, l'alcool et

tout. C'est quand même quelque chose qu'on voit de plus en plus. Avant on en entendait même pas parler. Quand moi j'étais au collège, c'est des choses rares. Maintenant, dans tous les collèges, lycées, tu as du cannabis, des amphétamines qui circulent assez facilement. Donc ça, ça aide à développer quand même beaucoup de maladie mentale. On a aussi un changement de mode de vie, qui est de plus en plus occidentalisé. *Rires.*

A chaque fois j'entends ça ! Qu'est-ce que ça veut dire ?

Noémie : *Rires.* Mais ça veut dire on vit comme vous. Déjà la faille traditionnelle africaine burkinabé, c'est une grande famille. C'est la maman, c'est le papa, c'est les enfants, les oncles, les tantes, les cousins. Souvent dans la maison, y a pas beaucoup de place, mais bon, tout le monde est là. Et quand c'est comme ça, tu peux ne pas t'entendre avec ton père, ou ta soeur ou ton frère, mais tu trouveras toujours quelqu'un à qui te confier, à qui parler de tes problèmes, avec qui t'entendre, donc tu gères un certains nombres de situations de ta vie sans vraiment décompenser. Mais quand tu vis juste avec une mère, un père, un frère, une soeur, et si la communication ne passe pas avec eux, j'espère que tu as la chance d'avoir un bon ami à qui te confier. Si tu n'as pas ça, tu tombes dans la drogue, l'alcool. Voilà.

Tu as été élevée dans une cour avec beaucoup de monde ou à l'occidental ?

Noémie : Non, chez nous y a toujours eu du monde. On est quatre enfants, mais aussi loin que je me souviens, on a toujours été dix au minimum. Une tante, des cousins, des oncles. Il y a toujours quelqu'un pour vivre avec toi. Même là, on est dix. *Elle compte, vérifie.*

Pas trop dur d'être toujours entourée ?

Noémie : Ça dépend des fois. Quand c'est comme ça, on peut pas avoir une maison avec dix chambre pour que chacun ait sa chambre. Là c'est dur. Jusqu'à mes 24 ans, j'ai partagé la chambre avec ma tante, la petite soeur de ma maman. C'est assez frustrant. Tu n'as pas ton espace à toi, tu es obligé de composer tout le temps avec les autres.

Et actuellement, tu partages ta chambres avec qui ?

Noémie : Non, là j'ai négocié, je suis seule. J'ai dit « y a pas moyen ». Je veux une chambre à moi, les autres se débrouille. *Rires.*

Tu me disais que ta mère était secrétaire. Secrétaire dans quoi ?

Noémie: Secrétaire de direction. Elle travaille encore, elle est à l'office nationale des télécommunications. Elle va aller à la retraite dans, quoi, cinq-six ans.

Et le père, il est à la retraite ?

Noémie : Oui. Depuis 2015, une année. Quand j'y pense, ils ont quand même beaucoup fait. Parce que quand on est dix à la maison, c'est eux qui s'occupent de tout, pas seulement la nourriture. Quand la personne est malade, ils s'en occupent. Parfois ils prennent aussi en charge les études, la formation professionnelle de la personne. Tu imagines le travail qu'ils ont du faire pour avoir leur salaire. Je pense qu'ils en ont pas beaucoup profité, c'est surtout pour les autres. Je pense que leur retraite, ils vont en profiter quand même.

Si vous êtes toujours dix à la maison...

Noémie : *Rires.* C'est convivial. Moi je pense pas que je pourrai faire ça.

De vivre à dix ?

Noémie : Oui. *Silence.* De vivre à dix tout le temps, et puis de prendre les charges des autres sur soi. Tu t'inquiète à la fois pour tes propres enfants, mais aussi pour tes cousins, tes neveux, tes petits frères, non. Toute ta vie est faite d'angoisse, tu t'inquiète toujours pour quelqu'un.

Tu veux avoir des enfants ?

Noémie : Bah oui.

Et tes frères, ils en ont ?

Noémie : Hum, hum. L'aîné a deux garçons.

Tu les vois de temps en temps ?

Noémie : Oui, ils vivent avec nous.

Et ton frère est en France ?

Noémie : Oui, il travaille là-bas.

Et la mère vit avec vous ?

Noémie : Oui. *Silence.* Mais je les vois plus beaucoup. Parfois, il se passe une semaine sans que je les vois, et quand je les vois une semaine après, j'ai l'impression qu'ils ont encore grandi.

Merci pour l'entretien Noémie

Noémie : J'espère t'avoir été utile.

Tu as quelque chose de prévu là ?

Noémie : Je dois aller voir trois malades en neuro. Ils sont un peu déprimés, et on nous demande s'il faudrait pas un traitement ou leur parler.

C'est toujours les DES qui font ce genre de visite ?

Noémie : Oui, ou les médecins, quand ils sont dévoués, Dr. N.

Fin de l'entretien.

Entretien avec Mario. Il se déroule le vendredi 1er avril 2016 dans une salle de consultation à l'intérieur de la cour.

Durée : 1h35.

Avertissement : L'enregistrement de l'entretien est très mauvais. La qualité de la retranscription en pâtit.

Il raccroche le téléphone.

Qu'est-ce que vous avez pensé de la formation de ce matin (exposé fait par le professeur O. concernant le vieillissement et ses pathologies mentale) ?

Mario : La formation de ce matin, c'était intéressant. On a bien échangé. Bon comme c'était un thème politique, on a pas abordé tous les thèmes qu'on voulait. Tu as vu la question que j'ai posé ? Sur la santé mentale des femmes, c'est important, et on aborde pas ça. Donc je veux comprendre, réellement, que dans ces études-là, s'est montré qu'à partir de 50-60 ans, les gens sont dans des situations plus compliquées. Inaudible 1min.

Vous-même vous avez des patients ou patientes...

Mario : On a des patients, on a des patients. Ce main j'ai reçu une dame qui a près de 70 ans, qui développe une, ce qu'on appelle un psychose hallucinatoire, lié à un évènement traumatisant avec les évènements, les attentats. Elle a eu peur. Depuis, quand elle est à la maison, elle a peur, elle pense que les djihadistes vont venir pour l'arrêter. Tout ça c'est important. quand ses enfants sortent, elle a peur, elle est persuadée qu'il va se passer quelque chose. Bon voilà.

S'il n'y avait pas eu la formation, qu'est-ce que vous auriez fait de votre matinée ?

Mario : Ce matin ?

Oui.

Mario : Bon, en tout cas, on a nos activités au quotidien. Ce matin, on a fait les soins, puis après il y avait des dossiers à apprêter ou à corriger. Donc on était au pavillon dans la zone de soins. Après, il y avait un dossier qu'une étudiante a monté et qu'on a commencé à corriger. Mais voilà, avec la formation, on a suspendu.

Vous allez terminer quand ?

Mario : Terminer quoi ?

La correction du dossier.

Mario : Non, on n'a pas pu terminer. On fera ça la semaine prochaine. Bon lundi ou mardi. En général c'est le lundi qu'on fait ça.

Vous pouvez me dire ce que vous faites dans le service, vos fonctions ?

Mario : Dans le service ?

Oui.

Mario : Bon. Je suis infirmier, spécialisé dans le domaine de la santé mentale, a prise en charge de patients qui souffrent de problèmes psychiatriques. Et nos tâches ici, dans le service consistent particulièrement à fournir les soins aux malades, les soins spécifiques des malades

mentaux. Ensuite, on a des capacités pour consulter, faire des prescriptions. Donc on fait aussi cet accompagnement. Vous avez remarqué que le jeudi et mardi, c'est jour de consultation. Après les soins, chacun reçoit ses patients en fonction des rendez-vous. Ça peut durer jusqu'à 13h30 parfois ! Comme nos activités consistent aussi à faire les soins, il faut aussi assurer une certaine continuité. Donc les jours fériés, l'après-midi, le soir, y a un infirmier toujours pour assurer les soins. Il faut bien que quelqu'un soit là pour accueillir les urgences au cas où il y a un problème dans le service.

Un infirmier, ça suffit ?

Mario : Oui, oui. Bon, on est surchargé en tout cas, on a souhaité qu'on soit deux, mais comme la programmation ne suit pas, et puis on a les DES qui sont en spécialisation, donc inaudible 5min 30.

Vous personnellement, vous avez combien de patients ?

Mario : Bon, comme c'est des patients que tu suis, ils viennent, dans le mois tu peux te retrouver à... Y a des moments où, consultations mensuelles, on peut dépasser les cent malades. Les jours de forte influence, tu peux avoir plus de quinze malades, voilà. Mais ça peut être des vieux patients. Ce matin, une a été hospitalisée en 2004. Donc, y a des malades que je reçois, depuis 2004. Y a en qui étaient suivis par d'autres collègues... Une par exemple, elle vient depuis 1987 ici, et quand elle vient, c'est moi qui la vois, ça a été convenu comme ça, donc ça ajoute des malades.

Combien coûte une consultation avec vous ?

Mario : Pour un infirmier d'Etat spécialiste, en moyenne, la consultation, c'est 1000 francs. Mais c'est valable au moins pour un mois. Donc, il paye, on lui donne l'attestation. Mais si c'est deux semaines ou moins... Inaudible 7 min.

Quel est le processus pour prendre rendez-vous avec-vous ?

Mario : En général, nous, le rendez-vous, c'est quand les malades sortent. Là, on donne un rendez-vous. C'est en fonction de qui la suivi, qui la pris en charge. Mais ensuite tu as les gardes. Pendant la garde, si tu reçois un malade, il vient, tu fais le dossier, tu le consultes et tu donnes un rendez-vous prochainement s'il est pas hospitalisé. Inaudible 7min30

Si tu es de garde, un malade... Inaudible 8min.

Ou bien lors de ta permanence, de ta garde, tu reçois un malade en urgence, et puis tu lui donnes un truc pour te voir. Ou bien le jour de consultation, celui qui est l'accueil, celui qui reçoit les malades, en fonction des gens qui consultent, de ceux qui sont présent le jour de la consultation, on va te donner un malade que tu n'as jamais reçu.

C'est un métier que vous aimez faire ?

Mario : Bon, en tout cas, j'aime ça.

Quels sont les aspects que vous préférez ?

Mario : Bon déjà quand... Comment je suis venu à la santé ? Quand j'ai commencé en tant qu'infirmier d'Etat, tu es obligé de faire ça avant de te spécialiser, le fait que tu arrives à soulager ton prochain, c'est bien. Tu reçois un patient qui est souffrant, tu arrives à soulager sa douleur, c'est bien. Surtout en psychiatrie actuellement, le fait de voir les gens qui sont parfois sur le plan social, en rupture avec les autres, on arrive à les remettre, à les stabiliser puisqu'il puisse former

un groupe, former un être humain, ça me fait plaisir. Quand j'arrive à faire ça, je suis content, c'est tout.

Pourquoi vous avez choisi d'être infirmier d'Etat ? C'est trois ans ?

Mario : C'est trois ans. Quand on commence, on fait trois ans. Au départ chez moi, la recherche de boulot. Je n'avais pas particulièrement une inclination à ça. Parce que mes études ont été un peu compliquées. Je devais partir faire ingénieur agronome, mais ça a pas marché.

Pourquoi ?

Mario : Bon, c'est les études. Dans le temps, à Ouaga, il y avait des bourses, mais on était nombreux. Dans les années 82, on était deux cents, près de trois cents étudiants en première année d'agronomie. A la première session, ils ont pris quinze personnes, voilà. Sur trois cents personnes. Donc le reste a redoublé. Et vous avez le droit qu'à une seule chance. Et ils ont repris que quinze personnes. Voilà, c'était nos conditions. Donc, j'ai pas réussi. Pour avoir une situation, j'ai passé tous les concours, pour travailler. J'ai fait plein de concours, mais y a que pour la santé que ça a marché. J'ai fait une seule fois et ça a marché. Je me suis dit que j'étais destiné à travailler dans la santé.

Vous avez fait quoi comme concours ?

Mario : J'ai fait, quand j'ai commencé, j'ai fait le concours d'architecte, la SONABEL (Société nationale d'électricité du Burkina), les finances, mais ça a pas marché.

Le premier concours, c'était pour être ingénieur en agronomie. C'est que vous vouliez au départ ?

Mario : Voilà.

Pourquoi agronomie ?

Mario : Pourquoi agronomie ? Quand nous oriente, c'est moi qui est choisi. Pourquoi agronome ? Notre économie du pays est basée sur l'agriculture, donc notre autonomie... Donc si on pouvait améliorer les conditions de travail de nos parents, faire des recherches pour améliorer... C'est ça qui m'intéressait. Mais même si je suis content d'être infirmier, je suis content de cette profession, je continue d'espérer dans ce domaine, j'envisage, si les moyens me permettent, de faire une ferme personnelle, du bétail, de l'agriculture.

Et vous avez réussi le concours d'infirmier ?

Mario : Oui.

En quelle année ?

Mario : Le concours d'infirmier, c'était en 1992.

Vous aviez quel âge ?

Mario : J'avais en 92, je suis de 67, j'avais 25 ans. Mais j'ai fait la spécialisation qu'en 2001, le temps de travailler pour l'Etat etc. J'ai fait la formation ici de 2001-2003. J'ai fini, fin 2003. En 2004, je suis entré dans le service ici. Donc depuis 2004, je travaille ici, avril 2004, je suis là.

Pourquoi avoir pris la spécialisation psychiatrie ?

Mario : Pourquoi avoir choisi psychiatrie ? Bon, ça... C'était pendant ma formation d'infirmier d'Etat, y a un infirmier spécialisé en santé mentale et qui, c'était comme inaudible 15min. Au

boulot, comme y avait pas beaucoup de médecins, tu faisais beaucoup de choses. Parfois même, il était appelé dans les autres services pour venir prendre en charge les patients difficiles mentalement, et il y arrivait. Quand j'ai fait mon stage là-bas, il m'a encouragé. Il trouvait que j'avais une relation facile, amical, avec les malades. Parce que quand les patients arrivaient, ils me réclamaient, m'acceptaient. Bon, quand j'ai commencé, je voulais faire les soins infirmiers plus particulièrement. J'ai essayé deux fois, bon ça a pas marché. Donc, la première fois que j'ai fait santé mentale, je suis entré haut les mains.

Vous n'avez pas été trop déçu quand vous êtes arrivé dans le service ?

Mario : Bon, par rapport... Quand je suis arrivé ici, par rapport à, j'ai joué mon rôle. Mais comme dans tout service, y a des difficultés relationnelles ici. On est plusieurs, c'est un tout, mais le côté satisfaction morale du fait que... Les autres, pas les autres, surtout nos patrons, ils se rendent pas compte de notre rôle.

C'est-à-dire ?

Mario : C'est-à-dire, qu'on est là... Par exemple dans le service, la moitié du personnel se sont des infirmiers spécialisés. C'est nous qui faisons fonctionner le service. Mais on parle de nous seulement que quand il y a une petite insuffisance des deux côtés. Quand tu travailles, tu as besoin parfois qu'on te valorise un peu, qu'on te dise que t'a fait du bon boulot. Nan, on met seulement en avant nos insuffisances, nos difficultés etc. C'est ça. C'est les difficultés relationnelles avec nos hiérarchiques supérieures. Mais avec les collègues, y a une bonne entente, on arrive, y a rien en tout cas. Mais ça va s'améliorer avec le temps.

Vous pensez ?

Mario : Oui.

Vous êtes là depuis 2004, ça s'est amélioré ?

Mario : Oui, un petit peu. Mais quand on connaît le système, on finit par faire avec. Actuellement, o s'est trouvé une certaine philosophie, une façon de faire, et on avance avec. Ça créer de la solidarité entre les collègues, on avance, on fait avec.

Qu'est-ce qu'il faudrait que pour que ça change ? Changer les supérieurs ?

Mario : Bon, on peut pas les changer. Ça veut dire que, quand, on ne peut pas amener quelqu'un à changer. La personne a son fonctionnement. Au début, tu penses que tu peux la changer, mais après tu vois que c'est sa façon d'être. Il faut collaborer, faire avec, trouver des façons de faire. Le principal, c'est que le patient soit satisfait, que ça se passe, voilà.

Comment se passe une consultation avec vous ?

Mario : Une consultation ? Si c'est la première fois, on va en faire une si tu veux. *Rires*. Bon déjà y a l'accueil. Faut se présenter, puis le patient. Près on cherche à comprendre ce qui les a amené ici. Les accompagnants parlent aussi, expliquent pourquoi ils ont amené le malade, ils décrivent les raisons, puis ils donnent la maladie, comment elle a évolué. Et puis on écoute le malade, pour voir comment il est sur le plan général, somatique, et psychiatrique. Avec ce que les parents donnent comme éléments, on se fait une idée, on fait des hypothèses, et on propose un traitement. Une consultation peut prendre entre quinze ou quarante-cinq minutes en fonction du malade, si c'est un nouveau ou un ancien qui connaît la consultation.

Vous posez tout de suite un diagnostic ?

Mario : Bon ça dépend. Y a des cas où le diagnostic n'est pas évident, mais parfois y a pas besoin de docteurs. Mais en cas de besoin, il peut y avoir plusieurs entretiens, le patient peut voir plusieurs malades. Par exemple, y a un patient très agité. Ça peut être psychiatrique ou des problèmes organiques en-dessous. Dans ces cas-là on demande des examens, des bilans. Mais souvent c'est évident, quand une personne fait plusieurs voyages pathologiques, il erre, il abandonne ses activités, il est dissocié bon là y a pas de problèmes de diagnostic.

La schizophrénie, c'est le diagnostic le plus courant ici ?

Mario : Oui, oui. Parce que c'est ça qui pose le plus de problèmes aux parents. Mais y a d'autres qui sont reçus, avec d'autres pathologies, mais c'est vrai que les psychoses sont les plus courantes. Et donc parmi les psychoses, c'est la schizophrénie, surtout les malades hospitalisés. Les schizophrènes, ça prend du temps. Au départ, on donne un traitement injectable. Mais comme c'est une maladie chronique, la prise en charge c'est à vie, et y a beaucoup de rupture de traitements. Par exemple, pour les consultations de post-cure, les sevrés, c'est la même problématique, c'est du long terme.

Vous avez constaté une évolution des maladies depuis 2004 ?

Mario : Y a plusieurs pathologies qui sont là. Mais maintenant, le fait qu'il y a ait plus de schizophrènes, c'est parce que c'est chronique. Du coup, tu vois un patient, puis deux ans après, il stoppe son traitement, bah tu le retrouves dans ton service. Mais par exemple la dépression liée à une situation réactionnelle, bon ça va se stabiliser. Tu proposes un accompagnement thérapeutique ou médicamenteux, et au bout d'un certain temps, ça va mieux, on arrête, il revient plus. Il y a toute sorte de... Comme le professeur l'a dit dans son exposé, tu as les chiffres des différentes pathologies, mais quand tu vas dans un CMP, vous allez voir quelles sont les maladies qui Inaudible 26.

Donc pas de nouvelles maladies mentales au Burkina ces dernières années ?

Mario : Bon, on constate, ce qui prend de l'ampleur, c'est les jeunes et la toxicomanie, les troubles liés à ça.

Les symptômes c'est quoi ?

Mario : Bon y a des cas de psychoses, de délires, de troubles du comportement lié à cette consommation. Pour ceux qui sont très dépendant, surtout ceux dans les drogues dures, quand ils arrêtent, ils développent ce qu'on appelle un syndrome de sevrage. Quand ils arrêtent, ils ont des douleurs, des nausées, des maux de tête. Le manque crée la souffrance. Voilà.

Et ça c'est nouveau ?

Mario : Bon c'est pas nouveau, mais ça prend de l'ampleur. Ce qui peut être nouveau, c'est pas que c'est nouveau, mais ce qui lié par exemple aux attentats. Des gens viennent pour ça. Bon, y a fait des cas de stress post-traumatique lié par exemple aux problèmes de deuil et autres. Mais aujourd'hui y a des situations... Par exemple, nous on avait jamais connu des attentats, quelqu'un qui vient et tire. Donc actuellement, on a des cas lié à ça, à un stress provoqué par ces situations. Y a en avait, mais c'était pas aussi important.

Qu'est-ce que vous proposez comme prise en charge ?

Mario : Pour les attentats, ils ont mis en place une cellule d'accueil pour aller parler avec des psychologues, ou des infirmiers spécialisés.

Dans votre famille, entourage, personne ne travaillait dans le domaine de la santé mentale ?

Mario : Famille ? Entourage ? Ma femme est dans la santé. Mais côté famille, comme ça, y a personne dans la santé. Surtout dans la famille du village, je suis le premier, comment on pourrait dire ça, à avoir atteint des études supérieures. On mettait pas les enfants à l'école tôt, ce qui fait que.. Je suis le premier fonctionnaire de la famille.

Une fierté dans la famille ?

Mario : Bon c'est pas une fierté, au contraire c'est une préoccupation. Parce que tout le monde compte sur toi. Tu dois t'occuper de ta propre famille, puis le reste de l'entourage, c'est comme ça. Par exemple, j'ai pris un oncle, il est retraité, il était laborantin, puis une cousine aussi. Tu dois aider.

Vous venez de quel village ?

Mario : Je viens de la région du Sud-Ouest, dans la province de Gouba (31 min). Inaudible 31min.

Vous avez vécu au village jusqu'à quel âge ?

Mario : Moi personnellement, je suis né en Côte d'Ivoire. J'ai fait ma primaire là-bas. Je suis rentré au Burkina pour poursuivre mes études ici.

Vous aviez quel âge ?

Mario : Autours de treize ans, quelque chose comme ça.

Le village d'où vous venez, c'est le village de votre père ?

Mario : Oui, du papa.

Et celui de la mère...

Mario : Ils sont voisins.

Mais dans les origines, on en parle ?

Mario : Le village d'origine est le village paternel.

Vous y aller de temps en temps ?

Mario : Assez fréquent. Là en janvier, j'y étais. Actuellement, j'y vais de moins ne moins parce que... Le papa est décédé l'année dernière, donc j'ai été obligée d'y aller régulièrement. Et maintenant quand j'y vais, c'est pour la gestion des affaires familiales.

Qu'est-ce qu'il faisait dans la vie ?

Mario : Mon papa c'est un paysan, mais il était un tailleur. Il faisait les habits traditionnels et tout. Il faisait ç âne Côte d'Ivoire, et on est rentré dans les années 80.

Et votre mère ?

Mario : C'était une femme au foyer. Mais elle est potière à la base. Elle est issue d'une famille de forgeron. Elle a grandit dans les fours, le fer, les choses de mains.

Vous êtes le premier intellectuel de la famille ?

Mario : Non. J'ai un oncle qui a eu son BEPC. J'ai pas suivi mes études quand je suis monté pour être ingénieur agronomie, mais en tant qu'infirmier, j'ai poursuivi. J'ai eu ma licence en psychologie, je devais faire mon master, mais y en a pas ici, donc on ne peut pas finir.

Pourquoi la psychologie ? Vous avez commencé quand ?

Mario : En 2008.

Qu'est-ce qui vous a attiré ?

Mario : C'est toujours notre domaine. C'est mieux comprendre, quand on se contente d'étudier, comment on appelle ça, les symptômes seulement, donc, c'est pas suffisant... Dans notre formation il y a quelques données sur la psychopathologie, mais c'est pas assez bien développée. Avec la psychologie, ça m'a permis de comprendre la personnalité, d'approfondir. Mais malheureusement, on est bloqué, on peut pas soutenir. Donc je reste en quatrième année. Ça permet de renforcer nos capacités d'accompagnement du patient. Parce que quand on fait un entretien, on associe les deux, on évolue les troubles psychiatriques et en même temps tu peux déjà percevoir des traits de sa personnalité liés à son histoire qui puisse t'aider à comprendre. Voilà. Mais on peut pas terminer. Je me rappelle, y a une jeune qui m'avait motivé à m'inscrire en psycho, il avait fait son stage ici en psycho en 2000. Et bah, il a toujours pas soutenu. Il y a des contraintes. En attendant, il travaille dans une société pour subvenir à ses besoins. C'est pas simple.

L'accompagnement psychologique, c'est un premier outil. Pour ce qui est des médicaments... J'ai l'impression que vous prescrivez la même à chaque fois, de l'haldol, du valium etc. Pourquoi ?

Mario : C'est pas qu'on prescrit la même chose... Y a le problème financier des patients. Et ensuite il y a la disponibilité même des médicaments. Actuellement, il y a la nouvelle génération de neuroleptiques qui sont sur le marché ici, c'est pas à la portée de n'importe qui. Une boîte de nouvelle génération, ça peut être plusieurs milliers de francs. Le largactil est à 200 francs. Donc ça, déjà c'est un argument. Et puis après, il faut voir ce qui est disponible ou pas, ce qui est à notre portée. Tu peux pas prescrire quelque chose que tu sais que le patient ne trouvera pas. L'haldol, tu le trouves partout. Dans les pharmacies, tu trouves aldol et largactil. Donc quand tu prescris, tu es obligé de prendre ça en compte. Après, ça dépend des pathologies qu'on reçoit. Par exemple, si tu as quelqu'un de déprimé, tu mets de l'haldol et puis autre chose...

Mais un des effets secondaires de l'haldol, c'est la dépression, non ?

Mario : Non, oui, mais tu mets autre chose en plus. Tu peux mettre un antidépresseur.

Pour des gens déprimé, pourquoi de l'haldol ?

Mario : Quand c'est une dépression légère, on ne met pas de l'haldol. Quand c'est une dépression majeure, on met de l'haldol, on prescrit un neuroleptique. Ça agit. Mais on ajoute quelque chose. C'est pour des personnes psychotiques.

Vous avez été élevé par vos parents ?

Mario : Oui. A l'âge scolaire, je suis allé chez un oncle paternel. Avec l'école, j'ai changé de tuteur. J'ai fait aussi de l'internat à partir de la sixième. Inaudible 43min.

Vous êtes de quelle confession religieuse ?

Mario : Je suis chrétien catholique.

Vos parents l'étaient ?

Mario : Mes parents l'étaient.

Vous avez combien de frères et soeurs ?

Mario : Actuellement j'ai une petite soeur. Sinon, on était sept. Malheureusement les autres nous ont quittés. Ceux que j'ai connu... Un des aînés est décédé quand j'étais en sixième. J'ai perdu ma grande soeur directe, j'étais en formation d'infirmier. Inaudible 45.

Mais j'ai actuellement une petite soeur, qui est mariée et qui même a des enfants. Comme chez nous la famille est élargie, j'ai un cousin qui a grandi avec le papa. Actuellement c'est sa femme, elle est au village. Sa femme, son enfant, c'est moi qui l'ai scolarisé. Donc c'est comme un petit frère.

Votre petite soeur, elle travaille ?

Mario : Non, elle est mariée. Elle est femme au foyer. Elle a pas été scolarisée.

Pourquoi vous et pas elle ?

Mario : C'est comme ça. C'est le père qui a décidé. Je peux pas dire que... Dans le temps, au moment où je devais être scolarisé en 1974, y avait pas d'école dans le village. La plus proche était à 20 kilomètres. Voilà. Moi, j'ai eu la chance parce que mon père était en Côte d'Ivoire. Là-bas, l'école était un peu plus accessible, là-bas, j'ai commencé mon premier cycle là-bas. Pour ma soeur, le papa ne pouvait pas envoyer sa fille, c'était trop loin. Actuellement, si on va dans mon village, y a deux écoles, donc tous les enfants sont scolarisés, presque, sauf ceux qui abandonne.

Si j'ai bien compris, vous êtes revenu au Burkina à 13 ans ?

Mario : Oui. Parce que l'oncle est décédé. Sinon, j'allais terminer mes études là-bas. *Silence.*
Inaudible 48min

On va revenir sur la coopération. Comment vous en avez entendu parler ?

Mario : Quand je suis arrivé ici, j'ai constaté ça parce que pendant ma formation, régulièrement, y avait des séminaires, des ateliers qu'on faisait avec les partenaires français qui venaient une à trois fois l'année. La mission de Koffman et puis des T.

Koffman ?

Mario : Koffman, le psychanalyse. Lui, je sais pas si c'est Ville Evrard, je pense pas. Mais c'est dans le cadre de cette coopération qui venait ici. C'est après qu'on a compris qu'il y avait ce partenariats depuis plusieurs années. On apprécie parce qu'à travers ça, on entretient notre formation continue et puis d'autres on la chance de parti en stage une année pour renforcer leur formation, leurs capacités. C'est bien ça.

Vous êtes parti en France ?

Mario : Non.

Vous aimeriez partir ?

Mario : J'avais souhaité. Mais actuellement je pense que ça peut plus m'être utile.

Pourquoi ?

Mario : Parce que... Quand j'ai fait la psychologie, y avait la possibilité de faire un stage d'un an là-bas. Y avait pas de master ici. Quand j'ai commencé la formation, j'avais cette option. Mais on envoie en fonction de besoins mais aussi inaudible 50 min. Mais, au moment où moi je voulais partir, y avait des complications, surtout au moment où on parlait de Inaudible 50min. Du coup, ça m'a fermé cette opportunité pour pouvoir finaliser mes études en psycho. Actuellement, c'est terminé. Inaudible 51 min. Mais si j'ai l'occasion de partir trois mois, voir comment on travaille là-bas, mais faire un stage d'un an, ça ne sera pas utile. Je travaille pour le service actuellement. Mais je suis résigné. Actuellement je suis là pour le suivi de mes patients.

Qu'est-ce qui vous a amené à ...

Mario : A être résigné ? Bon, c'est comme je l'ai dit, on peut pas donner toutes les raisons, c'est pas intéressant. Y a des moments où il faut évoluer dans l'environnement et faire ce qu'on peut faire. Actuellement, dans le service, ce qui me maintient, c'est mes patients, et avec quelques collègues quand même, l'ambiance est là. Sinon, inaudible 52 min.

Pourquoi vous ne partez pas ?

Mario : Je pars pas parce que, actuellement, côté personnel, ça ne serait pas intéressant de quitter l'hôpital. J'ai ma famille qui est là, et puis quand tu es en périphérie, que tu n'as pas grand chose à faire, tu deviens, tu entres dans une routine, tu perds tes connaissances. Si moi je quitte ici, pour une province, c'est dans une USP (*unité de soins psychiatriques*). A Ouaga, j'ai des collègues dans des USP, ils ont pas beaucoup de patients à gérer, donc tu perds.

Mais en province, une USP, ça vous irait ?

Mario : Oui. Mais tout le monde devrait quitter Ouaga, ma femme, mes enfants. Pas évident. Donc je suis là pour eux.

Il y a aucun moyen pour changer les choses dans le service ?

Mario : On essaye, bon on essaye.

Comme quoi ?

Mario : Par exemple dans les réunions, on intervient, on dit ce qu'on pense. Mais, ça fonctionne pas. On pose les problèmes, on nous propose pas de solutions. Actuellement, on est en train de faire un effort, au niveau des infirmiers, on essaye de plus se voir, d'être plus solidaire. Ça permet de structurer aussi... On demande juste qu'on reconnait ce qu'on fait, quand ça va. Et quand ça va pas, qu'on le dise avec plus de respect. Mais on a compris, et on fait avec.

Il vous reste combien de temps à travailler ?

Mario : Avant la retraite ?

Oui.

Mario : C'est à 60 ans, donc il me reste encore 9-10 ans à peu près. Mais quand les conditions seront réunies, j'ai d'autres projets.

En rapport à la psychiatrie ?

Mario : Pas particulièrement. Je parlais de l'agronomie qui m'intéresse et j'aimerais avoir une ferme.

Rires.

Je rigole, car plusieurs attachés de santé m'ont dit vouloir avoir une ferme aussi. Ça doit être un projet commun.

Mario : Certains le font déjà. Ils sont là, mais ont déjà commencé. Parce que ça permet de changer un peu d'air, d'être dans ta bulle et puis sur le plan financier, ça permet de compenser. Donc beaucoup vous ont parlé de la ferme. *Rires.*

Oui.

Mario : Dans le temps, on pouvait pas, en tant que fonctionnaire de mener une activité parallèle. Maintenant c'est permis, donc ceux qui ont les moyens, pendant qu'ils exercent, ils trouvent un terrain, emploient des gens et commencent à faire quelque chose. C'est à notre portée.

Vous travaillez en dehors du service ?

Mario : Oui.

Qu'est-ce que vous faites ?

Mario : Y a des moments j'interviens dans les cliniques, ou des visites à domiciles, voilà. Dans le service, ça se fait, mais c'est pas fréquent. Y a des gens qui sont dans le besoin, des patients qui sont difficiles, ou personne pour les assister, du coup, y a des familles qui font appel pour qu'on vienne à domicile. Après moi, je vais vous interviewer aussi. *Rires.*

Vous avez des enfants ?

Mario : J'ai trois enfants. L'aîné est de 95, il a 21 ans. Le deuxième de 99 et le troisième de 2003. L'aîné va faire le BAC cette année, le deuxième fait la première et le troisième il est en sixième. On est satisfaits, ils travaillent bien.

Pour revenir à la coopération, j'ai vu que vous venez à chaque formation. Qu'est-ce que pouvez me dire ?

Mario : En tout cas moi, c'était pour renforcer mes capacités. Et puis, quand j'étais étudiant en psychologie, y avait le psychanalyste, du coup forcément ça m'intéressait. Ça renforce tes connaissances, ça complète ta formation. Tu apprends toujours de nouvelles choses. Aussi la thérapie familiale. Comme tu vois, on a mis en place un groupe, ça intéresse.

La psychanalyse, ça serait innovant ici.

Mario : Mais on le fait depuis... Par exemple, quand Koffman vient, on le fait.

Il vient encore ?

Mario : Il est venu l'année dernière. Mais c'est pas avec Ville Evrard.

Personne ne m'a parlé de lui.

Mario : Pourtant il vient. En plus des T., de la thérapie familiale et de la pédopsychiatrie. C'est ce qu'on fait dans le service.

Et vous importez cette dimension avec vos patients ?

Mario : Voilà, on importe cette dimension. Par exemple, quand les patients nous racontent leurs psychoses, avec ça on peut plus comprendre leur approche, d'avoir accès à leur analyse, d'avoir leurs visions. Je me rappelle d'un cas qu'ils nous ont décrit. Un dame qui était dans la finance,

mais elle passer son temps à tenter à faire des tentatives de suicide. C'est après son analyse, elle est devenue psychologue, car c'était pas pour elle la finance. Les tentatives de suicides étaient une façon de s'exprimer.

Et avec vos patients, vous faites une psychanalyse ?

Mario : Non, on fait pas de psychanalyse. Le fait qu'on est des compétences psychiatriques fait qu'on peut poser un diagnostic clinique. Après l'accompagnement, on fait des entretiens psychiatriques et psychologiques qui permet... Par exemple, tu reçois un patient déprimé, tu peux pas juste prescrire des médicaments. Tu vas l'écouter, le valoriser, il faut qu'il prenne confiance en soi qui va permettre de se reconstruire et puis accepter, faire face à la situation et ça l'aide à se stabiliser. Quand c'est des psychotiques, même les schizophrènes, une fois stabiliser, ça leur permet de parler, de s'exprimer. Je me souviens, en 2003-2004, un schizophrène, chaque année il rechutait. Et quand il rechutait, on lui remet le traitement. Mais c'est avec les approches motivationnelles qu'il a compris son problème, que c'est une maladie chronique, qu'il faut prendre les médicaments. Il a accepté la pathologie. Depuis il a pu progresser, il travaille. Et ça c'est grâce aux entretiens. Il faut associer les deux, c'est bien.

Dans la coopération, qu'est ce que vous changeriez ?

Mario : Bon, on n'est pas trop des acteurs, c'est pas nous qui faisons. Mais si je devais intervenir, peut-être que.. Les séminaires qu'ils font, on a eu à proposer des situations, qu'on prenait par exemple... Une possibilité qu'il y ait des échanges, pas seulement que les gens partent faire des stages là-bas. Ils ont commencé à faire cela, à envoyer les meilleurs hommes ou femmes de salle. Et même, si par exemple, on m'ait dit que... Une fois y a des patients qui sont venus accompagner une mission ici, ils sont venus, pour échanger avec les patients ici. Si les moyens le permettaient, de le faire plus souvent. Ça contribue à l'échange, à la communication, à l'estimation. Ce côté là, si on pouvait l'encourager, ça serait bien. Ça élargit la chose. Parce que la première fois qu'on a hospitalisé un européen ici, ça a été, comment on dit, les patients ont été surpris, on dit que y a avait aussi des blancs.

Il venait d'où ?

Mario : Il a voyagé ici, il a fait sa crise ici. C'était un maniaque et il avait oublié son traitement. La limite mentale n'a pas de limites, ça atteint tout le monde, et ça peut aider les patients ici.

Vous avez reçu combien d'occidentaux dans le service ?

Mario : Ça, je sais pas. Je dirai deux ou trois. Mais souvent c'est de passage. Par exemple y a un patient qui s'est agité dans l'avion qui partait d'Abidjan pour la France. Mais du coup, ils ont fait un arrêt ici avant pour le déposer, et on l'a hospitalisé.

Les formations, les sujets vous conviennent ?

Mario : Oui, ça convient.

Ça vous apporte dans votre pratique ?

Mario : Bien sûr, beaucoup. Franchement, si ça apportait rien, on ne continuerait pas. Sans ça, on serait tombé dans cette routine de médicaments. Et on sait ce que ça donne. Voilà.

Vous avez suivi les séances des T. ?

Mario : Là, récemment ?

Oui, en février.

Mario : J'étais là, mais j'ai pas pu suivre. J'étais aux urgences psychiatriques. J'avais des gardes aussi, du coup, j'ai pas pu venir. C'est la dernière journée que je suis venu parce qu'on parlait de mettre en place l'hôpital de jour.

Qu'est-ce que vous pensez de ce projet ?

Mario : Bon, c'est un bon projet. Mais comme on le dit... Si on avait à le mettre en place, ça serait bien. Ça permet de prendre en charge les patients dans d'autres conditions, c'est pas que des soins médicamenteux, y a des activités en parallèle, ça aide le patient.

Vous pensez que ça va se faire ?

Mario : Bon, ils ont pris ça au sérieux. C'est pas la première fois qu'on en parle. La majeure, elle est partie faire une formation par rapport à ce projet, pour un atelier d'ergothérapie.

Pourquoi elle l'a pas fait ?

Mario : Voilà comment fonctionne le service. Elle avait commencé dans le service, mais elle avait pas les moyens pour lancer la structure.

Vous avez déjà assisté à des séances avec les T. ?

Mario : Oui, plusieurs fois.

Qu'est-ce que vous pensez de leur pratique ethnopsychiatrique ?

Mario : En tout cas moi, je suis surtout... La façon dont Madame T. accompagne un patient, fait l'entretien, je suis d'accord avec elle. Parce que quand tu veux saisir la maladie, on tient compte de notre culture. Et les interprétations culturelles de la maladie mentale inaudible 1h15. Si tu reçois un malade, et que tu tiens pas compte de ça, tu vas le calmer, mais il va repartir ailleurs. Si tu arrives à comprendre cette approche ethnopsychiatrie, ça permet de mieux prendre en charge le patient. Par exemple, quand elle prescrit des choses à faire, certains collègues vont dire que maintenant elle se comporte comme un tradithérapeute. Alors que non, elle est fin psychologue, c'est tout. Quand moi, ça m'est arrivé de consulter un tradithérapeute pour voir comment leur façon de faire. C'est un fin psychologue. Donc, si tu arrives pas à dépasser les barrières psychologiques, si tu comprends comment ça marche, son approche, là tu gagnes.

Vous y êtes allés combien de fois voir un tradithérapeute ?

Mario : Plusieurs fois. Pour des raisons personnelles mais aussi pour accompagner quelqu'un. A la base, je devais accompagner Madame T. à Bobo, mais y a eu un décalage au dernier moment, et je n'ai pas pu l'accompagner. Parce que moi je suis d'accord, comprendre ce qu'il y a derrière le mysticisme.

Vous arrivez à comprendre ?

Mario : Oui j'arrive à comprendre. Par exemple je me rappelle, j'ai été voir un tradithérapeute au moment où mon enfant a eu un accident. Je suis entré au village, on me dit que mon enfant a eu un accident/ Il est monté sur un mur, et tu vois les fléchettes qu'on met, il est tombé, et il s'est écorché le cou. Heureusement, y a pas eu de veines touchées ou quoique ce soit. Et quand je dis ça, là on me dit que c'est un signe, qu'il y a un problème, qu'il faut aller voir un tradipraticien. Je suis entré par curiosité. Inaudible 1h18. Je suis catholique chrétien, mais mes ancêtres peuvent me protéger, envoyer des signes, pourquoi ça serait pas possible ? Si en me disant ça, je les protège même psychologiquement. Le symbolisme dans ça est très fort. Quand tu fais

psychologie, tu vois ça. Après certains sont trop ancré dans la religion, vont dire que c'est pas compatible, condamne ça. Alors non. Eux-mêmes, font des pratiques liés à ces croyances. Nous on croit, on a une culture, il faut prendre cette dimension en compte. Voilà.

Et vous, dans votre pratique professionnelle, vous intégrez ça ?

Mario : Oui. Moi particulièrement oui. Vous vous rappelez... Vous venez au groupe de mercredi ?

Non. Je ne viens pas.

Mario : On vous invite pas ou bien vous voulez pas ?

Le professeur O. ne veut pas que j'y assiste.

Mario : Il a dit ça. Hum... Parce qu'on a reçu un patient. Quand on évalue des entretiens familiaux, si tu comprends pas les rapports sociaux, l'anthropologie de la maladie mentale, quand tu demandes les antécédents familiaux, il faut savoir que la plupart des tradithérapeutes, dans leur milieu, c'est des anciens malades qui ont été convertis, initiés et qui traitent ensuite les autres. Et donc si tu demandes s'il y a des malades mentaux dans la famille, on te dit non. Mais si tu demandes s'il y a un tradithérapeute, on dit qu'il y en a. Donc tu poses des questions, et tu peux apprendre après qu'il y avait des psychoses etc. Mais comme il est intégré socialement, sa dissociation ne va pas se faire sentir. Donc j'intègre cet aspect culturel quand j'évalue. De même, si un de mes patients veut aller voir un tradithérapeute, je leur dit que je suis pas contre ça, tant qu'il continue de prendre leur traitement. Et ça les valorise, il faut juste bien cadrer. C'est sûr que je ferai pas des rituels ici, je n'autorise pas qu'il boive des boissons ici. Mais s'il veut partir au village, et que ça peut lui faire du bien, pourquoi pas ?

J'ai lu dans plusieurs rapport ministériels en santé mentale que les soins traditionnels étaient un frein pour la modernité.

Mario : Ça a changé. Par exemple, quand j'ai fait mon travail sur mon mémoire, c'était sur un cas et la tradithérapie. J'ai vu comment il faisait, les rituels etc. Les tradithérapeutes ont même une association. Si aujourd'hui, on pense qu'on peut évoluer parce qu'on a le modernisme, et qu'on laisse de côté nos croyances, on n'a rien compris.

Dans le service, y a pas une coopération avec les tradithérapeutes ?

Mario : Ça qui peut mettre en place ?

Le professeur O. ?

Mario : Voilà. Après, est-ce que l'hôpital permet ça ? Au niveau de la législation, est-ce que c'est légal ? Bon, moi j'ai mon point de vue, après je fais avec. De la conception de la maladie mentale, de la maladie en générale va s'écouler la prise en charge. Si quelqu'un est convaincu que le paludisme qu'il a c'est pas le moustique mais c'est parce qu'il a mangé un fruit au moment où il fallait pas. Par exemple, les gens pense qu'en mangeant les premières mangues tu peux attraper la méningite, parce que ça correspond à la période d'épidémie. Mais si tu comprends pas ça, comment tu peux comprendre le malade et l'aider ? Il faut comprendre et expliquer après, là tu as une chance de le faire changer. Vous pensez que nos parents ou un paysan au village vous pensez qu'il peut comprendre ce que c'est qu'un microbe si vous lui dite que c'est ça qui a provoqué sa maladie ? Mais ils ont d'autres croyances. Les gens pensent que y a des maladies que c'est un sort. Y a des sorciers qui lancent des sorts. S'ils croient en ça, c'est qu'ils peuvent croire que quelque chose d'invisible provoque la maladie. Donc le nom de

microbe ou sort, c'est pareil dans le sens où... C'est une chose invisible qui provoque ton mal. Ok ?

Vous en parlez entre collègues ?

Mario : On en parle entre collègues, on en parle. Par exemple ceux qui sont très religieux, ils disent que je suis trop engagé dans le traditionnel. Mais j'essaye juste de comprendre ma culture et d'intégrer ça avec mes connaissances modernes. Il faut concilier les deux.

Ils se moquent pas ?

Mario : Non. On plaisante entre nous. Par exemple, la majore, vient d'une famille qui ont beaucoup de pouvoir. Mais elle est devenue protestante, donc en tant que protestant, ils ont mis de côté cette culture. Rien de plus, mais c'est un manque. Par exemple, je suis catholique, mais pourquoi ne pas chercher ce qui est bien dans chaque culture, et de combiner, c'est tout. En tout cas, c'est que j'essaye de faire. La notion de bien est dans toutes les ethnies. Après, le sauveur c'est Jésus, je suis libre de croire ou pas. J'y crois, de même qu'il y ait un Dieu. Ça peut aller ? On a terminé ?

Je peux poser encore une question ?

Mario : Y a pas de problème.

Comment vous expliqueriez la maladie mentale ?

Mario : La maladie mentale. Pour moi, la maladie mentale, y a des facteurs psycho-sociaux de la maladie mentale, organiques aussi. Les facteurs psycho-sociaux par exemple touchent les croyances.

Vous pensez que la maladie mentale peut résulter directement d'un sort ?

Mario : D'un sort ? Je crois pas, non. Mais ce que je crois par contre, c'est les facettes psychologiques : si quelqu'un croit qu'on lui a jeté un sort, il peut se rendre malade en se disant ça. Quelqu'un qui croit qu'un sort peut le rendre malade, il rentre au village, il a peur et tout sera interprété négativement, voilà.

Quand vous êtes allé voir un tradithérapeute pour votre enfant...

Mario : C'est pas parce que je croyais qu'il y avait eu un sort. Mais on t'appelle, on me dit que mon enfant est blessé. Je veux trouver une explication de ça. On me dit que c'est un avertissement. Moi je sais que mon enfant a glissé, mais si on me dit que l'accident est pas grave parce qu'un ancêtre l'a protégé, y a pas de problème. C'est quelque chose de positif, ça peut me rapporter. C'est comme croire que Jésus nous protège, c'est bénéfique, alors pourquoi pas les ancêtres. Et à l'inverse, on peut déstabiliser aussi quelqu'un avec ces forces, avec cette même influence mais négative.

Vous pratiquez la religion catholique ?

Mario : Oui, je pratique.

Vous allez à la messe ?

Mario : Je pars, de temps en temps à la messe.

C'est-à-dire ?

Mario : Quand il y a un évènement social qui m'y amène, ou que j'aie temps le dimanche j'ai le temps. En tout cas je me mets pas dans la tête que si je vais pas à la messe, c'est mal. J'ai failli être frère même, être religieux. Mais ça n'a pas abouti, car j'ai tendance à me révolter trop contre l'autorité. Vérifier !

Merci beaucoup pour l'entretien.

Fin de l'entretien.

Entretien avec le professeur B., directeur du service de coopération du CHU Yalgado Ouédraogo. Il se déroule le lundi 18 avril 2016 dans son bureau. Durée : 1h15.

Est-ce que vous pouvez commencer par me dire ce que vous faites dans la direction concernant la coopération ?

Pr. B.: Hum. La direction concerne la prospection hospitalo-universitaire et de la coopération. La coopération est qu'un volet de la direction. Il y aussi la prospection universitaire, où l'on doit gérer la carrière du personnel, gérer les stages des étudiants qui nous sont envoyés, d'ici ou d'ailleurs. Gérer également les archives médicales, participer à la recherche en faisant la sélection des projets de recherche et en essayant de les financer, des recherches hospitalo-universitaire. Et le volet de la coopération qui s'adresse non seulement à l'étranger, avec des CHU ou des hôpitaux qui sont jumelés à notre CHU. Et nous devons également prospecter pour trouver des jumelages nouveaux, à créer, à construire, de même qu'avec les infrastructures hospitalières du Burkina et de Ouga, les écoles de formation privées. Donc voilà un peu ce qu'on doit faire.

Combien de personnes travaillent dans le service ?

Pr. B. : Normalement, c'était une nouveau département, une nouvelle direction qui a été créée il y a quatre ans. Mais qui a de la peine à s'installer. Bon c'est pas dans l'organigramme. Il était prévu dans les textes que je devais avoir deux adjoints, mais aussi des personnes pour les archives. Après, pour le volet recherche, je m'associe à d'autres pour créer des connections.

Et dans les faits, vous êtes combien ?

Pr. B. Dans les faits, je suis toujours tout seul à gérer l'ensemble des choses. Malheureusement, je n'ai ni locaux, comme vous le voyez (*il me montre son bureau jonché de classeurs, papiers, pochettes etc.*), ni personnel pour m'appuyer. Pas par manque de volonté, mais bon c'était prévu qu'on construise un nouveau bâtiment pour la direction dans lequel je vais avoir, parce qu'ils sont à l'étroit à la direction là, dans lequel je vais avoir un nouveau bureau et recruter deux personnes pour m'épauler. Mais avec les événements qui se sont déroulés récemment, les coupures budgétaires, ça fait que ça n'a pas pu se mettre en place, à mon plus grand désarroi car c'est pas facile...

J'imagine.

Pr. B. C'est terrible car je reçois beaucoup de correspondance où le DG (*Directeur Général*) me demande mon avis, et il faut bien que je réponde. Il me demande toujours mon avis technique, que ce soit pour les stages ou les jumelages. Et je lui soumetts ma proposition de réponse. S'il est d'accord, il signe, et on se met d'accord comme ça. Donc y a tout ça à gérer.

En plus de votre travail en tant que médecin ?

Pr. B. Oui, donc vous voyez, c'est difficile.

Le nouveau bureau et les agents, c'est toujours en cours ?

Pr. B. : C'est toujours en cours, c'est pas arrêté. Mais voilà, c'est par manque de moyens financiers. Comme je l'ai dit, avec les événements récents, les réglementations budgétaires, ça fait que l'argent est parti ailleurs. D'ailleurs, l'argent a été réduit. Le budget avait été voté pour le

nouveau bâtiment, mais bon, on fait avec, on n'a pas le choix jusqu'il y ait une embellie qui permette de...

Qu'est-ce qui vous a amené à la tête de ce département ?

Pr. B. : Bon, c'est ma petite expérience d'abord, parce que j'ai été directeur de stage à la Faculté, pendant six ans. Je gérais les interims, j'étais intégré dans le ministère de la Santé pour les stages en collaboration avec l'Université. Donc quand le service a été créé ici, ils voulaient un qui fait le profil, qui pouvait faire ce boulot là, parce qu'il a une petite expérience du milieu, qu'il ait des relations avec le milieu de la santé et de l'université et une petite expérience avec des hôpitaux étrangers où j'envoyais des stagiaires également après leurs études.

Donc ça ne concernait pas trop la coopération aux premiers abords ?

Pr. B. : Non, non. Et même la coopération... Le jumelage concernait des hôpitaux à l'étranger. On envoyait des étudiants à l'étranger, donc on a rattaché les deux aspects. Donc, c'est cette expérience, un peu qui a fait qu'on m'a proposé ça. Puisque bon, j'avais démissionné de la direction des stages pour souffler. J'ai demandé d'arrêter et on m'a demandé si je voulais bien après les appuyer aussi pour leur faire gagner du temps, pour les guider. Bon, bah j'ai accepté.

Et vous pourriez me dire depuis combien il y a de coopération actuellement ?

Pr. B. : Actuellement, nous avons eu des coopérations qui marchaient avec Marseille, avec Clermont-Ferrand et avec Ville Evrard. Donc trois coopérations.

Il n'y a des coopérations qu'avec la France ?

Pr. B. : Pour l'instant nous sommes à la recherche. On était en train d'enclencher une coopération avec la Chine Taïwan. C'était déclenchée.

Dans quel domaine ?

Pr. B. : En santé.

Oui, mais quelle spécialisation ?

Pr. B. : Dans toutes les spécialités. C'est pour tous les modèles dans l'hôpital. Tout était prêt avec la Chine. On devait même aller signer les conventions de jumelage, le jumelage avec le chef qui est parti, Blaise Campaoré. On n'a pas pu aller Et quand il est descendu, quand il a quitté le pouvoir, la Chine-Taïwan voulait voir où le vent allait tourner, voir si on les reconnaissait toujours et donc si on engageait le reste. Donc il a fallu attendre de répondre à ça. Maintenant il faut voir si on collabore avec eux ou la Chine populaire. On peut pas collaborer avec les deux Chine. Contrairement aux pays européens qui peuvent collaborer avec les deux. Pour l'Afrique, la Chine refuse. C'est la Chine, Chine populaire ou la Chine de Taïwan. Les pays africains ne peuvent pas collaborer avec les deux, contrairement aux pays européens et américains. Pour eux, il faut choisir. Autant la Chine de Taïwan permet qu'on aille avec l'autre, l'autre quant à elle refuse. La Chine Taïwan avait beaucoup investi, qui voulait faire un centre contre le cancer puis un centre de traumatologie, tous ces projets devaient se faire, mais avec les événements, ça a bloqué. Les plans étaient faits, les budgets acquis et tout, enfin presque acquis, mais quand y a eu les insurrections et tout, la Chine ne voulaient plus envoyer l'argent sans savoir où ça va. Maintenant c'est clair, on est clair, on va répondre à Taïwan. Voilà. Comme on avait déjà des projets ficelés avec eux, ça va recommencer.

D'ici combien de temps ?

Pr. B. *Rires.* Bah ça va dépendre des financiers. Ce sont de choses qui nous dépassent. Maintenant, il faut voir avec les Affaires Etrangères, voir quant on peut partir pour signer les documents, les conventions. Et on a également une coopération qu'on va mettre en place, en route avec Marseille. Ça va reprendre bientôt.

C'était arrêté ?

Pr. B. : C'était arrêté car, bon comme c'était une coopération qui était liée à des individus qui sont tous partis de chaque côté, ça c'était étiolée. Mais maintenant, on va relancer. Pour ce qui est de Clermont-Ferrand et de Ville Evrard, ça marche bien. Y a Dijon qui a manifesté son intérêt, nous devons prospecter. Il y a également Limoges qui a des relations avec les urgences et autres.

Que des hôpitaux français...

Pr. B. : Non, c'est pas fini. Y a le Maroc avec l'hôpital Hassan II. Tout est prêt, on a discuté des conventions de jumelage. On est même parti là-bas.

Dans quel domaine ?

Pr. B. : En cancérologie. Et puis, bon, ça va avec d'autres disciplines médico-chirurgicales, mais c'est centré sur la cancérologie. Hassan II, il reste maintenant à nous déplacer pour signer les conventions. Ils nous attendent pour signer. C'est nous qui avons des difficultés pour signer, avec le calendrier du directeur général, il est très occupé. Sinon, là, il reste une signature. Il y a également l'Inde qui est venu nous voir.

Dans le service de psychiatrie, il y a un hindou.

Pr. B. : Ils étaient venus nous voir pour la traumatologie. Il y a une équipe de traumatologues qui devait partir là-bas pour voir les possibilités de collaborations. Mais c'est pas encore ficelé. Sinon, on se diversifie autant que faire se peut. Il y a la Belgique, Charleroi. Le Directeur Général est déjà parti là-bas, voir ce qu'on pouvait faire. Mais il va falloir mettre tout ça en bande. Vous savez, quand les moyens manquent, les voyages sont planifiés, parce qu'il faut discuter de beaucoup de choses... C'est à nous de déplacer. Mais c'est en chantier. Le DG y est allé deux fois déjà. Il va falloir mettre cela en musique.

Dans quel secteur ?

Pr. B. : Pour les dialyses. Nous prospectons, nous voulons élargir, donner la possibilité... Ville Evrard c'est la psychiatrie principalement. Clermont-Ferrand c'est un peu de tout. Un peu de tout. Nous avons une coopération non seulement hospitalière, mais aussi universitaire. Nos deux facultés ont des conventions de jumelage. Voilà, c'est double.

Quelle est votre opinion concernant les coopérations ? C'est quelque chose d'indispensable pour ce CHU ?

Pr. B. : *Il élève la voix.* Oui, oui. Parce que bon, quand ça marche, c'est pas faux. Parce que nous avons des conventions, chaque année, on fait des évaluations des projets des plans d'actions et on essaye de répondre à ce plan d'actions. Avec Ville Evrard, c'était décidé qu'ils viennent une année sur deux, et nous une année sur deux. Mais avec la situation ici, ils ont peur de venir parce que le Burkina c'est une zone rouge. Donc on est obligé de se déplacer à chaque fois, ce qui n'est pas à notre portée souvent. Sur le plan financier, ça coûte cher les déplacements. Mais quand ça marche, par exemple Ville Evrard c'est une coopération qui marche très bien. Non

seulement ils reçoivent tous les corps de métiers pratiquement. Aussi bien des administratifs, des psychiatres, des infirmiers et ainsi de suite. Et ils viennent aussi ici sur place pour des formations, sur des thèmes précis qu'on a discuté auparavant. Et à chaque fois pour essayer de varier, d'élargir les formations. En neuro-chirurgie avec Clermont-Ferrand par exemple, quand le professeur, il arrive, même les pays voisins Togo, Bénin, viennent ici pour l'apprentissage. Et il amène du matériel. Il vient avec toute son équipe, anesthésiste, infirmier qui eux aussi forment. Et quand il part, il laisse le matériel. Et les pays voisins envoient leurs chirurgiens pour faire, pour apprendre. Donc c'est une coopération qui marche très bien à ce niveau-là et qu'on essaye d'élargir parce que bon... On cherche l'immunologie, la gastroentérologie. On a aussi des projets pour la cardiologie. Avec les indiens, c'est la traumatologie. La Chine Taïwan, la cancérologie et la traumatologie. Donc quand on a une coopération maintenant, on essaye d'élargir dans d'autres domaines au fur et à mesure. Avec Limoges et autres, c'est les urgences, les urgences.

Est-ce que la coopération passe aussi par des dons financiers ?

Pr. B. : Financier, non. Des dons en accueil de personnel, c'est-à-dire le personnel arrive pour la formation et ils sont logés, nourris par la structure et il reçoit la formation. Mais l'hôpital, en argent comptant non. C'est plutôt le matériel. Ce dont ils ont plus besoin et qui marche toujours. Mais là aussi, on va voir d'abord et trier ce qui peut nous servir avant de mettre dans un conteneur et d'envoyer.

Et il y a un impact de la coopération sur le fonctionnement du CHU ?

Pr. B. : Ah oui. Pour ce qui est de Clermont-Ferrand et de Ville Evrard, c'est net. Parce que le personnel se forme dans des domaines bien particuliers et ça permet de faire... C'est vraiment efficace. Comme je dis, Clermont-Ferrand et Ville Evrard c'est vraiment efficace. Ils ont même été décorés récemment parce que l'Etat a reconnu qu'ils ont fait beaucoup de choses, qu'ils se dévouent, viennent former des gens ici sur des périodes de deux ou trois semaines et sur des thématiques bien précises pour un apport de connaissance. Comme je le disais, Clermont-Ferrand reçoit aussi notre personnel pour des formations bien précises. Donc ça c'est efficace. Avec Hassan c'est presque acquis. Bon, avec les événements, on a été retardés. On a du revoir nos calendriers de déplacements, parce que bon, le DG qui devait passer pour la signature, il a pas pu se déplacer. Et même récemment, avec Ville Evrard, le DG a pas pu se déplacer. Il devait venir pour la signature, mais il a pas pu. Pas parce qu'il ne veut pas, mais parce que les autorités ne le laissent pas partir.

Interruption par l'entrée dans le bureau d'un collègue du professeur.

Pr. B. Donc voilà ce qu'on... Avant, le jumelage n'était pas, c'était des demandes de... Des demandes de soins médicaux. Maintenant, quand on a créé le département de prospection, on essaye de booster... On a un projet pour le développement des coopérations. C'est aussi une mission du DG. L'hôpital est évalué sur cela.

Comment vous choisissez vos partenaires ?

Pr. B. : D'abord par contacts personnels. C'est-à-dire que bon, on se raconte, on manifeste un intérêt. Si on rencontre l'intérêt de l'autre côté aussi, on essaye de discuter, de voir ce qu'on peut faire, de mettre ne branle les choses. Mais comme je vous l'ai dit, il y a des coopérations anciennes, qui fonctionnent toujours. Mais pour ce qui est des coopérations que nous venons établir, ce sont souvent des gens qui vont en stage. Et bon là-bas d'entretiens en entretiens, de relations en relations, bon bah, on veut poursuivre un peu la coopération entre les structures. Il y

a un intérêt. Par exemple, quand quelqu'un veut donner du matériel, il faut un jumelage. Pour qu'ils puissent offrir du matériel, si d'autres ont besoin, il faut un jumelage. Par exemple celui qui est parti en cardiologie, à Dijon, c'était pour un stage. Il s'est très bien comporté là-bas, et quand il est parti, il a manifesté l'envie de donner du matériel. Mais comme y a pas de jumelage, de conventions entre les structures, c'est impossible. Et donc, c'est comme ça que nous... Mais ça part de relations entre individus et ça va... Et aussi pourquoi Charleroi ? C'est parce que nous prenons notre matériel pour la dialyse en Belgique. Donc en allant en Belgique pour acquérir ce matériel là, le DG a essayé de nouer des liens et de relations en relations, on collabore. Mais tout ceux qui sont partant pour collaborer avec nous, nous sommes partant. Sinon, on peut se prospecter, mais s'il faut des moyens, pour se rencontrer, pour échanger, mettre les choses au point. Mais si nous, on peut pas bouger parce qu'on n'a pas les moyens, et eux ils peuvent pas bouger parce que la situation est difficile, et qu'il y a des risques à venir, bah vous voyez, c'est difficile de se rencontrer. Voilà.

Et avec les hôpitaux africains ?

Pr. B. Bon, avec les hôpitaux africains, nous avons des relations informelles. Y a ce qu'on appelle le RESHAOC : le réseau des hôpitaux d'Afrique et de l'Océanie et. Et ça fonctionne. C'est tous les hôpitaux qui fonctionnent ensemble, il y a des collaborations, des colloques régulièrement qui ont que... Mais on veut aller au-delà du RESHAOC pour nouer des relations avec des hôpitaux particulier qui peuvent nous apporter quelque chose et nous aussi auquel on peut leur apporter quelque chose. Par exemple avec le Congo Brazzaville, où j'ai mon ami qui est à l'hôpital avec qui j'ai lancé la procédure pour voir si une collaboration est possible, au-delà du RESHAOC.

Quand vous dites informel c'est parce qu'il n'y a pas de conventions ?

Pr. B. : Voilà, il y a pas de conventions de jumelage établies. Mais y a des échanges au niveau des formations, au niveau du personnel, au niveau des gens d'expérience, mais c'est pas sur convention.

RESHOC a tenu son congrès ici, y a deux ans. Après c'était au Maroc, à Marrakech, ça regroupe tous les hôpitaux d'Afrique et de l'Océan Indien.

Et le CHU, là, il a des relations informelles avec quels hôpitaux ?

Pr. B. : Le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Niger, le Togo, les voisins quoi. Mais même avec le Maroc, Marrakech. Mais comme je vous l'ai dit, c'est, cette direction de la coopération est embryonnaire en tant que telle et elle est partie de situations qu'on a pas voulu qui font que... son développement, sa mise en place a du mal à se faire. Son envol prend du retard. Pour le volet recherche, on a créé une commission pour recevoir les projets de recherche dans l'hôpital, pour choisir avec le budget qu'on a, le projet qu'on allait financer. Mais le budget qui était alloué à la recherche, avec les événements qu'il y eu, ça a été bloqué. Donc on a perdu ce budget-là.

Et même si vous faites pression auprès du DG ?

Pr. B. : Le DG, ne peut rien. Il reçoit le budget qu'on lui donne.

Et le Ministère de la Santé ?

Pr. B. : C'est pareil. Le Ministère de la Santé a le budget qu'on lui donne, vous voyez. Ici, le problème, le solde budgétaire se fait au niveau du Ministère des Finances, on dépend d'eux. Plusieurs on voté des projets qu'on a mis en route, et au moment de l'application, le Ministère des Finances dit « On peut plus donner d'argent ». Je vais vous dire, en 2014, c'est ça en 2014,

au dernier trimestre, avant que le gouvernement ne tombe, y a eu, on devait recevoir 500 millions, l'Etat devait donner 500 millions de francs CFA à cet hôpital. Et ça a été retiré. Et ça c'est douloureux, au niveau de l'approvisionnement des médicaments et tout, c'est douloureux. On vous retire ça au dernier trimestre, vous faites comment ? Vous avez beau expliquer au Ministère des Finances, lui écrire, vous faire représenter par le Ministère de la Santé, mais Monsieur le Ministre des finances est raide. Je fais avec ce que j'ai
2015, on a retiré à l'hôpital Yalgado, 2 milliards de francs CFA. Tout ce qui a été projeté, on va devoir revoir tout ça, et surtout payer les employés. Et quand c'est comme ça, les voyages, les... tout ce qui est pas utile entre guillemets dans l'immédiat, on privilégie d'abord la fourniture des médicaments, des salaires et autres. Au conseil d'administration, on fait un plaidoyer, j'ai écrit au Ministère des finances, on s'est déplacé, pour expliquer vraiment la situation critique de l'hôpital. Le financier vous répond : « On peut pas dépenser ce qu'on n'a pas. ». Là vous comprenez que tous les projets, ceux qui voulaient importer du matériel ou autre, tout ça, ça ralenti. Le Ministère des finances est obligé de...

Deuxième interruption par un collègue. Après plusieurs minutes, nous reprenons l'entretien.

Ce service a une coopération ?

Pr. B. : Oui, ce service a une coopération avec Rabat au Maroc.

Une coopération informelle ?

Pr. B. : Oui, informelle. Voyez-vous, ce service a été créé par l'OMGE. *Inaudible 28 min.* Ce sont eux qui ont créé ce service, qui ont fourni le matériel, qui ont fourni l'équipement.

Depuis combien de temps ?

Pr. B. : Depuis 2006.

Et avant, vous travaillez où ?

Pr. B. : Non, mais avant c'était pas un service à part, c'était intégré dans la gastroentérologie. Maintenant on a créé un centre d'endoscopie. On fait aussi des formations pointues dans ce domaine. Le but, c'était de créer un lieu de référence. On se forme. Par exemple, chaque année j'envoie chaque année des étudiants à Rabat, pour se former, et après ils reviennent.

Ils partent combien de temps ?

Pr. B. : Ils partent avec une bourse pour deux semaines. Pour deux semaines pour se former, dans des domaines bien précis.

Et vous, vous recevez des étudiants marocains ?

Pr. B. : Non, marocains, pas encore. Nous recevons des étudiants venant d'ailleurs, d'autres pays africains le Congo Brazzaville. Nous avons aussi du Bénin, du Togo. Voilà. Et nous devons recevoir plus que ça, mais y a eu des interférences qui fait que ça n'a pas marché. Et ce qui était prévu au départ n'a pas été vraiment mis en place comme il se doit pour des contingences qui ne dépendent pas tous de nous.

Quand vous envoyez les étudiants se former à Rabat, c'est par manque de moyens ici ?

Pr. B. : Non parce qu'eux même... Quand ils vont à Rabat, ils vont rencontrer des experts venant d'Europe et d'ailleurs qui viennent pour des choses précises.

Comme quoi par exemple ?

Pr. B. : L'endoscopie thérapeutique. Ce sont des gestes précis qu'il faut aller apprendre.

Vous, vous ne pouvez pas l'enseigner ici ?

Pr. B. : Il faut le matériel. Nous nous sommes déjà formés à ces choses, mais maintenant pour la mise en application, pour la pratique, ils vont là-bas. Moi-même, je suis allé là-bas. Ce sont des experts de renommés mondiaux qui vont là-bas. C'est fait pour former les gens de la région.

Vous connaissez le budget de votre département, de la direction de la coopération ?

Pr. B. : *Rires.* Y a pas de budget.

Ce que vous dépensez en tout.

Pr. B. : Oh, ça, c'est en fonction de... On fait en moyenne deux voyages par an. Avec l'accord du Ministère de la Santé. Donc quand on se déplace, avec le DG, puis les chef de service, des praticiens, moi. C'est selon la nature du déplacement, de la coopération. Mais le noyau, c'est nous trois : le DG, *inaudible 32 min.* moi. Mais ça dépend des ressources. parfois on veut amener plus de personnes, mais si le ministère de la Santé va arbitrer, on ne peut. Parce qu'on estime que quand vous allez échanger avec un hôpital dans un domaine donné, on estime que les praticiens doivent être là pour échanger avec les collègues. C'est mieux que nous qui englobons tout. Voilà, donc quand la personne est là, c'est fluide. Ils rencontrent ses collègues, ils discutent. C'est mieux car ça permet de solidifier la coopération, de l'orienter en fonction des besoins de chacun, de coucher les conventions sur papiers.

Merci pour votre temps, je pense avoir posé les questions que je voulais.

Pr. B. : Je vous remercie de *inaudible 33min.* Je suis désolé de devoir la quitter sans la voir s'épanouir comme je le voulais quand j'arrivais. J'avis en tête un projet bien ficelé, mais nous avons du revoir nos ambitions à la baisse. Nos hôpitaux ne sont pas aussi autonomes. Il y a une bonne part du budget qui vient de l'Etat, et quand c'est comme ça, vous subissez le cours des événements. Si l'hôpital s'autofinçait, il n'y aurait pas besoin de tout ça.

C'est rare en général.

Pr. B. : Mais en Afrique nous avons encore plus la main dans la bouche de l'Etat. Parce que non seulement l'argent vient de là-bas et non seulement, nous sommes obligés d'avoir leur accord pour tout, pour pouvoir bouger, il faut qu'ils vous donnent un ordre de mission, le budget que vous allez dépenser, c'est discuter, le temps que vous allez passé là-bas, c'est géré là-bas. Les financiers, en tout cas, sont rigides, sont rigides. Par exemple, une fois qu'on va en France, si on peut après avoir fini, aller là dans la même lancer, c'est mieux que revenir pour repartir. C'est un gain d'argent, ça permet d'aller plus vite, de gagner sur tous les plans. Parce que quand vous revenez, vous êtes pas sûr de pouvoir repartir dans l'immédiat, sans cet accord, sans l'autorisation de l'Etat.

Vous êtes présent dans chacune des délégations.

Pr. B. : Oui. Il faut que je sois là. Je suis toujours là. Entre ma discipline, où on a des rencontres assez régulière, et comme je sui seul, si j'avais des adjoints, je pourrais déléguer. Donc c'est pas facile.

Dans le service, vous déléguez ?

Pr. B. : Oui. J'ai des personnes.

Il y a combien de médecins ?

Pr. B. : Pour ceux qui font l'endoscopie, ils sont quatre ici. On a des spécialistes aussi qu'on forme en quatrième année. Donc quand je suis pas là, ça tourne. Mais bon, si j'avais des adjoints comme c'était prévu... Même l'année dernière, ils allaient recruter des adjoints, mais ça ne s'est pas fait. C'est pas concevable que je sois seul, avec tout le boulot qu'y a à faire. Je dois faire le travail du service et de la direction... Vous voyez c'est pas évident, c'est pas évident. J'espère que celui qui va prendre ma place va réussir à élargir l'action. Nous avons été, bon le DG a été recruté avec un projet, et dans ce projet y avait beaucoup de choses sur la coopération. Il est évalué également sur ce qu'il a pu mettre en place et comment les choses ont évalué. Mais quand c'est comme ça, le volet recherche et le volet coopération est mis au bord du route. On privilégie le soins et ça se comprend. Enfin voilà. *Il baisse la voix.* On fait avec. C'est pas les idées qui manquent, c'est pas l'envie qui manque, mais il y a une odeur qu'on apprend à gérer. *En murmurant.* C'est pas évident.

Il faut espérer que ça aille en s'arrangeant.

Pr. B. : Oui. J'espère bien. Bon j'espère que les choses vont au moins reprendre comme il se doit, pour que je puisse terminer l'année avec tous les projets qu'on a mis en route et qui attendent la finalisation. Tel que Dijon, tel que la Chine surtout, tout est prêt, il reste à signer. Le projet sont là, l'argent pourrait être disponible, les plans sont là. Il reste plus qu'à y aller. pour la signature. J'espère que d'ici là, ça pourrait se faire. Vous savez, pour la Chine, si je vous dis qu'on avait même pris les billets d'avions et tout. On devait commencer le centre depuis octobre passé.

Il n'y a pas de centres de cancérologie encore ?

Pr. B. : Non. Et puis, le trauma center qui est très utile pour le Burkina. Des traumatisés, il y a en a beaucoup. Donc, les chinois veulent financer. Nous, en tant qu'individu je préfère la relation avec Taïwan. Il vous donne une enveloppe, et c'est vous qui définissez ce que vous allez faire avec cet argent, comme priorités, comme propositions. Vous gérez tout. Vous envoyez vos projets, leurs techniciens étudient, donnent leur accord et ils financent. Vous n'avez plus qu'à le faire. Vous faites ce que vous voulez.

C'est pas le cas avec la Chine Populaire ?

Pr. B. : La Chine populaire, c'est eux qui décident et décrivent. Ils vous disent, vous voulez faire ça, vous prenez, si c'est ça vous prenez. Alors que l'autre, ils vous donnent une enveloppe et vous décidez.

Vous regardez des critères politiques pour décider de vos partenaires ?

Pr. G. : Des critères politiques ? Non.

Par exemple, si vous n'êtes pas d'accord avec la Chine, vous y allez tout de même ?

Pr. G. : Bon, nous, tous ceux avec qui ont peut travailler, qui peuvent nous apporter quelque chose à notre hôpital, la politique, on ne regarde pas. *Rires.* C'est l'efficacité de la coopération, ce qu'on y gagne, ce qu'on peut y gagner en matériel, en formation, en relations, en apport de connaissances. Mais le volet politique, non. Bon au niveau de l'Etat, comme c'est eux qui décident de nos sorties, s'ils veulent pas, bon...

Et à part la Chine populaire, les autres pays vous laissent libre de vos choix ?

Pr. B. : Avec les autres pays, on se rencontre, on discute, on dit ce qu'on veut, eux voient ce qu'ils peuvent offrir, ce qu'ils peuvent faire. Et puis, on discute. Voilà. Mais ils font ce que vous voulez. Vous donnez vos besoins, eux ils vont voir leur offre et à partir de là, on essaye d'asseoir tout ça, d'assaut un plan d'action. Mais c'est vous qui développez ce que vous voulez. Il n'y a pas de coopérations étouffantes, que vous subissez? Non. C'est d'un commun accord.

Nous recevons aussi des étudiants d'Europe, chaque année. Tout le temps. Principalement de Belgique.

Ils font un stage...

Pr. B. : Vous savez, nous recevons beaucoup d'étudiants européens parce que la médecine qu'ils viennent apprendre ici, c'est entre guillemets de la médecine de guerre, dans des conditions très difficiles. Et comment se débrouiller dans des conditions difficiles, poser des actes, a pathologie qui est différentes et tout. Ils viennent s'enrichir en voyant d'autres contextes de travail, en voyant d'autres environnements, ils se font une idée beaucoup plus précise de ce que peut être la médecine dans d'autres pays. Et également, ça leur permet de poser des actes qu'ils ne peuvent pas poser en Europe à cause du niveau. Certains actes qui ne sont pas autorisés selon les niveaux. Par exemple, la ponction lombaire pour la méningite, dans certains pays où il y a beaucoup de méningite, c'est cyclique. Mais comme on peut pas avoir de médecins partout pour faire des ponctions, on délègue la tâche aux infirmiers. Alors que dans certains pays, les infirmiers font pas ça, c'est réservé aux médecins. Ici, vu le nombre, on s'adapte, voyez-vous, on s'adapte et on trouve les moyens de faire autrement. Donc quand ils viennent, ils profitent pour poser des actes qu'ils pourraient pas poser ailleurs.

Vous recevez plusieurs étudiants...

Pr. B. : Oui, oui. La direction reçoit les demandes qui me les envoie pour avis. Moi, je dois donner un avis motivé. Je propose une réponse. Si le DG est d'accord, il signe.

Donc ma candidature est passée entre vos mains ?

Pr. B. : Oui, c'est passé par-là. On évite les touristes en fait. Parce qu'il y a beaucoup de touristes aussi.

C'est-à-dire ?

Pr. B. : Y a des gens qui viennent pour deux semaines comme ça. Ils tournent, ils ne font rien.

Deux semaines, ils viennent et s'en vont ?

Pr. B. : Oui. Ils se consacrent pas à l'hôpital. Donc c'est juste pour tourner et repartir. Nous on évite ça. Il faut au minimum un stage d'un mois. Sinon, certains font deux mois, trois mois voire six mois. Les belges et autres, ils viennent parfois pour une longue durée. Il y a ce champ en médecine comme le nôtre, limité, c'est comme il faisait en Europe il y a longtemps. Et au jour d'aujourd'hui, ils ont oublié cet aspect là de la médecine où il faut écouter le patient, l'examiner patiemment, et hacher ses examens parce qu'il y a un problème budgétaire, et être sûr de, enfin mettre toutes ses chances pour trouver la pathologie si jamais... On est plus pointilleux quant à la inaudible. 45min parce qu'on sait que ça coûte de l'argent. Par exemple, la Sécu en France permet de faire beaucoup de choses, même s'il y a un déficit. Donc tu es obligé de hiérarchiser, de limiter les dépenses parce qu'on paye de sa poche. Donc ça incite à beaucoup de sérologie, de clinique. Ce côté là, on a perdu en Europe parce que les moyens sont là. Même nos collègues là-bas se rendent compte que certains sont... Du coup, ici tu apprends à être efficace avec peu de

moyens. Là-bas, tu fais juste les examens, ça va plus vite. Là, tu es obligé de tenir compte du patient et de ses moyens. Parce que si vous demandez un paquet d'examen qu'il ne pourra pas faire, ça sert à rien. Il va rentrer chez lui sans que vous n'avez pu rien faire. Donc il faut tenir compte de sa poche, allez à l'essentiel. Donc ça nous amène à privilégier la clinique te à être très peu para-clinique dans la mesure du possible. Y a des moments où on peut pas mais dans la limite du possible. Et à avoir des... Comment on appelle ça, le mot m'échappe... Qui permettent de gérer la situation, avoir des comportements, voilà, si ça c'est positif, ça c'est négatif, comment tu peux faire ? Je trouve pas le mot... Silence; Donc à fonctionner comme ça le plus souvent, au maximum Et en essayant toujours de réfléchir beaucoup. En essayant de poser un diagnostic le plus proche de la réalité. Mais ce qui est as facile, parce que bon... il faut plus de budget à côté. Le SMIC ici est à 32 000 francs CFA, à peu près 50 euros. Si vous demandez un scanner à quelqu'un, le scanner ici c'est 60 000 francs CFA.

60 000 francs ?

Pr. B. : Ça dépend, y en a sans injection c'est 40 000 francs. Si on injecte, c'est 60 000 francs, ça fait à peu près 100 euros. Si vous demandez ça à un patient, et qu'en plus il a une femme, des enfants, bon vous voyez que c'est pas possible.

Et l'Etat n'est pas près de revenir sur la gratuité des soins ?

Pr. B. : Non, la gratuité des soins est actuellement accordée pour les urgences, bon elle a été revue pour les urgences. Mais il faut que quelqu'un paye. Il faut pour les urgences un tiers payant, parce que bon... Vous voyez tout ça ce sont des contextes qui fait que le médecin est pris dans des dilemmes. Et ce n'est pas le plus facile à faire, même pour votre conscience, votre moral. Vous savez ce qu'il faut, mais il n'a pas les moyens, qu'est-ce que vous faites ?

Et vous faites comment ?

Pr. B. : *D'une voix basse.* Bah... On réfléchit, on essaye de trouver des solutions, on essaye d'aller voir d'autres médecins pour avoir des échantillons de médicaments. Pour aider, on doit parfois plaider au niveau du service social, ou donner de l'argent pour ceux qui n'ont pas les moyens. Voir aussi le DG pour une réduction des prix pour des malades qui sont dans un dénuement total. Donc tout ça, c'est un combat quotidien, qui nous amène à développer des initiatives, à essayer de gérer, euh, de gérer tout ça. C'est vraiment pas facile. Mais bon, faut essayer de s'adapter à son contexte et de faire avec le peu de moyens qu'on a. *Silence.*

Donc l'environnement c'est... Vous savez quand on envoie des stagiaires en France ou ailleurs, il y a ce qu'on appelle le syndrome de l'ancien stagiaire. *Rires.* Quant il revient de là-bas, il a ses habitudes, et il oublie qu'il change de contexte, d'environnement et il demande pas mal de choses qui ne sont pas réalisables. Vous voyez. Il faut qu'il se rappelle qu'il a changé de contexte, d'environnement. Il n'est plus là-bas. Faut s'adapter aux couleurs locales.

Du coup, est-ce que ça a une utilité qu'il aille là-bas, apprendre tous ces gestes qu'il ne pourra pas mettre en place ?

Pr. B. : Bon, vous savez, il ne faut pas mettre la charrette avant les boeufs. Quand vous avez des gens avec des compétences, vous pouvez plaider pour avoir du matériel. Tandis que si vous plaidez sans avoir la compétence, ça marche pas. Quand il y a quelqu'un qui est là, qui a été formé pour ça, vous pouvez avancé l'argument de la formation pour obtenir ce que vous voulez. Mais le contraire, c'est pas évident, ça sert à rien, ça sert à rien. Donc, les hommes d'abord, les machines après. Tant que vous avez des hommes... Après sur le plan financier, il faut hiérarchise. Donc on forme d'abord les hommes, et les machines viennent après. Voilà, c'est

comme ça. Mais comme vous savez, nous avons des *inaudible 52min30* dans nos pays là. Parce que parfois quand vous parlez avec les financiers, ils vont vous dire « c'est bien ce que vous dites, mais ceux qui sont entrés dans mon bureau ce matin m'ont aussi présenté leurs priorités ». Y a des écoles où il faut tout refaire, le toit, les salles. Chacun a ses urgences. Donc il faut arbitrer. C'est pas toujours évident. C'est ce que je rapproche aussi parce que quand on dit nous que c'est urgent, mai les autres, on fait quoi pour les autres ? Quand tout est prioritaire, il faut pouvoir choisir. Mais parfois c'est difficile de comprendre. Si on vous dit que dans le village y a pas d'eau, qu'il faut faire un forage ou encore que la femme pour accoucher doit faire 50 kilomètres pour accoucher, et donc qu'il faut mettre une maternité à côté, bon bah la machine peut attendre à côté, c'est ce qu'on vous dit. Vous comprenez ? Je peux comprendre que c'est plus urgent. Mais parfois je peux taper du poing sur la table et dire « Mais pensez à moi ». C'est un... Ce sont des échanges permanents, ce sont des discussions permanent, ce sont des compromis permanents. Voilà.

Silence.

Depuis combien de temps vous êtes ici ?

Pr. B. Hum, ça fait...

De nouveau une interruption de plusieurs minutes par un collègue du service.

Pr. B. : Je dois être là depuis, une trentaine d'années.

Vous avez vu la situation évoluer ?

Pr. B. : Oui quand même, je l'ai vu évolué. Quand je suis arrivé ici à l'hôpital, il y a 23 ans, c'était pas comme ça. Ça a beaucoup évolué dans les compétences. Beaucoup de gens ont été formés, sont devenus compétents dans des domaines divers. l'hôpital est à présent presque géré à 100% par des burkinabés. Avant, y avait beaucoup de coopérants, surtout français.

Presque 100%, donc il y a encore des étrangers ?

Pr. B. : Il reste des cubains.

Des cubains ? Qu'est-ce qu'ils font ?

Pr. B. : Bon c'est difficile. Quand leur pays leur envoie, mais comme ils comprennent pas la langue, donc c'est compliqué. Ils mettent du temps à s'habituer à la langue. Ils sont en neuro et en néphro.

Donc vous avez une coopération avec Cuba ?

Pr. B. : C'est depuis la révolution en 83. Ils ont établi une coopération avec Cuba. Donc Cuba envoie des médecins ici.

Et ils sont dans la gestion de l'hôpital ?

Pr. B. : Non. C'est juste dans ces services. La gestion c'est 100% burkinabé.

Et avant ?

Pr. B. : Principalement des français qui sont repartis progressivement. De même, les chefs de service français, ils se sont retirés. Leurs contrats étaient terminés, on n'a pas renouvelé parce qu'on avait des gens compétents pour gérer.

Dans quels services ?

Pr. B. : ORL, en gastro même, médecine interne, psychiatrie aussi. Et même en chirurgie. Cet hôpital a été dirigé pendant longtemps par des français, y compris dans les directions, y avait beaucoup de coopérants. Mais au fur et à mesure, les contrats n'ont pas été renouvelés, parce qu'il y avait des gens compétents pour prendre le relai. Donc ça, ça a beaucoup évolué pour cet hôpital. Donc, ça a évolué, même au niveau du matériel, ça beaucoup changé ici. Pour ceux qui sont arrivés au moment où il y avait pas grand chose, on a vu les choses se mettre en place petit à petit. Là, au moins, il faut reconnaître que ça a beaucoup évolué. Ça aurait pu être meilleur, mais bon. L'hôpital existe depuis 58, ça va faire 58 ans. Y a eu des bâtiments qui ont été ajoutés par-ci par-là. Mais on peut pas faire du nouveau avec de l'ancien. C'est pour ça qu'y a un projet sur un nouvel hôpital Yalgado où on va reconstruire sur la route de Ouahigouya, un nouvel hôpital. Parce que celui-là est dépassé, complètement dépassé. Donc voilà. Si vous prenez Blaise Compaoré, c'est autre chose. C'est un hôpital moderne, construits avec tous les équipements moderne. Cet hôpital-là, bon on essaye de le faire fonctionner. Et il y a eu des inondations dont on a pâti. Le barrage a rompu et on a été inondé. L'eau est montée jusque-là. Beaucoup d'instruments sont partis comme ça. Et l'hôpital a mis beaucoup de temps pour se retrouver. Et ça, ça nous a aussi freinés.

C'était quand les inondations déjà ?

Pr. B. : En 2009, ça fait sept ans. On a mis du temps à se retrouver. Y a eu un projet du deuxième pôle *inaudible 1h*, mais c'est pas finit, y a eu des remises en causes.

Une nouvelle interruption par un membre du service. Ils discutent quelques instants.

Pr. B. : Sur ça l'hôpital a évolué. Même la gestion a beaucoup changé.

Vers le mieux ?

Pr. B. : Vers le mieux. Parce que avant c'étaient des gens nommés par le gouvernement. Et maintenant c'est par des candidatures. Une fois les candidatures posées, il y des projets, une commission se réunit indépendamment, et après on choisit en fonction du projet. C'est pas en fonction de critères politiques ou autres. Maintenant, chaque année le DG est évalué, et si ça marche pas, on le remercie au bout de trois ans. Dans ces conditions, forcément vous devez travailler, être efficace. Au niveau du management, il faut des idées, des plans à mettre en oeuvre. C'est un mieux pour l'hôpital. Donc voilà, vers le mieux. C'est légitime. Chacun porte ses projets. On se donne à fond et après si ça marche pas, bah c'est pas faute d'avoir essayer. au moins Après y a des facteurs socio-économique, culturelle et autres qui font que... C'est difficile, c'est difficile. *Réponse dite d'un ton lasse.*

J'espère que ça fonctionnera.

Pr. B. : *Lasse.* C'est notre souhait aussi, c'est notre souhait. Mais bon, espérons que les choses se passent et qu'il n'y ait plus de contingences extérieures qui nous amènent à, qui nous plombent. Y a déjà eu les élections, le coup d'Etat manqué, les attaques terroristes. Et là, on tire de l'argent pour soigner gratuitement. Mais faut rembourser après, c'est ça tout le problème. Les gens débarquent, vous devez gérer, vous puisez dans vos réserves, mais il faut bien que quelqu'un rembourse. C'est ça le problème, ça aussi ça plombe l'activité. Vous ne pouvez pas demander à quelqu'un qui arrive dans ces conditions de payer quelque chose. Voilà. Ça plombe. C'est difficile. Tout le monde débarque ici, il faut agir, et en attendant vous devez prendre dans vos réserves pour gérer, c'est pas évident. Pour les inondations, quand les gens ont voulu gérer, il

a fallu prendre dans le budget de l'hôpital, ça plombe encore plus pour les activités. C'est un rééquilibrage permanent. Les gens qui sont là, ne comprennent pas ce qu'il se passe, ils vous jugent tout de suite. Il faut tout le temps revoir le budget. *Silence*. C'est comme le... Vous roulez avec votre pierre en haut de la montagne. Arrivé en haut, vous redescendez avec. Il faut faire avec. Mais c'est fatigant. C'est fatigant pour les nerfs, c'est fatigant pour les nerfs.

Vous n'avez pas trouver un moyen pour décompressé ?

Pr. B. : Oui, mais pendant que vous décompressez, y a un autre évènement qui vient. *Rires*. Vous jamais le temps de récupérer, jamais vous ne pouvez récupérer. Et y a rien de plus pesant que des projets que vous lancez et que tout d'un coup vous retournez en arrière. Y a rien de plus pesant pour les nerfs, pour le moral.

Vous faites comment pour tenir ?

Pr. B. : Il faut se motiver. Se motiver tout le temps, mais c'est pas évident.

Apparemment la bonne humeur est indispensable ici (allusion à une affiche postée à sa porte de bureau).

Pr. B. : *Rires*. C'est pas toujours le cas, mais on essaye. Il faut tenter d'être optimiste. Mais voilà. Quand ça dépend de vous, ça peut aller, c'est plus facile. Mais quand c'est des contingences qui vous échappent, bon c'est difficile. Mais au moins on a essayé. Mais au bilan, quand vous faites le bilan, vous voyez. Il y a une forme de frustration, forcément. Il faut avoir vécu ça pour comprendre beaucoup de choses. Il faut toujours recommencer, aller voir l'administration... Quand vous êtes pas en mesure de disposer d'un budget à 100% sûr pour terminer l'année, vous comprenez que vous devez avancer doucement. Et encore, vous avancez, puis après vous devez freiner. Parfois, on lance des appels d'offre pour du matériel, après les choses viennent et quand ça arrive on ne peut pas payer le fournisseur. Vous faites comment dans ces cas-là ? Vous voyez, c'est pas évident.

Long silence.

Merci pour votre temps. Merci pour l'entretien

Dr. P. : Vous avez surtout appris de nos douleurs. *Rires*.

Qui révèlent beaucoup de choses.

Pr. B. : *Silence*. On se demande souvent « A quoi bon ? ».

Comme vous l'avez dit, il y a des améliorations.

Pr. B. : Oui, mais c'est noyé. On aurait bien voulu faire autre chose. Je vous assure que si je pouvais prévoir que ça se passerait comme ça, je me serais pas engagé.

En tant que médecin ou dans la direction de la coopération ?

Pr. B. : Dans le département de coopération. Parce que bon, quand vous avez vos projets, vous avez tout, et qu'il y a des douleurs, que ça retardent toujours. Je ne me serai jamais imaginé que j'allais me retrouver tout seul pendant quatre ans et demi. Nan, ça ne devait pas se passer comme ça. Parce que la bonne volonté est là, mais je ne peux pas. Il y a trop d'impossibilités.

Il vous reste combien de temps à travailler dans le service ?

Pr. B. : Pour la retraite, il me reste sept ans. Avec l'enseignement supérieur, j'ai gagné quelques années, voilà. Mais bon.

J'arrête l'enregistrement pensant que l'entrevue est terminée. Nous poursuivons la discussion sur les actes terroristes au Burkina et en France, la réaction des délégations étrangères face à cela. Cela ne dure que quelques minutes, qui n'ont pas été enregistrées.

Fin de l'entretien.

Entretien avec l'attaché de santé Abdel, actuellement en stage à l'EPS de Ville Evrard, dans le service d'addictologie. Il se déroule le 26 mai 2016, dans son bureau à l'hôpital. Un nouveau rendez-vous est pris pour le 30 mai, suite à l'interruption du premier entretien pour des raisons personnelles.

Premier entretien, durée : 1h.

Si vous pouviez juste me dire ce que vous faites en France ?

Abdel : Oui. je fais un stage en addictologie, avec un DU. Un stage pratique à l'EPS de Ville Evrard sur dix mois, qui se fait concomitamment avec un DU en addicto à l'Université de Paris 7.

Le DU, c'est des cours toutes les semaines ?

Abdel : Non, non. Ce sont des cours qui sont étalée sur trois sessions, sur trois semaines. Des sessions de 40h par trimestre, c'est ça.

Avec des examens à la fin ?

Abdel : Oui. Y a un examen écrit le 6 juin et un mémoire qui doit être déposé, mais pas soutenu, au plus tard le 15 septembre.

C'est ce fameux DU que vous avez dû financer.

Abdel : Oui.

Vous pouvez me rappeler le prix ?

Abdel : Le prix... Quant c'est une prise en charge personnel, c'est 1049 euros. En fait, c'est reparti en deux phases : y a l'inscription universitaire qui fait 300... Je dois avoir ça quelque part. (Il cherche dans son ordinateur). Ah voilà. L'inscription pédagogique plutôt fait 650 euros. Et puis les droits universitaires font 396 euros. Donc au total ça fait 1049 euros.

L'inscription au DU n'est pas du tout compris dans la coopération ?

Abdel : Et non. c'est ça au fait qui a un peu posé problème. Parce que dans la coopération, l'inscription dans le DU ne fait pas partie de la coopération au niveau de Ville Evrard Donc Ville Evrard ne prend pas ça en charge. Mais l'inscription au DU fait partie de la base du contrat avec l'hôpital Yalgado. Parce que la base même de la formation, c'est d'abord ça, le DU. On est parti sur ce constat là, que le DU devait être accompagné de stages pratiques. Mais je me suis rendu compte que dans la compréhension de la conception de l'hôpital c'est le contraire. C'est la pratique qui prend le pas sur la formation théorique.

Selon vous pourquoi ?

Abdel : Je sais pas. Pour moi, c'est un problème de connaissances de la réalité des choses, doublée d'une mauvaise foi. Y a une mauvaise foi flagrante. Parce qu'on n peut pas former quelqu'un sans quand même une base théorique. On peut pas dire qu'on va faire un stage de dix mois, dans un domaine précis, sans base théorique et puis dire qu'on est formé. C'est pas possible.

La reconnaissance par un diplôme pour vous, c'est important ?

Abdel : En fait... Non. Mais l'essentiel c'est qu'on allie les deux, la théorie et la pratique. C'est ça qui est important pour moi. Sinon, la reconnaissance par un diplôme, ou pas, ne change rien dans mes conditions... Comment on appelle ça... Qu'elles soient financières, sociales ou autres, ça ne

change strictement rien. Mais c'est surtout qu'on reconnaît que ce type de formation ne peut se faire en alliant la théorie à la pratique, sinon, on y arrivera pas.

Et l'addictologie, c'est...

Abdel : En fait, je suis venu à l'addictologie avant de venir à la santé mentale. Parce qu'au départ, je suis infirmier scolaire. Je sais pas si tu as eu l'occasion de visiter un peu Ouagadougou. Tu vas te rendre compte qu'il y a des établissements au centre ville. Et le plus grand établissement du centre ville, le lycée Philippe Zinda Kaboré de la ville de Ouagadougou, j'étais le responsable infirmier de ce lycée. Nous avons 67 classes, 6156 élèves, quand j'étais là-bas, de la 6ème à la terminale. Donc, très tôt, j'ai été confronté à ce type de problèmes-là. Les élèves de second cycle, même de premier cycle, il avait de la consommation de substances. Non seulement, y avait le tabac, mais aussi le cannabis, puis les amphétamines et même des anxiolytiques qu'ils prenaient au moment des examens. Donc j'ai été très vite confronté à cette problématique-là. Et j'avais commencé à m'intéresser à ce problème-là, voir quelles étaient les différentes approches thérapeutiques à mettre en place. Malheureusement, tu ne l'as pas vu, mais y avait dans le service un psychologue, Monsieur Bassolet, qui était très excellent. Je travaillais donc en collaboration avec lui avant même de travailler à l'hôpital. Donc j'envoyais mes patients le voir, pour des entretiens.

Psychologue dans le service de psy ?

Abdel : Oui. Dans le service. Mais il a pris sa retraite.

Donc avant, il y avait deux psychologues dans le service psy adulte ?

Abdel : Oui. C'était le plus ancien. Il avait une formation plus... Il avait des bagages plus lourds que le psy L. Il est venu même avant Ar. (prénom du professeur O.) dans le service. Par exemple lui, il venait jamais aux réunions du mercredi.

Pourquoi ?

Abdel : Il trouvait que c'était pas une bonne méthode. Il avait dit à Ar. qu'il ne participerait pas. Il trouvait que c'était pas clinique, que ça ne correspondait à rien du tout. Quel est le bienfait de faire venir le malade, son accompagnant devant tout le monde ? Lui, il trouvait que voilà, ça ne faisait pas du bien au malade et que ça n'apportait rien de plus à la prise en charge. Donc voilà, pour lui c'était folklorique. Donc il y allait pas. Mais c'est quelqu'un de très carré. Même quand il s'exprime, il s'exprime comme un français.

C'est quoi s'exprimer comme un français ?

Abdel : Comme des français. Vous savez quand les africains s'expriment en français c'est différent que quand il parle en africain. En fait, ça veut dire qu'il s'exprime sans accent, voilà. Exactement comme toi tu parles. *Rires.*

Même en France, nous avons nos accents.

Abdel : C'est vrai; c'est vrai.

Il a fait ses études en France ?

Abdel : Oui. C'est aussi quelqu'un qui refuse les récompenses. Quand il est parti à la retraite, on a voulu le décorer. Il a refusé. Il a toujours tout refusé, tout ce qui est décoration, nomination. C'est quelqu'un qui venait en vélo au service.

Effectivement ça c'est rare à Ouaga.

Abdel : Oui, oui. Il était comme ça. Il travaillait beaucoup. Par exemple c'est lui qui faisait... Même encore aujourd'hui, quand on a besoin de faire des tests de personnalité, c'est lui qui les fait. Actuellement il est dans le privé, il a ouvert son cabinet. Donc on envoie les patients chez lui parce que L. ne fait pas les tests de personnalité.

Il a quitté le service car il était à la retraite ?

Abdel : Oui. Il est parti à la retraite. Et après, il a ouvert son cabinet dans le privé.

Vous êtes resté combien de temps infirmier scolaire ?

Abdel : Cinq ans, si je me trompe pas. Cinq ans. On était une équipe de cinq infirmiers scolaires pour l'établissement. Moi, je coordonnais tout.

Qu'est-ce qui vous a amené à occuper ce poste ?

Abdel : Le poste d'infirmier scolaire ?

Oui.

Abdel : En fait, c'est, comment on appelle ça ? De fil en aiguille. Parce qu'avant j'étais dans le VIH. Je travaillais...

C'était votre premier poste en tant qu'infirmier ?

Abdel : Nan, pas du tout. Mon premier poste c'était à l'hôpital Yalgado, là où vous étiez. J'étais dans le service de neuro-chirurgie. J'ai bien aimé la neuro-chirurgie. Très bien parce que... Il faut dire qu'avant, quand j'ai terminé ma formation et que je commencé ma carrière en tant qu'infirmier d'Etat, je me suis réinscrit en deuxième année de médecine. Parce que tout mes amis... C'est paradoxal, parce que maintenant ça fait quelques années que j'ai H. et Mohammed comme ami (*deux attachés de santé dans le service de psy*). Tous mes amis c'est des médecins. Donc je m'étais réinscrit. Et j'avais comme projet, parce qu'à l'époque mon chef de service, c'était pas un burkinabé mais un algérien, d'aller en Algérie faire une formation complémentaire pour devenir neuro-chirurgien. Le projet c'était ça. Dès que j'ai commencé, j'ai été nommé responsable des hospitalisations du service de neuro-chirurgie. Et je m'entendais très bien avec le chef de service, l'algérien. Mais malheureusement les choses se sont passées autrement. On était deux. Y avait aussi un interne qui devait y aller. Les choses se sont passées bizarrement. Bon, puis il est parti, et voilà. Quand il est parti, à un certain moment je me suis dit bon... J'étais inscrit en deuxième année, mais si c'était pour continuer comme ça, ça m'intéressait pas. J'ai donc viré en socio.

En socio ?

Abdel : Oui, en socio. Parce que ça, ça m'intéressait plus. Voilà. Donc quand j'ai quitté...

Vous avez fait combien de temps ?

Abdel : La licence.

Pendant votre travail d'infirmier ?

Abdel : Oui ! En fait, tu comprends que chez nous, on le fait pas parce qu'on veut qu'il y ait un répondant financier, parce que ça change rien du tout à ce qu'on gagne. C'est pour nos connaissances personnelles. Parce que y a, il faut un certain niveau pour comprendre la société, ce qui se passe, des événements. Donc après trois, quatre ans, j'ai quitté la neuro-chirurgie. Et je suis allé au centre de traitement ambulatoire pour les malades du VIH.

Combien de temps ?

Abdel : Là aussi trois ans et demi.

Vous vous souvenez des années ?

Abdel : Oui. La neuro-chirurgie, de... En fait, j'ai fait une parenthèse de presque un an aussi. Parce que quand il est parti du service de neuro-chirurgie, je t'ai dit qu'y a eu des problèmes. Ils ont fermé le service presque pendant deux ans avant de le réouvrir. Donc de de février 96 à mai 99, j'étais en neuro-chirurgie. De juillet 99 à septembre 2000? j'ai fait la parenthèse en neurologie. Mais ça m'a pas plu. Et de septembre 2000 à octobre 2003, j'étais dans le service de VIH. C'était le premier centre organisé de prise en charge des malades du VIH.

C'était dans l'hôpital ?

Abdel : Non, c'était en dehors. C'est un centre autonome. C'est le centre de traitement ambulatoire, le CTA. C'est un projet financé par la croix rouge française. Donc, en fait, on a été recruté sous forme de concours et on fonctionnais un peu comme ici (en parlant de la France). Le matin, quand on arrivait, on devait noter notre heure d'arrivée. Quand on partait le soir, don devait noter l'heure aussi. Si tu dois t'absenter pour 24h, il fallait prévenir Paris la veille, pour justifier Et tous nos actes, quand tu fais un acte, tu dois en faire une copie qu'on envoyait à Paris. Et on avait une direction qui était bicéphale parce qu'on avait un français et un burkinabé qui co-dirigeait. Le français venait chaque trois mois pour faire des évaluations, voir comment les choses se passaient. JE suis resté là-bas jusqu'en 2004, c'est ça ? Oui, 2004. Donc j'ai fait trois-quatre ans.

Pourquoi être parti ?

Abdel : J'ai quitté le CTA parce que... *Pousse un soupir*. Parce que l'ambiance était lourde.

Avec les collègues ?

Abdel : Avec les partenaires français. J'ai jamais eu de problèmes avec mes collègues, mais avec les partenaires français, l'ambiance était très lourde.

C'est-à-dire ?

Abdel : Parce que, ils avaient des exigences qui faisait que l'Etat burkinabé n'acceptait pas.

Quelles exigences ?

Abdel : Ils avaient décidé par exemple que le burkinabé qui devait être le chef officiel du service devait être quelqu'un que eux avait choisi et que l'Etat burkinabé n'avait pas choisi. En fait, c'est une mécène, je la connais pas, mais elle est vachement riche. Elle est venue à deux reprises, et à chaque fois elle est escortée comme une chef d'Etat. C'est elle qui a financé tous les premiers CTA en Afrique. La première fois qu'elle est venue, on avait un interne. Et donc, dans la présentation du personnel, il s'est présenté. Et le lendemain, quand elle est revenue, elle a pas vu l'interne. Elle a demandé auprès de lui. Or, il se trouvait que sa femme était en travaille, elle devait accoucher. On lui a expliqué ça. Elle a dit « ok », et a demandé à être informée. Elle a décidé d'être la marraine de l'enfant de l'interne. Elle lui payé beaucoup de cadeaux. Même quand l'interne a soutenu sa thèse, elle lui a envoyé des présents. Et quand il a finit, il se trouve que le chef de service qui était là partait à l'OMS. Donc elle a exigé que ce soit l'interne qui soit nommé chef de service. L'Etat burkinabé a refusé. Elle dit si c'est pas lui, j'arrête mes financements.

Et du coup ?

Abdel : L'Etat burkinabé a tenu tête. Elle a arrêté les financements.

Pourquoi l'Etat burkinabé ne voulait pas ?

Abdel : Parce que ça ne cadrerait pas avec la façon dont on nommait les gens. Il avait pas l'ancienneté requise. Au Burkina, pour nommer quelqu'un quand tu finis ta formation, il faut d'abord déposer un dossier, être recruté, servir dans le rural. Et lui, du coup, il passait pas par les étapes. Et y avait déjà un médecin, une dame, que l'Etat burkinabé avait nommé. Donc elle a arrêté les financements. Du coup, les patients n'ont plus eu de traitements antiviraux à l'époque où un traitement coûtait 400 à 500 000 francs. Tout a été arrêté. L'Etat Burkinabé a du trouver des financements. Pour trouver un compromis, ils ont proposé que la dame vienne ici, pour voir si elle était à la hauteur, une formation d'un mis pour juger ses compétences. C'était une option, mais en réalité c'est un piège qu'on a tendu à l'Etat burkinabé. Quand elle est venue faire un stage d'un mois, ils ont conclu que le stage était non concluant. Donc du coup, elle pouvait pas diriger. Et comme l'Etat ne voulait pas nommer l'autre, ils ont décidé d'envoyer deux internes français pour chapoter l'équipe. Un couple. Ils sont venus et ça pas a été facile. Chaque jour c'était hyper compliqué. Ils étaient jeunes, ils avaient leur manière de fonctionner qui correspondaient pas avec comment les gens fonctionnaient chez nous.

Vous avez des exemples de confrontation ?

Abdel : Oui. Une des premières confrontations, ça a été le rôle des infirmiers. Ici, à la base, un infirmier d'Etat, c'est quelqu'un qui prescrit. Parce que quand tu prends notre organisation des soins, elle est pyramidale. A la base, tu as les centres de santé primaires. *Il fait un dessein en même temps*. Notre système à la base est comme ça. A la base, tu as le CSPS, centre de santé de promotion sociale. Après y a le CM, le centre médicale et parfois ça peut être le CMA, avec antennes chirurgicales. Puis le CHR, le centre hospitalier régional et enfin le CHU. Et là (en me montrant le CSPS), le responsable, c'est un infirmier d'Etat. Il reçoit les patients, les examine, met un traitement en place. Donc dans la formation des infirmiers au Burkina, il est formé pour être plus clinicien que dans les soins infirmiers. Donc quand ils sont venus, la façon de fonctionner du CTA, c'était pareil. Nous on recevait les patients en consultations.

Y avait combien de médecins ?

Abdel : Dans le CTA, y avait deux médecins, et nous on était trois infirmiers et deux attachés de santé.

Les médecins faisait quoi ?

Abdel : Des consultations aussi. On fonctionnait en binôme.

Du temps plein pour tout le monde ?

Abdel : Oui. Tu sais en Afrique, on fonctionne selon les programmes. C'était le moment où le programme Sida avait de l'importance, beaucoup de financements, donc tout le monde s'intéressait à ça. Les médecins étaient en train de donner des conférences un peu partout au Burkina. Y a eu la période palu, la période Sida... Donc c'était comme ça. Et ça, ça a été vraiment un premier choc pour eux. Deuxième choc, ils comprenaient pas que, dans notre manière de fonctionner, on demandait pas un certain nombre d'exams. Par exemple, on pouvait pas demander de scanner car y avait pas de scanner à Ouagadougou. Ou encore, quand il faut attendre 72h pour des résultats d'exams. Pour eux, c'était pas possible. Et même dans les rapports humains, tu vois, nous on est habitué à une forme de rapports qui font que quand quelqu'un est ton aîné, même quand il a un grade inférieur à toi, tu lui parles avec un certain respect, voilà. Tu arrondis les angles. Eu, ils étaient pas dans cette forme de fonctionnement, c'était carré « Faites comme, faites comme ci... ». Et par rapport au respect des heures, en Afrique, comme tu l'as constaté, le temps est relatif. Les gens viennent à 8h, 9h... L'heure d'arrivée c'est 7h30, si à 7h30 tu n'es pas là, il faut que tu

expliques. Chez eux, les événements sociaux ils comprennent pas. Tu as le mariage de l'enfant de ton cousin, des funérailles dans la famille, non, ça ne marche pas. Donc tout ça, tu vois, ça crée une ambiance lourde, qui faisait que bon... Moi, j'étais le premier à partir. J'ai préféré quitter. Et je suis allé directement à l'école. Au moins, là, j'avais une autonomie. Et c'est après ça que je suis venu en santé mentale.

Au lycée, vous avez fait six ans.

Abdel : Hum... Nan, j'ai pas fait six ans. Je suis arrivé en 2004, j'ai quitté en 2008.

Qu'est-ce qui vous a amené en santé mentale ?

Abdel : Je me suis toujours intéressé à la santé mentale.

C'est-à-dire ?

Abdel : Depuis que j'ai été stagiaire...

Stagiaire infirmier ?

Abdel : Oui. Quand nous on était stagiaire infirmier, parce que maintenant ça a changé, on deuxième et troisième année on faisait un stage en psy. Maintenant ce n'est qu'en troisième année. Mais en plus, on était pas nombreux, pas comme maintenant. Donc quand je l'ai fait, y avait toujours un encadreur qui venait. Ce que j'ai aimé c'est les débats qu'y avait entre les attachés de santé et les médecins. Y avait des débats houleux par rapport au diagnostic. Ar. n'était pas d'accord, mais les autres insistaient. Je comprenais que c'était plutôt un débat d'idées plutôt qu'un débat de personnes. Et ça, ça m'a plu parce que... C'est différent de ce qu'on me dit à l'école. Donc ça m'a toujours intéressé. Te si tu vérifie auprès de, je sais pas, auprès des anciens du service, ils te diront que j'ai pas fait le concours professionnel plus tôt parce que je voulais pas faire autre chose que la santé mentale. J'ai donc attendu pour être attaché de santé en santé mentale. Je m'intéressais pas aux autres filières. J'ai attendu pour ça, pour passer le concours en santé mentale.

Le concours n'a pas lieu tous les ans ?

Abdel : Non, ça dépend des années. Tu sais, moi je m'intéresse pas à tout ce qui est administratif, donc des fois je vois que j'ai dépassé la date limite de dépôt. Donc j'ai pas pu faire avant.

En quelle année vous avez passé le concours ?

Abdel : En 2008. Voilà, donc quand j'ai fini ma formation... Mais comme je te l'ai dit, je venais régulièrement dans le service. Des fois je venais suivre des formations. Je travaillais avec les gens de là-bas, le psy à qui j'envoyais mes élèves. Donc j'ai fini ma formation, et quand c'est terminé, j'ai été affecté à l'hôpital.

C'est vu qui avait choisi votre affectation ?

Abdel : Oui, oui. C'est par ordre de mérite. Y avait deux postes à Yalgado. Comme j'étais le premier, j'ai pris. H. qui me suivait a pris le second poste à Ouaga. Et puis les deux autres, on était cinq... Un est à Bobo, l'autre à Pô. Le dernier a été ajourné. C'est un concours qui est exigeant. Bon moi, j'ai eu de la chance, j'ai jamais été affecté en province, comme les H., les Mohammed qui eux ont fait de la province. Tous dans le service, personne n'est sorti et n'a fait que du Ouagadougou.

Pourquoi c'est une chance ?

Abdel : Peut-être que c'est psychologique. Je me vois pas exercé ailleurs qu'à Ouagadougou depuis que je suis entré en école de formation. J'ai toujours aimé ça, Ouagadougou.

Vous êtes né à Ouaga ?

Abdel : Oui. Je suis Ouagalais de naissance. *Rires*. Mais du coup, je suis pas qualifié pour travailler dans un CSPS. Par exemple, je travaille pas avec les génériques. J'ai jamais travaillé avec ça, je les connais même pas. Voilà.

Et quand vous êtes arrivé dans le service de psychiatrie, c'était comme vous l'imaginiez ?

Abdel : Oui. Parce que pendant la formation, elle se fait essentiellement dans le service. Donc y a pas de aisément Moi j'avais la chance, j'ai beaucoup de promotionnel qui était dans le service ou des gens avec qui j'ai déjà travaillé que ce soit en neurologie. Par exemple Mario, c'est mon promotionnel d'école d'Etat, Youssouf c'est mon promotionnel d'école d'Etat, Mohammed, c'est mon cadet d'école d'Etat, Nicolas, non seulement c'est mon cadet d'Ecole d'Etat, mais en plus on se connaît depuis le CP, on a grandi dans le même quartier. Madame G., elle est de la même promo que Mohammed et Nicolas, promo d'IDE, donc je connais Madame G. Marina, je la connais parce que, quand Marina quand elle est venue... Marina, c'est une des plus anciennes du service. Quand elle est venue pour faire sa formation d'attaché de santé en 1996, c'est la promotionnelle d'A.. Donc quand elle est venue dans le cadre de sa formation, elle est venue au CTA. C'était l'époque où y a avait une grande épidémie de méningite. On a travaillé ensemble pendant six mois. Donc tu vois, je connaissais quand même un peu tout se monde-là avant de venir. Madame B., je la connaissais aussi bien. Je connaissais peu la Majore. Ar. je le connaissais. Dr. C. je le connaissais avant qu'il ne soit psychiatre. Parce que lui, pendant que je travaillais en tant qu'infirmier au lycée, lui, il était médecin du district dont je dépendais Donc on travaillait ensemble déjà. Dr. G. je le connaissais parce qu'il était le médecin de l'infirmerie de la gendarmerie, et moi je logeais à la gendarmerie pendant que je faisais ma formation de base. Ou. je le connaissais aussi via le CTA parce qu'il était le premier secrétaire permanent du comité national de lutte contre le SIDA du avant de devenir le premier secrétaire général du Ministère pendant plus de dix ans. K., je le connais très bien depuis longtemps.

Dans quel cadre ?

Abdel : C'est plutôt associatif et politique. Donc tu vois, je connaissais presque tout le service, ce qui fait que naturelle quand je suis arrivé... Et comme j'étais le chef de classe de H., ça fait que... Nous on était, de toutes les promotions qui sont passés en psychiatrie, on était la plus soudée.

Vous êtes combien dans la promo ?

Abdel : On est cinq. A chaque fois. Avant, ils étaient dix, au temps de Yousouf, de Nicolas et même Mohammed, ils étaient dix.

Je pensais que Mohammed était votre promotionnel.

Abdel : Oh non. C'est un des plus anciens dans le service. Il a plus de dix ans en tant qu'attaché de santé en santé mentale. Il est avant Nicolas. C'était le chef de service de santé mentale à Pô, avant de revenir à Ouagadougou. A juste raison.

Pourquoi ?

Abdel : Il en avait marre de sa belle-famille qui le harcelait à tout moment. Parce qu'à Pô, son beau-père était un grand pasteur de l'Eglise évangéliste de Pô. Il avait 'impression que tout ce qu'il devait

faire était dicté par sa belle-famille, sa belle-mère, son beau-père. Ils étaient hyper-présents. Il est parti. Malheureusement ou heureusement pour lui, sa femme a tout fait pour le rejoindre l'année suivante à Ouagadougou. *Rires.*

Je pensais qu'il était venu avec sa femme.

Abdel : Ah non, non. Il était seul ici, il était tranquille. Il était vraiment content. *Rires.* Il était content. Sa femme travaille en banque, mais elle avait un poste qui faisait que c'était difficile pour elle de venir. Donc on était tranquille à Ouagadougou. On faisait la fête. Et le jour où elle a appelé Mohammed pour lui dire qu'elle venait à Ouagadougou, qu'elle a eu son affectation, c'était le deuil pour nous. Il était pas du tout content, il a déprimé ce jour-là. *Rires.* Il a vraiment déprimé. *Rires.*

C'est horrible pour elle.

Abdel : Pourquoi ?

La personne qu'on veut rejoindre, cherche à nous fuir.

Abdel : Il cherche pas à la fuir elle, mais sa belle-famille. Il sait que ça risque de reprendre comme avant. Il était vraiment embastillé avant. Il ne décidait de rien. Regarde, il avait acheté une moto à 1.5 millions de francs pour sa femme, et c'est sa belle-mère qui a récupéré. C'est normal ça ? Donc tu vois. Et quand y a quelque chose, on l'appelle, on lui dit qu'il faut faire comme ça. Et quand y a un malade, comme son beau-père est le patron de l'Eglise, il appelle Mohammed pour qu'il le voit et c'est Mohammed qui doit trouver les produits pour le malade. Il en avait marre. Et puis, il était inscrit en psycho, c'était mieux pour lui. On était vraiment tranquille. Mais le jour où elle a appelé pour dire qu'elle a eu son affectation, ouh là là, c'était pas la joie.

Et du coup, la coopération, vous en avez entendu parler quand ?

Abdel : Avec Ville Evrard ?

Oui.

Abdel : J'ai entendu parlé de la coopération quand le Dr. Y est venu. Mais je t'ai dit que je venais déjà au service. Donc quand Y. est venu, et après lui. Non, pardon, c'est pas Y. C'est Dr. C. Quand Dr. C. venait ici, et une année, quand il était en troisième année de DES, il est parti en France. Du coup, il venait plus au district, là où j'étais, et je savais pourquoi. Et puis, Ville Evrard a donné du matériel à l'hôpital aussi. Donc y avait des signes, on en entendait parler. Mais à vrai dire, moi ça ne m'a jamais intéressé. Pourquoi ça ne m'a jamais intéressé ? Parce que je me suis rendu compte que, paix ait son âme, Ouédraogo Jean-Paul, qui est venu avant moi faire la formation d'addicto, quand il est revenu, ça ne servait à rien pratiquement. Parce que quand il est revenu, on lui demandé de monter un projet, le professeur O. , lui a demandé ça pour qu'il puisse mettre en œuvre ce qu'il a appris. Il a monté le projet. Malheureusement, lui, il a vu grand. Pour lui, son projet c'était de créer un centre en-dehors de l'hôpital. Mais le professeur O. ne va jamais accepter ça. Pour quelqu'un qui veut contrôler tout, jamais il acceptera que toi tu aies un centre autonome et que tu fasses ce que tu veux. Mais comme c'est quelqu'un qui ne parle pas, il ne te dira jamais « non », il a pris le projet, la poser sur son bureau. Et Jean-Paul, qui lui aussi a sa personnalité, il s'est croisé les bras et ne faisait rien. Il venait quand il voulait dans le service, il restait là, ne faisait rien, puis au bout de quelques heures il repartait, allait à la buvette prendre sa bière. Le jour où tu le programmes à la garde, il vient à 17h, et il part à 19h en disant au stagiaire « Bon si y a un problème, voici mon numéro et tu m'appelles ». Voilà, il était comme ça. En fait, il était secrétaire général du syndicat des infirmiers, donc pratiquement intouchable. Donc il faisait ce qu'il voulait. Et moi, quand j'ai vu ça, je me suis dit « je n'aimerais pas finir dans ces conditions ». Parce que non seulement, eux quand il venait...

Il a fait un stage pratique comme vous actuellement ?

Abdel : Oui. Il a fait un DU. Mais par contre il était à Sainte- Anne, parce qu'à l'époque y avait pas encore un service d'addicto à Ville Evrard

C'était dans le cadre de la coopération ?

Abdel : Oui. Donc... Mais quand lui il venait, il avait un poste ici. Parce qu'à l'époque, on leur donnait un poste d'aide-soignant, même s'il exerçait pas en tant qu'aide-soignant. Ce qui leur permettait d'avoir un revenu mensuel qui correspondait au salaire des aides-soignants, même s'il devait aller ailleurs faire des stages, Ville Evrard les payait chaque mois. Après lui, il me semble, je sais pas ce qui s'est passé, qu'y a eu une loi pour le personnel paramédical, et ils ont supprimé ça. Voilà, ce que Ville Evrard peut offrir, c'est l'hébergement, la nourriture...

Vous savez quand est-ce que c'était supprimé ?

Abdel : C'est un truc avec Sarko, quand il était ministre. Je pense que c'est vers 2009.

2009, il était Président.

Abdel : Donc voilà, c'était pendant sa présidence. Donc quand ils ont supprimé, c'est là où les gens se sont trouvé dans une situation difficile. Celui qui devait venir, maintenant c'est l'hôpital burkinabé qui doit donner. Les anciens du service, ils ont bénéficié du salaire. Mais ça a été supprimé avec Ouédraogo Jean-Paul. Après lui, y a pas eu de stage de longues durées. Maximum, trois mois, comme ils font en pédopsy. Bon, quand c'est pour trois mois, c'est acceptable. A ce moment-là, l'hôpital leur donnait 100 000 francs CFA. Donc l'hôpital, pour trois mois, il leur remettait trois cents mille francs, ça fait 460 euros à peu près. Ils venaient, ils avaient le transport aller-retour. Voilà comme l'hôpital faisait. Mais il fallait des stages de longue durée. La première personne qui a eu de nouveau un stage de longue durée, c'est A. Le problème, c'est posé à partir d'elle. Elle, elle venait, l'hôpital avait décidé de faire 200 000 francs par moi. Et on lui a donné une avance d'un mois, en lui disant que dès qu'elle arrivait, on v atout faire pour qu'elle ait le reste. Les cours devaient commencer en septembre à l'école des cadres. Elle, elle est arrivée en octobre...

Je mets fin à l'entretien à ce moment-là pour des raisons personnelles.

Le second entretien eu lieu dans son bureau, le lundi 30 mai.

Durée : 2h20.

La dernière fois, on s'était arrêté sur les financements versés par l'hôpital.

Abdel : Oui. C'est vrai. Je pense qu'y a eu un changement de loi qui contraint plus les hôpitaux à payer leur stagiaire. La première personne à être venue après cela, c'est A. qui a été confrontée aux même difficultés que nous. Elle n'avait pas de prise en charge ici. En plus elle, elle était inscrite à l'école des cadres. Et comme je te l'expliquais la dernière fois ceux qui sont inscrits à l'école des cadres, c'est que... C'est une formation qui est contraignante parce qu'elle est très très prenante. Pendant un an vous avez des stages, des multitudes de rapports à remettre, vous avez au moins deux mémoires à remettre. Et à la fin, à la fin, vous avez aucune reconnaissance personnelle. Que ce soit ici, le diplôme de l'école des cadres, vous ne l'avez pas, vous avez une attestation, vous n'avez pas le droit au Master 1. Parce que vous suivez les cours autant ici qu'à l'Université comme auditeur libre. Donc ça veut dire qu'à l'Université vous n'êtes pas inscrit, et donc vous n'avez aucune reconnaissance. Vous repartez au Burkina, certes avec des connaissances mais avec une attestation. Et chez nus, l'attestation n'a aucune valeur.

Et s'il y avait un diplôme ça changerait ?

Abdel : Oui, ça changerait. C'est surtout que... Comme je te l'ai dit, avec diplôme ou sans diplôme, ça ne change rien par rapport à nos salaires là-bas. Mais avec un diplôme, ça te valorise plus. Ça fait que quand tu mène un certain nombre d'action, les gens sont obligés d'accepter parce que bon, tu as un bagage qui te permet de faire cela. Parce que nous, au Burkina, on fonctionne comme ça, selon ce code là, que tant que tu n'as pas ce diplôme, tu n'es pas qualifié pour faire cela. Ça c'est le fonctionnement de base du burkinabé. Donc, si tu n'as pas un diplôme en médecine, c'est que tu n'as pas le droit de discuter sur le diagnostic, sur un certain nombre de choses. Même si, on tord le coup à cela, en permettant notamment à l'infirmier du CSPS de faire le diagnostic, de faire la prescription. En fait, quand ça arrange l'Etat ou les autres, on ferme les yeux sur ça. Mais plus on progresse, on dit « non, non, ça c'est pas ton rôle, tu peux pas faire ça. ». Donc personnellement ce n'est pas valorisant. Donc c'est comme une double perte en venant ici. Non seulement tu es séparé de ta famille durant un an, tous tes projets sont en stand by parce que tu ne peux plus rien faire là-bas. Un an ici, tu es dans des conditions qui sont pas faciles. Et de surcroît, tu repars sans aucune valorisation personnelle; Sur le coup, tu peux l'accepter parce qu'y a la nouveauté, pour ceux qui viennent vraiment pour découvrir la France, ils sont contents. Donc sur le coup ils peuvent ne rien ressentir. Mais quand les gens repartent au Burkina, qu'ils arrivent sur place et qu'ils se rendent compte qu'ils sont venus, qu'ils ont fait un an et qu'au niveau de leurs activités quotidiennes rien n'a changé, y aucune valorisation sur le plan personnel, sur le plan financier, évidemment que les problèmes commencent à survenir. Parce qu'ils commencent à ne plus venir très tôt au service, ils commencent à ne plus avoir, comment je vais dire ça, de l'entrain pour le travail. Et les supérieurs qui ne comprennent pas ce fonctionnement, je sais pas s'ils le comprennent, et même s'ils le comprennent, ils te disent « nan », ils te ramènent à l'oreille que tu es allé en France. Parce que eux, ils fonctionnent comme ça, pour eux venir en France, c'est comme une récompense. C'est comme ça qu'ils fonctionnent : « voilà, on leur a permis de venir en France, et là, il ne fait rien, il est devenu une autre personne, il ne se donne plus... ».

Donc si j'ai bien compris, l'absence de gratification amène une forme de démotivation ?

Abdel : Pas seulement l'absence de gratification, mais de reconnaissance. Et, ça, ça se passe au retour. Quand tu repars, qu'est-ce qui se passe ? Tu trouves tes camarades... Je te donne un exemple : nous, nous sommes là pour un an, ça veut dire qu'on n'a pas la possibilité de participer à un concours professionnel durant cette année. Hier, oui je crois que c'était hier, les gens ont composé pour les concours professionnels. A supposé que toi, tu voulais faire un concours professionnel, tu ne peux pas. Tu repars, tu trouves que tes camarades qui ont passé le concours ont réussi. Eux, pendant que toi tu étais ici, eux vont réussir, ils progressent plus que toi, changent d'horizon. Toi, tu repars, tu es toujours au même niveau. Non seulement, eux ils ont une reconnaissance sur le plan, comment on appelle ça, la gratification financière, mais aussi personnelle, ils changent de catégories, et ce n'est plus les mêmes attributions. Donc tout ça, ça peut démotiver quelqu'un qui repart et qui se retrouve confronté à ça. Voilà. Parce qu'au préalable, aucun travail n'est fait à la préparation pour venir ici, aucun travail. On n'explique pas, comment on appelle ça ? C'est vrai que parfois les gens veulent venir ici. Je prends un exemple. Pour que Youssouf vienne ici, on a réuni tous les attachés de santé, on a dit qu'il y avait un poste et qu'on allait choisir quelqu'un. Et donc, comme je te l'ai dit, on fonctionne par ancienneté. Donc on demande à tout le monde de proposer quelqu'un. Donc on a dit de proposer. Les gens ont proposé. C'est moi qui ait proposé Youssouf. Un autre a proposé un autre nom. Et il fallait passer au vote. Et au vote, c'est Youssouf qui est passé. C'est lui qui a rapporté le plus de voix, donc il est venu. Pour moi, c'était le plus ancien. Et puis on sentait aussi que dans son fonctionnement, y avait une certaine forme de démotivation. On lui confiait aucune responsabilité, il n'est jamais parti en France.

Il dans le service depuis longtemps ?

Abdel : Hum... Je pense qu'il est dans le service depuis 2005. Donc lui, il s'est dit... Nan depuis 2003, il est dans le service. Donc, lui, il venait venir parce que pour lui c'était une forme de récompense des efforts qu'il fournissait. Si je prends un autre exemple, pour que moi je vienne ici, on n'a pas voté. Si tu te renseigne auprès de mes camarades, ils te diront, y a pas eu de vote. Ils ont organisé une réunion, et A. est rentrée pour dire que j'avais été retenu pour le stage en addictologie. C'était une information, pas de discussion.

Vous avez été désigné ?

Abdel : Voilà. Et ce jour-là, je sais qu'y a des gens qui ont été frustrés par cette manière de procéder. Pour eux, y a pas de raison qu'on ne fasse pas de vote.

Y a des rivalités entre ceux qui partent et ceux qui restent ?

Abdel : Oui, y a une forme, oui. En fait, tout ça c'est dans l'imaginaire des gens. Parce que pour les gens, venir en France, je sais pas, c'est comme le Saint Graal. Moi, j'ai jamais perçu ça comme ça.

Pourtant j'ai discuté avec des attachés de santé et...

Abdel : Mais tout ça c'est des histoires. Les gens vont te dire que... Y a des gens pour qui ça ne veut rien dire. Si je prends Nicolas, il s'en fout, ça lui dit absolument rien. Si tu prends Ibrahim, ça lui dit absolument rien. Si tu prends H., ça lui dit absolument rien. Mais à part ceux-là, tout le reste, ils sont intéressés à venir ici.

Mohammed ?

Abdel : Hyper intéressé ! Peut-être même que c'est lui qui doit venir ici quand on va partir. Donc... Mais tu sais qu'en parlant de Mohammed, ça crée une période de crise entre lui et moi. Et ça n'a pas été facile.

A cause de votre venue en France ?

Abdel : Justement. Parce que... Mohammed, ne comprenait pas pourquoi. Maintenant lui... Bon, je comprends, c'est aussi par rapport à son âge. J'essaye de comprendre comment les gens fonctionnent. Tu réagis parce que, parce que... Donc j'essaye de comprendre sa réaction. Il sait que je cours pas après les postes. On s'est expliqué. Et je lui ai dit que cette désignation me causait des problèmes, elle me crée des insomnies parce que vraiment... Pfff... Venir en France, pour moi... En fait, pour moi, me déplacer, mais même dans le Burkina, c'est tout un problème. J'aime pas les changements brusques. J'aime être dans mon milieu, que je maîtrise, bien organisé. Tu comprends, donc pour moi... *Rires.*

Pourquoi vous n'avez pas refusé ?

Abdel : Mais justement, j'ai refusé. On t'a pas parlé de ça ? J'ai refusé de venir... A cause de deux personnes que je suis là.

Qui sont ?

Abdel : Dr. G. C'est même lui qui m'a fait venir à Yalgado, H. et moi. Sinon, on n'allait pas venir à Yalgado .

Pourquoi ? Vous seriez allez où sinon ?

Abdel : Hors de Yalgado. Parce que la manière de fonctionner de Yalgado ne me plaisait pas, ne m'a jamais plu.

Et pourquoi Dr. G. ?

Abdel : Dr. G., qui était mon directeur de mémoire, à H. et moi, a souhaité qu'on vienne parce qu'il voulait redynamiser le service. Moi j'aimais être aux pavillons A (*agité*) et H. aux pavillons C (*calme*). Il voulait qu'on modifie les choses ensemble. Et c'est pour ça qu'on est venu. Mais malheureusement, on s'est heurté au mur du professeur O. et autres et donc on n'a pas pu. Au début, on avait commencé. H., aux pavillons C. faisait les choses comme le Dr. G. le voulait.

C'est-à-dire ?

Abel : Le matin, quand on arrivait, on faisait le tour, on mettait les dossiers à jour. Dès qu'un patient rentrait, on faisait le dossier, on vérifiait que les traitements étaient bien fait, et on faisait les entretiens. Donc on passait beaucoup de temps dans le service. Et on discutait entre nous. Le suivi était un peu plus régulier, et ça entraînait les autres à faire comme nous. Mario, si tu vois comment il fonctionne maintenant, c'est un peu par ce que H. a insufflé au niveau des pavillons C. On avait commencé à fonctionner comme ça. Et avec Mohammed, et tout, ça marchait. Mais moi, ce qui m'a bloqué comme ça, c'est lors d'une rencontre lorsque le professeur O. a dit que désormais pour la présentation des dossiers des patients, le mercredi, on va réserver cela aux internes de 7ème année et aux DES, car là, les DES commençaient à arriver. Il a dit qu'on avait suffisamment de DES, il faut leur laisser les dossiers. Mais le fonctionnement est un peu ambivalent, parce qu'il dit en même temps que lui n'empêche pas, n'a jamais dit que les attachés de santé ne doivent pas de dossiers. Ils doivent les dossiers et les présenter au niveau des pavillons. Désormais les mercredi sont réservés aux DES et aux internes. Moi, ça m'a coupé l'herbe sous les pieds parce que... Au Burkina, je suis d'accord, c'est vrai, on est dans un hôpital universitaire et que c'est la formation des médecins qui prime. Mais, la réalité au Burkina c'est que, voilà, y a pas beaucoup de médecins psychiatres, y a pas beaucoup de médecins tout court, et ceux qui font le travail sur le terrain, ce sont les attachés. L'alternative c'était quoi ? A partir du moment où Yalgado pense que ses capacités d'encadrement ne lui permettent plus d'autoriser les attachés de présenter les dossiers, qu'on délocalise la formation des attachés à Bobo, où l'équipe de Bobo, qui initialement donnait les cours... Parce que par exemple, nous, c'est l'équipe de Bobo qui nous formait, et même avant. C'est après nous, que c'est venu à Ouaga. Donc, moi je m'étais dit que à partir du moment où vous n'avez plus les capacité de le faire, et on comprend, dites à l'ENSP que désormais la formation des attachés de santé se fera à Bobo où y a une équipe qui est là, qui est dynamique, qui a fait sa preuve dans la formation des attachés et en plus là-bas, y a pas de DES, ni d'internes. Donc ils peuvent consacrer plus de temps à la formation des attachés de santé. Donc, non seulement, vous refusez cela, vous gardez la formation à Ouagadougou et vous dites « non, ils ont peu le droit de présenter les dossiers. ». Donc qu'est-ce que ça fait ? Pour moi, c'est démotivant de penser que ceux qui sont les premiers responsables de la santé mentale, voilà ce qu'ils pensent. Tu viens très tôt le matin, tu essayes de mettre les dossiers en place et on trouve que vous, vous n'avez pas le droit de faire ça. Donc depuis ce jour-là, moi quand je viens, je fais le tour et... Je me consacre plus aux actes administratifs, voilà, les commandes. Je faisais l'accueil et les consultations Je suivais rarement les tours du matin. D'ailleurs les médecins le font plus, c'est les DES qui sont là. Donc, tu comprends que ça, c'est démotivant. Et quand tu viens ici, et que tu repars et que tu pars trouver que tout à changer, ç peut te démotiver. Moi, par exemple je voulais pas venir. J'ai dit que pour que je parte en France, un... Parce que moi au départ, c'est Youssouf qui devait venir faire la formation en addictologie. Mais il a pas pu venir. La Majore devait venir faire l'école des cadres, mais elle a refusé. Dans la logique, on aurait du changer juste de personne pour l'école des cadres et garder Youssouf pour l'addictologie. Mais les majores et le professeur O. savaient d'avance que si on me proposait l'école des cadres, je n'allais pas venir, c'était peine perdu. Et comme on m'avait désigné, du coup, je suis venu en addictologie. Pour moi, venir en France, c'est pas un rêve. Au contraire,

j'ai plus aimé la France de ce que j'imaginai que celle que je vois. Tu sais, quand j'étais tout petit dans mon quartier, on m'appelait RFI parce que constamment j'écoutais RFI. Les radios burkinabé, je n'écoutais pas. Y a un moment où je pouvais te citer toutes les rues de Paris alors que je n'y avais jamais mis les pieds. Je connaissais les monuments, les personnalités politiques françaises. Je m'intéressais à tout ce qui touchait la France. Donc pour moi, venir en France, c'est pas une découverte. Donc pour venir, il fallait une finalité quoi. Donc je leur ai dit « moi je viens pas ». Quand ils ont parlé d'addictologie, le jour où on m'a appelé pour me dire, je me rappelle que... Je m'y attendais pas. On m'appelle, on me dit que « la Majore a refusé l'école des cadres, du coup c'est Youssouf qui va. Et toi, comme tu travailles en addicto avec le Dr. G., tu vas en addicto. C'est juste pour t'informer, c'est pas pour discuter, c'est juste pour t'informer. ». Donc, quand je suis sorti, je voulais trouver une solution pour me remplacer parce que je voulais pas y aller. Après quand on a réuni les gens, Mario était pas content ce jour-là de la façon dont ça s'est passé. Lui, il veut partir mais pas pour l'addicto, lui c'est la psychologie clinique. Mais en bon syndicaliste, la procédure ne lui a pas plu. Il était pas le seul, les autres trouvaient aussi que le procédé n'était pas juste. Et la dernière minute, à une semaine de mon arrivée, quand je suis allé voir le directeur, et qu'il m'a annoncé que ça comprenait que le stage, je l'ai regardé « Monsieur le directeur, vous pensez que c'est réel ça ? Qu'on peut faire un stage de dix mois, un stage pratique de dix mois sans théorie derrière ? Si c'est juste pour voir comment s'organise un service d'addicto, comment les soins sont prodigués, j'ai pas besoin de dix mois pour ça. Un stage de trois mois, c'est suffisant pour venir faire ça. Moi je viens parce que le professeur O., dans son bureau, la première chose qu'il m'ait dite - 'approche-toi du Dr. G. pour voir dans quel université il s'est inscrite et quand est-ce que les cours commencent. En dehors de tes cours, tu pourras faire des stages. Et les jours où tu n'auras pas cours ni stage, tu as la bibliothèque de Ville Evrard pour te documenter.' Voici exactement les termes qu'il a dit. C'est sur cette base-là que je me suis engagé dans ce projet. Mais si ça ne tient plus, je ne pars plus Ah, bon, je vais appeler le professeur parce que nous, on fonctionne pas dans cette logique-là. ». Mais là, le professeur lui dit que ça doit fonctionner comme ça, que la théorie fait partie de la pratique.

Donc, il vous a soutenu ?

Abdel : Oui, il m'a soutenu. Il a dit que c'est comme ça que la formation doit se faire. Donc quand ils m'ont demandé d'aller chercher mon billet d'avion, je suis pas venu. Mais là, le Dr. G. m'a dit que lui était sûr que les mêmes conditions qu'il a connu, je t'ai déjà expliqué ça, il m'a dit que « tu vas être confronté à la même situation que moi, mais on va faire pression pour que les choses soient faites parce que sinon ça sert à rien que tu t'aventures, tu vas te casser la gueule ». J'ai dit « ok ». Trois jours avant, c'est le professeur Ou. qui m'appelle dans son bureau. Et il me dit « bon, je t'appelle pas en tant que professeur Ou., ton supérieur, nan mais je t'appelle en tant que grand frère, pour te dire que moi, mon expérience, je te dis d'y aller. D'y aller pas pour l'hôpital, mais pour toi-même. Vas-y pour toi-même. Si tu peux payer ton DU, payes ton DU, mais c'est pour toi que tu le fais, pas pour Yalgado, tu vas le faire pour toi-même. J'ai dit, « nan professeur, c'est pas comme ça que ça devait se passer. J'ai pas envie de prendre en charge des choses que j'avais pas prévu. C'est pas dans ma programmation, j'ai pas planifié les budgets, je ne fonctionne pas comme ça. ». Je suis pas comme mes camarades africains, excuse-moi du terme, à me dire « je vis au jour le jour ». Je vis pas au jour le jour. Il me faut faire une programmation, avec tel budget. Je peux pas venir, sans rien avoir prévu. Du coup, le professeur Ou. va voir le DG pour essayer de faire bouger les choses.

Le problème c'était au niveau du DG et pas du service ?

Abdel : C'est le DG qui pose problème. Le professeur O. sait très bien qu'il faut la formation, que c'est d'abord le DU. Il sait en fait que l'EPS de Ville ne dispose pas d'un service d'addictologie de

niveau 2 et de niveau 3. Ici, c'est un niveau 1. Comme je te l'expliquais la dernière fois, ici, on ne prend pas en charge toutes les addictions. C'est aberrant pour quelqu'un de venir faire un an, pour se contenter de la prise en charge du tabac et du cannabis, puis de repartir. Intellectuellement, on ne peut pas concevoir ça. Et c'est ce que moi j'ai pas compris quand l'équipe de la direction a voulu que je vienne faire un stage comme ça sans DU. Puis je rentre, je prescris à un patient un traitement. Mais si y a un problème, puis que les parents portent plainte et du coup, y a quel diplôme pour prouver ma formation, pour prouver que je suis capable de faire les actes ? Le diplôme protège l'hôpital et moi ça me protège aussi. Mais ça, ils ont pas pu comprendre ça.

Vous m'avez dit que vous êtes venu au CHU à cause de deux personnes. Le Dr. G. et ?

Abdel : Nan, je t'ai dit ça ? Je suis venu ici, en France à cause de deux personnes, le Dr. G. et le professeur Ou. Mais pour le CHU, H. et moi, on est venu à cause du Dr. G. Voilà. Pour venir en France, le Dr. G. m'a dit que ça allait être intéressant pour moi, que j'allais découvrir une nouvelle méthode de fonctionner.

Là, ça fait combien de temps que vous êtes en France ?

Abdel : Je suis arrivé le 26 octobre.

Qu'est-ce que vous avez vu en sept mois ? Quelles différences ?

Abdel : Oui, y a des grandes différences. La première grande différence, c'est l'organisation.

L'organisation dans quoi ?

Abdel: Dans tout. C'est-à-dire du cheminement du patient, de son entrée, à sa sortie. L'organisation. C'est ce qui nous manque fondamentalement chez nous, c'est l'organisation. Je pense que quand on est organisé, on gagne plus de 50% dans la prise en charge. Or chez nous, on n'est très mal organisé, on est hyper mal organisé. Tu verras, tu connais bien comment ça fonctionne ici, quand le patient y rentre, y a toujours des protocoles. Le médecin qui rentre, l'infirmier qui est de garde, dans chaque situation, il sait quel comportement tenir. Tout est bien décrit. Chez nous, tu ne verras jamais cela. Tu ne verras jamais un seul protocole te disant que face à telle situation, voici ta conduite à tenir devant telle situation. Dans le service, je sais pas si tu as vu un seul protocole.

Pour vous c'est un manque ça ?

Abdel : C'est un manque. C'est un manque énorme parce qu'il ne faut pas se fier uniquement aux capacités individuelles des gens, je suis contre cela. Je suis d'accord qu'il faut pas tout encadrer, que quand le patient est agité, il faut faire comme ça et ça. Parce que là, tu ne fais plus appel à ton expérience. Mais il faut pas aussi faire le grand marché, quoi. Parce qu'à ce moment-là tout le monde fait à sa propre sauce, et c'est indigeste pour le patient. Parce qu'il faut penser avant tout au patient. Le principal c'est le patient, c'est pas ce que nous nous faisons. Donc pour ça, il faut être organisé, mais sans les travers d'ici. Les travers d'ici, qu'est-ce que c'est ? Bah, ici c'est qu'au niveau de la thérapeutique, ils mettent beaucoup de médicaments. Donc des fois...

Pourtant, Ville Evrard, en comparaison des autres hôpitaux, ils prescrivent peu de médicaments.

Abdel : Même ça, c'est trop. Donc sans ces travers-là, je pense qu'il nous faut... Je parle pas uniquement de la psychiatrie, mais de l'ensemble des services. On gagnerait beaucoup avec un minimum d'organisation. Et Yalgado ne peut pas me dire que créer un dossier informatisé du patient c'est de la mer à boire. Il peut pas dire ça.

Du coup, qu'est-ce qui bloque ?

Abdel : Je sais pas. Je sais que la plupart des chefs du service de l'hôpital Yalgado, que ce soit dans la clinique ou dans l'administratif, ce sont des gens qui sont venus ici en Europe, qui ont vu comment étaient le parcours du patient dans un hôpital, comment ça fonctionne les hôpitaux. Ils ont vu, ils savent. Mais pourquoi c'est pas mis en pratique, je sais pas. Est-ce que c'est lié au fait que les gens ne veulent pas, ou des problèmes techniques. Mais ça marche pas avec moi. La preuve, chaque service à un système wifi maintenant. Et à quoi ça sert ? Pour des téléchargements de films, c'est tout. Ils peuvent pas dire que les gens, il faut les former en informatique. Tout ce que les gens peuvent faire avec leur portable, ils peuvent le faire sur un ordinateur. Il suffirait de quelques postes dans les services. Et ça revient moins cher que toute la paperasse. Et pis, y a des dossiers qui disparaissent parce qu'on a mal classer.

Vous avez constaté d'autres différences ?

Abdel : D'autres différences ? Oui. Moi j'apprécie, contrairement à ce que les gens, moi j'apprécie ici le système du 3*8. C'est un système qui est intéressant.

Pourquoi ?

Abdel : Il est intéressant dans le sens où c'est des équipes, c'est pas l'individu qui fonctionne. Face à un problème, il faut jamais fonctionner seul, il faut toujours fonctionner en équipe. Alors que chez nous, c'est l'individu qui fonctionne, c'est pas l'équipe. Et chez nous, on a cette culture là, qui fait que même que les médecins ne fonctionnent pas en équipe. Les médecins sont les grands dieux. Ils arrivent dans le service, ils décident ce qu'ils veulent, puis ils disparaissent. Ils reviennent deux ou trois jours après pour voir comment ça se passe. Bon, c'est vrai qu'ici aussi ça se fait, mais c'est pas aussi caricatural que chez nous. Chez nous, nos grands maîtres, je sais pas si tu les a vu. Professeur O. peut-être une fois toutes les deux semaines ou une fois par mois, il va rentrer à l'intérieur et faire le tour des pavillons, tout seul. Il sera jamais accompagné d'une équipe. Il fait le tour tout seul. Il va essayer de s'imprégner de la cour, de s'imprégner des patients, d'écouter la plainte des patients, leurs difficultés, de discuter, voir si les traitements sont bien suivis. Et il va attendre, ou le mercredi ou lors de la réunion institutionnelle pour dire ce qui va pas. Et quand, ça fonctionne comme ça, tu peux pas avoir de changement. Parce que moi, je pense aux patients. Pour le patient, qu'est-ce que ça apporte ? Absolument rien. Mais pour lui, pour ses collaborateurs, qu'est-ce que ça veut dire ? Pour nous, ça nous renvoie à la figure qu'on est des bons à rien, vous ne faites rien de bon.

Mais travailler en équipe, ça serait impliquer toujours les mêmes personnes ?

Abdel : Non, pas les mêmes personnes, mais que chacun se sente responsable du patient. Que la fille de salle, qui est chargée d'amener les prélèvements et autres, après avoir nettoyé les bureaux, va chez Biba son heure de rentrer, elle observe les patients qui tournent. D'abord qu'on désigne les filles de salle par pavillon, ça s'est pas fait chez nous. Et puis, si elle voit des comportements inhabituels chez un patient, qu'elle le dise, ça permet de mieux orienter les choses, ça permet de mettre en contexte et peu importe qu'elle n'utilise pas nos termes. C'est des informations qui peuvent nous aider à comprendre. Puis on discute. Ça c'est une prise en charge en équipe et chacun se sent impliqué. C'est comme pour les visites le matin, tu vois le DES il fait son tour, pose des questions aux étudiants, l'attacher qui suit ça l'intéresse pas, et donc du coup à un moment, il trouve que ça prend du temps, il part, va s'asseoir ailleurs. C'est pas une prise en charge par équipe ça. Ou quand les grands patrons, ne font jamais cela, ils font tout de leur côté. Rien n'est fait pour intéresser les étudiants, nous impliquer. Donc si on était mieux organisé, je pense que ça peut permettre de gommer un certain nombre de choses.

Et ?

Abdel : Et trois, la formation continue. Ça c'est important, la formation continue. Parce que tu va voir, la plupart des gens... En Afrique, on ne lit pas beaucoup, je sais pas si tu as remarqué. On lit que quand ça a un intérêt particulier. En fait, je vais te dire, en réalité dans le service, les gens qui lisent beaucoup pour ce qui concerne la psychiatrie, H. il lit beaucoup tout ce qui est nouveauté sémiologique et autres, Philippe aussi. Sinon, tout le reste, les Mario et autres, ils lisent pas. Chacun reste avec ses connaissances.

Vous même, vous lisez ?

Abdel : Je lis de base, même en dehors de la psy. Je suis quelqu'un qui lit depuis longtemps. Si tu rentres, je sais pas si tu as vu dans la bibliothèque, tu as vu tous les romans policiers ?

Je comprenais pas pourquoi il y avait des romans policiers à côtés de manuels psychiatriques.

Abdel : C'est moi qui est donné ça à la bibliothèque.

Les patients ont accès ?

Abdel : Certains patients, oui. Et puis même le personnel. Y a toute une catégorie de personnel qui...

Interruption par un visiteur connaissent Abdel.

Donc tu vois, c'est comme ça. Les gens ne lisent pas.

Vous lisez en France ?

Abdel : Peu. Je lisais mais depuis que je suis en révision, je lis peu. Mais sinon, j'allais souvent à la bibliothèque pour me renseigner sur l'addicto et tout.

J'ai essayé de retourné à la bibliothèque, mais je ne l'ai pas retrouvé.

Abdel : Tu vois la chapelle, là ? Tu prends la même rangée, tu vas au fond, tu continues et c'est à ta droite. Là, tu as la bibliothèque, c'est avant les anciennes cuisines. Donc les gens, il faut la formation continue. Parce que tu vois, paradoxalement, ce qui me fait rire ici, c'est que je me rends compte que nos maîtres sont assez sûrs des vieilles théories où ils disent des choses qu'ils prennent comme des dogmes. Et j'arrive ici, je me rends compte que c'est complètement dépassé au niveau de la sémiologie.

Vous avez des exemples ?

Abdel : Je vais prendre un exemple tout bête : la cigarette. Chez nous, quand tu présentes un dossier, tu dois préciser le nombre de paquets année. On dit que ça, ça a une importance sémiologique. Si tu ne le fait pas, tu es à côté de la plaque. Mais ici, le nombre de paquets à l'année, ça ne veut rien dire, c'est dépassé depuis longtemps, ça n'a aucune importance sémio. Mais là-bas, ils continuent de fonctionner comme ça. Chez nous aussi, par rapport à la schizophrénie, l'importance fondamentale des types de personnalité. Chez nous, on dit qu'il faut avoir une personnalité de type schizoïde pour décompenser, pour faire la schizophrénie. Ce qui fait que très souvent on fait des tests de personnalité. Ici, ce n'est plus un facteur important pour déclarer une schizophrénie. Le diagnostic est plutôt clinique que sur la base de la pré-personnalité pré-morbide. Ce sont des choses qui là-bas, quand tu dis ça, ça ne passe pas, parce qu'eux, ils sont sûrs. Je prends les traitements. Chez nous, moi j'ai des collègues attachés qui sont en province, qui font la combinaison de deux neuroleptiques à action retard. Mais si tu fais ça, le professeur O. prend ton

ordonnance et puis il montre « Quand je dis que les attachés font des aberrations et ne comprennent, voici quelqu'un qui a prescrit deux neuroleptiques à action retard », et là tout le monde prend sa tête et est ahuri. Mais ici... Moi de prime abord j'ai trouvé ça aberrant, de voir des patients avec autant de médicaments, plusieurs neuroleptiques. Mais chez nous, c'est impossible de faire ça. Ici, ils fonctionnent en terme de symptômes. Ce patient est halluciné, tel neuroleptique va agir sur ça. Il est agité ou il a une agressivité qui fait qu'il peut passer à l'acte, on ajoute un neuroleptique qui agit sur l'agitation. Ici, ils font des combinaisons. Mais chez nous, tu peux pas faire ça.

Je pensais que vous étiez pour une prescription minimale.

Abdel : Nan, mais ça c'est sûr. En médecine, moins tu prescribes des médicaments, mieux ça va pour le patient, ne serait-ce que pour le foie, le rein. Mais érigé ça en dogme, et dire que ce n'est pas possible, je trouve ça que ça ne tient pas. C'est pas un esprit scientifique. Vous ne pouvez pas vous limiter à vos connaissances pour dire que c'est pas possible. Y a toujours une fenêtre qui peut s'ouvrir, d'autres possibilités de faire. Nos maîtres, sont bloqués, à part le professeur O. et le Dr. G. qui essayent.

Et là, la coopération ne suffit ?

Abdel : La coopération ? Quand les T. viennent et autres, qu'est-ce qu'ils font ? Ils viennent, ils parlent de l'ethnopsychiatrie, il faut que le patient reparte au village parce que sûrement y a eu un décès, que le grand-père ou l'arrière grand-père a promis quelque chose au fétiche et que ça n'a pas été respecté, qu'il faut réparer, ou je sais pas quoi. Je suis pas dans ce type de fonctionnement là. Donc ça, ça n'apporte pas grand chose. Chez nous, ça n'apporte pas grand chose. Je suis d'accord que l'ethnopsychiatrie est intéressante, c'est important pour des pays comme la France.

Et pourquoi pas pour le Burkina Faso ?

Abdel : Nan, mais chez nous, je sais pas si tu l'as remarqué, nous sommes multiculturel. C'est pas comme chez vous ici. Moi je peux mieux comprendre le français que le français peut comprendre le burkinabé, sauf si tu as une ouverture. Moi, je peux comprendre comment toi tu peux fonctionner, parce que même chez moi, y a ces différences-là. C'est vrai que chez vous, y a des différences, y a ceux du Nord, ceux du Sud, mais quand même, y a un socle qui est là. Chez nous, ce socle-là n'existe pas. Donc la manière dont fonctionne un Mossi, un gourmantché, c'est pas les mêmes référentiels. Et quand je prends en charge, moi qui suis de culture Bissa, quand je prend en charge un Mossi, je tiens compte de ça, parce que je sais qu'on fonctionne pas de la même manière. La première chose que je fais, je me renseigne sur comment il fonctionne. Mais pour ça, j'ai pas besoin de l'ethnospy. Je veux dire, chez nous, c'est presque inné de le faire. Mais chez vous, vous n'allez pas le faire, vous n'avez pas ce réflexe. Donc vous, vous avez plus besoin de l'ethnopsychiatrie, ça vous permet d'appréhender ce genre de phénomènes. Parfois, y a des choses que vous allez trouver aberrantes, et moi non.

Toutes les formations des T. ne sont pas centrées sur l'ethnopsychiatrie, si ?

Abdel : Quand ils viennent ? Y a des moments où ils font des formations sur les prises en charge au niveau des urgences. A ce niveau, je trouve pas que ce soit mieux que ce qu'on fait. Je trouve pas. Sincèrement, je trouve pas. Je trouve pas que la façon dont l'entretien doit se mener soit hyper différent de ce qu'on fait. Des formations où je sens qu'y a un plus, la thérapie familiale, je sais que c'est un plus, c'est hyper important.

Et ça, ça n'existe pas dans l'enseignement ?

Abdel, Bon, en fait on survole. On survole, mais on mais pas ça en pratique. On n'enseigne pas les techniques. C'est depuis que la coopération est venue que les gens ont commencé à s'intéresser à ça. Donc la thérapie familiale, c'est hyper important. La pédo, je sais aussi que ça c'est important. La dernière fois je plaisantais, mais je sais que la perd va se développer. Je sais pas si tu l'as remarqué dans le service, mais les accompagnants, c'est de plus en plus des vigiles, parce que y aucun membres de la famille qui peut se dégager pour voir rester avec le patient. De plus en plus on est confronté à ce type de fonctionnement. Tu vois, nous on fait le grand saut, y a pas d'étapes intermédiaire, et c'est ça qui va nous coûter cher, à nous africains.

D'étapes intermédiaires entre quoi et quoi ?

Abdel : On fait le grand saut de la grande famille à la famille mononucléaire. On s'occupe pas des autres. Ce saut-là, on est en train de le faire et c'est ça qui va nous coûter cher. Avant en Afrique quand y avait un problème, c'était le village. Maintenant, de plus en plus, y a plus personne. Et ça c'est pas bon pour nous. Ici, on pense qu'en Europe les enfants font ce qu'ils veulent. Alors que non, c'est pas comme ça, y a des cadres. Mais dans notre imaginaire, les enfants en Europe, font ce qu'ils veulent.

C'est drôle, en France, les gens pensent aussi que les enfants en Afrique font ce qu'ils veulent.

Abdel : Ah, non, c'est pas possible ça chez nous. C'est faux.

En psychiatrie adulte, qu'est-ce qu'il faudrait ?

Abdel : En plus, pour que ça fonctionne ?

Hum, hum.

Abdel : En dehors de l'organisation, j'ai dit la formation continue et puis le travail en équipe. En dehors de ça, je ne vois pas. Mais pour la formation continue, pas comme ça fonctionne avec les professeurs. Il faut des formations comme ça se fait ici.

Comment ça se fait ici ?

Abdel : Ah ici, ici, y a même un service de formation continue. Il est dans le même bâtiment que l'école qui forme les cadres. Bah voilà, on peut former sur femmes et violences, sur l'addictologie, sur différents types de thérapies. Et ceux qui sont intéressés, s'inscrivent et la formation se fait. La formation sur la chaîne de survie. Je suis sûr que si tu descends tout de suite à Yalgado et que tu demandes aux médecins quels sont les gestes pour sauver un patient en détresse vitale, tu en verras pas quatre ou cinq, en dehors des réanimateurs, qui va lever son doigt pour dire oui. Nous, notre groupe, c'est ici qu'on l'a appris. Mais ici, la chaîne de survie, c'est une obligation. Et tout agent, doit renouveler ça chaque année dans son parcours. Chez nous, ça ne se fait pas. Et en plus, ici, quand tu te formes, tu n'es pas payé. Tu n'imaginerais pas chez nous dire aux gens de venir faire une formation, puis de ne rien avoir après. C'est pas possible. Nous on a fait une formation au Ran hôtel sur l'addictologie. Et là, pour participer à cette formation, fait par l'OMS, il fallait payer une petite partie. L'OMS prenait en charge les formateurs, la salle et les repas. Mais, il était demandé une partie, 5000 francs CFA. Fallait pas voir la tollé que ça a fait. *Rires.* « Non, je dois payer pour qu'on me forme ! ». Donc tu vois un peu comment les gens fonctionnent ? Moi je dois payer pour qu'on me forme, ça ne marche pas. Donc les gens ont refusé. Qui a participé ? Mohammed, oui. Même H. a refusé. Tu vois ? Si c'est juste une demi-journée, les gens sont prêts à y aller. Mais c'est c'est deux jours, la question c'est « Combien on gagne ? ». Si tu ne payes rien, tu ne verras

personne. *Rires*. Si y a rien à gagner, personne ne va s'inscrire parce qu'il trouve que c'est une perte de temps. On fonctionne comme ça.

Quand j'étais à Ouaga, y a eu une conférence au Ran hôtel.

Abdel : Oui, sur le psychotrauma.

Et je me souviens que les gens ont été payés, le Dr. C. me l'a dit. Et ça, ça m'a choquée.

Abdel : Par exemple Mohammed qu'on avait pris dans l'équipe qui s'est occupé des victimes et tous ceux qui ont été concernés par les attentats, n'a pas été pris pour cette formation. Et Madame B., A., et la Majore étaient à cette formation, je te jure, ça je suis prêt à mettre ma main au feu, parce que c'était payant. SI ça n'avait pas été payant, elles ne seraient pas y allées. Comme on dit chez nous, c'est les intérêts qui guident les actions.

L'intérêt financier.

Abdel : Pour nous, l'utilité c'est quoi ? Vous, vous avez une approche où vous vous dites « je le fais d'abord pour moi-même, pour mon bien ». Nous, on fonctionne pas comme ça, le « pour moi-même », ça ne veut rien dire. Ce qui est important pour le burkinabé, c'est ce qu'il va gagner, c'est le visible. C'est ça le problème. Nous sommes dans une société où, c'est pas ce que tu es qui est important. Que tu sois quelqu'un d'honnête, compatissant, ça ça importante peu. Ce qui est important chez nous c'est comment tu parais, ce que tu as, tu comprends ? C'est ça le drame. Voilà. Si tout de suite, on était en Afrique, on discute, et que quelqu'un débouche en V8, les gros 4*4, tu vois ? Quelqu'un arrive avec ça, tu verras que tout le monde va se lever parce qu'il parait. Mais un vieux qui arrive avec une canne, les gens ignorent, vont penser « ah mais lui, il va venir nous embêter. ». Y a eu un changement de valeurs. Avant c'était plutôt ce que tu es qui était important. Maintenant, c'est comment tu parais. Donc les gens s'en foutent de ce qui peut venir augmenter leurs connaissances, de ce qu'ils acquièrent pour leur propre bien. Tu prends un exemple basique. Mon enfant m'a écrit hier « Que moi je vais revenir pour quoi ? Le Burkina c'est mon pays. Tu peux pas trouver un travail là-bas et nous envoyer l'argent ? ». *Rires*. Tu vois, il est comme ça. Même les enfants raisonnent comme ça. Moi qui pensais que j'allais leur manquer, et non, ce qui est important c'est que je puisse leur envoyer ce qu'ils veulent. L'Afrique est en train de prendre le mauvais pas, le mauvais pas. Donc, tu vois, les formations... Tu sais qu'ils voulaient ouvrir, en collaboration avec les gens d'ici, un DU en thérapie familiale, mais c'était payant, 600 000 francs je pense. Quand le professeur a annoncé le prix, tout ceux qui étaient intéressés, hum... Dès qu'il dit ça, tout le monde s'est retiré. Qui va s'inscrire ? Personne. Tant que les gens ne voient pas l'intérêt immédiat. Même si ça augmente nos capacités, pour le patient et tout, nous on fonctionne pas comme ça. Pour nous, il faut être bien pour prendre bien en charge le patient. Et chez nous, pour être bien dans la tête... Tu vois, chez nous la plupart du temps, les problèmes sentimentaux, les problèmes familiaux, ça influencent mais très peu notre manière de gérer dans le service, d'être avec les autres. Mais les problèmes économiques, ça bouleversent tout. Quelqu'un qui a des problèmes financiers, quand tu le vois, c'est comme s'il était à l'orée de la mort. Rien ne fonctionne plus, tout est bloqué dans sa tête. Parce que justement, nous on n'a pas le même système que chez vous. Chez vous, ici, c'est vrai que, bon c'est pas angélique, mais y a un minimum. Si vous tombez malade, vous pouvez aller vous faire soigner, tu n'as pas à te préoccupé de qui va payer, combien ça va coûter. Donc pour un certain nombre de choses, tu n'as pas ça en tête, tu peux balayer. Chez nous, y a pas de sécurité sociale. Si tu n'as pas un peu d'économie, si ton enfant est malade, ou toi-même tu es malade, qui s'en occupe ? Avant, y avait la grande famille, les gens pouvaient se cotiser. Aujourd'hui c'est finit, chacun gère son problème. Donc ça fait que le souci financier, qui est le premier problème dans la tête des gens. Donc ça fait que même pour les formations, l'intérêt

d'abord, c'est l'intérêt financier. Le reste, ça compte pas. Le soucis financier devance tout, les gens raisonnent comme ça. Qu'est-ce que je gagne économiquement. C'est ça qui est important. Parce que tu subis plusieurs pressions. La pression de ta famille, ta propre famille, les enfants, ta femme, tes frères et autres. Tu as cette pression-là. Y a la pression social en plus, comment la société te vois. Donc tu es obligé. Les gens fonctionnent comme ça, « qu'est ce qui va permettre de gagner plus ? ». Ceux qui sont pas dans cette logique-là, comme le professeur, c'est parce qu'ils ton atteint un certain niveau qui leur permette d'être à l'abris d'un certain nombre de besoins. Dès que tu as un minimum qui te permette d'être à l'abri d'un certain nombre de besoin, évidemment que tu raisonne différemment, que tu penses à ta valorisation personnelle et tout et tout. Mais si tu n'as pas ce minimum, tu peux pas réfléchir comme ça. Tu ne peux pas parce que chaque jour c'est un combat quotidien, tu penses à comment tu peux éviter ça ou ça. Par exemple, tu peux être au service, et on t'appelle pour te dire que ton enfant qui a fait un accident dans la cour de l'école. Dès qu'on dit ça comme ça, tu sais qu'il faut aller à l'hôpital, faire des scanners, c'est minimum 50 000 francs le scanners, et tout et tout. En moins d'une heure, tu es susceptible de dépenser plus de 150 000 francs. Si tu es attaché de santé, c'est la moitié de ton salaire. Tu comprends ? Et ça c'est pour une journée. Donc si c'est plusieurs jours, donc tu peux pas t'en sortir. Donc c'est ce qui fait que les gens sont poussés par cette forme de reconnaissance-là, au lieu de penser au bien-être personnelle. Le jour où nous on va arriver à résoudre ça, les gens vont pouvoir faire autre chose, les modes de satisfaction vont changer et les gens ne diront plus « C'est pas le champ de mon papa ». Pourquoi les gens disent ça ? Je vais pas aller me tuer au travail parce que dans mon raisonnement, ça me rapporte beaucoup financièrement. Mais pour l'instant c'est comme ça. En service, les urgences ça s'est intéressant, les gens viennent. Mais quand les T. viennent, combien de personnes suivent la formation ? La Majore, A. sont obligées de négocier avec les attachés de santé pour qu'ils viennent suivre, sinon ils viennent pas suivre, ça ne leur apporte rien. Ils perdent du temps, « qu'est-ce que je vais aller foutre là-bas ? ». Bon la thérapie familiale, ça c'est intéressant, c'est une nouvelle approche, des techniques. Et les gens font ça parce qu'ils pensent qu'ils peuvent appliquer ça ailleurs, que ça peut leur apporter quelque chose après. C'est ça qui est d'abord important.

C'est pareil pour vous et l'addicto ? C'est une motivation que de se dire que vous allez pouvoir le mettre en pratique ailleurs qu'au service ?

Abdel : Oui, c'est une motivation. Mais moi à la base, je suis pas trop porté sur, comment on appelle ça ? Les gens m'ont beaucoup rapproché cela, je suis pas porté sur les biens financiers. Je me contente du minimum. Mais après je suis comme les autres, je subis la pression des autres. Mes enfants qui me reprochent de ne pas rouler en voiture, ou mon fils qui me demande une nouvelle moto. Tu vois ? Lui, il s'imagine que c'est pas normal que je fasse des sacrifices pour que je le mette dans le meilleur établissement secondaire du Burkina, donc lui il faut qu'il ait la même chose que ses camarades à l'école. Je suis pas porté sur ça moi. Aller travailler ne clinique, nan, pas pour moi. Je cours pas après l'argent. Même mon épouse, son plus grand reproche c'est ça, je cours pas après l'argent. Et donc toi, tu te sens pas bien, tu es coincé. Quand le Dr. G. est revenu, on lui a demandé de mettre en place des protocoles pour les prises en charge de patient en addicto. Il l'a pas fait. Et quand il fait des ordonnances pour des patients addicts, personne ne voit ça. Il remet ça en main propre au patient ou aux accompagnants, mais il veut pas que le personnel voit ça. Tu comprends ? Parce que les gens sinon vont faire des prescriptions. Lui, sa diminue sa marge par rapport aux patients qu'il prend en charge.

Il garde jalousement son secret.

Abdel : Merci ! C'est comme ça.

Mais du coup, vous avez lui faire concurrence ?

Abdel : Non, y a pas de soucis, il sait que je ne fonctionne pas comme ça. Même avant, je lui envoyé des patients en clinique pour qu'il les prenne ?

Comment vous percevez votre retour ?

Abdel : Pfff... Là, comme on dit, je n'arrive pas à me projeter à Yalgado. Comme je te l'ai dit, parce que je fonctionne un peu sur la base de la confiance. Et comme je te l'ai dit, y a plus de confiance par rapport à la direction, mais aussi par rapport au service. Bon, c'est vrai qu'au départ le professeur O. m'a soutenu, mais la suite, qu'est-ce qu'il a fait ? C'est lui le responsable de mon service. C'est lui qui a construit le projet de stage. Lui, il était en capacité d'insister auprès de la direction, de faire pression auprès du DG, de nous défendre quoi. Le management, c'est pas uniquement déléguer des tâches, mais d'amener ton collaborateur à se donner parce qu'il confiance en toi. Il sait que quelque soit le problème, tu vas le défendre. Depuis que je suis, y a pas eu un seul jour où le professeur O. nous a appelé pour savoir comment les choses se passent. Pas un jour où il est allé voir le DG, pour dire qu'on est dans des conditions compliquées et tout. Pourtant la France, c'est pas Bobo. On est à 4600 km de Ouaga. Donc tu vois, pas un seul jour où il a fait ça. Donc, le lien e confiance s'en va. Moi je sais que si j'étais le chef de service... Par exemple je sais que le professeur Ou., il allait taper du poing sur la table pour dire qu'il nous faut des bonnes conditions, « qu'il faut régler le problème ». Et il allait s'asseoir et rester jusqu'à ce que le chèque soit signé. C'est ça être responsable des gens. Et je trouve que ça, ça manque au professeur O. Il initie les choses, et après... Bon c'est vrai que c'est une manière de responsabiliser les gens. C'est ce que j'ai dit au DG quand il est venu en France. Et là, il me dit que c'est une façon d'apprendre à gérer et tout. C'est se foutre de la gueule des gens. « Monsieur le DG, vous connaissez mon âge ? Vous penser que c'est à mon âge que je vais apprendre à gérer et à vivre ? Là, c'est se foutre de moi. Je suis responsable de famille, je suis pas un jeune fonctionnaire qui vient de sortir. ».

La bourse c'est 300 000 ?

Abdel : Oui, c'est ça.

En plus de votre salaire ?

Abdel : Je t'explique, moi je suis dans une situation où mon salaire ne dépend pas de Yalgado, mais du Ministère. Y a deux systèmes dans l'hôpital où ton salaire est géré ou par le Ministère ou par l'hôpital. Moi, H., Mohammed, Nicolas, Philippe, qui encore et Ibrahim, nous nos salaires sont gérés à partir du Ministère.

Pourquoi ?

Abdel : Parce que Yalgado ne nous a pas intégré à son système de salaire. Maintenant Mario et autres, c'est l'hôpital qui gère le salaire.

Donc là vous touchez votre salaire du Ministère plus la bourse ?

Abdel : En principe ça doit être comme ça. Le salaire du Ministère c'est pour s'occuper de ma famille. Ici, moi je ne perçois pas un centime de mon salaire. Par rapport à la prise en charge ici, l'hôpital devait me donner 300 000 francs. Je sais que la France c'est loin, on a choisi l'option de payer par trimestre. Pour ça, qu'est-ce qu'ils font ? Par exemple Youssouf, quand il est venu, ils pris pour le mois d'octobre, novembre et décembre. Janvier, février, mars, c'est que fin mars qu'on lui a donné la bourse pour le trimestre qui est passé. Tu as compris le fonctionnement ? On te demande de vivre trois mois à crédit. C'est comme ça qu'ils ont fait. Pour avril, mai et juin, c'est la même chose, il doit attendre fin juin pour toucher la bourse. En attendant, tu demandes à ta famille.

Moi, mon cas particulier, on était parti sur la base que mon DU. devait être pris en charge. Et comme à la dernière minute le DG m'annonce qu'ils ne prennent pas en charge, j'ai dit « Ok, je considère que je prends en charge mon DU, ça ne pose pas de problème. Je demande à ce que vous me donniez ma prise en charge entière. Je ne veux pas que vous fractionnez ». Par exemple, les DES? ils ont tout pris au départ, ils eu leur 6 millions de francs CFA avant de partir. Et comme ça je peux m'organiser, pour payer mon DU, et survivre en France. Je vais pas aller faire un prêt, mettre en difficulté ma famille pour aller faire une formation. Donc donnez moi ma prise en charge en entière et je vais venir faire ma formation. Il avait refusé. Quand j'ai refusé de prendre le billet. Donc comme c'est comme ça, ils m'ont dit « Ok, on te donne la prise en charge de novembre, de décembre et de janvier, février et mars ». Et dès janvier, je devais recevoir le reste des 5 mois, le DG m'a dit que ça ne posait aucun soucis, que le nouveau budget allait être voté en janvier. Je suis venu, j'ai payé mon DU, y avait un congrès aussi qui coûtait 250 euros. Donc tu vois, ça part vite. Et en janvier, rien, février, rien. J'ai appelé le DAF (directeur des affaires administratives et financières de l'hôpital), je lui demandé ce que vous faites pour moi. Il me répond qu'ils ne peuvent rien pour moi. OK, très bien. Ils savent pas comment je vis ici. Le fait que Ville Evrard m'offre un logement, me donne à manger, me paye le transport, tu crois que c'est suffisant pour vivre ? Pour payer mon savon, appeler ma famille, je fais comment ? Comme j'ai mis la pression, du coup, ils vont m'envoyer la moitié de ma prise en charge d'avril, mai, juin.

Justement, comment ils vous envoient l'argent ?

Abdel : C'est informel. Du coup, là ils ont donné à Paul, le médecin de la thérapie familiale. Sinon, il demande à quelqu'un de ta famille de venir, et il te l'envoie par western union. Mais là tu perds de l'argent au niveau des commissions. Et l'autre moitié, je vais la recevoir fin juin. Quand le DG est venu, je lui dit que j'étais pas satisfait de comment ça se passe. Et quand je lui explique les choses, tu sais ce qu'il me répond devant les T. et autres ? Que si les gens prennent leur prise en charge pour payer le DU et tout, c'est leur problème. Ah nan, je peux pas accepter ça. Le projet en addicto a été construit autour de la formation en DU. Et même le professeur O. et le Dr. T. confirment ça, disent que le DU fait partie de la formation. Il dit Ok, qu'il va appeler le professeur O. pour lui demander si ça fait partie de la formation et tout et tout. C'est pas malhonnête ça ? Comme si il ne le savait pas. Puis il dit qu'il va me rembourser si le DU fait partie du stage et tout. Moi maintenant, dans ma tête, je paie mon DU, il m'appartient, il appartient pas à Yalgado. Et tu sais quoi ? Je n'ai même plus envie que Yalgado me rembourse. C'est comme si Yalgado me mettait une chaîne s'ils me remboursent. Nan, je veux plus. Même me verser la bourse chaque mois, ça ils peuvent plus.

Interruption par un appel téléphonique sur son portable. Il répond.

Donc tu vois, il se permet de dire ça. Alors que le professeur O., quand il est venu ici au mois de janvier, avec le professeur B. Ils sont venus pour négocier le plan d'action. Devant eux, le professeur O. a dit qu'on allait être remboursé, que ça n'allait pas poser de problème. Mais je fonctionne pas comme ça. Regarde, quand je suis allé pour payer mon DU, j'ai même pas demandé une facture. R. et moi, on a payé au même moment et aucun de nous deux n'a demandé de reçu, parce que pour moi dans ma tête j'avais déjà occulté que Yalgado allait payer. Tu bosses, tu révises le soir, y a un examen, tout ça ça demande des efforts. Alors que déjà individuellement je fournis ces efforts, et vous ne m'accompagnez même pas ? Quelqu'un qui agit comme le DG; tu peux lui faire confiance après ? Il te dit avant que tu partes en France, qu'il prend en charge, il appelle le professeur O. devant toi pour demander si le DU fait partie de la formation. Il dit ok, il va payer et après, quand il vient ici, il fait comme si c'était la première fois qu'il entend parler ? Nan, ça ne peut pas marcher. Moi, à cause de ces problèmes, j'ai fait de la tension. On a pris ma tension

artérielle. C'était monté à 17.10. Automatiquement, on a fait un ECG, qui était normal. Mais du coup, j'ai du payer moi-même un tensiomètre pour prendre ma tension régulièrement. Et puis le froid, j'ai du mal à supporter le froid. J'ai fait des bronchites. J'ai psi des antibiotiques que j'ai dû payer moi-même, mon traitement, c'est moi qui l'ai payé. Parce qu'ici, la prise en charge sanitaire, c'est pas dans le contrat. Ici, c'est comme si on n'existait pas ici. C'est ce que je disais la dernière fois. On n'a pas de compte, donc c'est comme si nous on ne peut rien faire ici. Mais ils te disent qu'il y a nos amis là, le Dr. T. , Monsieur Se., ils peuvent aider. Nan, nan. Comment une structure étatique, le plus grand hôpital du pays peut envoyer ses agents se former à l'étranger et fonctionner dans l'informel, c'est pas possible. Moi je suis pas cadré comme ça. Je ne peux pas travailler dans l'informel. Il faut un cadre, c'est une coopération. C'est vrai que c'est les individus qui l'ont porté, mais si l'individu n'est pas là, comment tu fais ? C'est pas possible. Il faut que ce soit d'institution à institution. Il faut que ça se passe dans des règles, des cadres précis. Mais ça, ils ne le font pas parce qu'ils n'apportent pas sérieux à ça . Nos DES ont de la change, et comme Ville Evrard a un besoin d'interne, donc ils sont intéressés. Du coup, on les paye, ils ont un revenu par rapport à ça. En plus, ils ont une bourse de 500 000 francs qu'on leur donne entièrement avant qu'ils ne viennent. Et comme VE doit les payer, ils sont obligés de leur ouvrir un compte. Et comme ils ont un salaire, du coup, ils ont une sécurité sociale. Ils sont normés. Ils sont normés, ils ont la carte bleue, ils peuvent faire des achats avec la carte et tout. Et toi, en tant qu'attaché de santé, tu ne peut rien faire. Déjà, on te dit que tu dois attendre la fin du trimestre pour recevoir ta bourse et t'es obligé de vivoter pendant trois mois. Mais comment ils vont se débrouiller pour envoyer les trois mois ? Personne ne doit venir, personne n'est parti. Je sais pas comment ça va se faire, on va voir. Donc tu vois, c'est pour ça que je n'arrive pas à me projeter à Yalgado. Il faut un minimum quand même. Tant que ce minimum n'est pas respecté, moi je ne peux pas. Si ça se passait dans une autre ville du Burkina, comme Koudougou, ok, là je peux comprendre, je peux me déplacer pour régler les problèmes. Or là, en France, je ne peux rien faire. La France, c'est pas le Burkina, c'est pas l'Afrique. La France a ses codes de fonctionnements. Le Burkina a ses codes aussi. Au Burkina, si j'ai pas mon salaire à la fin du mois, je peux vivre quand même, j'aurais de quoi vivre. Je sais qui je dois voir pour avoir de l'argent, j'ai pas besoin d'aller à la banque. Je sais que telle personne va me donner. Mais en France, tu vas voir qui ? C'est pas le type de fonctionnement ici, donc tu comprends. J'ai plus confiance au DG. Et pour le professeur O., j'ai plus confiance parce qu'il n'agit pas en bon manager. Donc les deux, j'ai pas confiance.

Est-ce que je peux aborder un sujet parallèle ?

Abdel : Oui.

Par rapport aux explications dites traditionnelles en santé mentales. Vous y adhérez ou c'est quelque chose que vous écarterez complètement ?

Abdel : Je n'écarte pas. Je n'écarte pas complètement parce que par moment ça donne des résultats. Moi je pense que tout est psychologique. Pour moi, pour être un bon tradithérapeute, il faut être un fin psychologue. Pour moi, c'est déjà ça la base. Et deux, il est reconnu quand même que y a des.... Ceux qui utilisent les plantes pour traiter certains symptômes, pour moi ces gens-là ont des connaissances acquises depuis longtemps et que peut-être on n'a pas réussi à répertorier encore, et ça c'est important. Y en a d'autres maintenant qui n'utilisent pas les plantes. Pour moi, eux c'est des psychologues qui comprennent bien le fonctionnement de la famille africaine, de la société africaine et ils jouent avec ça. Habituellement, comment ils font ? Le patient arrive, ils regardent quelle est la place du patient dans la famille, puis la place de la famille dans le village ou la société dans laquelle elle se trouve et à partir de là, il tisse les liens pour expliquer, voir ce qui ne va pas.

Vous êtes déjà allé voir un tradithérapeute ?

Abdel : Jamais, jamais, jamais.

Vous êtes originaire de quel village ?

Abdel : Ouagadougou, je te l'ai déjà dit.

Et vos parents ?

Abdel : C'était Tankoano. Moi je suis de Ouagadougou à 100%. Je suis allée à Tankoano à deux, non trois reprises. Quand mon papa est décédé, on allait faire les funérailles. Puis la deuxième fois, quand ma maman est décédée, on est allé faire les funérailles. Puis la troisième fois pour la grande messe de ma maman. Mais mon village c'est Ouagadougou. *Rires.*

A chaque fois qu'on me demandait, à Ouaga, mon village et que je disais Paris, ils rigolaient.

Abdel : Ah bon ? Moi sincèrement y a qu'à Ouagadougou que je me sens bien. Même quand je suis à Bobo ou Koudougou, y a quelque chose qui manque.

J'imagine que ça doit être dur ici.

Abdel : Oui parce que je me sens pas... Déjà qu'ici on est confiné, on sort pas beaucoup, on est à VE. Parfois on va à Montreuil, puis un peu à Paris.

Mais ça va le parc de VE, il est grand.

Abdel : Oui, c'est vrai. Le week-end je fais le tour, c'est au moins ça.

Quand les patients viennent vous voir et évoquent des explications traditionnelles, qu'est-ce que vous faites ?

Abdel : De la maladie ?

Oui.

Abdel : Quand le patient ou la famille dit voilà ils pensent que le patient est envouté ou que telle personne lui a fait du mal, moi ma position c'est de dire « Bon voilà, je n'exclus pas ça. Je n'exclus pas. Je sais qu'y a une possibilité sur le plan traditionnel y est ça. Moi je n'y connais rien, donc il serait bon que vous voyez quelqu'un. Mais évitez les charlatans, car ils ne feront que prendre votre argent, et même aggraver le problème. Y a des bons tradithérapeutes, moi je ne les connais pas, mais sûrement que dans votre entourage, ils connaissent quelqu'un. Allez-y le voir. Moi, ce que je peux vous dire c'est une explication scientifique de comment la maladie a pu venir et pourquoi elle se présente comme ça. Ok. Et avec les traitements que j'ai, je sais qu'on peut arriver à résoudre ce problème. Mais ça ne marchera que si vous êtes convaincus. Et comme vous pensez que la pathologie est liée à un sort, c'est pourquoi je vous dis d'aller voir. Il faut aider le patient, c'est le principal. Ce que je vous demande de ne pas faire, c'est d'arrêter les médicaments qu'on vous donne. Ce qu'il ne faut pas faire aussi, c'est de prendre des substances et de les boire. Parce que la différence entre nous et les bancs, voilà c'est le terme que j'emploie, c'est que le blanc a réussi à faire des médicaments où il connaît les dosages. Habituellement chez nous, on connaît pas les dosages, c'est des poudres qu'on doit mettre dans des boissons, des bouillis, mais on connaît pas les dosages. Tant que c'est des substances où on se lave avec, on se frotte avec, y a pas de problème, mais dès qu'il faut boire, il faut s'assurer que c'est pas toxiques et que les doses là, elles sont bonnes. Et n'arrêtez jamais, jamais de prendre les médicaments qu'on vous donne. Si y a des difficultés, surtout n'hésitez pas à venir, à m'appeler. ». Systématiquement je donne mon numéro de

téléphone pour qu'ils puissent m'appeler au cas où y a des problèmes et comme ça on peut remettre les choses en place. Voilà, c'est comme ça que je fais les entretiens. C'est comme pour la religion...

Vous êtes croyant ?

Abel : Je suis croyant. Je suis catholique non pratiquant. En fait, je crois pas trop en ça. J'imagine, j'ai pas la certitude, que Dieu existe, que si les choses sont aussi harmonieuses, c'est qu'il y a une force supérieure. Mais je crois pas aux intermédiaires entre les hommes et Dieu, les Jésus, Mohammed, Moïse. Donc là, ça dépend du patient. Si tu vas voir le pasteur, que le patient a des délires mystiques, ou ça peut aggraver la chose, ou ça peut aider. Tout dépend du patient, de la famille. Mais quoiqu'il en soit, il faut continuer de prendre les médicaments, ça c'est primordial. Il faut pas être braqué en fait, car c'est finit sinon. Si tu restes sur ta position de scientifique, les gens partent et ne reviennent pas. Parce que notre chance c'est quoi ? Les familles, avant d'arriver à l'hôpital, ils ont déjà fait tout ce parcours, donc ils écoutent mieux ce qu'on dit.

Il regarde des messages sur son téléphone.

Donc moi, c'est comme ça que je marche. Et le fait qu'ils aient déjà vu des tradithérapeutes qui ont fait des trucs, des pasteurs qui ont prié, qu'ils ont tous fait ça, ce qui fait que ça nous aide nous, au niveau de la prise en charge. Ceux qui font pas ça, c'est ceux qui pensent que la médecine des blancs est toute puissante. Mais eux, ils veulent des résultats immédiats. Et quand au bout de deux, trois jours ou quatre jours, y a pas de changements, c'est là, où ils viennent pour te parler des pasteurs et tout. Là, ils sont en quête de quelque chose qui peut expliquer la maladie. Il faut gérer au cas par cas, chercher à les comprendre. Il faut pas tenir de discours moralisateur, car là c'est perdu car la famille se sent coupable, ça culpabilise la famille, et là c'est pas bon. Donc moi, j'essaye d'expliquer qu'y a des facteurs qui expliquent la maladie, selon la maladie, mais y a d'autres explications que je ne connais pas, là c'est à vous de voir. Je leur demande juste de prendre les médicaments, de ne pas boire de potions dont ils ne connaissent pas vraiment le dosage parce que ça peut avoir des conséquences sur le long terme. Sinon, peu le reste, je n'ai aucune difficulté pour composer avec. Tant que tu expliques que tu agis pour le bien de la personne, la famille comprend. Donc je ne suis pas contre. Mais au fond, je n'y crois pas vraiment. Bien sûr je crois à tout ce qui est vraies pratiques thérapeutes, pour moi c'est quelqu'un qui travaille avec les plantes, ou qui utilise des massages ou trucs comme ça pour traiter. Ça c'est des vraies connaissances. Mais celui qui s'assied et parle de sorcier et tout, ça je n'y crois pas du tout. Et malheureusement un des défauts que je reproche, notamment à Madame T., c'est qu'elle croit beaucoup à ce genre de choses.

Elle a écrit un mémoire sur ça.

Abdel : Oui, je sais. Je crois en des choses, je sais qu'y a des choses qu'on peut pas expliquer et qui se passe en Afrique. Y a des gens qui ont des pouvoirs. Y quelqu'un qui s'est transformé en vent. Je n'ai jamais vu, mais il se déplace comme le vent. Il est là, on est en train de parler là à Paris, et cinq minutes après, il se retrouve à Strasbourg. C'est comme ça. En Afrique, y a des gens qui ont des capacités. Par exemple aussi, y a des personnes qui vont te dire qu'il ne va pleuvoir que devant la porte de l'addicto, et il ne va pleuvoir que là. Il pleut nulle part ailleurs, mais juste devant la porte.

Vous en avez déjà vu personnellement ?

Abdel : Nan. Mais en fait, à la télé au Burkina, y avait une émission où ils essayaient de montrer ce genre de phénomènes. Mais ils ont arrêté après, ils disaient que ça révélaient les mystères de l'Afrique, donc ils ont arrêté l'émission. Y a des capacités, c'est comme ça. C'est comme le sujet de l'homosexualité. Je sais pas si tu as discuté de ça avec les H. Ils sont hyper braqués sur ça.

J'aime provoquer sur ça.

Abdel : Ils sont hyper braqués sur ça. En fait, tu sais, moi j'ai toujours été la personne dans le service qui allait contre ça. Une fois on faisait la visite, et y a quelqu'un qui a dit que l'homosexualité était une pathologie. J'ai dit « ah non, c'est pas une pathologie. L'OMS a retiré l'homosexualité comme pathologie depuis les années 80 ».

J'ai remarqué aussi que dans la présentation des patients, vous précisez l'orientation sexuelle.

Abdel : Mais pour moi, l'homosexualité c'est pas une pathologie. Je n'ai pas le regard que les autres ont. Même ici, quand on est dans le bus ou dans le train. Une fois, j'étais avec R., et y avait deux jeunes qui s'embrassaient comme ça. C'était pas un couple homosexuel, mais un homme et une femme, et R. trouvait hyper déplacé qu'ils s'embrassent comme ça en public. *Rires.* Et moi je comprends pas pourquoi ça les embarrassent. Et quand c'est deux femmes, alors là vraiment, il aime pas du tout. Pour moi, je ne perçois pas ça comme pathologie. Je vois pas la différence. Mais dans le service, ça passe pas.

Je me souviens de débats sur ça dans le service. Ils détestaient quand je disais qu'une femme avait plus de chance d'avoir du plaisir sexuel avec une autre femme qu'avec un homme. Et plus ils réagissaient, plus je provoquais. On a bien ri.

Abdel : Là, ça peut se discuter. Je sais pas, je serai plus d'accord avec eux. *Rires.* Après qu'une femme soit avec une femme, qu'un homme soit avec un homme, je n'y trouve rien à redire. Je vois pas où est le problème, vraiment ça ne me choque pas du tout de voir ça. Mais quand je dis ça, whaou whaou, ils veulent pas.

Abdel enchaîne la conversation sur des thèmes d'actualités, sur les rivalités politiques, l'instrumentalisation de groupes armés dans le pays etc. Les thèmes de la coopération, de son travail, du service ne sont plus abordés, exceptés sous forme d'échanges mutuels de souvenirs, d'expériences au sein du service de Ouagadougou.

Fin de l'entretien.