

Zeitschrift:	Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes Economiques et Sociales
Herausgeber:	Société d'Etudes Economiques et Sociales
Band:	70 (2012)
Heft:	3
Artikel:	Primum non nocere : projet de coopération en santé mentale au cameroun
Autor:	Gouthuey, Isabelle
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-390914

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 03.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

PRIMUM NON NOCERE. PROJET DE COOPÉRATION EN SANTÉ MENTALE AU CAMEROUN

ISABELLE GOTHUEY

Fondation de Nant, Secteur psychiatrique de l'Est Vaudois

isabelle.gothuey@nant.ch

➤ L'objet de cet article est d'examiner les enjeux conscients et inconscients qui président à l'élaboration d'un projet de coopération dans le champ de la santé mentale entre une institution psychiatrique publique helvétique et un pays africain du centre tel le Cameroun. Contexte helvétique actuel, historique du projet, état des lieux des dispositifs de santé mentale au Cameroun sont explicités avant de questionner l'articulation entre besoins des uns et de désirs des autres. Démontrer la bijectivité des apprentissages, pointer le rôle des passeurs transculturels, permettent de mettre en lumière le processus psychique inconscient fait de la constitution d'une malléabilité identitaire, qui permettra la création d'un espace transitionnel, ni camerounais, ni helvétique, mais créé de novo, comme une troisième voie identitaire. Nous postulons que ce trouvé-créé est non seulement nécessaire mais constitue le garant du lien et la continuité du projet.

Mots-clés: coopération, santé mentale, inconscient, espace transitionnel.

INTRODUCTION

Lorsque une institution privée d'intérêt public de soins psychiatrique comme la Fondation de Nant s'intéresse à participer à un projet de coopération en santé mentale dans un pays étranger, il lui faut examiner cet investissement à l'aune de l'évolution de la psychiatrie publique dans nos régions comme dans le pays cible. L'objet de cet article est d'examiner les enjeux conscients et inconscients, partant du principe, que l'institution travaille avec des groupes soignants et un inconscient groupal (Anzieu 1999, Kaes et Anzieu 2010). Nous examinerons ainsi sous cet angle, la motivation à vouloir exporter les connaissances et à s'en approprier d'autres, à provoquer la rencontre interculturelle et à promouvoir la mixité des savoirs.

HISTORIQUE DU PROJET DE COOPÉRATION

La Fondation de Nant souhaitait profiter d'un terrain peu développé en terme de structures asilaires en psychiatrie au Cameroun pour implanter un véritable programme de santé mentale, se déroulant en majorité hors de murs de l'asile, avec une visée préventive et d'éducation à la santé dans la communauté. Il apparaissait passionnant à priori que nos collègues puissent éviter les égarements opérés par la psychiatrie asilaire en Europe et en Amérique du Nord, égarements qui avaient vu se restreindre fortement les droit de l'individu au profit de

mesures «sécuritaire», enfermant les individus présentant un danger pour la société ou pour eux même. Ainsi dans les pays industrialisés, on a confondu la mission de l'hôpital psychiatrique avec une mission quasi carcérale, ceci pendant plus de 100 ans. Dès les années 1970, le temps de la désinstitutionnalisation (Fakkhourya et Priebea 2007) a lieu, avec un développement de structures de soins psychiatriques ambulatoires, semi-hospitalière (hôpitaux de jour, réhabilitation), des traitements brefs planifiés intensifs (traitement de crise) et la fermeture de nombre de structures hospitalières psychiatriques (Besaglia 1970, rééd. 2012). Aujourd’hui, depuis 10 ans, en Europe, la psychiatrie publique a pris «un virage communautaire», s’intéressant aux populations vulnérables, au grand âge, à l’addiction, à la paupérisation d’une frange de la société, aux adolescents en ruptures, au burn out etc... Ces problématiques sont toutes caractérisées par un rapport à la vulnérabilité sociale et à ses conséquences en terme de potentielle exclusion de la communauté. Les programmes mis en place pour répondre à ces préoccupations impliquent tous un double axe de prise en charge, de *soins psychiques* et de *prévention* secondaire. Ils ont comme caractéristiques communes de se rendre activement auprès des populations potentiellement atteintes dans leur santé mentale et de ne plus attendre qu’elles viennent consulter. On relèvera ainsi le développement de la psychologie du travail, celui des équipes mobiles en psychiatrie, les programmes de soins visant la réduction des risques auprès des personnes dépendantes, la mise en place de centres de la mémoire visant le dépistage précoce de la démence, etc.

En Suisse, le canton de Vaud est aussi le seul canton helvétique à s’être doté d’un plan cantonal de santé mentale issu de la déclaration d’Helsinki (Rapport OMS 2005) et du rapport 2001 de l’OMS sur la santé dans le monde (Rapport OMS 2001). Ce plan cantonal a posé les bases de l’élargissement des missions traditionnelles de soins de la psychiatrie, en amont et en aval des filières de soins psychiatriques. Il appartiendra dorénavant à l’institution psychiatrique aidée d’autres acteurs socio-sanitaire de mettre en œuvre des programmes de prévention destinés à éviter un déséquilibre psychique comme il lui faudra mettre l’accent sur le rétablissement de la santé mentale et la sortie du circuit de soin psychiatrique (Canton de Vaud 2007).

La Fondation de Nant en tant qu’institution psychiatrique cantonale a contribué à l’élaboration de ce plan de santé mentale vaudois et a depuis, développé plusieurs des programmes décrits plus haut. L’engagement d’un collègue psychiatre camerounais, formé en Europe, mais ayant gardé un ancrage identitaire dans sa culture d’origine, a constitué l’opportunité de réfléchir au développement de programmes de santé mentale dans un contexte culturel autre.

Ce collègue était par ailleurs déjà chargé, dans le poste qu’il occupait précédemment des liens de coopération entre son institution et le Cameroun. Ces expériences de coopération s’étant avérées contrastées, axées autour de l’enseignement académique de la psychiatrie aux futurs médecins camerounais. Difficilement appréciées par l’équipe helvétique envoyée sur place, en raison des difficultés d’organisation des interventions prévues. Le discours manifeste (conscient) de ces collègues à leur retour faisait état d’une absence de reconnaissance de la qualité de l’enseignement qu’ils pouvaient apporter sur place alors qu’en Suisse, ils étaient reconnus comme d’excellents enseignants. Au niveau plus inconscient, ne faut-il pas admettre que l’ambivalence face à l’autre, l’étranger, peut être bijective? Arriver comme spécialiste dans un pays étranger, c’est endosser le rôle de celui qui sait, qui amène la science

et le savoir, face auquel le pays accueillant peut formuler des résistances conscientes et inconscientes (nous avons notre science, notre savoir traditionnel, il faut les apprendre, les respecter, les intégrer). Les difficultés d'organisation ne s'imposeraient alors que comme la manifestation symptomatique de deux effrois inconscients mutuels, devant la perspective de bousculer les savoirs médicaux des deux côtés.

DEMANDE, BESOINS, DÉSIRS?

Les déterminants culturels de la santé mentale au Cameroun, la manière d'y soigner la «folie» au sens large, sont marqués par la carence des dispositifs de soins psychiatriques, par un ancrage traditionnel communautaire important au travers des «chefferies», par l'absence de système de sécurité sociale et par une médecine traditionnelle à base de plantes dispensée par les tradi-praticiens. Ainsi s'il y avait à l'évidence des besoins importants dans le champ de la santé mentale parmi la population, le pays en soi (son service de santé publique, ses autorités, ses communautés) n'était *pas véritablement demandeur*, même si une préoccupation de santé publique pour la santé mentale s'était récemment exprimée au sein du gouvernement en place.

L'analyse des besoins en soins perturbe souvent les projets de coopération, car elle diffère profondément en fonction du référentiel culturel. En effet, pour les collaborateurs issus de pays industrialisés, il y a un fossé entre leur analyse des besoins pour la santé mentale et celle des autorités locales (pour qui la construction d'une route peut apparaître plus importante que la mise sur pied d'un programme de soins en santé mentale). Ou alors avec l'analyse des collaborateurs locaux, qui ont souvent d'autres priorités sanitaires (sida, tuberculose, malaria, maladie tropicale etc...). Et pourtant, on peut là aussi reconnaître, des résistances courantes du monde politico-sanitaire en général, face à la souffrance psychique. Elle fait peur, on souhaite l'exclure de son champ de représentation, il est par conséquent difficile de s'en préoccuper. La folie, emblématique de la souffrance psychique est aussi d'une inquiétante étrangeté alors que S. Freud la percevait comme une forme de retour du même et de l'identique (Freud 1985).

Beaucoup de besoins sur le terrain, une demande ambivalente, et un projet de coopération pour la santé mentale au Cameroun né de l'entremêlement de deux désirs.

- > Le désir du collaborateur camerounais de mettre les connaissances acquises en Europe au service de son pays, dans une forme de restitution à son pays qui lui avait permis l'accès à une éducation universitaire de type européenne. On pourrait considérer ainsi qu'il s'agit d'un désir inconscient de «payer sa dette» au pays d'origine et de palier à la culpabilité du migrant face à sa communauté d'origine que d'avoir choisi de ne pas rentrer.
- > Le désir de la direction de l'institution, que de pouvoir mener une action en santé mentale (incarnation de ses intérêts et missions actuelles dans le canton), dans un terrain encore peu institutionnalisé, ancré sur la médecine de premier recours, en amont de l'institution psychiatrique.

Le désir, bien sûr se heurte au principe de réalité, et l'oblige à remodeler ses aménagements, ses attentes, ses objectifs. Le désir venait de l'institution et du collaborateur. Une fin de

non-recevoir pouvait être possible, une demande de transformation de l'offre, une instrumentalisation pour obtenir d'autres choses. Le monde de la coopération est petit, et certains acteurs-clés en Suisse sont incontournables, légitimés de manière parfois auto-proclamée par l'expérience d'un précédent projet de collaboration (Rapport DDC 2011), ils vous demandent quelles sont les intentions poursuivies. Du point de vue de l'inconscient, c'est l'envie qu'il faut citer avec son corollaire de destructivité (Klein 2010, qui peut potentiellement mettre le projet en difficulté ou le porter plus loin, si un processus de sublimation peut s'enclencher.

LA BIJECTIVITÉ DE L'APPRENTISSAGE

Le contexte de soin helvétique imprègne les pratiques cliniques, nous sommes en tant que cliniciens, formés pour fonctionner dans le système de soins en tant que médecin, psychologue, infirmier par ex., dans un référentiel sanitaire donné. Ce référentiel culturel-soignant usuel nécessairement doit changer en profondeur pour s'adapter à l'ailleurs, au contexte socio-sanitaire du pays receveur. Ceci nécessite l'abandon de repères culturels usuels pour se laisser modeler sur le plan identitaire par d'autres ambiances et traditions. Sans changer de peau, il s'agit néanmoins d'accepter de se décentrer, d'abandonner les savoirs et certitudes acquis précédemment pour s'approcher d'autres savoirs et de l'aléatoire. *Ce décentrage menace le sentiment de continuité d'existence et l'identité, il est la cause de ce rapport toujours ambivalent à l'étranger présent au cœur de l'humain.*

On peut résumer de la manière suivante les apprentissages effectués sur le terrain du pays receveur en ce qui concerne la maladie mentale, ces points sont développés dans le texte ci-dessous:

- > Omniprésence et efficacité de la médecine traditionnelle.
- > Etablissements hospitaliers sollicités en derniers recours.
- > Carence criante de personnel formé en psychiatrie.
- > La maladie n'isole pas, mais coûte cher à la communauté.
- > L'obtention d'une pharmacopée moderne passe par un circuit de distribution non étatique

LE CONTEXTE CAMEROUNAIS DE PRISE EN CHARGE DES MALADIES MENTALES ET L'ANALYSE DES BESOINS

Un jeune psychiatre camerounais, formé au Sénégal, a accueilli la délégation helvétique à Yaoundé. Deux jours ont été nécessaires pour réaliser qu'il était le seul psychiatre pour un pays de 19 Mo d'habitants et donc qu'il avait une charge clinique immense puisqu'il était la référence psychiatrique du pays, en sus du développement d'un cursus universitaire de spécialisation en psychiatrie, dans son service l'hôpital psychiatrique de Yaoundé.

Les médecins au Cameroun sont fonctionnaires d'état et susceptibles d'être envoyés par le Service de la Santé Publique dans tout hôpital de district/régional, parfois à grande distance de la capitale. Sur place, ils gagnent assez mal leur vie, pas mieux qu'un policier, sont déplaçables, et sont souvent amené à s'expatrier pour faire leur spécialisation médicale, car pour des raisons économiques, celle-ci n'est plus possible dans le pays même. Une fois, qu'ils ont acquis leur diplôme de spécialiste dans un pays étranger, le retour et l'accréditation pour tra-

vailler dans le pays nécessitent des formalités administratives complexes, coûteuses, même s'ils ont fait l'objet d'une bourse de formation camerounaise. Ils attendent parfois plusieurs mois pour être accrédités, ils se retrouvent pour un temps, sans revenus à la charge de leur communauté. La validation croisée des cursus de formation n'est pas immédiate (la Suisse ne reconnaît pas les diplômes de médecine camerounais, et le Cameroun ne reconnaît pas non plus la formation postgraduée helvétique de spécialisation). Certains vivent cet accueil différé comme un désaveu des sacrifices qu'ils ont accomplis pour se former. Cette désillusion peut engendrer une désaffiliation au pays d'origine, et un retour vers les pays où ils ont été formés et où leur cursus est reconnu.

Une fois nommé dans un hôpital, la charge clinique est écrasante. Il y a, même dans les grands hôpitaux périphériques, un manque criant de personnel médical et soignants, l'état sanitaire de la population reste précaire, 1/3 d'entre elle est porteuse du virus du Sida, les réactivations tuberculeuses sont très fréquentes, la malaria est endémique, les épidémies fréquentes (choléra), des maladies tropicales mortelles contribuent à la fragilisation sanitaire. La pratique de cabinet privé n'existe pas, il n'y a pas d'autre consultation ambulatoire que celle offerte par les centres hospitaliers. C'est dans ces mêmes hôpitaux généraux que les patients malades psychiques sont amenés à consulter.

La médecine traditionnelle a une grande place et reste la médecine sollicitée prioritairement par la population pour guérir, l'hôpital lui est sollicité pour réduire les symptômes. Pour extirper le mal, le tradipraticien utilise une pharmacopée à base de plantes, tout à fait efficace, certaines ont ainsi des propriétés neuroleptiques, sédatives, antidépressives, aversives. Certaines maladies psychiques sont perçues comme étant contagieuses, l'autisme, l'épilepsie par exemple, suscitent des mouvements de rejet de la part de la communauté et parfois un isolement complet du sujet malade. Comme dans nombre de pays centre-africain, la vie sociale s'ancre dans la communauté organisée en chefferies. On relèvera que l'appartenance groupale est fondatrice du sentiment d'identité personnel. L'hôpital est donc à fortiori organisé pour recevoir les membres de la communauté du malade hospitalisé, qui se relaient auprès de lui pour lui prodiguer nourriture, lessive, assurer le quotidien et dormir auprès de lui. Ainsi, hormis pour certaines maladies psychiques citées plus haut, généralement *la maladie n'isole pas*. La communauté autour du malade, continue de vivre et de l'impliquer dans les décisions.

Les traitements médicamenteux sont payants, sauf ceux pour la malaria et le sida. Avoir un membre de sa famille à l'hôpital s'avère ainsi fort coûteux pour une communauté. Il n'y a pas de système de sécurité sociale. Pour ces différentes raisons, on vient difficilement à l'hôpital, souvent quand la maladie est très évoluée, trop tardivement. Lorsque les personnes malades psychiques arrivent à l'hôpital général, leur état de délire, d'agitation a été tel, qu'elles sont enchaînées durablement pour éviter qu'elles ne soient dangereuses. Médiquer, enlever les chaînes, est donc souvent le premier acte thérapeutique.

Les médicaments modernes pour le traitement des maladies mentales, déjà coûteux en Europe sont impossibles à se procurer en Afrique. Sur place on ne dispose que d'anciennes molécules synthétisées dans les années 1950. Ces molécules ont des effets secondaires majeurs, mais si l'on veut atténuer les symptômes, il faut utiliser cette pharmacopée. On peut aussi tenter de s'intéresser au circuit de transit «gris» des médicaments plus modernes et à plus bas prix, fabriquée en grande quantité dans les laboratoires indiens.

Au Cameroun, les professionnels sur place avaient des demandes très précises. L'envie, de changer les choses, d'apprendre la prise en charge des troubles psychiques apparaissait comme une priorité pour tous les interlocuteurs (internistes, pédiatre, gynécologues, chirurgiens, infirmières), malgré d'évidents besoins matériels dans d'autres domaines:

- > Former les médecins généralistes des hôpitaux régionaux et le personnel infirmier de première ligne à la reconnaissance des troubles psychiques et à leur traitement.
- > Bénéficier d'un contact hebdomadaire avec le psychiatre de référence de l'Hôpital Jammot pour des supervisions de cas complexes, par le biais de la télémédecine.
- > Installer des programmes de dépistage précoce et de prévention de la stigmatisation de la maladie mentale au Cameroun.
- > Mettre en réseau, les différents établissements hospitaliers qui bénéficient de petites unités hospitalières de santé mentale pour des intervisions et des discussions de cas.

Cette analyse des besoins dans le champ de la santé mentale au Cameroun, a nécessité une opération inconsciente et intersubjective complexe, non seulement parce qu'elle tient compte de l'autre, mais de l'autre étranger et de l'ailleurs, de manière bijective. Ajuster la capacité d'identification mutuelle au référentiel de l'autre relève de la transitionnalité, de la capacité à trouver et à créer les conditions de la rencontre, prémisses pour DW Winnicott, de la différenciation et de l'autonomie (Winnicot 1975). Par exemple, les accompagnants camerounais riaient ainsi volontiers des discussions interminables ayant lieu avec notre collègue psychiatre camerounais, «tu es pire que nous à palabrer ainsi». On peut considérer que cela relevait de cet effort d'ajustement mutuel. Désaffiliation, réaffiliation, identification, connaissance du contexte, compréhension mutuelle et respect des référentiels culturels s'inscrivent dans la transitionnalité et sont probablement les processus inconscients ou semi-conscients à l'œuvre dans une telle entreprise.

LES PASSEURS TRANSCULTURELS

Notre collègue camerounais, installé et formé en Suisse, a servi de pont interculturel, permettant à ce projet de naître et de se développer depuis la Suisse. Sur place, d'autres collègues camerounais, habitués à voyager en Europe et déjà organisateurs d'autres projet de coopération, ont permis d'obtenir les appuis nécessaires des autorités, pour organiser des visites dans les établissements susceptibles d'avoir des activités dans le champ de la santé mentale. Ils ont eux aussi servi de pont interculturels avec les responsables de ces différents établissements sanitaires. Ces passeurs transculturels ont développé une malléabilité identitaire (Rousillon 1991), qui leur permet des identifications croisées tant avec leur communauté d'origine qu'avec les représentants helvétiques. Cette malléabilité identitaire permet la création d'un espace transitionnel, ni camerounais, ni helvétique, mais créé de novo comme une troisième voie identitaire. C'est à cette condition que ce projet de coopération peut se poursuivre.

CONCLUSION

C'est le voyage qui nous transforme et nous façonne. Alors qu'à l'évidence ce projet se poursuit favorablement, il faut constater chez tous les participants, cette même ambivalence relevée chez les collègues précédemment échaudés par leur expérience d'enseignement. Cette

ambivalence naît de ce processus de désaffiliation de son propre référentiel pour en aborder et en intégrer un autre. Partir est un effort, une désaffiliation de son référentiel culturel, revenir un déchirement, car il faut recommencer le processus dans l'autre sens. Il est nécessaire d'accueillir ces affects emmêlés, qui progressivement façonnent une nouvelle intersubjectivité, une nouvelle manière d'être en lien avec l'autre. En outre, lors de développement de tels projets, l'identité soignante peut être mise à mal, car la coopération sollicite de surcroit, le couple impuissance/toute puissance du soignant: il y a tellement à faire, tellement de besoins sur place, et tellement peu d'échos au sein des services de l'état, seuls véritablement habilités à changer les choses sur une grande échelle.

Ainsi faut-il se résoudre à ne s'occuper que d'une petite partie des problèmes, ne pas nuire et à l'échelle humaine viser ce qu'il est possible ensemble de tenter de modifier. L'analyse des enjeux inconscients à l'œuvre dans un tel projet de coopération, est nécessaire pour en permettre la pérennité et ouvrir des voies nouvelles de travail en commun avec l'étranger.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANZIEU Didier: *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*, Paris, Dunod, 1999.
- BASAGLIA Franco, *L'Institution en négation* trad. fr. R. Bonalumi, éd. arkhé, 2012, (Réed.Seuil,1970)
- Canton de Vaud. *Politique de santé mentale*, Plan d'actions 2007 – 2012. [http://www.vd.ch/autorites/departements/dsas/sante-pu-blique/publications/](http://www.vd.ch/autorites/departements/dsas/sante-publique/publications/)
- Coopération internationale de la Suisse*, Rapport annuel 2011. Direction du développement et de la coopération (DDC)
- FAKKHOURYA W, PRIEBEA S, *Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare*, vol. 6, août 2007, p. 313–316.
- FREUD Sigmund, *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris, Folio essais, 1985
- KAES René, ANZIEU Didier: *L'appareil psychique groupal*, Paris, Dunod; Coll. Psychismes, 2010.
- KLEIN Mélanie, *Envie et gratitude et autres essais*, Paris, Gallimard, coll. 1978
- OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – *La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs*
- Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS, Helsinki. 2005. *Santé mentale: relever les défis, trouver des solutions.*
- ROUSSILLON René, *Un paradoxe de la représentation: le médium malléable et la pulsion d'emprise, situations limites de la psychanalyse*. Paris, Presses Universitaires de France; 1991, p. 130-146
- WINNICOTT Donald, La localisation de l'expérience culturelle. In *Jeu et réalité*, Paris, Galimard. 1975

