



Repenser la place des « gardes-malades » dans l'équipe de prise en charge en Afrique subsaharienne : Une réflexion sur « l'ethno soins infirmiers »

Ivan Bleriau Pueugueu

LA QUESTION de la place des gardes-malades dans les structures de soins est d'actualité en Afrique. Lors de nos différentes visites dans les hôpitaux du Cameroun (peu importe qu'ils soient privés ou publics), et plus particulièrement ceux de Yaoundé, nous avons fait le constat qu'en dehors des membres du personnel soignant et des malades il existe d'autres personnes impliquées dans le suivi des malades. En effet, dans la plupart des institutions sanitaires du Cameroun et plus précisément ceux de Yaoundé, la pratique des soins médicaux et infirmiers s'organise de concert avec une implication importante des membres de la famille, qui sont souvent considérés comme des gardes-malades (PUEUGUEU *et al.* 2016). Ces derniers, qui prennent souvent le rôle de substituts des infirmier-ère-s et aides-soignants dans la prise en soin quotidienne des patients, résident dans l'espace même de soin pendant la durée de l'hospitalisation. Cette pratique de garde qui s'est progressivement instituée pourrait également être considérée comme une spécificité de la pratique du soin infirmier au Cameroun et d'autres pays de l'Afrique subsaharienne, tel le Bénin, où le même constat est effectué par Schnitzler (2014). Les aspects de la participation des gardes-malades ou aidant-e-s référents ont fait l'objet d'études dans quelques pays, mais rares sont celles dont les résultats plaident en faveur d'une place des gardes-malades dans le dispositif de soin en milieu hospitalier. L'article que nous présentons porte sur la place des

gardes-malades dans l'équipe de prise en charge. Son principal but est de comprendre le sens même de leur implication dans la prise en charge du malade. Il s'agit de savoir quelle fonction jouent les gardes-malades dans l'équipe, et quel impact peut avoir leur intervention sur l'homéostasie du patient en contexte camerounais et africain. Le présent article, mobilisant à la fois la théorie d'Ibrahim Sow (1977) sur le fonctionnement psychique africain et le point de vue des malades et gardes-malades dans un hôpital psychiatrique du Cameroun, tente de repenser la place du garde-malade dans le dispositif de prise en charge. Il sera question de s'appuyer sur la dynamique de la personnalité africaine telle que décrite par Sow (1977) pour examiner l'impact du garde-malade sur l'efficacité des soins infirmiers et sur le processus de recouvrement de la santé en milieu africain.

PROBLÉMATIQUE ET REPÈRES THÉORIQUES

Par définition, le soin peut désigner une action ou des actions que l'on accomplit pour soi et – ou – pour autrui, afin d'entretenir la vie, de maintenir, restaurer et promouvoir la santé. On peut donc : faire des soins ; prendre soin ; être au soin ; ordonner des soins, etc.

En milieu hospitalier camerounais, la notion de soin semble se distinguer de celle de la cure. Le soin relève du domaine de l'infirmier-ère (titulaire d'un diplôme d'État obtenu après trois ans

d'étude) et se traduit notamment par les entretiens avec les malades, l'administration des médicaments, la pose des perfusions, le contrôle des règles d'hygiène, etc. Ces soins généralement dits « soins infirmiers » sont généralement programmés, excepté en psychiatrie où ils ne le sont pas forcément, mais sont aussi offerts au moment où le patient vit la souffrance, et parfois à la demande des parents lorsque les patients ne sont pas en mesure de décider ou donner un consentement dit « éclairé ». La cure, quant à elle, fait référence au traitement, à la guérison (décision d'hospitalisation ou de sortie, diagnostic, prescription, interprétation d'analyse médicale, etc.) et relève des compétences du médecin.

On retrouve donc en milieu hospitalier camerounais, divers types de positionnement en ce qui concerne la différence entre la cure et le soin. D'un côté, l'infirmier-ère qui, bien qu'il ou elle prétend être capable de cure, se réserve l'exclusivité du soin, dont il ou elle admet être sa principale responsabilité. Il ou elle qualifie d'ailleurs ce que les usagers de l'hôpital appellent « soin médical », d'« acte médical » et non pas de soin. D'un autre côté, le médecin se réclame l'unique responsable de la cure, c'est-à-dire qu'il est autorisé à prescrire un traitement, à réagir dans les situations complexes ou à soigner en ôtant le mal. De façon régulière, on entend donc parler d'infirmier-ère soignant-e et de médecin traitant au sein des hôpitaux camerounais.

Par ailleurs, si de façon opérationnelle la cure semble se limiter au médecin, le soin quant à lui ne se limite pas qu'à l'infirmier-ère. Bien que le soin soit, théoriquement et officiellement la responsabilité principale de l'infirmier-ère, de façon pratique celui-ci s'articule autour de plusieurs types de professionnels. Ainsi, les sages-femmes administrent les soins au service de maternité ; les infirmier-ère-s, qu'ils ou elles soient généralistes ou spécialisé-e-s, administrent les soins dans les autres services ; les aides-soignants assistent les deux précédents, mais la plupart du temps les remplacent.

Autour de la question du soin dans les hôpitaux camerounais, on trouve aussi la famille et – ou – les proches. En fait, les familles ne figurent pas officiellement dans le système de soins camerounais comme actrices directes du soin, mais plutôt comme contributrices à la gestion du système en apportant par exemple les ressources financières qui permettront aux soignants de rendre disponibles les médicaments ou le nécessaire pour la survie auprès du malade (MOUTO NSIA 2011). Par contre, du fait d'une délégation des tâches par les infirmiers-ère-s les familles deviennent très souvent des actrices directes du soin. D'ailleurs elles résident dans l'espace même du soin (hôpital).

Les travaux récents de Mebtoul (LAHOUEL & MEBTOUL 2011) sur le rôle de l'entourage dans la prise en charge de deux maladies chroniques (le diabète et l'hypertension artérielle) en Algérie disqualifient la présence des membres de la famille au sein de l'hôpital. Schnitzler (2014) pense que la présence constante d'un personnel profane dans les lieux du soin remet en question la vision des hôpitaux comme lieux professionnalisés. Selon l'auteure, d'une part on assiste à des glissements de fonctions du fait de la délégation des tâches vers le bas qui pose la famille comme personnel invisible situé en dehors de la

pyramide hiérarchique officielle. D'autre part, la réflexion sur les gardes-malades pose également la question de la double soumission supposée du patient à l'autorité médicale et à l'autorité familiale, ainsi que sa capacité d'action face à l'autorité. Mballa (MBALLA ELANGA 2011) stipule que la présence des gardes-malades au sein des institutions sanitaires de la ville de Yaoundé reflète les défaillances d'un système sanitaire auquel les familles ne font pas totalement confiance, d'une part, et met aussi en exergue les logiques profondes qui participent à la guérison des malades dans un contexte africain, d'autre part. Selon lui, confier un membre de sa famille au personnel de santé, c'est prendre un risque « Il n'est donc pas question de laisser un patient à l'hôpital et de tourner le dos » (MBALLA ELANGA 2011, 5 A). Pour l'auteur, le garde-malade ne surveille pas seulement le malade, il surveille davantage le personnel de santé, le « motive » quand il faut (MBALLA ELANGA 2011, 5 B).

De ce qui est dit ci-dessus il est clair à bien des égards que la plupart des auteurs qui se sont intéressés à la question de l'implication des gardes-malades dans le dispositif de soin à l'hôpital l'ont fait en rapport avec le fonctionnement de l'institution. Pour certains ce phénomène déprave l'image du milieu hospitalier et rend compte de ses défaillances, et pour d'autres il constitue un biais pour l'atteinte des objectifs de l'institution. Peu d'auteurs se sont penchés sur le point de vue des patients par rapport à ce phénomène et les impacts positifs sur l'homéostasie du patient et son prompt rétablissement. D'où la présente étude, qui puise son ancrage théorique de la théorie de Sow (1977). Cette théorie, pour expliquer la notion de maladie mentale en contexte africain, s'intéresse aux modalités d'organisation de la personne, la personnalité, de ses rapports dynamiques avec l'univers africain, qui seul permet d'éclairer les différentes conditions. Sow pose l'individu comme constitué de trois éléments en relation avec trois pôles culturels fondamentaux : la famille, l'ancêtre et la communauté. Par conséquent, l'individu africain est donc un être de relation qui se définit par la notion d'altérité. La perturbation de l'homéostasie psychique en contexte traditionnel africain est donc toujours liée à la structure relationnelle dynamique. Chercher à saisir le déséquilibre chez un Africain c'est donc toujours essayer de mettre en évidence, préciser la nature, le niveau et le sens du conflit entre le dedans et le dehors. Pour Sow (1977) le symptôme dans la maladie mentale vient signer la rupture du lien avec un des pôles que sont la famille, la communauté et les ancêtres.

MÉTHODOLOGIE

Notre méthodologie s'appuie sur une étude exploratoire menée dans un service de psychiatrie au Cameroun à partir d'un guide d'entretien qui interroge, entre autres, le rôle empirique des gardes-malades à l'hôpital, la dynamique de la relation entre le patient et le garde-malade, avant et pendant l'hospitalisation, l'impact de la présence permanente du garde-malade sur le processus de recouvrement de la santé.

Description du site de l'étude

Cette étude a été menée dans un service de psychiatrie adulte au Cameroun. Selon les soignants, il a été créé dans les années cinquante à l'initiative du Docteur Makang Ma Mbok. Construit sur un modèle de «village africain», il est constitué de chambres d'hospitalisation, d'un bâtiment administratif, d'une grande cuisine et des toilettes. Ces infrastructures sont construites autour d'une grande cour avec en son centre une fontaine qui est le lieu partagé par tous. C'est un service placé sous l'autorité médicale d'un psychiatre, et hiérarchiquement rattaché à la direction de l'hôpital, qui compte également des services d'urgence, de pédiatrie, de pneumologie et de médecine générale. Les équipes soignantes sont majoritairement composées de psychiatres, de médecins généralistes et d'infirmier-ère-s qui accueillent un nombre considérable de patients venant des dix régions du pays, voire des pays frontaliers.

Technique d'échantillonnage

Comme le prévoient les études qualitatives, notre échantillonnage s'est fondé sur une approche non probabiliste consistant à sélectionner des échantillons typiques susceptibles de présenter une diversité de points de vue et de révéler l'essence de la réalité observée.

Pour y arriver, 15 couples de patients et gardes-malades ont été recrutés, soit des personnes en situation d'hospitalisation au service de psychiatrie pour des diagnostics de dépression sévère, trouble bipolaire et trouble psychotique aigu. Dans chacun des couples, quatre critères de sélection sont retenus :

- les participants doivent avoir au moins 21 ans ;
- tous les malades doivent déjà être en phase de rémission ;
- tous les malades doivent avoir un garde-malade régulier prêt à participer à l'étude ;
- les participants possèdent une connaissance suffisante du français.

Le premier critère est retenu dans le but de faciliter l'obtention du consentement éclairé, car à cet âge tout individu, homme ou femme, est sans ambiguïté considéré comme majeur au Cameroun. Le second critère est retenu compte tenu de l'effet des médicaments psychotropes et des problèmes de santé mentale sur la capacité à participer à un entretien et à donner un consentement éclairé. Le troisième critère permet de centrer l'étude autour des patients ayant un même garde-malade à leur chevet de façon régulière. Le dernier critère est essentiel à la conduite d'un entretien semi-dirigé.

Procédure de recrutement

Un premier contact est d'abord établi par nous durant lequel nous invitons les malades et les gardes-malades à participer à une étude sur la nature de leur relation durant l'hospitalisation et le rôle de cette relation dans le processus de rétablissement. La liste des personnes intéressées est ensuite constituée puis nous repassons leur expliquer le contenu de l'entretien afin de fixer un rendez-vous.

Caractéristiques des participants

Les malades rencontrés sont âgés en moyenne de 24 ans et leurs gardes-malades en moyenne de 40 ans. La quasi-totalité des malades est scolarisée jusqu'au lycée, voire plus. Quant à eux, 70% des gardes-malades sont faiblement scolarisés. La totalité des gardes-malades sont mariés tandis que 13,33% seulement des malades le sont. Les différents couples (patient et gardes-malade) disent en général avoir des revenus faibles. Parmi eux, 50% viennent des zones urbaines et 50% des zones rurales. Les malades sont constitués de 53,33% de femmes tandis que 80% des gardes-malades le sont (mères, tantes et épouse). Les 20% de gardes-malades qui restent sont constitués d'époux et pères.

RÉSULTATS CLÉS

Dynamique de la relation patient-garde-malade

Les résultats de la recherche montrent que la disponibilité est souvent l'élément qui détermine le choix des gardes-malades. Le parent (famille nucléaire, conjoints, et parfois tantes, oncles, cousins, etc.) reste le garde-malade privilégié. Certains patients qui ne sont pourtant pas en couple, auraient souhaité être gardés par un-e conjoint-e. Les patients qui ne sont pas toujours en accord avec le choix du ou de la garde-malade, se met dans une position « infantile ». Tout se passe comme s'il fallait ici et maintenant être le « bon enfant » pour le parent. Les patients qui n'interviennent pas dans le choix du ou de la garde-malade se disent rassurés de cette présence au-delà des conflits qui peuvent se rejouer dans ce contexte de prise en charge.

Les gardes-malades (peu importe leurs liens avec le malade) qui n'ont pas le sentiment d'appartenir au monde des soignants, plus précisément au corps médical, ne remettent pas en question les tâches qu'ils effectuent au sein de l'hôpital. Ils pensent que c'est un devoir pour eux vis-à-vis de leurs proches en situation de maladie. Ils assument le choix d'être responsables des soins de leurs parents souffrants. On peut cependant relever des confusions entre les patients et les gardes-malades qui s'expriment parfois en termes de « nous » ou « on ». Tout se passe comme s'ils étaient l'un et l'autre dans une position de soignés.

Le rôle empirique des gardes-malades

Chez la quasi-totalité des sujets que nous avons interviewés, on observe que les gardes-malades réalisent les tâches suivantes : ils gèrent l'emploi du temps des patients, c'est-à-dire qu'ils les réveillent ; préparent leur douche ; préparent leur petit déjeuner ; rappellent l'heure de la prise des médicaments ; placent le thermomètre ; parcourent les pharmacies afin d'acheter les médicaments prescrits par les médecins. Les gardes-malades servent de médiateurs entre le personnel soignant et les patients : ils gèrent les ordonnances et rendent compte de certaines difficultés des patients, ils vont même quelques fois jusqu'à apaiser certaines tensions entre soignants et soignés. Pour les patients, ce sont généralement les premiers secouristes en matière de relation d'aide, c'est-à-dire qu'ils sont généralement la source

de réconfort et de sécurité pour les patients. Un patient âgé de 22 ans et de sexe masculin, pour parler de l'importance d'avoir son père et sa mère (de façon rotative) auprès de lui, disait : « Je me sens en sécurité et rassuré lorsque je suis avec mon garde-malade, je ne fais pas confiance à ces gens avec la blouse ». La présence des gardes-malades au sein même de l'institution réduit l'angoisse de séparation (d'avec le milieu quotidien de vie) générée par la situation d'hospitalisation. Le même patient disait : « Ce n'est pas le chez moi ici, mais ailleurs » ; la présence du garde-malade maintient le patient connecté à son groupe social, sa communauté, sa famille. Une patiente de sexe féminin âgée de 26 ans, pour parler de l'importance d'avoir son conjoint et sa belle-mère (de façon rotative) à son chevet, disait : « Avec mon garde malade je sens au moins que je ne suis pas rejeté par tous, que je ne suis pas devenu un sous Homme, je suis juste malade comme tout le monde peut être ».

Le parent reste le garde-malade privilégié. Pour les célibataires, le garde-malade privilégié doit provenir de la famille nucléaire (père, mère, frères et sœurs). Les patients hommes préfèrent des gardes-malades de sexe féminin, tandis que les femmes expriment une plus grande complicité avec leurs frères et pères. Les personnes en couple, quant à eux, disent se sentir plus en sécurité aux côtés de leur conjoint, et la présence de leur belle famille les rassure et leur confirme qu'ils sont acceptés et aimés. Certains patients célibataires auraient souhaité être gardés par un conjoint et parfois par un autre membre de la famille avec qui il sont très liés affectivement.

GARDE DE MALADE ET RÉTABLISSEMENT

L'analyse des données recueillies durant notre enquête révèle que la situation d'hospitalisation réveille un sentiment de séparation et crée un mal-être chez le malade. En effet, ce dernier vit la situation d'hospitalisation comme une rupture d'avec sa famille. Lui et son garde-malade perçoivent cette situation comme une sorte d'amputation sociale. Une garde-malade (épouse du patient), pour exprimer son vécu de l'hospitalisation, disait : « Depuis qu'on l'a hospitalisé c'est la tristesse ici, les enfants sont inquiets et se demandent quand est-ce qu'il rentrera, c'est pour ça que je suis près de lui pour l'aider à recouvrer la santé ; le voir sourire me rend heureuse ». Les malades de notre contexte tout comme leurs gardes-malades ou proches aidants semblent être sous l'emprise de l'anxiété lorsqu'ils font face à la situation d'hospitalisation. Une malade disait : « Ce n'est pas le chez moi ici, je me sens déjà mieux et veux rentrer chez moi. Ici c'est comme si je n'existais pas et que mon corps ne m'appartenait pas, d'ailleurs je ne sens pas mon corps lorsque je suis couchée ici ».

Le garde-malade, en résidant au sein même de l'hôpital pendant l'hospitalisation, vient atténuer les angoisses et reconnecter le patient à sa communauté et sa famille : Un jeune homme de 30 ans hospitalisé disait : « Je me sens rassuré, avec mon garde-malade près de moi, le fait de voir les uns et les autres me rendre visite ça me remonte le moral et je sens que je ne suis pas rejeté par tous, je pense que c'est grâce à ça que je guéris vite ». En s'appuyant sur les verbatims de ce patient on comprend tout de suite que le garde-malade est celui qui vient apaiser les tensions que génère la situation d'hospitalisation, il

constitue une sorte de pare-excitation et d'étayage. De ce point de vue et à travers cette expérience, nous pouvons dire que le malade de notre contexte ne trouve son équilibre que dans la relation à l'autre, sa famille, sa communauté. Cette expérience abonde dans le sens de la théorie d'Ibrahim Sow (1977) selon laquelle l'homme africain résidant en Afrique est un être de relation. Le contexte africain est communautaire et la compréhension globale de sa population dépend aussi de l'implication de sa communauté.

Illustration d'un cas

Le malade que nous appellerons Bintou est un jeune garçon âgé de 22 ans. Il nous est recommandé par le chef du service de psychiatrie au sein duquel il séjourne depuis plus de trois semaines pour motif de rechute d'une schizophrénie. Au moment de notre rencontre le patient est stable, lucide et se prépare pour sa sortie dans deux jours. À son chevet se trouve comme garde-malade son père âgé de 51 ans.

Récit de Bintou

Bintou dit être arrivé à l'hôpital parce qu'il n'était plus compris par son entourage, qui a jugé qu'il était malade. Selon lui, ses différentes hospitalisations sont généralement liées au fait que les personnes qui l'entourent digèrent mal le fait qu'il soit exceptionnel. Il explique qu'il est quelqu'un de très sensible, d'illuminé qui ne digère pas les injustices, et ses crises commencent généralement lorsqu'il essaie d'enseigner la morale aux autres et que ses interlocuteurs s'obstinent à ne pas considérer ses enseignements : « Je ne m'entendais plus avec mes tantes, elles ont dit que j'étais malade alors que je voulais juste faire la morale aux gens. C'est l'école qui m'a fabriqué comme ça. ». Concernant le choix de son garde-malade, il dit n'avoir pas choisi son père comme garde-malade et qu'en dehors de son père il aurait voulu qu'une copine soit à ses côtés. Il dit que la présence de son père comme garde-malade constitue un frein à son épanouissement en tant qu'homme, mais constitue aussi une force et une motivation pour son rétablissement :

Mes parents ne peuvent pas me laisser aimer les femmes, alors que j'en ai vraiment besoin, par contre c'est grâce à leur présence permanente que j'arrive à supporter cette prison qu'on appelle hôpital, c'est aussi parce que je vois tout le sacrifice qu'il font pour moi que je me dis que je dois vraiment avoir un problème et qu'il faut que je résolve cela afin qu'ils ne souffrent plus pour moi, par exemple mon père déjà vieillissant dort toutes les nuits à mes côtés dans ces mauvaises conditions de vie.

Parlant de la relation avec son père avant et pendant l'hospitalisation il énonce la phrase suivante « Mes parents m'aiment tellement et moi aussi ». Il dit n'avoir jamais eu de conflits avec son père sinon des reproches lorsqu'il avait désobéi. Il se sent rassuré d'avoir son père près de lui, car pour lui ses parents sont les seuls qui peuvent faire ce genre de sacrifice pour lui.

Bintou vit la situation d'hospitalisation comme une castration d'avec son environnement habituel. Il décrit l'hospitalisation comme un moment où l'on perd ses moyens, où l'on est envahi par le sentiment de mort et où notre corps est dirigé par

les personnels soignants et contrôlé par les médicaments : « Ici on ne vit pas, personne ne te regarde comme une personne, seule ta maladie les intéresse, il n'y a que tes parents et tes proches, ceux-là avec qui tu as une histoire, qui sont capables de te regarder autrement ». Dans les verbatims en question, le patient remet en question la dimension relationnelle du soin, il déplore le fait que les soins soient plus mécaniques qu'humanistes. Dans son discours, le patient semble également poser la situation de maladie comme quelque chose de collectif.

Récit du garde-malade

M. Golio, le père de Bintou et en même temps son garde-malade, nous raconte que c'est pour lui un devoir et une preuve d'amour de rester auprès de son fils durant toute la durée de son hospitalisation :

En général en ce qui concerne mes enfants je n'ai pas à me plaindre, mon fils est un garçon calme, docile. En dehors des moments où il fait ses crises nous n'avons pas de problèmes, je l'aime beaucoup et c'est pour moi un devoir et une preuve d'amour d'être à ses côtés durant ces moments difficiles.

Le père de Bintou, bien qu'il soit affecté par la situation de son fils, se dit rassuré d'être auprès de lui :

Cette situation m'affecte beaucoup, ça affecte également toute ma famille, mais je suis rassuré d'être là pour lui, si ce n'est pas moi qui d'autre ? Si je ne suis pas ici près de lui je ne me sentirai pas bien du tout ; je suis vraiment rassuré et mon fils aussi est rassuré d'ailleurs, je suis sûr que si vous lui demandez c'est ce qu'il vous dira.

Interprétation et discussion : de la théorie du fonctionnement de la personnalité africaine à une compréhension du garde-malade comme modalité clinique en Afrique subsaharienne

Les résultats de cette étude révèlent que la présence permanente des gardes-malades au chevet du patient participe fortement au recouvrement de la santé et de l'homéostasie psychique du malade. Ces résultats montrent que la prise en compte de cette réalité spécifique au contexte est indéniable et que la transposition d'un système de santé au sein duquel aucun profane ne peut résider pourrait être problématique pour les usagers. Éric De Rosny (DE ROSNY 1981), en avouant que l'Afrique était un continent avec des réalités qui lui sont propres et non transposables ailleurs, avouait aussi (indirectement) que l'Afrique, face à la maladie et aux soins, a ses propres modalités cliniques, tels que la tradi-thérapie, la rito-thérapie, et aussi l'implication du garde-malade dans le dispositif de soin. En effet, comme le précisait déjà Sow (1977), il ne saurait jamais y avoir une interprétation des faits humains en dehors des cadres mêmes qui les produisent. Autrement dit, la place du garde-malade dans le dispositif de prise en charge, en tant que phénomène et fait, ne peut être compris et interprété qu'à la lumière de la culture et du vécu intrinsèque des parties prenantes. Afin de mieux définir le malade en Afrique, Tsala

(1991) nous enseigne qu'il s'agit d'un patient en situation thérapeutique et qu'il doit être compris sur la base d'une psychologie de relation et de communication. En fait, en contexte socioculturel africain, les problèmes de santé sont d'abord vécus dans un contexte relationnel et familial (MIMCHE & FEUDJIO 2018, 11). L'analyse et l'interprétation des données recueillies nous poussent à déduire qu'en situation d'hospitalisation, la rupture d'avec la famille pourrait être un facteur du ralentissement de la vitesse de rétablissement, du renforcement et – ou – de la genèse d'un trouble psychique.

CONCLUSION

Cet article rouvre le débat sur la question de l'implication profonde des gardes-malades dans le dispositif de prise en charge et leur résidence au sein de l'institution. Les auteurs qui s'y étaient penchés ont fait une sorte de psychologie des organisations, c'est-à-dire qu'ils s'intéressaient beaucoup plus à l'impact des gardes-malades sur le fonctionnement de l'institution ou encore sur les risques de débordement que courent les gardes-malades. Mais, jamais ils ne se sont penchés sur les bienfaits que ces personnages profanes procuraient au patient, à l'institution, ou alors au ressenti des gardes-malades face à cette situation. À travers une analyse rigoureuse de la personnalité dite africaine par Sow (1977) et nous appuyant également sur les verbatims collectés auprès de 15 sujets hospitalisés dans un service de psychiatrie du Cameroun, nous proposons de repenser la place des gardes-malades dans l'équipe de prise en charge pour atteindre l'objectif de la santé et du bien-être de tous en Afrique subsaharienne : Une réflexion sur « l'ethno soin infirmier ». En effet, l'intervention des gardes-malades dans le dispositif de prise en charge selon les normes institutionnelles représente un biais pour l'efficacité des soins en milieu hospitalier. Car, en institution hospitalière, les uniques responsables des soins sont officiellement les médecins, infirmiers et aides-soignants formés. Or, de manière empirique on observe que l'implication des gardes-malades est courante au Cameroun et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne et semble être l'un des supports majeurs de la cure. Que doit faire l'infirmier-ère qui dans l'action se retrouve au carrefour d'une dissonance pareille ? Préserver l'image et l'équilibre de la structure ou céder la place au bien-être du patient en impliquant d'avantage les gardes-malades, culturellement admis comme capital dans le dispositif de prise en charge ? D'où une perspective de solution : développer une nouvelle approche « ethno soins infirmiers » qui reconnaît les gardes-malades comme modalité clinique spécifique du Cameroun et d'autres pays d'Afrique subsaharienne, tel que le Bénin. Nous ouvrons le débat sur cette approche en questionnant la dynamique de la personnalité africaine pour saisir l'impact de sa présence dans l'homéostasie psychique et peut-être somatique de l'Africain noir.

Ouvrages cités

- DE ROSNY, Eric. 1981. *Les yeux de ma chèvre*. Yaoundé : PUCAC.
- LAHOUEL, Fatikha & Mohamed MEBOUL. 2011. «Le rôle des garde malades auprès des personnes en situation de handicap au centre hospitalo-universitaire d'Oran (Algérie)». *Journal de Réadaptation Médicale* 31(1) : 36-45.
- MBALLA ELANGA, Edmond VII. 2011. «Le garde malade au cœur de l'organisation du système de santé au Cameroun: entre participation à la prise en charge des malades et risques de débordements». Disponible sur Docplayer : <<http://docplayer.fr/26560217-Les-profanes-professionnels-de-sante-le-garde-malade-au-coeur-de-l-organisation-du-systeme-de-sante-au-cameroun.html>>.
- MIMCHE, Honoré & Bertrand FEUDJIO. 2018. *Famille et santé en Afrique: regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Bénin*. Paris : L'harmattan
- MOUTO NSIA, Charlotte. 2011. «Contribution du contrôle de gestion à la performance des hôpitaux publics au Cameroun». Mémoire de Master, Université catholique d'Afrique Centrale. En ligne : <https://www.memoireonline.com/01/14/8492/m_Contribution-du-contrle-de-gestion-la-performance-des-hpitaux-publics-au-Cameroun.html>.
- PUEUGUEU, Ivan, Carole EDOA et Justine MENGUENE. 2016. «Le Patient et son garde-malade au sein du service de psychiatrie de l'hôpital Jamot». Affiche présentée au colloque international «Les figures du soin psychique», Douala, 10-12 mai 2016. Paris : Le Harmattan.
- SCHNITZLER, Marie. 2014. «Le rôle de l'entourage au sein de l'hôpital africain: une thématique négligée?» *Sciences sociales et santé* 32(1) : 39-64.
- SOW, Ibrahim. 1977. *Psychiatrie dynamique africaine*. Paris : Payot
- TSALA, Jacques-Philippe. 1991. «La famille dans le corps ou mal-être d'un enfant camerounais». *Revue de médecine psychosomatique* 26 : 101-118

Ivan Bleriau Pueugueu
Doctorant en psychologie clinique et psychopathologie
Université de Yaoundé 1, Cameroun
pueugueuivan@yahoo.fr