

LE PSYCHOLOGUE, UN SPÉCIALISTE MAL CONNU DANS UNE SOCIÉTÉ CAMEROUNAISE EN SOUFFRANCE

Siéwé félix duclos

Département de Psychologie,
Université de Douala (Cameroun)
flicduclos@yahoo.fr

Djiegip wete oudry gaël

Doctorant Département de Psychologie,
Université de Douala, (Cameroun)
wetegael@gmail.com

Résumé

La société camerounaise est en proie ces dernières années à une recrudescence de fléaux sociaux. L'addiction à la drogue et à l'alcool, les déviances sexuelles, les échecs scolaires et les violences s'enracinent un peu plus chaque jour dans une société camerounaise en mal de repères. La répétition de ces scandales donne à s'interroger sur les capacités de la société à riposter face à ces multiples menaces. Nombreuses sont les ressources camerounaises capables de résorber ces problèmes, mais malheureusement elles sont très souvent mal exploitées ou non reconnues. L'hôpital est dans l'imaginaire populaire le lieu par excellence où se trouvent les solutions miracles à tous les problèmes de santé. Si la quasi-totalité des souffrances exprimées par les malades est d'ordre biologique, il n'en demeure pas moins que certaines souffrances sont d'ordre psychologique. Ceux des malades qui ont une souffrance d'ordre psychique ou psychologique ne savent même pas vers quel spécialiste s'orienter ou ne sont pas très souvent référés vers le psychologue le cas échéant. L'objectif de cette recherche est de montrer que le psychologue est un spécialiste de la santé mal connu dans la société camerounaise. Dans le cadre de cette étude, nous avons utilisé deux outils de collecte de données soit le questionnaire pour la collecte des données quantitative et le guide d'entretien pour les données qualitatives. Le questionnaire a été administré en face à face, à domicile, dans la rue et dans les lieux de travail auprès d'un échantillon de convenance de 126 personnes d'âge et de sexe distinctifs dans la ville de Douala – Cameroun et le guide d'entretien à 10 individus choisis suivant le même principe. Pour pallier aux limites de cette technique d'échantillonnage, nous nous sommes assuré que les structures d'âge, de sexe et de niveau académique des sujets soient représentatives de la population camerounaise. Une analyse descriptive nous permet d'analyser les données quantitatives et une analyse de contenu pour les données qualitatives. Les résultats attendus à l'issue de cette enquête seraient qu'on arrive à la conclusion que le psychologue est très peu connu dans la société camerounaise en qualité d'intervenant dans les problèmes de santé.

Mots clés : Psychologue – Spécialiste – Souffrance

Abstract

In recent years, Cameroonian society has been plagued by a resurgence of social Mis. Addiction to drugs

and alcohol, sexual déviance, academie failure and violence are taking deeper root every day in a Cameroonian society in search of its bearings. The répétition of these scandais raises questions about society's ability to respond to these multiple threats. There are many resources in Cameroon capable of resolving these problems, but unfortunately they are often poorly exploited or unrecognized. In the popular imagination, the hospital is the place par excellence where miracle solutions to ail health problems are found. While almost ail the suffering expressed by patients is biological in nature, some is psychological. Patients who suffer from psychological problems do not even know which specialist to turn to, or are not often referred to a psychologist. The aim of this research is to show that the psychologist is a little-known health specialist in Cameroonian society. For this study, we used two data collection tools: the questionnaire for quantitative data and the interview guide for qualitative data. The questionnaire was administered face-to-face, at home, in the Street and in the workplace, to a convenience sample of 126 people of distinct âge and sex in the City of Douala - Cameroon, and the interview guide to 10 individuals chosen according to the same principle. To overcome the limitations of this sampling technique, we ensured that the âge, gender and academie level of the subjects were représentative of the Cameroonian population. Descriptive analysis was used for quantitative data, and content analysis for qualitative data. The expected results of this survey would be to conclude that the psychologist is little known in Cameroonian society as an intervener in health problems.

Key words : *Psychologist – Specialist - Suffering*

Introduction

Robins William acteur américain souffrant de dépression s'est suicidé en 2015. Suite à cet acte, un humoriste kenyan du nom de Ted Malanda signait dans son journal *The standard* un extrait qui traduit la perception de la maladie mentale en contexte africain. « je n'arrive pas à concevoir la dépression comme une maladie » avait-il écrit, ce qui avait provoqué une vague de réaction de la part des spécialistes de la santé mentale. Cette boutade traduit la représentation au sujet de la maladie mentale, d'ailleurs on peut remarquer l'absence d'expression pour la désigner dans les dialectes africains. Indépendamment de leur statut, les Africains ont un rapport mitigé à la maladie mentale alors que 19% des populations sont affectés par la charge de morbidité lié aux troubles mentaux (Patel et al., 2016).

La société camerounaise est aujourd'hui en proie à de nombreuses turbulences. Entre crises économique, politique, sécuritaire et pandémie, la santé mentale des Camerounais prend un coup. Le concept de maladie est mal défini dans la société camerounaise et est très souvent associé à des conséquences d'engagement défectueux avec des entités obscures lorsque les manifestations biologiques n'apparaissent pas clairement. Cette absence de considération objective

se traduit aussi dans l'écart colossal entre les apports financiers attribués entre les départements de santé mentale et les autres départements de la santé par les gouvernements (Peterson et al., 2017).

En contexte camerounais, admettre qu'on souffre d'une maladie mentale est délicat et peut faire l'objet de railleries. « Il est devenu fou » disent très souvent les autres pour désigner une personne qui souffre de maladie mentale. La méconnaissance des concepts de santé mentale et maladie mentale a un impact significatif sur les comportements. Une étude de Poulin et Lévesque (1995) sur les significations des différentes dénominations couramment utilisées pour désigner les personnes ayant des problèmes de santé mentale révèle que les concepts de maladie mentale, personne souffrant de problème de santé mentale et ex-patient psychiatrique modifient la perception des populations et par conséquent leur rapport avec la personne atteinte de maladie mentale. Quand on évoque la problématique de la santé mentale en Afrique aujourd'hui un grand nombre de personnes est concerné. D'ailleurs, une recherche d'Elsabe (2021) réalisée dans 16 pays en Afrique subsaharienne révèle qu'une proportion d'adolescents souffre de troubles mentaux et de symptômes de santé mentale. Toutefois en dépit de cette réalité accablante, l'omerta persiste autour de cette gangrène. Le déni, le rejet et la rareté des structures autour de la maladie mentale font d'elle la béquille du système sanitaire en Afrique. En dépit de la nécessité accrue de structures, il n'y a que très peu d'établissements très souvent dirigés par les religieux qui essaient de redonner à ces personnes rejetées leur humanité.

Indépendamment de l'espace, la survenue de la maladie mentale déclenche à peu près les mêmes réactions au sein des groupes sociaux. C'est généralement un étonnement, un questionnement collectif sur son origine, car on ne lui attribue pas des possibilités d'apparition génétique. Si elle peut avoir des conséquences sur le fonctionnement biologique de notre organisme, la maladie mentale reste encore un mystère dans l'imaginaire populaire. Quand il faut la définir, le corollaire à la folie est fait parce que les deux expressions sont considérées comme synonymes. Cette pensée populaire est tellement ancrée dans notre société que même les « intellectuels » y croient, pour les moins avisés. D'ailleurs Saucier (1961) indique dans son article « *la perception sociale de la maladie mentale* » qu'il est courant de voir dans la société même chez

les personnes qui avaient une opinion évoluée de la folie adopter une attitude primitive face aux crises psychotiques de leur proche.

La simple évocation de ce concept pour rendre compte de la santé de l'individu suscite de nombreuses craintes. Si autrefois les personnes souffrant de problèmes de santé mentale étaient lapidées aujourd'hui, elles sont plus victimes de stigmatisation. Cette stigmatisation trouve un ancrage fort dans : (a) une perception erronée de la dangerosité de la maladie associée à des conduites étranges ou imprévisibles ; (b) l'incapacité de la personne à respecter les normes sociales ; (c) l'attribution de la responsabilité de la maladie à la personne qui la porte ; (d) l'impossibilité de guérir (Feldman & Grandall, 2007). À ce jour, alors que des progrès considérables sont réalisés dans la prise en charge des personnes atteintes de maladies mentales, la stigmatisation continue d'être un frein à l'intégration sociale de cette catégorie de personne (Jorm, et al., 1999 Crisp et al., 2000). L'entourage des personnes atteintes de maladies mentales subit incessamment un énorme stress dans d'incessants allers et retour entre marabout et homme de Dieu, suite aux nombreuses nuits de sacrifices qu'il faut passer avec eux pour avoir très souvent un résultat approximatif. Selon Gureje et al. (2015) près de 80% de personnes porteuses d'une maladie mentale s'orientent vers des pratiques traditionnelles. Les souffrances mentales sont de plus en plus présentes dans la société camerounaise et leur prise en charge continue de poser problème à cause d'un système de santé précaire et la non reconnaissance de ce que l'absence de santé n'a pas que des causes biologiques. En Afrique subsaharienne, près de 76% des personnes souffrant de maladie mentale n'accèdent pas aux soins adéquats pour des motifs divers parmi lesquels un nombre insignifiant de structures offrant des prestations adaptées.

Si dans certaines sociétés l'intérêt que les gens accordent à leur santé mentale est important, au Cameroun cela demeure encore une préoccupation mineure. Lorsque les contrariétés dans la vie des individus sont considérables au point d'affecter sa vie, ses relations ou ses performances dans certaines sociétés, ils jugent nécessaire de rencontrer leur/un médecin qui peut leur prescrire un médicament leur permettant de se sentir mieux, ou il cherche à rencontrer un psychologue pour les accompagner, les écouter et les aider à se décharger de lourds fardeaux qu'il porte très souvent sur leur conscience. Ils savent qu'ils peuvent se confier au psychologue sans

crainte sur leurs difficultés, leurs peurs, bref des choses qu'ils redoutent de dire à leurs amis, frères et sœurs. Mais chez nous en Afrique et au Cameroun en particulier, le recours au marabout, à l'homme de dieu et l'automédication sont des voies de recours par excellence et l'hôpital pour rencontrer le médecin pour les plus avisés.

1.1 Que peut faire le Psychologue ?

Les souffrances psychologiques entraînent très souvent des souffrances physiques chez l'individu de même que les maladies physiques ont une incidence sur la santé mentale de l'individu (SCFP, 2019). Le recours à l'automédication ou la consultation chez un médecin sont les voies de recours explorées par le sujet. Les multiples traitements infligés au sujet sont souvent inefficaces. Bien de problèmes pour lesquels les patients consultent très souvent sont mieux traités par le Psychologue. Il s'agit :

- des problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, phobies) ;
- stress, colère et gestion de la souffrance ;
- les maladies dégénératives du cerveau ;
- les problèmes de développement et des troubles de comportement ;
- les problèmes psychologiques associés aux maladies telles que le diabète, les AVC ;
- des comportements criminels
- de l'aide aux victimes en cas de catastrophes
- du tabagisme, alcoolisme et consommation ou addictions aux drogues ;
- des problèmes de couples et familiaux.

1.2 – Qu'est-ce que la santé mentale ?

Les difficultés des personnes qui souffrent d'une maladie mentale ou qui ont une santé mentale fragile sont aggravées par la discrimination, la stigmatisation et le manque de savoir- agir dans la situation. La santé mentale est plus que l'absence de maladies mentales ou de troubles mentaux. Selon l'OMS (1946), la santé est définie par une absence de maladie ou d'infirmité, mais également par la présence de bien-être physique, mental et social. Les multiples transformations sociales et conséquences qu'elles ont entraînées ont donné lieu à une considération progressive de la maladie mentale.

Sa spécificité a débouché sur l'élaboration d'une définition taillée sur mesure par le même organisme. Par exemple en 2001, l'OMS qualifiera une bonne santé mentale comme un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie. Accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. La rupture de cet équilibre est causée par la présence d'une maladie mentale qui se définit comme un ensemble de règlements au niveau des pensées, des émotions et/ou du comportement qui reflètent un trouble biologique, psychologique ou développemental des fonctions mentales. La maladie mentale est toujours à l'origine de la détresse chez l'individu et entraîne de manière quasi permanente une difficulté au travail et dans les interactions sociales. Il est difficile de s'engager directement dans une relation de couple après la séparation d'un être avec qui on était émotionnellement attaché. Il est difficile de croire en amitié après qu'on se soit fait abusé par ceux qu'ont considéreraient comme nos amis. Si la santé mentale d'écrit le versant normatif de la santé de l'individu, la maladie mentale est la conséquence de la perte de l'équilibre psychologique chez l'individu.

2- Le « psychologue africain »

Les personnes âgées et les aînés occupaient autrefois une place privilégiée au sein de la famille africaine. En tant que tels, ils représentaient l'intelligencia, les personnes ressources sur qui s'appuyer en cas de problème quelconque. Ils pouvaient être membres du cercle familial de l'individu ou pas, d'ailleurs la barrière entre le cercle familial et les autres entités sociales était très poreuse permettant une fluctuation des interactions sans crainte. Ainsi, face aux difficultés, ils étaient sollicités rapidement la rencontre d'une personne expérimentée de la famille ou de l'environnement social. Le moment de la rencontre servait d'exutoire pour la personne en souffrance souffrant qui bénéficiait par la suite de conseil avisé. Cette pratique a été légitimée pendant une longue période et permise à plusieurs personnes à la recherche de solutions de trouver du soulagement. L'avènement de l'ère moderne a considérablement impacté l'organisation sociale et la famille n'a pas échappé à l'hécatombe. Les êtres humains se sentent de plus en plus seuls. Entre individualisme, égoïsme et crainte justifiés par les atrocités quotidiennes dont nous sommes témoins, le repli sur soi

est une stratégie à laquelle font recours nombre d'individus. Il est d'ailleurs courant d'entendre dire qu'« aujourd'hui on ne fait plus confiance à personne, même à son propre frère, car s'est très souvent son propre orteil qui perce sa chaussure ». Au milieu de ce chaos, le psychologue est pourtant là avec pour mission d'écouter, d'accompagner et de soigner ces pathologies comportementales, de la pensée et des sentiments, mais qui lui accorde de l'importance ?

3 - Perception de la maladie mentale en contexte africain

Depuis son émergence dans le champ de la santé, la notion de santé mentale peine encore à trouver écho dans la société africaine. Une distorsion réflexive parce que la maladie mentale touche malheureusement les pays développés et les pays en voie de développement comme le Cameroun. Le rapport à la maladie mentale dans les pays développés a permis de mettre en place une riposte efficace pour aider les victimes. En Afrique les considérations culturelles autour de la santé mentale entraînent généralement une mise à l'écart du sujet malade. Les efforts de l'entourage sont orientés vers d'autres maladies pour lesquelles les représentations sociales sont différentes. Ce n'est pas un crime de souffrir d'un diabète ou d'un cancer, d'ailleurs selon les considérations sociales ce sont « les maladies des riches ». Le rapport malsain à la maladie mentale ne permet pas de valider une autre explication que celle de la hantise par un esprit démoniaque de la personne malade comme cause. D'ailleurs la maladie mentale reste une inconnue pour l'Africain et c'est pour cette raison qu'il lui attribue une explication magico-religieuse (Ezembe, 2009).

Cette situation fait qu'il n'est même pas possible de donner des statistiques réelles des pathologies mentales sur le continent africain. Ceci du fait que, plutôt que d'amener les personnes souffrantes de maladies mentales à l'hôpital, les familles préfèrent recourir à la médecine traditionnelle ou aux supposés pouvoirs divins d'un pasteur.

Le principal rôle des gouvernements est d'assurer le bien-être social des populations. Cela passe autant par sa capacité à assurer une stabilité économique chez l'individu que par une bonne santé. Selon les exigences de l'OMS, on devrait avoir un psychiatre pour 5000 habitants. La réalité est que sur le continent, on a un pour 500 000 habitants et dans le cas du Cameroun, le nombre est encore plus élevé.

4 - Question exploratoire

Les préjugés sur la maladie mentale continuent d'avoir un effet significatif dans la relation du malade avec son entourage. Les personnes porteuses d'une maladie mentale continuent d'être tenues pour seule responsable de leur état dans leur environnement. Le corollaire avec le recours aux pratiques magico-religieuses de leur part ou un sort subtil par une personne belliqueuse sont les causes le plus souvent évoquées pour justifier que les personnes qui en souffrent soient orientées vers le tradipraticien ou le pasteur. L'évocation du psychologue n'a aucune résonance dans le système de croyances des populations ou dans le protocole de guérison du malade. Cette situation nous a amenés à énoncer la question de recherche qui suit : le psychologue en tant que spécialiste de la santé mentale serait-il méconnu dans la société camerounaise ?

5 – Méthodologie

Notre étude est réalisée dans la ville de Douala. Douala est la capitale économique du Cameroun et principal centre des affaires. Elle abrite près de 4 millions d'âme. Les exigences que le mode de vie impose dans cette ville donnent à croire qu'on pourrait y recenser un nombre conséquent de personnes souffrant de maladie mentale. L'exploration de notre terrain de recherche a été faite via un questionnaire. Ledit questionnaire a été administré en face à face, à domicile, dans la rue et dans les lieux de travail auprès d'un échantillon de convenance de 125 personnes d'âge et de sexe distinctif. Pour pallier aux limites de cette technique d'échantillonnage, nous nous sommes assurés que les structures d'âge, de sexe et de niveau académique des sujets soient représentatives de la population camerounaise. À l'aide du SPSS nous avons réalisé une analyse descriptive pour la vérification de notre hypothèse de recherche.

6- Présentations des résultats

Cette section est destinée à présenter les principaux résultats de cette recherche. Ces résultats présentent le panorama des caractéristiques de

l'échantillon de l'étude ainsi que les données sur la cartographie des réponses pour les différents items de l'outil de collecte de données.

Tableau 1 :

Caractéristiques de l'échantillon

Tranche d'âge	Fréquence	pourcentage
20 - 25 ans	51	40,8
26 - 31 ans	31	24,8
32 - 37 ans	23	18,4
38 - 43 ans	9	7,2
44 ans et plus	9	7,2
Genre	fréquence	pourcentage
Masculin	70	56,0
Féminin	53	42,4
Situation matrimoniale	fréquence	pourcentage
Célibataire	99	79,2
Marié(e)	22	17,6
Activité professionnelle	fréquence	pourcentage
Commerce	13	10,4
Santé	18	14,4
Transport	2	1,6
Chômage	7	5,6
Autres	84	67,2
Diplôme le plus élevé	fréquence	pourcentage
CEP/FSLH	16	12,8
BEPC/CAP/GCEOlevel	17	13,6
Probatoire	11	8,8
BAC/GCEAlevel	35	28,0
BTS/DUT/HND	16	12,8
Licence/Bachelor	20	16,0
Master	9	7,2

L'échantillon de cette étude est constitué de 125 individus donc 70 hommes et 53 femmes. Les sujets de l'étude sont relativement jeunes.

D'après les données du tableau ci-dessus, il ressort que cinq groupes d'âge étaient représentés dans cette étude soit 51 sujets donc l'âge varie entre 20 et 25 ans ; 31 ont entre 26 et 31 ans ; 23 ont entre 32 et 37 ans ; 9 ont entre 38 et 43 ans et 9 ont 44 ans et plus. Les secteurs d'activités dans lesquels les enquêtés sont répartis sont le commerce (13), la santé (18), le transport (2), autres (84) et 7 qui sont en situation de chômage. La répartition desdits enquêtés suivant leur diplôme le plus élevé révèle que la plus grande proportion d'entre eux possède un Baccalauréat soit 35 ; suivis des titulaires de Licence soit 20 ; suivis des titulaires de BEPC soit 17 ; suivis des titulaires de BTS/DUT/HND soit 16, un nombre identique pour les détenteurs du CEP/FSLH ; suivis des titulaires de probatoire soit 11 et enfin les titulaires de Master qui sont au nombre de 9. Tous les sujets de l'étude sont détenteur d'au moins un diplôme ce qui est en adéquation avec l'intérêt que les populations camerounaises accordent à l'école. Les diplômés de l'enseignement supérieur représentent 35% de l'échantillon de l'étude, une proportion conséquente pour objectiver les résultats.

6.1 - Analyse descriptive des données

Il s'agissait de vérifier le niveau de connaissances des enquêtés sur les différents spécialistes qu'on retrouve dans le corps de la santé et les maladies pour lesquelles ils peuvent intervenir.

Tableau 2 :

Données analyse descriptive (1^{ère} partie)

		Fréquence	Pourcentage
Paludisme	Bonne réponse	72	57,6
	Mauvaise réponse	52	41,6
Fracture	Bonne réponse	30	24,0
	Mauvaise réponse	95	76,0
Perte de mémoire	Bonne réponse	48	38,4
	Mauvaise réponse	77	61,6

À regard du tableau ci-dessus portant sur l'évaluation de la maîtrise des enquêtés sur les différents spécialistes de la santé et leurs habiletés, le

diaporama des données met en exergue un niveau de méconnaissance assez significatif des enquêtés des différents spécialistes de la santé. Les données indiquent que 41,6% des enquêtés ne connaissent pas le nom du spécialiste à consulter en cas de paludisme une maladie pourtant fréquente dans notre environnement. Pour les cas de fracture et de perte de mémoire, respectivement, 76% et 77% des enquêtés ne connaissent pas le spécialiste qu'il faut consulter.

Tableau 3 :

Données analyse descriptive (2^{ème} partie)

		Fréquence	Pourcentage
Fatigue	Bonne réponse	21	16,8
	Mauvaise réponse	104	83,2
Dépression	Bonne réponse	64	51,2
	Mauvaise réponse	60	48,0
Déception amoureuse	Bonne réponse	58	46,4
	Mauvaise réponse	67	53,6
Phobies	Bonne réponse	53	42,4
	Mauvaise réponse	71	56,8
Stress	Bonne réponse	58	46,4
	Mauvaise réponse	65	52,0
Traumatisme	Bonne réponse	54	43,2
	Mauvaise réponse	70	56,0
Trouble du comportement alimentaire	Bonne réponse	48	38,4
	Mauvaise réponse	75	60,0
D'addiction à la drogue	Bonne	40	32,0

	réponse Mauvaise réponse	82	65,6
Trouble du comportement (violence, cleptomanie)	Bonne réponse	40	32,0
	Mauvaise réponse	84	67,2

À la lecture du tableau ci-dessus, sur l'ensemble des enquêtés, sur le spécialiste qu'il faut consulter pour ces pathologies, les réponses donnent de se rendre compte du fait que le psychologue qui est l'un des spécialistes de la santé les plus compétent pour prendre en charge pour ses pathologies soit très peu connu. Sur notre échantillon de 126 sujets, en ce qui concerne la fatigue, 104 enquêtés n'ont pas indiqué le psychologue comme le spécialiste à consulter ; en ce qui concerne la dépression, 60 des enquêtés n'ont pas cité le psychologue. Pour le stress et les phobies, ce sont respectivement 65 et 71 mauvaises réponses que nous avons enregistrées. Pour ce qui concerne le traumatisme, les troubles du comportement alimentaire, l'addiction à la drogue et les troubles du comportement (violence et cleptomanie) les taux de mauvaise réponse sont respectivement de 56%, 60%, 65% et 67,2%.

6.2 - Résultats des données qualitatives : l'entretien

Ici, il sera question de présenter les données des entretiens sur la base d'une analyse qualitative (Braun & Clarke, 2006). Les verbatim nous serviront à faire une analyse objective de la situation. Nombreuses sont les raisons évoquées par les enquêtés pour justifier la méconnaissance du psychologue. Pour certains c'est un spécialiste qui ne fait pas partir des mœurs africaines. D'ailleurs les sujets S2, S4 et S10 déclarent qu'« en Afrique on ne connaît pas le psychologue nous-même on gère nos problèmes ». Dans le même sens, les sujets S1, S3 et S6 argumentent que « le psychologue parle seulement, il ne fait rien de spécial en dehors de parler. Hors j'ai beaucoup de personnes à qui je peux parler quand j'ai des problèmes ». Dans la même veine l'enquêté 5 déclare « la psychologie c'est pour les blancs, en Afrique nous on ne connaît pas cela ».

De plus, S7 déclare que le Psychologue est un médecin ; S3 et S1 avouent n'avoir aucune idée de ce que c'est qu'un psychologue. Quant au sujet S5 il déclare que le psychologue est « quelqu'un qui parvient à entrer dans l'esprit d'un individu via certaines méthodes occidentales ».

Si certains enquêtés ont émis des réponses acceptables, ils sont dans la grande majorité (80%) qui ne se sentent pas disposés à rencontrer un psychologue. Les sujets S2, S4, S10 et S6 déclarent qu'ils n'envisagent jamais de rencontrer un psychologue. Selon eux c'est un manipulateur de la conscience et donc l'utilité n'est pas significative. Le sujet S6 dit « nous sommes tous psychologues (Rire) on sait tous que chez nous dès qu'on a un problème et qu'on parle entre connaissance, la solution sort donc je ne vois pas pourquoi je dois rencontrer un psychologue ». D'autres sujets (S4, S9) vont s'inscrire dans cette même logique en arguant que selon eux on ne parle de consulter un psychologue que chez les blancs.

Ces extraits d'entretien nous ont permis de nous rendre compte de ce que le métier de psychologue est mal connu à ce jour au sein de la société camerounaise. À partir des données récoltées auprès des enquêtés, il ressort que 55% estiment qu'un psychologue ne leur serait pas utile ; 75% estiment que le fait de consulter le psychologue ne fait pas partir des us et coutumes africains. Ces statistiques renforcent la thèse selon laquelle le psychologue est mal connu dans la société camerounaise. Au regard de ses compétences et de sa capacité à agir de manière efficace sur le comportement humain en vue de l'accommoder aux standards sociaux, le psychologue devrait être un des spécialistes pour qui les demandes soient les plus importantes au regard du climat social économique caractérisé par les violences (verbale, physique, etc), les déviances sexuelles, les comportements addictifs (alcool, drogue, jeux de hasard, etc.). Bien au contraire, les charlatans (pasteur, marabout) agissent en lieu et place du psychologue pour des problématiques dont ils n'ont pas la compétence. Savent-ils seulement que le psychologue existe et qu'il peut les aider ? le constat de la situation nous donne le droit de nous poser cette question.

Conclusion

Il était question dans ce travail de montrer que le psychologue est un spécialiste mal connu dans une société camerounaise. Cette étude découle du fait qu'en dépit des nombreuses crises sociales que traverse notre société, le psychologue est très peu sollicité ou parfois pas intégré au dispositif de prise en charge des victimes. Les individus victimes des dérives sociales actuelles peinent souvent à trouver guérison parce qu'ils

sont orientés vers des personnes qui n'ont pas la compétence pour les aider. Le recours aux charlatans (pasteur, marabouts) est la mode actuelle. Le contraste dans la gestion de ses cas nous a amenés à postuler comme question de recherche de ce travail que le psychologue en tant que spécialiste de la santé mentale serait-il méconnu dans la société camerounaise ?. Cela a nécessité une enquête auprès de 126 individus à l'aide d'un questionnaire et un entretien avec 10 individus. Les analyses quantitative et qualitative appliquées aux données ont permis de constater qu'au sein de la société camerounaise, le psychologue est encore très mal connu et très mal perçu pour son rôle. L'importance de la sensibilisation auprès des populations est une nécessité. La psychologie doit sortir des amphithéâtres pour aller à la rencontre des populations chez qui la peur de l'inconnu inhibe les élans et les encastre dans des considérations négatives.

Références bibliographiques

- Brau, Virginia. et Clarcke, Victoria** (2006), Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Crisp Arthur, Gelder Michael, Rix Susannah, Howard Meltzer et **Olwen Rowlands** (2000), stigmatisation des personnes atteintes de maladies mentales. *British journal of psychiatry*, 177, 4-7.
- Elsabe Brits**, (2021), Le lourd fardeau de la santé mentale des jeunes en Afrique. *News feature*. https://www.nature.com/articles/d44148-021-00098-x?utm_source=perplexity
- Ezembe Ferdinand**, (2009), *L'enfant africain et ses univers*. Karthala
- Feldman David et Grandall Christian** (2007), Dimension of mental illness stigma : what about mental illness causes social rejection ? *journal of social and clinical Psychology*, 26(2), 137-154.
- Gureje Oye, Lasebikan Victor, Ephraim-Oluwanuga Olusola, Olley **Benjamin et Kola Lola**(2005), Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *The British Journal of Psychiatry* 186(5), 436-441. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.5.436>
- Jorm Anthony, Korten Ailsa, Jacomb Patricia, Christensen Hélène, Henderson Scottt** (1999), attitudes envers les personnes atteintes de troubles mentaux : une enquête auprès du public et des

professionnels de la santé australiens. *Revue australienne et néo-zélandais de psychiatrie*, 33, 77-83

Ntchapda Arnaud, (2021), *Maladies mentale. Allo Docteurs AFRICA*. www.allodocteurs.africa

Patel Vikram, Chisholm Dan, Dua Tarun, Laxminarayan Ramanan et Medina-Mora Maria Elena (2016), *Disease control priorities: Mental neurological, and substance use disorders*. Washington (DC) : the international Bank for Reconstruction and Development. Doi : 10.1596 /978-1-4648-0426-7.

Peterson Inge, Debbie Marais, Jibril Abdulmalik, Shalini Ahuja, Atalay Alem, Dan Chishlom Catherine Egbe, Oye Gureje, Charlotte Hanlon, Crick Lund, Rahul Shidhaye, Mark Jordan, Fred Kigozi, James Mugisha, Nawaraj Upadhaya et Graham Thornicroft (2017), Renforcer la gouvernance des systèmes de santé mentale dans six pays à revenu faible et intermédiaire d’Afrique et d’Asie du Sud : défis, besoins et stratégies potentielles. *Politique et planification de la santé*, 32(5), 699-709

Saucier Jean-François, (1961), La perception sociale de la maladie mentale. *Canadian psychiatric association journal*, 6(6), 339-344.

Syndicat Canadien de la Fonction Publique, (2019), *Qu’est-ce que la santé mentale ?* [https://scfp.ca/quest-ce-que-la-sante-mentale-quest-ce-que-la-maladie-](https://scfp.ca/quest-ce-que-la-sante-mentale-quest-ce-que-la-maladie-mentale#:~:text=Une%20maladie%20physique%20ou%20une,%C3%A9ventail%20de%20probl%C3%A8mes%20physiques%20chroniques.&text=Certains%20signes%20peuvent%20indiquer%20la,un%20probl%C3%A8me%20de%20sant%C3%A9%20mentale)

[mentale#:~:text=Une%20maladie%20physique%20ou%20une,%C3%A9ventail%20de%20probl%C3%A8mes%20physiques%20chroniques.&text=Certains%20signes%20peuvent%20indiquer%20la,un%20probl%C3%A8me%20de%20sant%C3%A9%20mentale](https://scfp.ca/quest-ce-que-la-sante-mentale-quest-ce-que-la-maladie-mentale#:~:text=Une%20maladie%20physique%20ou%20une,%C3%A9ventail%20de%20probl%C3%A8mes%20physiques%20chroniques.&text=Certains%20signes%20peuvent%20indiquer%20la,un%20probl%C3%A8me%20de%20sant%C3%A9%20mentale).