
Ancrages cosmogoniques et audience de la tradithérapie du trouble mental par le culte des génies *holley* à Niamey

AMADOU Soumana
soumanapsy@yahoo.fr

Résumé

Cet article met l'accent sur la dynamique psychoaffective qui soutient les ancrages cosmogoniques sur lesquels s'étaye l'audience dont jouit la tradithérapie du trouble mental par le culte des génies *holley* à Niamey. Dans cette perspective, le travail d'enquête nous a conduit à solliciter la participation librement consentie et éclairée d'un échantillon tout-venant de 120 accompagnants activement engagés dans le parcours thérapeutique de malades mentaux, et dont les réponses à notre questionnaire ont été dépouillées à l'aide du logiciel SPSS. Puis, à l'aide d'une grille d'entretien semi-directif, nous avons recueilli un corpus discursif qui a fait l'objet d'une analyse de contenu thématique. Dans l'ensemble, les résultats de l'enquête ont confirmé l'hypothèse principale de la recherche stipulant que l'audience de la tradithérapie du trouble mental s'étaye, essentiellement, sur les ancrages cosmogoniques y afférents ; ceux-ci reposant sur la dynamique psychoaffective qui anime les accompagnants de malades mentaux.

Mots-clés : ancrage cosmogonique, tradithérapie, trouble mental.

Abstract

This article emphasizes the psychoaffective dynamic that support the cosmogonic anchorings on which the audience enjoyed by the traditional therapy of mental disorder by the cult of *holley* geniuses in Niamey is based. In this perspective, the survey work led us to solicit the voluntary and enlightened participation of a random sample of 120 caregivers actively engaged in the therapeutic path of mental patients, and whose answers to our questionnaire were analyzed using SPSS software. Then, using a semi-directive interview grid, we collected a discursive corpus which was the subject of a thematic content analysis. On the whole, the results of the survey confirmed the main hypothesis of the research stipulating that the hearing of the traditional therapy of the mental disorder is supported, essentially, on the related cosmogonic anchorages; these resting on psychoaffective dynamic of mental patients caregivers.

Keywords: cosmogonic anchor, traditional therapy, mental disorder.

1. Introduction

Il peut paraître désuet et même suranné d'insister sur le lien entre les représentations cosmogoniques et la tradithérapie du trouble mental en milieu africain. Effectivement, en Afrique, la survenue d'un trouble mental est communément envisagée en référence aux croyances relatives à la sorcellerie, c'est-à-dire à l'action pathogène d'un

individu « maléfique », au monde des ancêtres et des génies et, d'une manière générale, à l'action néfaste de pratiques magiques.

Au Niger, en particulier, le trouble mental est généralement perçu comme la manifestation d'une entité exogène ; divine, la plus part du temps, mais, également, humaine, par moments, par le truchement de la sorcellerie ou de la magie interpersonnelle. Danger permanent et redoutable, le trouble mental fait, par conséquent, l'objet d'attentions particulières et c'est par des moyens préventifs et curatifs de toutes sortes que l'on essaye de l'endiguer. Par ailleurs, l'irruption d'un trouble psychique est pratiquement vécue comme un drame collectif et, conséquemment, le processus thérapeutique qu'elle mobilise interpelle le réseau socio-familial dans son ensemble ; ce qui permet de conceptualiser le trouble mental en termes de phénomène social et, donc, d'envisager des mises en perspective explicatives qui feront prioritairement porter l'interrogation et la quête thérapeutique sur les conditions et rapports sociaux, sur l'acte existentiel et sur le recoupement ou la rencontre entre historicité personnelle et historicité sociale (S. Amadou, 1996).

Sur la question singulière de la conception relative à la notion de trouble mental, on peut constater que la conception biomédicale (V. M. Durand et al, 2002), qui a l'habitude de séparer, voire d'opposer, les facteurs sociaux et psychologiques de cette entité morbide, n'est pas forcément pertinente en milieu nigérien (C. Metz et al, 2006 ; M. Godelier et al, 2011). En effet, dans ce contexte, l'éthiopathogénie du mal-être psychique ne se décline ni en termes strictement psychologiques, ni en termes exclusivement organiques ou psychosomatiques ; les interprétations causales relatives à l'occurrence du trouble mental se réfèrent presque toujours aux croyances cosmogoniques (S. Amadou, 1996).

En tout état de cause, l'option dans laquelle s'inscrit la présente étude consiste à tenir compte des particularités culturelles à travers lesquelles se signifient les représentations et les processus thérapeutiques qui sont activés à l'occasion de la survenue d'un événement qui ébranle la vie psychique d'un individu (F. Laplantine, 1976 ; L. Demailly, 2011). C'est que les considérations susmentionnées invitent largement à la discussion relative à la position nosologique et au traitement du trouble mental en milieu nigérien :

S'agit-il d'une entité pathologique telle que l'entendent, classiquement, les classifications internationales ?

Ne peut-on pas y trouver des croyances correspondant un inconfort psychoaffectif s'articulant autour d'un refoulement profond ?

Notons, par ailleurs, qu'à Niamey l'offre des soins en matière de santé mentale se répartit, en gros, autour de trois types de pratiques : les thérapies biomédicales, les techniques strictement tradithérapeutiques et les pratiques plus ou moins syncrétiques qui clament, en général, leur allégeance à la religion musulmane. Dans réalité, les premiers recours, en matière de thérapeutique du trouble mental, constituent le pôle du tradipraticien et celui du marabout ; la consultation, en dernier recours, de la psychiatrie traduisant, actuellement, l'échec des deux premiers systèmes et/ou encore l'abandon du malade par son entourage familial. Il est, bien sûr, tentant, de distinguer, avec netteté, la démarche du marabout (en général, lettré coranique) de celle du *zimma* (guérisseur traditionnel et maître des cultes dédiés aux divinités *holley*) ; autrement dit, opposer, radicalement, leurs points de vue en procédant,

systématiquement, à une comparaison de leurs pratiques thérapeutiques respectives. Il se trouve que cette perspective s'avère incompatible avec le contexte nigérien où on est confronté à un syncrétisme religieux et culturel particulièrement dominé par influences islamiques. D'une part, *zimma* et marabouts n'hésitent à utiliser, dans leurs approches, des recettes qui appartiennent à l'une et à l'autre tendance. D'autre part, le clivage des procédures thérapeutiques paraît devoir être attribué à la pertinence et à l'efficacité présumée du système impliqué. En effet, chaque individu en situation de quête de soins de santé mentale cherche le « spécialiste » de son propre cas et le « remède-miracle » qui correspond à sa maladie ; ce, en parcourant, sans préjugé ni dogme, le champ des opportunités thérapeutiques disponibles. De plus, d'une manière générale, les musulmans reconnaissent les vertus de la tradithérapie ; alors que, certains tradipraticiens semblent résister, orgueilleusement, à un islam dont ils sont, en réalité, imprégnés, parfois sans même en avoir conscience. Ainsi, c'est dans la similitude ou la proximité des pratiques, c'est-à-dire sur un continuum allant d'un pôle thérapeutique à l'autre que se situe la présente étude.

2. Considérations théoriques et méthodologiques liées à la recherche

Problématique de la recherche

Il convient de souligner que notre questionnement appartient au domaine des investigations ethno-psychopathologiques dont le point de départ se situe, grosso modo, dans le voyage qu'effectua Kraepelin au début du XX^{ème} siècle pour vérifier l'universalité des critères nosologiques de l'Europe de cette époque. Ce champ d'investigation, d'une culture sur une autre, s'est ensuite systématisé à travers une méthodologie essentiellement comparatiste (T. Baubet et al, 2009) : à partir d'investigations statistiques visant à répertorier des variables culturelles, ces recherches s'attèlent à assembler, puis à collationner une multitude d'informations à propos du trouble mental dans différentes aires géographiques.

C'est dire que c'est le courant théorique du champ de l'ethno-psychopathologie qui a inspiré la présente étude ; cette conceptualisation considérant la différence ethnique « comme le fondement même de l'ethno-psychopathologie, faisant de celle-ci une science autonome qui doit, néanmoins, rester pluridisciplinaire (G. Devereux, 1972). En effet, le postulat de base de l'ethnopsychopathologie est le suivant : « les identifications successives qui ont formé un sujet ne se font qu'en intériorisant des modèles culturels imposés par la société. Le sujet, dans la mesure où il se socialise, participe, forcément, au modèle culturel dans lequel il s'exprime » (J. Postel, 1998 : 220).

Au fond, l'enjeu sur lequel repose ce modèle théorique est celui qui oppose une conception psychologisante du social, d'une part, et une vision sociologisante de l'individu, d'autre part. C'est cet imbroglio épistémologique qui a été résolu par G. Devereux (op. cit.) lorsqu'il introduisit le concept de « complémentarité disciplinaire » qui suggère que tout fait humain doit pouvoir être appréhendé selon les deux perspectives, psychologique, d'un côté, et socioculturelle, de l'autre (M.-R. Moro, 1992).

S'agissant, spécifiquement, de la relation thérapeute-patient dans son articulation avec la perspective ethno-psychopathologique, dans son ensemble, G. Devereux (1978) distingue trois types de situation :

Celle où le thérapeute et le patient appartiennent à la même culture ;

Celle où le praticien et le malade ne partagent pas les mêmes valeurs culturelles, mais dans laquelle le thérapeute connaît suffisamment bien la culture du patient pour pouvoir l'exploiter pertinemment ;

Et, enfin, celle où le thérapeute et le patient n'appartiennent pas à la même culture et, dans un tel cas, l'intervention thérapeutique ne s'appuiera que sur le concept de culture débarrassée de sa dimension ethnique.

Dans tous les cas, ainsi que le stipule T. Nathan (1988 ; 1994 ; 2013), l'approche ethnique est indispensable car la conception de la personne, de même que la dynamique de la tradithérapie supposent la mise en place d'un dispositif culturellement adéquat. C'est ainsi, dit-il, que l'éthique de la confidentialité devient l'éthique du témoin (du visage de l'autre) ; les choses étant dévoilées devant « témoins » (visibles et invisibles dont l'ancêtre est souvent le premier évoqué de ces invisibles), c'est cela qui amène détente et appui. Il s'agit, en l'occurrence, d'un retour à la culture d'origine qui représente la base de l'« humanité » de la personne. En effet, le patient, arraché et replacé dans ses appartenances authentiques, redevient profondément humain.

C'est que, dans les sociétés traditionnelles, la maladie est perçue comme un événement qui ne concerne pas exclusivement le sujet souffrant mais, également, l'ensemble de l'entourage (groupe socio-familial, divinités du monde invisible, entre autres). C'est dire que le malade n'est qu'un intermédiaire entre l'humain et le divin et que sa guérison représente celle de sa communauté tout entière. C'est pourquoi la relation duelle ne constitue guère la règle dans la tradithérapie du trouble mental ; un tel dispositif thérapeutique pouvant, d'ailleurs, déstabiliser le patient car, dans un face à face individuel, le thérapeute qui incarne la guérison est aussi perçu comme celui qui peut transmettre la maladie. De ce point de vue, le groupe socio-familial et les divinités assument des fonctions d'étayage dans le cadre de la tradithérapie où ils médiatisent le processus thérapeutique (T. Nathan, 1988 ; 1994 ; 2013).

Partant des interrogations du courant ethno-psychopathologique, les orientations de recherches sont parvenues à définir et à répertorier des états de malaise psychique qui auraient des caractéristiques socioculturelles (F. Laplantine, op. cit., pp. 20-21) :

L'« hystérie arctique » de Sibérie, en Europe orientale, est un état de suggestion intense de l'individu, non seulement vis-à-vis d'autrui, mais aussi au regard des incitations de l'environnement (animaux, objets, notamment). Dans une telle situation, l'individu semble conscient de ce qui lui arrive, en souffre et en est irrité, mais il ne peut résister aux injonctions qu'il est censé recevoir d'ailleurs.

Le « windigo » des algonquins du Canada est une possession par un esprit ; emprise qui pousse l'individu à manger de la chair humaine.

L'« amok », principalement repéré en Malaisie, est une tendance homicide, exclusivement masculine, pouvant aller jusqu'au passage à l'acte et qui est suivie de la perte de conscience concernant ce qui vient de se passer.

Le « koro » d'Asie du Sud-Est procède d'une angoisse que le pénis ne se rétracte et que les organes sexuels se résorbent à l'intérieur du corps, ce, jusqu'à ce que mort s'ensuive.

Le « susto » en Amérique Latine est une peur soudaine, un état de saisissement brutal dû, notamment, à un coup de tonnerre, à un cri, à un bruit intempestif, qui peut entraîner toute une série de manifestations psychosomatiques désignées, au Brésil, notamment, sous les termes « le ventre tombé », expression signifiant une espèce de descente de l'estomac ou du diaphragme (V. Boyer-Araujo, 1993).

L'« oma » au Bénin, en Afrique occidentale, est un accès de transe collective réactionnelle à l'offense faite à une divinité.

De même, à l'instar de G. Devereux (1970), certains chercheurs affirment l'absence du tableau classique de la schizophrénie dans les sociétés traditionnelles non occidentalisées ; d'autres prétendant, au contraire, l'avoir rencontré. En effet, d'après le courant de recherches sénégalais (H. Collomb, 1965 et 1966), elle désignerait la « bouffée délirante », c'est-à-dire le processus psychopathologique qui est, de loin, le plus fréquent en Afrique.

Ces divergences semblent s'expliquer par l'absence d'un système nosologique unitaire d'un pays à un autre (T. Nathan, 2013) ; la psychiatrie française, par exemple, ne reconnaît pas, dans la formation pathologique précédente, l'existence d'un tableau clinique qui serait assimilable à l'accès schizophrénique aigu (H. Ey, 2010). Il s'agit, plutôt, selon cette classification, d'une psychose hallucinatoire brutale et souvent spectaculaire qui a pour caractéristique de se résorber assez vite. Néanmoins, l'on admet que c'est en se chronicisant qu'elle est susceptible d'évoluer vers ce qui est repéré, dans le répertoire français, sous le terme de schizophrénie ; cette forme de décompensation étant, manifestement, l'une des entités symptomatologiques les plus typiquement significatives de la structure de la culture occidentale moderne (G. Devereux, op. cit.).

Par ailleurs, l'horizon ouvert par l'anthropologie, à la fin du XIX^{ème} siècle (la rencontre de la « pensée rationnelle et de la pensée primitive » jugée, par la première, confuse voire délirante) témoigne de la nécessité d'une approche articulant le psychologique sur culturel et réciproquement (G. Roheim, 1978). Une telle problématique, avec en toile de fond, la manière dont le collectif et l'individuel doivent (re)définir leur rapport, représente, en effet, le point d'ancrage de la présente recherche.

En Afrique, la recherche ethnopsychopathologique a été essentiellement marquée par deux traditions théoriques. D'une part, le modèle psychodynamique ayant inspiré les travaux du groupe de Dakar, au Sénégal, sous la conduite de Collomb (E. Corin et al, 1992) a mis l'accent sur la manière dont se structurent les mécanismes de défense intrapsychiques dans les sociétés traditionnelles africaines. Ainsi, c'est en fonction de cette spécificité des mécanismes de défense que les recherches s'inscrivant dans ce courant expliquent certaines particularités de la psychopathologie africaine ; comme la fréquence des « bouffées délirante » associée à leur pronostic plus favorable qu'en Europe ou la rareté des conduites obsessionnelles et celle des thèmes auto-accusateurs. D'autre part, dans une perspective qu'il semble possible de qualifier d'ethnopsychanalytique, B. Fiore (1988) postule l'existence d'un lien entre le contexte d'apprentissage et le développement de systèmes projectifs et expressifs particuliers ; ces derniers se traduisant, au niveau socioculturel, sous la forme de croyances et de rituels qui serviraient, par conséquent, de modèles pour l'expression individuelle des émotions et des problèmes psychosociaux.

Fort de ce qui précède, cette étude s'articule autour des questions suivantes :

L'ampleur de l'audience de la tradithérapie du trouble mental à Niamey ne peut-elle pas être reliée aux représentations cosmogoniques y afférentes ?

Le plébiscite de la tradithérapie ne serait-il tributaire de la dynamique affective qui anime les accompagnants de malades mentaux lors du trouble psychique ?

Compte tenu de ce questionnement, deux hypothèses de travail ont été soumises à l'issue de cette étude :

Les représentations cosmogoniques constituent l'ossature autour de laquelle s'articule l'ampleur de l'audience de la tradithérapie du trouble mental à Niamey.

Le plébiscite de la tradithérapie du trouble mental est entretenu par la dynamique affective qui anime les accompagnants de patients pendant le vécu de la maladie

Repérage cosmogonique de la problématique de la recherche

Par définition, la cosmogonie se présente, généralement, sous la forme d'un récit mythologique qui décrit ou explique la formation du Monde. C'est de ce mythe originel que découlent aujourd'hui la plupart des croyances qui régissent les sociétés africaines. Le mot vient du grec cosmo- « monde » et gon- « engendrer ». En cela, la cosmogonie se distingue de la cosmologie, qui est l'étude scientifique relative à l'origine du monde et de l'univers et surtout aux lois qui les gouvernent.

A cet égard, les représentations qui se rapportent à la cosmogonie se déclinent, dans le cadre de cette étude, sous la forme de croyances se présentant comme un regroupement de « points de vue » à propos des occurrences relatives à la survenue de la maladie mentale à Niamey (Cl. Herzlich, 1972 ; M. Augé, 1986). En tout état de cause, le culte des génies *holley* est une des données de base permettant d'appréhender de manière signifiante la problématique autour de laquelle s'articule la présente recherche (S. Amadou, 2001). J. Rouch (1989) parle d'eux en termes de divinités hiérarchisées en familles liées, entre elles, par des rapports de maîtres à esclaves. En résumé, il a identifié sept grands groupes qui sont les suivants :

Les *tooru*, génies magistraux du panthéon songhay-zarma¹ ;

Les *gandji bi*, génies noirs d'origine étrangère ;

Les *hawsa gandji*, génies captifs du pays hawsa² ;

Les *harguey*, génies froids qui sont, en général, des sorciers malfaisants ;

Les *atakurma*, génies nains de la brousse ;

Les *hawka*, génies de la force que symbolise la civilisation occidentale.

En réalité, le monde des *holley* est en perpétuelle évolution : autour du noyau ancien, constitué par les génies *tooru*, héritiers directs des anciens génies des lieux, viennent se greffer d'autres familles dont la plupart sont apparues lors des ères coloniales (*hawsa gandji*, *hargey* et *hawka*, notamment) et y ont acquis, par conséquent, une signification et une envergure singulières.

¹Appartenant au même groupe ethnolinguistique, les songhay et les zarma sont les plus anciens habitants de l'ouest nigérien avec une certaine densité démographique le long des deux rives du fleuve Niger.

² Implantée de longue date au centre-est, au nord-est et au sud-est du pays, la population hawsa représente, par son effectif, la plus importante du Niger tout en regroupant une diversité de sous-groupes ethnolinguistiques.

Lorsqu'un *holley* décide de s'incarner dans son futur réceptacle, il le manifeste par des signes caractéristiques dont les plus fréquents se traduisent par des désordres psychosomatiques, des malaises de toutes sortes (apathie, impuissance, stérilité, avortements spontanés répétitifs, etc.) ou encore des hallucinations (visuelles, olfactives et auditives, entre autres). Au vu de cela, on organise une cérémonie rituelle dite *kaa-taraye* dont le but consiste à identifier et à nommer, factuellement, la famille de la divinité à laquelle appartient l'esprit qui tourmente le possédé. S'il s'agit d'un esprit de la famille des *harguey* (divinités froides), on essaye, le plus souvent, de l'expulser hors du corps du possédé, à l'aide de fumigations, par exemple. Par contre, si l'on est en présence d'une divinité potentiellement bienfaisante (de la famille des *tooru* ou de celle des *hawka*), deux éventualités sont envisageables :

Au cas où le sujet désire être débarrassé des effets perturbateurs de la possession sur sa personnalité, le maître de cérémonie a la responsabilité de neutraliser et d'amadouer la divinité en question de manière qu'elle accompagne le possédé avec bienveillance.

Lorsque le sujet exprime son souhait de devenir la « jument » ou le « cheval » du génie-posseur, le maître de cérémonie poursuit, jusqu'au bout, le processus d'identification et de nomination de la divinité. Ainsi, au lendemain de l'identification de celle-ci, on organise un *holley hoori* qui est, littéralement, une danse de possession ponctuée de trances au cours de laquelle le génie s'incarne, légitimement, dans sa « jument » ou son « cheval ».

On peut donc considérer que le culte des *holley* s'appuie, intégralement, sur une conception d'un monde en double dont une des parties est peuplée d'êtres immatériels et invisibles. Ainsi, le possédé représente le chaînon qui met en relation deux instances différentes : l'humain et le spirituel. Il s'agit, en effet, du lien sans lequel il est impossible d'accéder à l'échange de parole avec les divinités. En fait, le culte des *holley* se présente comme un espace de communication qui s'ouvre avec les augures d'un malade-possédé et où s'organise, par la suite, une circulation de la parole entre les êtres immatériels et les humains. Cette fonction spécifie la nature du sacré mise en œuvre par le culte des *holley* qui se situe, pour ainsi dire, à hauteur d'homme tout en prenant sa source dans l'ordre supra-humain.

Contours méthodologiques de la recherche

A défaut d'une base de sondage fiable, nous avons opté pour la technique d'échantillonnage de convenance pour la sélection des enquêtés dont le consentement libre et éclairé a cependant été sollicité (N. Berthier, 2012) ; sachant, également, qu'ils sont activement impliqués dans la démarche thérapeutique, qu'il s'agisse de tradithérapie, de soins synchrétiques ou encore de psychiatrie. Par contre, nous n'avons retenu que les protocoles des participants résidant effectivement au sein de la CUN parmi ceux dont les réponses sont qualitativement exploitables dans le sens des objectifs assignés de l'enquête ; soit, au total, 120 répondants (88,88%) sur 135 factuellement interrogés. De plus, le verbatim du questionnaire, comme celui de l'entretien semi-directif, correspond, rigoureusement, à l'objectif principal de l'enquête qui visait à mettre en évidence la dynamique psychoaffective qui soutient les ancrages cosmogoniques sur lesquels s'étaye le plébiscite de la tradithérapie du trouble mental par le culte des génies *holley* à Niamey.

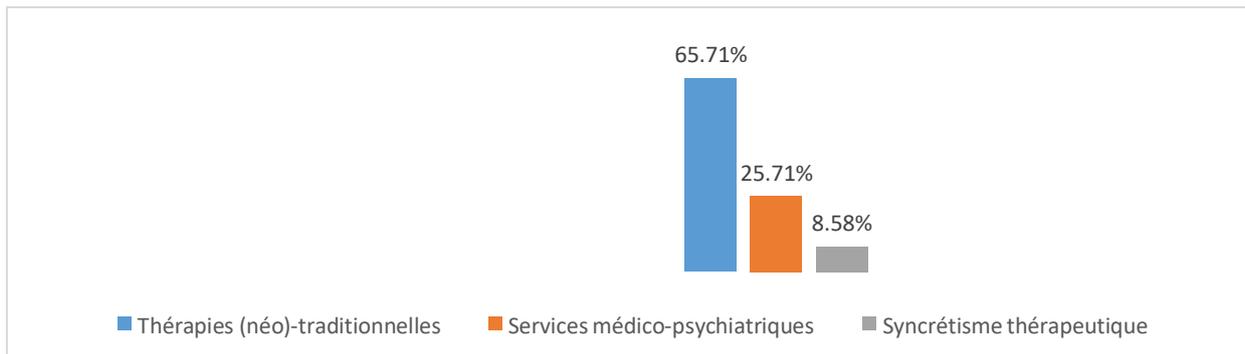
L'enquête proprement dite a consisté à mener des investigations pour identifier les milieux où la probabilité de rencontrer les participants était particulièrement significative ; c'est cela qui nous a conduit à retenir l'Hôpital National de Niamey ainsi que quelques lieux privés où officient les tradipraticiens. Par la suite, chaque accompagnant a été sollicité individuellement dans la perspective de renseigner, séance tenante, le questionnaire.

Les protocoles des questionnaires ont été dépouillés grâce au logiciel du SPSS 23³ pendant que la technique d'analyse de contenu des discours (C. Cyssau et coll., 1998 ; L. Bardin, 2013) a été administrée au corpus des entretiens semi-dirigés renseignés par une vingtaine d'accompagnants de malades mentaux (P. Paillé et al, 2016) ; cela, sans discrimination d'âge, de sexe, d'origine socio-ethnique ou encore de niveau d'instruction puisqu'il s'agit-là, de paramètres dont le contrôle n'est pas forcément indispensable pour la mise à l'épreuve des hypothèses de la présente étude.

En outre, il convient de souligner que les outils de recueil des données ont d'abord fait l'objet de pré-tests auprès de notre groupe-cible ; ce qui nous a permis de les ajuster en tenant compte des contraintes méthodologiques et des buts spécifiquement assignés à l'étude.

3. Présentation et discussion des résultats

Présentation des résultats



Graphique 1 : Répartition des recours thérapeutiques en première intention chez les accompagnants des malades mentaux.

Le graphique 1 fait ressortir une préférence significative pour la tradithérapie (65,71%) comparée aux options médico-psychiatriques auxquelles les accompagnants de malades mentaux ne recourent que dans 25,71% selon l'échantillon examiné.

Tableau I : Significativité psychoaffective des croyances cosmogoniques des participants à l'étude⁴

	Valeur	Ddl ⁵	Signification asymptotique (bilatérale)

³ Statistic Package of Social Science version 23

⁴ Source : Données statistiques obtenues sous SPSS

⁵ Degré de liberté

Khi-deux	6,671	2	.036
Rapport de vraisemblance	6,83	2	.033
Association linéaire par linéaire	6,53	1	.011
Nombre d'observations validés	120		

Suivant les constatations quantitatives consignées dans le tableau I, on peut dire que l'hypothèse alléguant que les représentations cosmogoniques des accompagnants de malades mentaux s'appuient sur leur dynamique affective est avérée.

Discussion des résultats

C'est ici le lieu d'aborder la question fondamentale de ce qui se joue dans le cadre de la « relation soignant-soigné », repérée dans la trame de la tradithérapie du trouble psychique. Cette interrogation, pourtant essentielle pour ce qui touche à la pratique psychopathologique et clinique, est très occultée lorsqu'il s'agit de débattre de l'efficacité supposée des traitements traditionnels du trouble mental. Tout se passe comme si la question de l'efficacité thérapeutique de ces méthodes engendrait un débat manichéen entre les tenants d'un sociocentrisme exclusif et ceux qui insistent sur la nécessité d'intégrer la dimension psychologique dans l'interprétation de ces phénomènes.

Il est vrai que les praticiens, qui se protègent, à peu de frais, par la référence plus ou moins radicale aux dispositifs ethnothérapeutiques reconnaissent, implicitement, malgré cette option, l'importance incontestable des dimensions bio-médico-psychologique (F. Lebigot et al, 1982).

A ce titre, les résultats de cette recherche apportent des constatations qui semblent nuancer les orientations ethnocentriques préconisées par les études socio-anthropologiques et/ou ethnologiques (cf. I. Sow, supra). Celles-ci paraissent, en effet, assez réductrices lorsqu'elles ramènent le trouble mental et ses représentations à leur unique dimension culturelle car, ce faisant, elles banalisent les aspects psychoaffectifs d'expression de la souffrance psychique. Il est vrai que, de leur point de vue, l'occurrence du psychologique ne peut guère se signifier en dehors d'un « socius » diffus qui réduirait l'individu à son identité ethnique et que, par conséquent, le discours subjectif ne pourrait se soutenir qu'à travers l'appartenance du sujet à une époque, à une région voire à un groupe socio-familial (cf. Cl. Herzlich, supra).

Il se trouve que la relation thérapeutique, quelques soient les protagonistes en cause (accompagnants de malades comme thérapeutes traditionnels), met en présence deux ou plusieurs personnes qui, toutes deux, possèdent les attributs complexes qui font un être humain. Ils sont, en effet, « corps psychologique » (avec toute la difficulté à définir le concept), membre d'un autre corps, qui, lui, est social et les inclut sans les réduire et encore moins les anéantir ; car, ils sont, également, et nécessairement, des sujets à part entière. Par ailleurs, leur existence subjective renvoie à leur propre histoire et à leur devenir singulier, tous deux intimement liés à leur fonctionnement psychique.

Au demeurant, pour appréhender pertinemment la signification de l'audience dont jouit la tradithérapie du trouble psychique par rapport à la prise en charge médico-psychiatrique, on

peut se référer au concept d' « efficacité symbolique »⁶. En effet, pour qu'advienne la guérison, dans la thérapeutique traditionnelle, on peut remarquer que ce qui compte avant tout est que soit rendue pensable une situation donnée d'abord en termes symboliques. L'invocation des esprits bienveillants ou la lutte contre les esprits maléfiques (adorcisme, dans un cas, et exorcisme, dans l'autre) font partie d'un système cohérent qui fonde les conceptions cosmogoniques de l'existence humaine. Dès lors, l'enjeu thérapeutique se poserait, inévitablement, en termes de confrontation de forces où tout se joue, finalement, dans les registres symboliques et affectivo-dynamiques sur lesquels s'appuient les représentations cosmogoniques qui modulent le vécu du trouble mental et le choix thérapeutique y afférent. C'est d'ailleurs de ce tour de passe-passe symbolique psychoaffectif que la guérison est attendue ; tant du double point de vue du patient et de l'ensemble du réseau socio-familial de solidarité qui l'accompagne que de la position spécifique du guérisseur. En outre, la séquestration des différents sujets dans le dispositif thérapeutique, qui est installé au centre de la toile signifiante, représente un autre facteur, tout aussi décisif, qui étaye le plébiscite dont jouit la tradithérapie.

Il s'agit-là, vraisemblablement, des données essentielles autour desquelles s'articulent, significativement, les thérapies (néo)-traditionnelles du trouble psychique ; le réseau symbolique qui les enrobe étant constitué, en particulier, des croyances et représentations cosmogoniques circulant sur le trouble mental. L'efficacité symbolique de la tradithérapie repose, de ce fait, sur les prérogatives qu'elle réserve à l'entité socio-familiale et aux signifiants (concepts, expressions, etc.) qui sont à la disposition du malade, de son entourage et du guérisseur : signifiants pour dire sa souffrance, son mal et son malheur, d'un côté ; signifiants pour recevoir et transformer ce qui ne pourrait, sans la rencontre avec le tradipraticien, être symbolisé et/ou imaginé de part et d'autre (J. Favret-Saada, 1977).

Aussi, nous sommes en accord avec les recherches cliniques qui indiquent qu'une interaction exclusivement socio-anthropologique du recours aux tradithérapies n'aurait qu'une valeur limitée ; tous les patients ne se recourant pas de la même manière à ces pratiques traditionnelles et, en plus, la façon d'utiliser les interprétations culturelles est souvent plus importante que leur contenu objectif (M.-C. Ortigues et al, 1967). De même, le fait de recourir à une interprétation culturellement valide n'est pas, en soi, un gage de normalité et l'entourage, lui-même, distingue clairement les recours censés être « normaux » de ceux qui semblent « anormaux » (P. Martino et al, 1965). D'ailleurs, la majorité des recherches qui nous ont semblé crédibles à l'amorce de cette étude ont fondé leurs théorisations sur les ressources symboliques de la tradithérapie (G. Devereux, supra ; B. Fiore, supra). En effet, pour eux, la démarche thérapeutique du guérisseur consiste, essentiellement, à partir des exemples qu'ils nous offrent, soit à extirper le mal, à l'expulser hors du malade, soit à capturer l'esprit en fuite du malade, pour le lui restituer. Les deux modalités peuvent d'ailleurs coexister ; c'est ce qui permet de postuler que les mécanismes psychiques, prioritairement mobilisés dans la relation thérapeute-patient, procèdent de la projection et de l'identification. Ce sont-là, les bases à partir desquelles fonctionnerait le « transfert magique »

⁶ Tel est le titre d'un article publié en 1949 par l'anthropologue français Cl. Lévi-Strauss (cf. F. Laplantine, op. cit.).

du mal qui, secondairement, opérerait en direction d'objets, d'effigies ou de personnes. A ce titre, on peut insister sur la dimension nécessairement intersubjective de la maladie : il faut un thérapeute et un patient pour qu'il y ait maladie. Il y aurait donc circulation du trouble mental entre le guérisseur et le malade au sein d'un réseau symbolique qui laisse libre cours, une fois la demande effectuée, à des processus symboliques complexes entre le soignant et le soigné.

Pour rendre compte des processus psychiques ainsi mis en jeu, l'approche psychanalytique paraît essentielle. S'agissant de la question fondamentale du transfert, notamment, la psychanalyse a établi que l'on doit « faire avec » en permanence et qu'en l'occurrence, même dans la vie quotidienne, il demeure opérant. De plus, en soulignant l'importance du contre-transfert dans la relation thérapeutique, G. Devereux (op. cit.) suggère que le thérapeute est, en définitive, le premier et, peut-être, le plus important des médicaments. De ce point de vue, il attire notre attention sur le fait que le thérapeute (médecin-psychiatre ou guérisseur traditionnel) est, avant tout, un être humain comme les autres ; il est, en ce sens, susceptible, le cas échéant, de se retrouver en position de patient. Les questions existentielles fondamentales qu'il se poserait, dès lors, ressortissent, également, du registre de la maladie et de la santé afin de tenter de réduire l'angoisse qui les accompagne (J. Pouillon, 1970).

Eu égard à ce qui précède, il est légitime de considérer les élaborations théoriques qui entourent la tradithérapie comme des formes de réponses aux nombreuses questions, conscientes et/ou inconscientes que se posent les guérisseurs à l'instar de leurs patients. Pour que sa propre histoire ne fasse pas irruption, sans cesse, sur la scène du réel de la cure, le tradipraticien prend appui sur l'assurance de sa position statutaire, d'autant que sa pratique lui permet de rendre compte de ce qui lui arriverait et qui serait déjà arrivé à l'autre, à son malade. Ainsi, il parvient à se protéger de tout ce qui s'échange dans la relation thérapeutique et qui n'est pas sans le remuer inconsciemment, c'est-à-dire subjectivement car, en effet, ce remue-ménage est rarement conscient. C'est ainsi que se constitue, progressivement, au fil du temps, ce que l'on peut qualifier de « fonction apostolique » c'est-à-dire, en fait, les irruptions récurrentes de la personnalité du guérisseur dans le paysage symboligène de la thérapie.

En résumé, l'ampleur de l'audience de la tradithérapie du trouble mental à Niamey répond, probablement, au besoin qu'éprouvent les soignants et les soignés de cette ville de « faire-corps » en se référant à une représentation commune qui sert d'étayage pour chacun et confère l'assurance d'une vision du monde partagée (R. Kaës et al, 1976 ; A. Lévy et al, 2010).

Conclusion

Les représentations cosmogoniques ont le mérite d'attirer l'attention sur le fait que nous sommes confronté à une situation où les populations de Niamey ont tendance à développer leurs propres systèmes d'anticipation et de réaction face aux problèmes de santé mentale. C'est probablement l'une des raisons pour lesquelles elles ne s'en remettent aux traitements médico-psychiatriques qu'au terme d'une longue quête thérapeutique ; ce recours, par défaut, pouvant alors revêtir le sens d'un abandon du malade par le groupe familial épuisé car, en effet, les chances de chronicisation du patient, dans un tel contexte, sont alors beaucoup plus élevées. En réalité, c'est sans doute le « va-et-vient » entre les trois systèmes thérapeutiques (le recours médico-psychiatrique, les pratiques syncrétiques et la tradithérapie) qui semble

dominer. Ainsi, autant qu'un lieu d'abandon en fin de parcours, l'institution médico-psychiatrique peut être utilisée comme une structure d'attente ou de repli provisoire pendant que l'entourage reprend des forces ou se met en quête d'autres ressources. Il se peut même qu'il s'agisse d'une stratégie qui vise, exclusivement, à calmer les symptômes les plus difficiles à supporter par la famille du malade et à ouvrir, par la suite, la voie à une démarche thérapeutique dont la pertinence est culturellement et, donc, affectivement signifiante.

C'est dire qu'en complément à la présente étude, d'autres travaux de recherche pourraient permettre d'identifier les fonctions remplies par les représentations cosmogoniques, tant au niveau de l'assignation d'un sens individuel et collectif à une expérience, au départ, angoissante et étrange, qu'à celui de la mobilisation d'une dynamique de soutien dans l'entourage (E. Corin, 1979). Une telle perspective revient, également, à insister sur le fait qu'il est quasi-inenvisageable d'ignorer l'indispensable engagement de la famille par rapport au malade ; de même, d'ailleurs, qu'il est nécessaire d'explorer les commodités socio-affectives qu'impliquerait une prise en charge culturellement pertinente de la maladie mentale (M.-C. Ortigues et al, 1984). A ce titre, des investigations complémentaires doivent permettre d'élargir la façon de concevoir les notions de réinsertion et de réhabilitation ; s'agissant d'aider le patient à retrouver une place dans un espace socio-familial avec les difficultés que suppose la maîtrise de codes culturels d'interrelations parfois extrêmement complexes (N. Sindzingré, 1984 ; N. Sindzingré et al, 1981 ; E. Corin, 1992).

Références bibliographiques

AMADOU Soumana : 1996, *Les itinéraires thérapeutiques de la souffrance psychique au Niger*, Thèse de Doctorat Nouveau Régime, Université Louis Pasteur de Strasbourg (France), sous la direction de Dominique Weil.

AMADOU Soumana : 2001, « Le culte de possession par les génies *holley* au Niger : une transgression de l'éthique islamique par le biais thérapeutique », *Ethiopiennes*, I/66-69, pp. 123-130.

AUGE Marc : 1986, « L'anthropologie de la maladie », *L'Homme*, XXVI/1-2, pp. 81-90.

BARDIN Laurence : 2013, *L'analyse de contenu*, Paris, PUF.

BAUBET Thierry et MORO Marie Rose : 2009, *Psychopathologie transculturelle. De l'enfance à l'âge adulte*, Paris, Masson.

BERTHIER Nicole : 2012, *Les techniques d'enquête en sciences sociales*, Paris, Armand Colin.

BIBEAU Gilles et al : 1992, *La santé mentale et ses visages*, Bourcheville, Gaëtan Morin.

- BOYER-ARAUJO Véronique : 1993, « Personnes, esprits et culte de possession du Brésil urbain », *Psychopathologie Africaine*, XXV/3, pp. 305-322.
- COLLOMB Henri : 1965, « Bouffées délirantes en psychiatrie africaine », *Psychopathologie Africaine*, I/2, pp. 167-239.
- COLLOMB Henri : 1966, « Psychiatrie et cultures », *Psychopathologie Africaine*, II/2, pp. 259-273.
- CORIN Ellen : 1979, « Vers une réappropriation de la dimension individuelle en psychologie africaine », *Cahiers d'Etudes Africaines*, 14/1, pp. 135-156.
- CORIN Ellen, UCHOA Elizabeth, BIBEAU Gilles et KOUMARE Baba : 1992, « Articulation des variations des systèmes de signes, de sens et d'actions », *Psychopathologie Africaine*, XXIV/2, pp. 183-204.
- CYSSAU Catherine : 1998, *L'entretien clinique*, Paris, In Press Editions.
- DEMAILLY Lise : 2011, *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, La Découverte.
- DEVEREUX Georges : 1970, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard.
- DEVEREUX Georges : 1972, *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion.
- DEVEREUX Georges : 1978, « L'ethnopsychiatrie ». *Ethnopsychiatria*, I [1], pp. 7-13.
- DURAND Vincent Mark et BARLOW David : 2002, *Psychopathologie : une perspective multidimensionnelle*, Paris/Bruxelles, De Boeck Université.
- Ey Henri : 2010, *Manuel de psychiatrie*. Elsevier Masson.
- FAVRET-SAADA Jeanne : 1977, *Les mots, la mort, les sorts*, Paris, Gallimard.
- FIORE Barbara : 1988, « Anthropologie de la petite enfance et de l'éducation dans les pays africains », Piero Coppo (éd), *Médecine traditionnelle, psychiatrie et psychopathologie en Afrique*, Rome, Il Pensiero scientifico Editor, pp. 164-188.
- GODELIER Maurice, DOZON Jean-Pierre, HSU Elisabeth, FAISANG Sylvie et ZIMMERMANN Francis : 2011, *Maladie et santé selon les sociétés et les cultures*, Paris, PUF.
- HERZLICH Claudine : 1972, « La représentation sociale », Serge Moscovici et al (éds), *Introduction à la psychologie sociale*, Paris, Larousse, pp. 303-325.
- KAËS René et ANZIEU Didier : 1976, *Chronique d'un groupe*, Paris, Dunod.
- Laplantine François : 1976, *Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique noire*, Paris, J.P. Delarge.
- LEBIGOT François et MONGEAU André : 1982, « L'Afrique à des secrets : questions sur la place de l'ethnographie dans la pratique psychiatrique en Afrique », *Psychopathologie africaine*, XVIII/1, pp. 5-58.

- LEVY André et DELOUEE Sylvain : 2010, *Psychologie sociale. Textes fondamentaux anglais et américains*, Paris, Dunod.
- MARTINO Paul, ZEMPLIENI Andräs et COLLOMB Henri : 1965, « Délire et représentations culturelles », *Psychopathologie Africaine*, I /1, pp. 151-157.
- METZ Claire et THEVENOT Anne : 2006, « Trouble ou symptôme, comment penser la psychopathologie contemporaine », *Pratiques Psychologiques*, XII/1, pp. 437-445.
- MORO Marie-Rose : 1992, « Principes et méthodologie de l'ethnopsychiatrie », *Santé Mentale au Québec*, XVII/2, pp. 71-98.
- NATHAN Tobie : 1988, *Le sperme du diable : éléments d'ethnopsychiatrie*, Paris, PUF.
- NATHAN Tobie : 1994, *L'influence qui guérit*, Paris, Odile Jacob.
- NATHAN Tobie : 2013, *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris, Dunod.
- ORTIGUES Marie-Cécile, MARTINO Paul et COLLOMB Henri : 1967, « L'utilisation des données culturelles dans un cas de bouffée délirante », *Psychopathologie Africaine*, III/1, pp. 121-147.
- ORTIGUES Marie-Cécile et Edmond : 1984, *Œdipe africain*, Paris, L'Harmattan.
- PAILLE Pierre et MUCCHIELLI Alex : 2016, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, A. Colin.
- POUILLON Jean : 1970, « Malade et médecin : le même et/ou l'autre ? (Remarques ethnologiques) », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, I/1, pp. 77-104.
- ROHEIM Géza : 1978, *Psychanalyse et anthropologie*, Paris, Gallimard.
- ROUCH Jean : 1989, *La religion et la magie songhay*, Bruxelles, Editions de l'Université de Bruxelles.
- SINDZINGRE Nicole : 1984, « La nécessité du sens : l'explication de l'infortune chez les senufo », Marc Augé, Claude Herzlich et coll., *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Editions des Archives Contemporaines, pp. 35-91.
- SINDZINGRE Nicole et ZEMPLIENI Andräs : 1981, « Modèles et pragmatique, activation et répétition : réflexions sur la causalité de la maladie chez les senufo de Côte d'Ivoire ». *Social Science and Medecine*, XVb/3, pp. 279-293.