

AMADOU Soumana,  
Maître-Assistant,  
Département  
de Psychologie,  
Université Abdou  
Moumouni,  
soumanapsy@yahoo.  
fr

## **Souffrance psychique et dynamique socio-émotionnelle du recours à la tradi-thérapie du trouble mental à Niamey**

---

## **Psychic suffering and socio-emotional dynamics of use of traditional therapy for mental disorders in Niamey**

### **Résumé**

Cette étude tente d'appréhender le lien entre les représentations de la souffrance psychique et la dynamique socio-émotionnelle du recours à la tradi-thérapie du trouble mental à Niamey. Dans cette perspective, nous avons sollicité la participation d'un échantillon « tout-venant » de cent cinquante et un (151) volontaires, dont trente-neuf (39) tradi-praticiens et cent douze (112) accompagnants de malades mentaux. Afin de recueillir les données d'enquête, nous avons administré des questionnaires et des entretiens semi-directifs à l'échantillon concerné ; la technique d'analyse de contenu des protocoles ayant permis, par la suite, de mettre en évidence la significativité de la relation entre la dynamique socio-émotionnelle de l'adhésion à la tradi-thérapie du trouble mental, d'une part, et les croyances invoquées pour expliquer la survenue d'une souffrance psychique, d'autre part.

**Mots-clés** : souffrance psychique, émotion, tradi-thérapie.

### **Abstract**

This study attempts to understand the link between the representations of psychic suffering and the socio-emotional dynamics of the use of traditional therapy for mental disorders in Niamey. In this perspective, we sought the cooperation of an "all-around" sample of one hundred and fifty-one (151) participants, including thirty-nine (39) traditional practitioners and one hundred and twelve (112) accompanying the mentally ill. In order to collect the survey data, we administered questionnaires and semi-structured interviews to the sample concerned; the technique of content analysis of the protocols which subsequently made it possible to highlight the significance of the relationship between the socio-emotional dynamics of adherence to traditional therapy for mental disorders, on the one hand, and the beliefs invoked to explain the occurrence of psychological suffering, on the other hand.

**Key words**: psychic suffering, emotion, traditional therapy.

## Introduction

En Afrique, la survenue d'un trouble mental est communément interprétée 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 ; d'une manière générale, l'on invoque, le plus souvent, l'action néfaste des maléfices persécutives pour justifier l'avènement d'une souffrance psychique. C'est, en effet, ce système de croyances qui détermine et définit les discours des guérisseurs et le vécu des sujets en situation de quête thérapeutique (Laplantine, 1976 et 1987 ; Nathan, 1988 et 1994 ; Nathan et Stengers, 1995) :

« Danger permanent et redoutable, le trouble mental fait l'objet d'attentions particulières et c'est par des moyens préventifs et curatifs de toutes sortes que l'on essaye de l'endiguer. C'est que, l'irruption d'une souffrance psychique est pratiquement vécue comme un drame familial et le processus thérapeutique qu'elle mobilise interpelle le réseau socio-familial dans son ensemble. Le mal-être se pose, ainsi, en termes de phénomène social ; comme tel, il fait 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 » (Amadou, 1996, p. 7).

Sur la base des travaux de l'« Ecole de Psychopathologie Africaine » de Dakar au Sénégal (Ortigue, 1967), articulés au courant d'études ethno-psychopathologiques (Devereux, 1977 ; 1982 ; 1985 ; Nathan, 1986), nous avons tenté de démontrer dans cet article :

- Que la dynamique du recours à la tradi-thérapie du trouble mental à Niamey se rapporte aux enclaves socio-émotionnelles des représentations de la souffrance psychique (homéostasie intrafamiliale, sentiment d'appartenance identitaire, sensations de bien-être psychique et de sécurité affective).
- Que le bien-être émotionnel du patient et de son entourage est tributaire de la pertinence psycho-dynamique de l'ensemble de la symbolique que charrie la tradi-thérapie par le biais de la toute-puissance statutaire du tradi-praticien, notamment.

## 1. Problématique et approche théorique

### 1.1. La folie en Occident

Il est difficile de dégager une conception occidentale univoque de la folie car, suivant les périodes de l'histoire, le problème de la folie a appartenu à des courants de pensée différents, religieux puis scientifiques (Foucault, 1972). A l'époque médiévale, l'église considérait l'âme comme soumise à des forces étrangères contraires, diaboliques ou divines ; les comportements du fou s'expliquaient, alors, par la lutte entre un bon et un mauvais vouloir. Par son

entendement et son jugement, coupés des lois de l'expérience, par sa déraison et par sa non-communication voire son isolement en soi, sa non-participation à sa propre guérison, le fou était considéré comme incompréhensible au sens commun et, par conséquent, inaccessible. La mutation radicale dans l'abord occidental de l'aliénation (au début du 19<sup>ème</sup> siècle) s'effectuera, essentiellement, dans la rupture d'avec l'idée d'une folie livrant son secret : « Une fois ce principe admis, même tacitement, un seuil décisif est passé, un point de non-retour est atteint ; c'est la base sur laquelle va se développer la conception moderne du trouble psychique » (Swain, 1994, p. 41). Là où Pinel installait une coupure du fou avec lui-même en le voyant céder, en toute conscience, à une impulsion en elle-même entièrement irréfléchie et, pour lui, incompréhensible, Esquirol rétablit une continuité : au sein de la folie, dit-il, la dimension subjective demeure en ce qu'il y a présence de l'aliéné à son vécu délirant ; en ce que ses faits et gestes continuent d'avoir du sens pour lui (Swain, 1994).

En effet : « L'homme ne s'oublie pas dans la folie, comme l'a cru toute une tradition. Il n'y a, au contraire, que lui en vue, même là où il se méconnaît le plus dans la réalité » (Swain, 1994, p. 60). Grâce à la découverte de l'hystérie, la révolution freudienne confortera l'hypothèse du sens des symptômes pathologiques par rapport au sujet empirique. Les troubles psychiques sont rapportés au fonctionnement des organes primordiaux de relation ; toute la dynamique psychologique s'étayant sur les besoins extérieurs, intimement liés aux désirs qui, eux-mêmes, se ramènent au plaisir sexuel. Dans l'ensemble, la ligne directrice du processus historique visant à la connaissance de la conception de la folie en Occident conduit à suivre les étapes suivantes :

- sens religieux et magique dans les civilisations traditionnelles ;
- non-sens au temps de la raison classique ;
- sens subjectif prévalent à l'époque révolutionnaire ;
- retour au non-sens avec l'organicisme ;
- et, enfin, renouveau du sens subjectif durant l'avènement de la psychanalyse.

## **1.2. La conception du trouble mental en Afrique**

En général, l'on s'accorde sur le fait que cette conception est plutôt molaire qu'analytique ; s'inscrivant, notamment, dans une perspective anthropologique dynamiste plus large. Elle est, en effet, basée sur la notion fondamentale de conflits au sein des réseaux de communication socioculturelle qui structurent, en profondeur, l'existence totale et actuelle de l'individu.

En effet, il y a, en Afrique traditionnelle, une insistance sur l'altérité de l'homme que marquerait sa fusion avec l'environnement et le passé alors que l'Occident a tendance à valoriser l'autonomie individuelle. L'« Ego » africain n'existerait que pour et dans un réseau qui le relie aux ancêtres, aux totems et aux dieux ; hors de ce réseau, il ne serait rien. L'homme africain serait, ainsi, plus en

dehors qu'au-dedans de lui-même ; il n'existerait qu'à travers son lignage, dans la nature et dans le social (Sow, 1977 ; 1978).

Un autre point de vue qui modèle la conception africaine de la personne, c'est que l'être n'est jamais achevé, mais constamment en devenir et, le statut de personne pleine n'est réellement acquis qu'avec la vieillesse qui le rapproche de l'ancêtre. A ce titre, différents constituants de la personne n'apparaissent pas dès le moment de sa naissance ; ils se mettent en place progressivement, gage d'une authentique (re)structuration du moi. Sachant que les divers constituants sont mobiles, il arrive que la personnalité soit amoindrie à la faveur d'une fragilité consécutive à un trouble psychosomatique ou à un malaise organique.

Le modèle de Sow (1977 ; 1978) synthétise, pertinemment, la conception du trouble mental en Afrique traditionnelle. Il en résulte, effectivement, que le fonctionnement psychique de l'individu africain repose sur l'équilibre entre différentes couches concentriques de sa personnalité (enveloppe corporelle, principes de vie physiologique, psychique et spirituel) articulé sur la nature des relations avec l'entourage ; celles-ci se structurant autour de trois axes fondamentaux : la communauté élargie, la famille lignagère et l'ancêtre mythique. Du coup, poser un « diagnostic », lors de la survenue d'un trouble mental, revient à interroger, d'emblée, l'homéostasie des trois axes ; le modèle mettant l'accent, avant tout, sur la signification culturelle qui enrobe la souffrance psychique. Etant entendu que la maladie est perçue comme le signe d'un dysfonctionnement collectif, le patient est considéré comme le révélateur du malaise qui touche toute la communauté.

Il conviendrait, évidemment, d'apporter des nuances à une telle perspective ; sachant, dans un premier temps, que le modèle, qui est dynamiquement articulé, intègre, apparemment, des concepts qui relèveraient de la psychopathologie de la personnalité, de la psychanalyse et/ou de la psychiatrie. Ensuite, dans la mesure où il n'est pas utilisable *stricto sensu* par les cliniciens qui ne sont pas familiers des signifiants culturels impliqués, il ne peut leur recommander qu'une certaine modestie et/ou une souplesse relative dans l'emploi de leurs propres conceptualisations et pratiques.

### 1.3. Approches socio-anthropologiques du trouble mental

On dispose d'un nombre relativement important de travaux socio-anthropologiques réalisés sur l'un ou l'autre aspect de la classification, de l'interprétation et du traitement des troubles mentaux en Afrique<sup>1</sup>. D'une manière générale, ces recherches mettent l'accent sur la manière dont les éléments qui structurent le champ des maladies mentales, en Afrique, fournit un éclairage sur les aspects fondamentaux des cultures concernées :

« L'étiologie indique, négativement, quels sont les repères que la société juge essentiels dans l'organisation de son monde et comment

<sup>1</sup> Voir, par exemple, Augé et Herlich (1984).

leur mise en acte dans des cas concrets est, pour le groupe, l'occasion de se prouver que les repères sont réellement opérants, efficaces ; dans le même sens, la thérapie indique la façon dont la société réagit à une perturbation de l'ordre et refait, par là-même, l'expérience de ses valeurs fondamentales » (Corin et Bibeau, 1995, p. 313).

Des recherches, en anthropologie médicale interprétative, axées sur des questions de signification et d'herméneutique, attirent l'attention sur le fait que toute réalité de maladie est toujours reprise et élaborée de manière « culturellement pertinente » par le patient, par les membres de son entourage et par le thérapeute. Ainsi, quelle que soit le contexte culturel concerné, la rencontre entre un thérapeute et un patient implique toujours un processus de négociation entre différents systèmes de référence (Kleinman, 1980).

Précisant son point de vue, Kleinman (1986) s'est ensuite centré sur la description des différents niveaux d'interprétation auxquels se réfèrent thérapeutes, patients et entourage dans leur tentative pour attribuer un sens à l'épisode de la maladie. Ce sens se construit à la rencontre entre une histoire personnelle et un ensemble de représentations culturelles portées par le groupe familial.

Tout en s'inscrivant dans le prolongement de la perspective précédente, la notion de réseau sémantique développée par Good (1977) accorde davantage de place à la manière dont les facteurs affectifs confèrent une signification spécifique à l'histoire collective, à l'expérience intime du rapport à soi et aux autres, ainsi qu'aux systèmes de représentations et de valeurs qui constituent une culture. Par ailleurs, les travaux effectués par Corin et Bibeau (1995) ont indiqué qu'une même maladie fait souvent l'objet de divers diagnostics qui peuvent appartenir à des champs sémantiques très différents, en fonction des guérisseurs consultés, mais dont le choix peut, également, reposer sur des indices extérieurs au domaine des signes cliniques ; par exemple, un rêve, un soupçon qui prend forme progressivement, ou encore l'arrivée d'un parent éloigné qui a sa propre interprétation causale de la maladie.

En bref, la mise en œuvre du système d'interprétation peut dépendre autant de la position des différents acteurs concernés que des caractéristiques de la maladie proprement dites. Partant de là, on peut considérer que l'adhésion à la tradi-thérapie du trouble mental doit s'appréhender selon deux niveaux :

- à un niveau symbolique, qui renvoie à un ensemble de présupposés culturels et/ou de croyances qui sont, eux-mêmes, ancrés dans des conceptions de la personne, des rapports sociaux, du monde des esprits et des hommes ;
- à un niveau affectif, où l'engouement suscité par la tradi-thérapie de la maladie mentale s'articule sur le vécu émotionnel de la souffrance qu'elle charrie.

Dans cette optique, il est intéressant de mentionner les résultats d'une

étude effectuée par une équipe malienne (Coulibaly, Koumaré et Coudray, 1983) ; travail dans lequel les chercheurs soulignent, en effet, la dimension pragmatique des discours populaires concernant les symptômes de la maladie. Un des volets de la recherche comportait une comparaison entre les signes mis en avant par l'entourage des patients présentés pour l'hospitalisation psychiatrique et les tableaux cliniques consignés dans les dossiers. Les données révèlent un décalage important entre les deux descriptions ; le discours des familles mettant l'accent sur la présence de symptômes tels que les troubles du sommeil, l'irritation, l'agressivité, la logorrhée, tendant, ainsi, à accrédi-ter la figure populaire du « fou », alors que les patients décrits dans les dossiers sont beaucoup plus calmes et rares sont ceux qui sont qualifiés d'agressifs. Les auteurs expliquent ce décalage par le désir des familles de justifier une éventuelle hospitalisation : il s'agirait, en effet, d'une stratégie collective, consciente ou non, qui modifie la perception des symptômes ou, du moins, la manière de les rapporter.

#### **1.4. Ethno-psychopathologie clinique du trouble mental**

Afin d'expliquer l'impact des variations socioculturelles sur la structuration de la personnalité et dans les phénomènes psychopathologiques, l'ethno-psychopathologie a particulièrement privilégié l'analyse de la diversité des pratiques éducatives et des médiations socio-affectives, ainsi que celle de leur impact différentiel sur l'organisation de l'identité individuelle et culturelle. C'est ainsi qu'au Mali, une équipe italo-malienne a mené, tout le long de la décennie 80, des recherches ethno-psychopathologiques dans des villages dogon du Plateau de Bandiagara. Dans ce sens, une enquête d'épidémiologie psychiatrique réalisée dans cette région avait révélé, dès 1980, la quasi-absence de névroses phobiques, obsessionnelles et dépressives chez les villageois non-acculturés, alors qu'on observait une prévalence plus grande de ces troubles chez les personnes de même ethnie qui avait abandonné la vie traditionnelle, comme les enseignants, les chauffeurs et, plus généralement, les fonctionnaires (Corin et coll., 1992).

Il s'agissait de savoir si les modalités d'éducation propres au monde traditionnel pouvaient constituer un possible facteur de protection vis-à-vis de ces formes psychopathologiques ; contribuant, de cette façon, à construire une personnalité protégée par rapport à ce type de troubles. En outre, l'équipe d'épidémiologistes, de psychologues et d'anthropologues de Bandiagara a envisagé plusieurs questions complémentaires :

- Compte tenu du fait qu'ils ne paraissent pas recenser, avec leurs instruments, que peu de cas de dépression parmi les villageois, se pourrait-il que ceux-ci expriment les problèmes de ce type d'une autre manière, à travers, par exemple, de correspondants somatiques ?
- Les structures socioculturelles sont-elles, à ce point, cohérentes qu'elles protégeraient les personnes contre les décompensations de type dépressif ?

- Ces structures n'interdisent-elles pas, plutôt, aux individus d'exprimer ouvertement leurs affects dépressifs en les forçant à les maquiller sous la forme de métaphores culturelles ?

C'est pour répondre à de telles questions que des recherches ont été mises en place à Bandiagara ; les interrogations s'articulant, principalement, autour de trois axes :

- Un premier axe, proprement « psychologique », se centre sur l'analyse des modalités d'éducation des enfants dogons en prenant en considération le contexte familial et lignager, les rituels qui entourent la naissance, l'imposition du nom, l'allaitement et le sevrage, les modalités d'entrée dans le groupe, l'initiation et l'accès au monde féminin et masculin. Bien que le modèle conceptuel utilisé par cette équipe reste fortement marqué par Bowlby et son insistance sur le lien d'attachement entre la mère et l'enfant ainsi que sur les effets induits par la privation de la mère (Pisani, 1988), les auteurs tendent à pratiquer une ethno-psychopathologie ouverte qui intègre les approches développées par Rabain (1979) et Corin (1971 ; 1979).
- Le second axe est davantage « ethnographique » et vise à comprendre l'ethnopsychologie de la petite enfance :  
« Point d'intersection entre le lignage, qui lie l'enfant, verticalement, à toute une série d'ancêtres réels et mythiques et, horizontalement, aux autres enfants du même groupe d'âge » (Fîore, 1988, p. 170).
- Enfin, un « axe linguistique », inspiré de l'ethno-sémantique, a permis de mettre au point un lexique de base des termes utilisés dans les langues locales pour exprimer les états émotionnels, les problèmes psychiques ; autrement dit, tout ce qui pourrait ressortir de la psychopathologie classique.

Quant aux travaux de l'école de Dakar, ils représentent un intérêt exceptionnel pour la compréhension du fonctionnement de la tradi-thérapie du trouble mental en milieu africain. Les données recueillies au cours d'entretiens cliniques avec les patients et les membres de leurs entourages ont permis de mettre en évidence les significations culturelles des représentations traditionnelles et leur impact sur les options thérapeutiques. Globalement, grâce à leurs préoccupations ethno-psychopathologiques, ces recherches ont significativement contribué à éclairer le sens de l'information recueillie au niveau individuel et/ou socio-familial et ont mis en relief le degré de distorsion associé à certains usages des représentations et des croyances relatives au trouble mental.

Dans l'ensemble, toutes ces études ont, à divers degrés, rendu les cliniciens sensibles à la signification personnelle et collective du recours à la tradi-thérapie et les ont incités à explorer la façon dont les signifiants culturels sont repris et élaborés de manière particulière par les patients et par les membres de leur entourage au fur et à mesure que se développe la relation thérapeutique et qu'évolue l'état du patient.

## 2. Contexte et méthodologie de la recherche

### 2.1. L'environnement sociodémographique et sanitaire

Située à l'extrême Ouest du territoire national et incrustée dans la région de Tillabéry, la Communauté Urbaine de Niamey (CUN) est subdivisée en cinq communes : les communes I, II, III et IV sont, toutes, situées sur la rive gauche du fleuve, tandis que la commune V se trouve sur la rive droite. En fait, c'est le découpage territorial et administratif amorcé au lendemain des indépendances, associé au processus de décentralisation du pays en régions, qui divisa la CUN en cinq communes politico-administratives, entités à la tête desquelles se trouvent des maires qui sont, en principe, élus.

La CUN s'étend sur 255 km<sup>2</sup> et compte 1.302.910 habitants selon le recensement général de la population de 2012 alors que sa superficie n'est seulement que de 90.000 km<sup>2</sup>, soit, modestement, 7% de la surface totale du pays dont le tiers se trouve d'ailleurs sur la rive droite du fleuve Niger.

La population de la CUN, qui est très jeune (plus de 52% ayant moins de 25 ans), se compose, essentiellement, de zarma-songhay, de hawsa, de peuls, de touaregs auquel il faudrait ajouter quelques sous-groupes ethnolinguistiques d'appartenance plus ou moins minoritaire (kanuri, gourmantché, arabes, notamment), ainsi que quelques expatriés et résidents temporaires.

Devenue capitale du Niger en 1926, Niamey a connu, dès lors, un accroissement sociodémographique sans précédent dans l'histoire récente du pays. En effet, aux résidents autochtones se sont adjoints, assez massivement, des populations venues des régions voisines et des pays frontaliers. Evidemment, ce poids démographique n'est pas sans dommages pour la région de Niamey, entraînant, notamment, une urbanisation inadaptée et, par conséquent, des problèmes caractéristiques des mégalopoles africaines en voie d'expansion accélérée et inappropriée (Poitou, 1981).

S'agissant de sa situation sanitaire, la CUN possède deux Hôpitaux ayant des décennies d'existence : l'Hôpital National de Niamey (HNN) et le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lamordé ; ce dernier jouxtant la Faculté de Médecine de l'Université Abdou Moumouni de Niamey. A ce dispositif, s'ajoute l'Hôpital Général de Référence (HGR) assez récemment conçu ; sans compter d'autres structures régionales de proximité dont la vocation consiste à optimiser l'accueil et la prise en charge des populations riveraines.

L'HNN demeure, jusqu'à preuve du contraire, l'une des rares entités publiques dotée d'un service d'hospitalisation psychiatrique dont les prestations semblent être à la portée d'une frange significative de la population ; cette unité de soins constituant, par conséquent, la seule structure de soins psychiatriques de référence dans la CUN.

Cependant, malgré l'envergure et l'intérêt stratégique de l'HNN, en ce qu'il est supposé jouer un rôle majeur dans les politiques nationales de prise en charge des soins de santé mentale des populations nigériennes, l'on constate



qu'il est confronté à de multiples problèmes récurrents qui plombent son fonctionnement.

## **2.2. Les études concernant la tradi-thérapie du trouble mental au Niger**

L'OMS définit la tradi-thérapie comme étant :

« La combinaison des connaissances et pratiques explicables ou non, utilisées dans le diagnostic, la prévention ou l'élimination d'un déséquilibre physique, mental ou social et qui s'appuient exclusivement sur l'expérience vécue et l'observation passée, transmise de génération en génération, oralement ou par écrit ».

Envisagée dans ce sens, on peut dire que la tradi-thérapie du trouble mental n'a pas encore fait l'objet d'une approche systématiquement psychologique dans le contexte nigérien<sup>2</sup>. Néanmoins, les réflexions de type socio-anthropologique sur les rituels de possession nigériens font rarement l'économie d'une note ou d'un développement argumenté sur les aspects thérapeutiques des pratiques magico-religieuses à visée thérapeutique. Dans cette optique, la notion de souffrance psychique ou de maladie mentale liée à la possession fait l'objet d'appréciations variées qui donnent une image contrastée de la nature et des objectifs liés à ce type de relation aux divinités au moyen de la transe-possession.

L'un dans l'autre, les rituels de possession constituent, dans l'espace nigérien, des exemples de cultes (Rouch, 1989 ; Nicolas-Broustra, 1970) dans lesquels le lien à la souffrance psychique et l'enjeu thérapeutique peuvent être légitimement revendiqués.

Ainsi, Diarra (1971) franchit le pas qui sépare la souffrance du possédé de la fonction culturelle et l'opacité apparente du rituel ; celui-ci étant alors présenté comme « une psychothérapie de groupe ». C'est dire que, contrairement aux observations de Nicolas (1987) ou d'Echard (1989), la séparation entre faits de possession et souffrance n'est pas de mise chez les songhay-zarma. L'aspect fondamentalement thérapeutique de la possession mérite donc d'être souligné, en dépit de quelques réserves, car cette dimension caractérise, en milieu nigérien, les arguments décisifs qui justifient le contact entre les hommes et les génies (Amadou, 2001 ; 2018). Ceux-ci sont, effectivement, considérés comme les responsables des troubles mentaux qui revêtent différentes significations : de la sanction des erreurs commises (Arditi, 1980) à l'expression somatique de la faute et/ou à la culpabilité sociale de la femme dans la société hawsa (Nicolas, op. cit.).

## **2.4. Echantillonnage et techniques de recueil des données**

A l'aide d'une procédure aléatoire, nous avons sélectionné cent cinquante et un (151) participants ; sans tenir compte du genre et de l'appartenance ethnique, car il s'agit, là, de considérations qui n'ont pas forcément de rapport avec notre

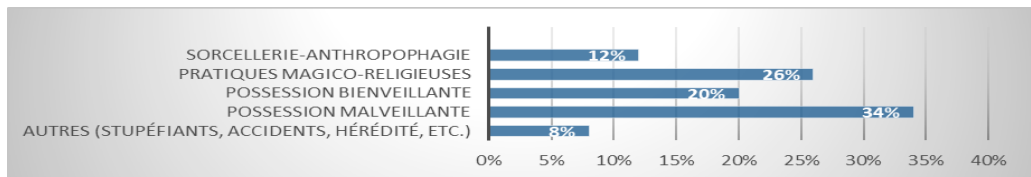
<sup>2</sup> Exception faite de la thèse d'Amadou (op. cit.) à propos des « itinéraires thérapeutiques de la souffrance psychique » qui ne traite cependant pas du questionnement spécifique du vécu du trouble mental.

problématique.

Ceci étant, les instruments utilisés pour le recueil des données sont les suivants :

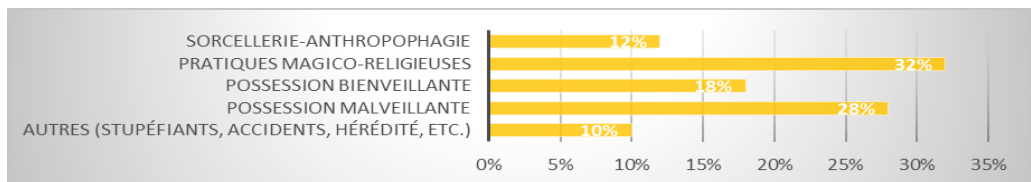
- Un guide d'entretien thématique semi-dirigé ; le choix de cet outil reposant, essentiellement, sur le fait qu'il donne à chaque interviewé la possibilité de s'exprimer librement et de déployer quasi-spontanément la subjectivité qui caractérise son point de vue. Par ailleurs, l'articulation thématique des entretiens a l'avantage de focaliser les échanges autour des informations relatives aux objectifs assignés à la recherche (Blanchet, 2015).
- Afin de fortifier la portée quantitative des données, nous avons administré des questionnaires à l'ensemble des enquêtés ; ceux-ci ayant - sur la base de leur consentement libre et éclairé - pertinemment renseigné les 3/4 des protocoles recueillis qui ont été ensuite soumis à une analyse de contenu (Bardin, 2013).

### 3. Présentation et analyse des résultats d'enquête



Graphique 1 : Répartition moyenne des causes invoquées par les tradi-praticiens

La figure 1 montre que 80% de tradi-thérapeutes invoque des causes relatives à la possession par les génies et/ou par des pratiques magico-religieuses pour justifier la survenue du trouble mental à Niamey, contre un pourcentage global d'à peu près 10% concernant les autres facteurs.



Graphique 2 : Proportions moyennes des imputabilités évoquées par les accompagnants de malades

La figure 2 fait ressortir une proportion assez faible d'accompagnants de malades mentaux qui lie les causes afférentes à la survenue du trouble mental à des facteurs de type biomédical (10%) ; alors que les interprétations causales liées aux phénomènes de possession par les génies est de 46%, celles se rapportant à la magie interpersonnelle de 32% et les attaques par la sorcellerie de 12%.

Indicateurs socio-émotionnels	Tradi-praticiens	Accompagnants de malades mentaux
Restauration de l'équilibre intrafamilial	58%	60%
Restitution du sentiment d'appartenance identitaire	55%	57%
Ressenti positif du sentiment de sécurité affective	36%	41%
Renforcement de la résilience psychosomatique	40%	54%
Sensation d'une cohabitation avec des génies bienveillants	56%	30%
Impression d'être débarrassé des génies malveillants	57%	43%
Protection contre la malveillance magico-religieuse	55%	68%

Tableau I : Indicateurs socio-émotionnels du recours à la tradi-thérapie

Le tableau I souligne l'importance significative de la restauration de l'équilibre intrafamilial, celle relative au fait de se sentir protéger contre la malveillance magico-religieuse et celle du sentiment d'appartenance identitaire dans la dynamique socio-émotionnelle du recours à la tradi-thérapie.

#### 4. Interprétation et discussion des résultats

Afin d'apprécier la signification de la dynamique socio-émotionnelle du recours à la tradi-thérapie du trouble mental à Niamey, on pourrait introduire le concept d'« efficacité symbolique ». Pour qu'advienne la guérison grâce à la tradi-thérapie, il semble, en effet, légitime d'envisager le fait que ce qui compte avant tout, dans ce cas, est que soit rendue pensable cette situation qui se décline, d'emblée, en termes socio-émotionnels.

En effet, la relation thérapeutique met en scène deux ou plusieurs personnes qui, toutes, possèdent les attributs complexes qui font un être humain. Ils sont corps psychologique, membre d'un autre corps, social, qui les inclut sans les réduire, dans la mesure où ils sont, aussi, des sujets à part entière. De plus, leur existence subjective renvoie à leur histoire propre et à leur devenir ; tous deux étant, par ailleurs, intimement liés à leur fonctionnement psychique.

De ce point de vue, l'invocation des esprits bienfaisants ou la lutte contre les « esprits malfaisants (« adorcisme », dans un cas et, « exorcisme », dans l'autre) fait partie d'un système cohérent qui fonde la dynamique relationnelle qui spécifie la rencontre entre le guérisseur et le malade. C'est dire qu'en réalité, le thérapeute traditionnel s'insinue symboliquement dans le corps du malade, posant, ainsi, le problème en termes de rapport de forces, où tout se joue finalement dans des registres subtils qui spécifient la manipulation mentale dont le patient fait l'objet. C'est, vraisemblablement, ce tour de passe-passe psychique qui inaugure le mieux-être qui est attendu, tant par le guérisseur et son patient que par l'ensemble du groupe familial qui participe activement à l'entreprise thérapeutique. Ainsi, la séquestration des différents sujets présents dans la cure au sein d'un réseau symbolique, quoi qu'angoissante, est indispensable pour

l'efficience de la thérapie.

Le réseau symbolique est, néanmoins, très complexe ; étant, notamment, constitué des croyances et représentations circulant sur le trouble psychique et la santé mentale. Il inclut surtout l'entité socio-familiale et les signifiants (concepts, expressions, etc.) qui sont à la disposition du malade, de sa famille 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, jusqu'à la rencontre, être symbolisé (et/ou imaginé), de l'autre côté (Favret-Saada, 1977). On peut donc souligner les ressources émotionnelles de la relation thérapeutique : la démarche thérapeutique du guérisseur consiste, symboliquement, soit à extirper le vecteur du trouble mental et à l'expulser hors du malade, soit à capturer le psychisme en fuite du malade afin de le lui restituer en bonne et due forme. Ces deux phénomènes pouvant, par ailleurs, coexister, on peut supposer que les mécanismes psychiques prioritairement mobilisés dans la relation thérapeute-patient procèdent de la projection et de l'identification : le « transfert magique » de la souffrance psychique fonctionnerait, probablement, de cette manière ; ce qui permet, secondairement, de désorienter le trouble mental qui est, dès lors, court-circuité et contre balancé en direction d'autres objets ou personnes (Ortigues, 1973).

En même temps, il convient de souligner la dimension contractuelle et intersubjective de la maladie : il faut un thérapeute et un patient pour qu'il y ait une maladie mentale. Il y aurait, par conséquent, un itinéraire de circulation du trouble mental entre le guérisseur et le malade au sein d'un réseau symbolique qui laisserait libre cours, une fois la « demande » effectuée, à des processus imaginaires complexes entre le soignant et le soigné.

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. Administrant, en effet, la preuve de la prégnance du transfert dans la relation thérapeutique à travers de nombreuses études de cas, Balint (1978) en déduisit que le thérapeute est finalement le premier et peut-être le plus important des médicaments.

Rabeyron (1983), quant à lui, attire notre attention sur le fait que le thérapeute, est avant tout, un être humain comme les autres, susceptible, le cas échéant, de se retrouver en position de malade. Ainsi, les questions existentielles fondamentales qu'il se pose ressortissent, également, du registre de la maladie et, par conséquent, il a lui-même intérêt à tenter de réduire l'angoisse qui lui est, incontestablement, consubstantielle.

Arguant que le désir conscient de guérir s'enracine dans les pulsions, désirs et fantasmes inconscients, Chertok et Bourguignon (1977) suggèrent que le désir infantile d'être médecin est une réplique au fantasme thérapeutique qui est destiné à lutter contre l'angoisse suscitée par la maladie. A ce titre, l'exercice de la tradi-thérapie du trouble mental représente une des réponses

aux nombreuses questions angoissantes, conscientes et/ou inconscientes, que se posent les guérisseurs. Pour que sa propre histoire ne fasse pas irruption à tout bout de champ sur la scène du réel de la cure, la thérapie qu'il prescrit prend, nécessairement, appui sur le pouvoir sacro-saint et, donc, sur la toute-puissance que lui confère sa position statutaire. Dans la mesure où sa pratique lui permet de rendre compte de ce qui lui arriverait et qui serait déjà arrivé à l'autre, le malade, il tente de se protéger, par ce stratagème, de tout ce qui s'échange dans la relation thérapeutique et qui n'est pas sans le remuer émotionnellement, même si ce remue-ménage n'est pas conscient. C'est ainsi que se constitue, progressivement et inexorablement, ce que Balint (idem) qualifie de « fonction apostolique » ; autrement dit, les retentissements émotionnels de la personnalité du guérisseur dans sa relation avec son malade.

Dans l'ensemble, le recours quasi-systématique à la tradi-thérapie du trouble mental correspond au besoin qu'éprouvent les soignants et les soignés 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 (Kaës, 1980). En outre, l'engouement suscité par la tradi-thérapie est doublement articulé, tant au niveau de l'assignation d'un sens individuel et collectif au vécu de la souffrance psychique, inévitablement angoissant et étrange qu'à celui de la mobilisation d'une dynamique de soutien dans l'entourage. Une telle perspective élargit la façon de concevoir les notions de réinsertion et de réhabilitation, puisqu'il s'agit d'aider le patient à retrouver une place dans un espace socioculturelle avec les difficultés qu'implique la maîtrise des codes culturelles de relations parfois extrêmement complexes (Koné et coll., 1983).

Ainsi, le recours à la tradi-thérapie du trouble psychique à Niamey doit s'appréhender selon le double point de vue symbolique et clinique comme l'ont souligné les travaux de Corin et Bibeau (op. cit.) ou même Coulibaly, Koumaré et Coudray (op. cit.).

En gros, nos principaux résultats se rapprochent, significativement, des constatations cliniques qui indiquaient qu'une interaction exclusivement socio-anthropologique du recours à la tradi- thérapie n'aurait qu'une valeur limitée ; non seulement tous les patients ne se réfèrent pas de la même manière aux croyances culturelles, mais aussi l'utilisation subjective des représentations traditionnelles est souvent plus importante que leur contenu objectif. De même, le fait de recourir à une croyance culturellement admise n'est pas en soi un gage de normalité et l'entourage, lui-même, distingue, clairement, les recours censés être « normaux » de ceux qui pourraient être considérés comme proprement pathologiques.

## Conclusion

Dans le souci d'accroître l'accessibilité culturelle des services officiels de soins en santé mentale, il est indispensable d'envisager leur articulation sur la réalité socio-culturelle. Il s'agirait, alors, d'établir des formes de passerelles ou des modalités de renvois réciproques qui favoriseraient la circulation des patients entre les systèmes thérapeutiques impliqués et qui s'inscriraient, dès lors, dans la ligne des pratiques sanitaires déjà développées par les populations locales. Dans ce contexte, le défi peut sembler, sans doute, insurmontable ; comme jadis, d'ailleurs, lors des transformations des structures asilaires (Postel et Quételet, 1994), il nécessiterait la mise en place de dispositifs de prise en charge de la santé mentale qui favoriserait une fécondation réciproque entre les réformes administratives, les modes de pratiques et de recherches sur le terrain. Un tel projet requiert une volonté politique qui puisse mettre en place des structures dynamiques en leur accordant suffisamment de flexibilité pour innover et tester de nouvelles façons de travailler dans et avec les communautés concernées. Il exige, également, que les cliniciens et le personnel soignant acceptent de remettre en cause des modèles professionnels élaborés ailleurs et dont la contrainte normative s'impose avec une force quelques fois démesurée au nom des paradigmes scientifiques et gestionnaires présentés comme universels. L'enjeu, pour ces praticiens, consiste à tirer profit du progrès des connaissances dans le domaine du traitement et de la réadaptation des malades mentaux, mais en se les réappropriant et en les (ré)ajustant aux caractéristiques sociales et culturelles des structures locales. Pour ce faire, il faudrait, évidemment, que se tissent des liens entre la recherche et l'action, entre chercheurs, cliniciens et personnel chargé de la maladie mentale et de la santé publique ; chacun de ces protagonistes acceptant, évidemment, de se mobiliser autour de projets communs, de se sentir interrogé par les questions, intérêts et méthodes de ses collègues, et de travailler avec eux à l'élaboration de nouveaux modèles de pratiques.

S'agissant du cas particulier de la recherche, l'on peut envisager de recueillir des données qui permettraient de décrire l'ensemble des réactions et démarches suscitées par les problèmes de santé mentale au Niger afin de comprendre les facteurs qui les influencent. L'on peut, par exemple, examiner à quels moments, dans quels contextes et à quelles fins prend place ou non la consultation de divers types de ressources modernes ou traditionnelles en matière de quête thérapeutique ; l'analyse du processus de recherche d'aide ouvrant, notamment, sur une évaluation de la portée que revêt le recours à des services psychiatriques et sur l'identification de ce qui, dans l'histoire de vie, dans la situation interpersonnelle et sociale de l'individu, contribue à modeler sa démarche de recherche d'un bien-être psychique.

## Références bibliographiques

- Amadou S. (1996). *Les itinéraires thérapeutiques de la maladie mentale au Niger : approche socio-clinique du vécu de la souffrance psychique dans le contexte d'une société africaine contemporaine*. Thèse de Doctorat de Psychologie clinique et Psychopathologie, Université Louis Pasteur de Strasbourg (France).
- Amadou S. (2001). « Une transgression de l'éthique islamique par le biais thérapeutique ». *Ethiopiennes*, N<sup>os</sup> 66-67, 123-130.
- Amadou S. (2018). « Souffrance psychique et culture : le vécu du trouble mental en milieu nigérien ». *Annales de l'Université Abdou Moumouni de Niamey (Niger)*. N<sup>o</sup> Spécial 1859-5014, 51-65.
- Arditi C. (1980). « La mise sur la natte : rite de possession et condition féminine en milieu islamisé à N'djamena ». *Objet et Monde*, 20 (2), 49-60.
- Augé M. et Herzlich Cl. (1984). *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris : Edition des Archives Contemporaines.
- Balint M. (1978). *Le médecin, son malade et sa maladie*. Paris : Payot.
- Bardin L. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF.
- Blanchet A. (2015). *Dire et faire dire : l'entretien*. Paris : A. Colin.
- Chertok L. et Bourguignon O. (1977). *Vers une autre médecine*. Toulouse : Privat.
- Corin E. (1971). « Le père comme modèle de différenciation dans une société clanique matrilineaire (Congo-kinshasa) ». *Psychopathologie africaine* 16 (2), 185-224.
- Corin E. (1979). Vers une réappropriation de la dimension individuelle en psychologie africaine. *Revue d'Etudes Africaines*, 14 (1), 135-156.
- Corin E. et Bibeau G. (1995). « De la forme culturelle au vécu des troubles psychiatriques en Afrique : Propositions méthodologiques pour une étude interculturelle du champ des maladies mentales ». *Africa*, 45 (3), 280-315.
- Corin E. et coll. (1992). « La place de la culture dans la psychiatrie africaine d'aujourd'hui ». *Psychopathologie africaine*, XXIV (2), 149-181.
- Coulibaly B., Koumaré B. et Coudray J.P. (1983). « La demande de soins psychiatriques au Mali. Données d'épidémiologie hospitalière ». *Psychopathologie Africaine*, XIX (3), 261-286.
- Devereux G. (1977). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.
- Devereux G. (1982). *Psychothérapie d'un indien des plaines*. Paris : Godefroy.
- Devereux G. (1985). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion.
- Diarra F.A. (1971). *Femmes africaines en devenir : les femmes zarma du Niger*. Paris : Anthropos.
- Echard N. (1989). *Le Bori : aspects d'un culte hawsa dans l'Ader et le Kurfey*. Paris : EHESS.
- Favret-S. J. (1977). *Les mots, la mort, les sorts*. Paris : Gallimard.
- Fîore B. (1988). « Anthropologie de la petite enfance et de l'éducation dans les pays africains ». In. P. Coppo (éds). *Médecine traditionnelle, psychiatrie et psychopathologie en Afrique*. Rome: Il Pensiero Scientifico Editor, 164-188.

- Good B.J. (1977). "The hart of what's the matter: the semantics of illness in Iran." *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 25-58.
- Foucault M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard.
- Kaës R. (1980). *L'idéologie : études psychanalytiques*. Paris : Dunod.
- Kleinman A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman A. (1986). *Social origine of distres and disease. Depression, neurasthenia and Pain in modern China*. New Haven: Yale University Press.
- Koné A. et coll. (1983). « Au-delà de la stabilisation clinique, des difficultés de réinsertion ? » *Etude médicales*, 3, 141-143.
- Laplantine F. (1976). *Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique noire*. Paris : J.P. Delarge.
- Laplantine F. (1987). *Les médecines parallèles*. Paris : PUF.
- Nathan T. (1986). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris : Dunod.
- Nathan T. (1988). *Le sperme du diable. Eléments d'Ethno-psychothérapie*. Paris : PUF.
- Nathan T. (1994). *L'influence qui guérit*. Paris : Odile Jacob.
- Nathan T. et Stengers I. (1995). *Médecins et sorciers*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.
- Nicolas J. (1987). *Les Juments des dieux : rites de possession et condition féminine en pays hawsa (vallée de Maradi au Niger)*. Paris-Niamey : Etudes Nigériennes.
- Nicolas-Broustra J. (1970). « Culpabilité, somatisation et catharsis au sein d'un culte de possession : le bori hawsa ». *Psychopathologie africaine*, VI (2), 147-180.
- Ortigue M.-C. (1967). « L'utilisation des données culturelles dans un cas de bouffée délirante ». *Psychopathologie africaine*, 3 (1), 121-147.
- Ortigue M.-C. et E. (1973). *Œdipe Africain*. Paris : L'Harmattan.
- Pisani L. (1988). « Mère, enfant et entourage dans une communauté rurale africaine : enquête pilote ». In, P. Coppo (éd). *Médecine traditionnelle, psychiatrie et psychologie en Afrique*. Rome : Il Pensiero scientifico Editor, 189-206.
- Poitou D. « Délinquance juvénile et urbanisation au Niger et au Nigéria ». *Cahiers d'Etudes Africaines*, Vol. 21 (81/83), 111-127.
- Postel J. et Quétel C. (1994). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Toulouse : Privat.
- Rabain J. (1979). *L'enfant du lignage*. Paris : L'Harmattan.
- Rabeyron P.L. (1983). *Idéologies médicales sur la dimension épistémologique des fondements comparés des principaux types de théorisation médicales contemporaines*. Thèse de Médecine, Lyon II (France).
- Rouch J. (1989). *La religion et la magie songhay*. Paris : PUF.
- Sow I. (1978). *Les structures anthropologiques de la folie en Afrique noire*. Paris. Payot.



Sow I. (1977). *Psychiatrie dynamique africaine* Paris : Payot.  
Swain G. (1994). *Dialogue avec l'insensé*. Paris : Gallimard.