

Perception populaire de la psychiatrie et prise en charge de la possession des filles par le génie tchatteur dans les écoles de Zinder

OUSSEINI Abdoulmadjidou

Docteur en sociologie, Ecole Nationale de Santé Publique de Zinder
abdoulmadjidouousseini@gmail.com

Résumé

*Cet article aborde la perception populaire de la psychiatrie et la prise en charge de la possession des filles par le génie tchatteur dans les écoles de Zinder. La question est d'établir le lien entre le faible recours à la prise en charge psychiatrique des filles victimes et la possession par le génie tchatteur. En guise d'approche méthodologique, des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec les parents, les enseignants des écoles concernées et des thérapeutes traditionnels et modernes. Cette recherche a permis de faire ressortir un faible recours des parents aux soins psychiatriques en raison de l'influence du **contexte socioculturel qui favorise la stigmatisation de l'institution**. En effet, pour la population, la psychiatrie est étiquetée comme un « asile de fous » et le fréquenter revient à accepter cette mauvaise image. **Eu égard à cette faible audience auprès de la population, ses actions curatives et préventives sont limitées**. Il convient aussi de mettre en relief l'adhésion de la population à la logique de la possession par les génies et par conséquent la prise en charge du phénomène de génie tchatteur que ne qu'être « théopsychiatrique ».*

Mots-clés : Perception populaire- psychiatrie- prise en charge - génie tchatteur – Zinder

Abstract

This article discusses the popular perception of psychiatry and the management of the possession of girls by the talking genius in schools in Zinder. The aim is to establish the link between the low uses of psychiatric care for girls who are victims of the chat genius in schools. As such, semi-structured interviews were carried out with the parents of the girls who were victims of possession, the teachers of the schools where the possession affects the girls and some traditional and modern therapists. This research has made it possible to understand that the low recourse to psychiatry by the parents of girls affected by the talking genius is explained by the stigmatization of the service. For the population, this service is only an asylum for "insane" and frequenting it amounts to accepting this bad image. In addition, the population adheres to the logic of possession by geniuses and therefore the assumption of responsibility for the phenomenon of chatter genius than to be « theopsychiatric ».

Introduction

La pratique psychiatrique moderne en Afrique est relativement récente car elle est intimement liée au phénomène colonial. Pendant longtemps, la prise en charge des troubles mentaux relevait du domaine exclusif des guérisseurs si bien que les symptômes sont rapportés à des interprétations purement surnaturelles. Mais il faut relever que la cohabitation entre les techniques psychiatriques modernes et les thérapeutiques traditionnelles est souvent enrichissante (A. Halle et al, 1995). L'exercice de la psychiatrie en Afrique subsaharienne se heurte à de nombreux problèmes d'acceptabilité des soins par les malades, leur entourage et toute la communauté. Ainsi, il ressort un phénomène de rejet fréquent de la démarche thérapeutique des psychiatres qui s'explique peut-être par l'inadaptation de l'approche étiopathogénique (Ouango et al, 1998). Cela s'explique par le fait qu'elle ne corresponde pas à la logique traditionnelle à laquelle adhèrent massivement les populations et qui constitue le socle de leurs croyances. Cet état de fait persiste encore au Niger où l'offre sociale de soins en matière de souffrance psychique obéit plus à la logique de l'étiologie surnaturelle. Mais il faut surtout préciser que cette offre sociale de soins se répartit actuellement en trois types de pratiques dont chacune est légitimée par un fonds culturel : les pratiques psychiatriques d'inspiration occidentale, les démarches "traditionnelles" spécifiquement africaines et les pratiques "néo-traditionnelles" inspirées de l'islam (Soumana, 1995). La cohabitation entre ces systèmes de soins est fondée sur des schémas de lecture contradictoires concernant le diagnostic de la maladie et les soins à prescrire. Ce contexte d'ambivalence ne fait que susciter des difficultés par rapport au choix des méthodes de guérison. On note surtout l'influence des facteurs entraînant les difficultés chez l'entourage des filles possédées notamment le facteur socioculturel qui semble être plus important en déterminant le facteur psychologique et le facteur économique. Mais dans le contexte de la possession des

filles par le *génie tchatteur* dans les écoles de Zinder, le faible recours à l'institution psychiatrique est plus déterminant en dépit de l'ambiance de cohabitation entre plusieurs offres de soins dont chacun livrant d'une manière ou d'une autre ses mérites et ses expériences dans la prise en charge des souffrances qu'occasionnent les transes et les hurlements récurrents chez les filles en milieu scolaire. Ce phénomène de possession communément appelé *génie tchatteur* reste un sujet d'autant plus complexe qu'il fait l'objet de multiples approches aussi bien chez les parents des victimes que dans les écoles. La perception populaire s'oriente vers une emprise démonique du fait que les djinns, en tant que créatures cachées, sont reconnus comme des forces susceptibles d'influencer positivement (djinns bienfaiteurs) ou négativement (djinns maléfiques) les humains. Le fonds traditionnel animiste et la religion islamique légitiment ce schéma explicatif. Quant à la psychiatrie, elle analyse le phénomène à travers le registre de la psychanalyse en s'orientant vers la névrose hystérique, un phénomène dont l'étiologie ne s'écarte pas du développement de la personnalité.

L'objectif visé par cet article est de chercher un fil conducteur entre la perception populaire de la psychiatrie et la prise en charge de la possession féminine par le *génie tchatteur*. En effet, il s'agit d'exposer les raisons qui expliquent le faible recours à la psychiatrie par l'entourage des filles affectées par le *génie tchatteur* dans les écoles. L'orientation de la recherche à travers la formulation de cette hypothèse nous amène à poser d'autres questions subsidiaires :

- ✓ La sémantique populaire fondée sur la stigmatisation de la psychiatrie, explique-t-elle le faible recours à l'offre des soins psychiatriques dans le contexte de la possession des filles par le *génie tchatteur* dans les écoles ?
- ✓ L'adhésion de la population de Zinder à la logique de la possession par les êtres surnaturels explique-t-elle le faible recours à la prise en charge psychiatrique des filles victimes du *génie tchatteur* dans les écoles ?

Nous tenterons de répondre à ces questions à travers deux cadres de référence théoriques notamment l'interactionnisme symbolique et la théorie des représentations sociales.

I. Matériel et méthodes

L'analyse du lien entre la perception populaire d'une pathologie ou d'un itinéraire thérapeutique ne semble pas poser un problème d'orientation méthodologique. En effet, les investigations empiriques menées aident à comprendre que l'analyse de la perception et les croyances dans un contexte socioculturel, ne peut que s'appuyer sur la recherche qualitative du moment où elle ouvre plus de perspectives (Mays et Pope, 1995). Le modeste regard de cet article sur la psychiatrie et la prise en charge de la possession par le *génie tchatcheur* ne peut que s'aligner sur cette voie empiriquement testée. Si les représentations sociales construites autour de l'institution psychiatrique deviennent un champ d'analyse, il semble plus pertinent de recourir à la recherche qualitative à travers des entretiens semi-directifs pour recueillir les témoignages des acteurs. Les entretiens réalisés de janvier à février 2019 avec différents groupes ayant des relations de familiarité avec les filles possédées selon les contextes spécifiques de cette étude sont :

- ✓ Les parents des filles victimes de la possession parce qu'ils constituent l'entourage naturel de la victime qui peut renseigner sur les éventuels antécédents de la possession ou les conditions de vie familiale susceptibles d'interagir avec la survenue de la possession ;
- ✓ Les enseignants des écoles où la possession affecte les filles ;
- ✓ Les thérapeutes traditionnels et modernes car ils disposent des connaissances et des expériences par rapport à de telles pathologies.

En outre, cette recherche implique aussi le recours à une gamme de matériels permettant la collecte ou le traitement des données recueillies. Ainsi, en plus de la prise de note, l'enregistrement des entretiens et la capture de certaines images-témoins ont été réalisés. Les logiciels Sphinx V5 Plus et Excel ont permis le traitement des données et les analyses.

II. Résultats

2.1. Sémantique populaire de la psychiatrie et ses implications à Zinder

Au Niger, l'institution psychiatrique, désignée aujourd'hui comme relevant du domaine de la « santé mentale », est une spécialité marginale et marginalisée de la santé. Ce parent pauvre de la médecine s'inscrit en effet dans un paysage sanitaire où les services publics sont à la fois contraints par des difficultés économiques et matérielles majeures (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). Cette marginalisation n'est pas un fait de hasard quand on sait que le contexte socioculturel ne permet pas un engouement général autour de cette institution étiquetée comme un « asile de fous ». Ce qui limite ses actions curatives et préventives.

2.1.1. La psychiatrie comme « asile des fous »

La question de la perception et des croyances populaires sur la santé mentale n'est pas un champ inexploré en sociologie de la santé au regard de multiples apports théoriques. L'interactionnisme symbolique passe pour être un des cadres de référence qui a mis en relief les types d'interactions se développant dans le milieu hospitalier et déterminant aussi l'image du patient. Ce cadre théorique cherche surtout à comprendre l'univers du malade mental à travers la restitution de ses expériences dans le contexte institutionnel dans lequel s'insère ce malade, que ce soit celui de l'hôpital ou de l'asile (Goffman, 1968). Partant d'une telle analyse centrée sur le mode vie du malade interné, il ressort de la psychiatrie les caractéristiques d'une institution totalitaire car en tenant compte de son organisation interne, de ses règles contraignantes et de ses conditions de prise en charge qui laissent parfois à désirer, elle devient une sorte d'univers spécifique renfermé sur lui-même. Il faut aussi noter que la vie des malades mentaux contraints à un face-à-face n'est pas seulement une interaction entre le soignant et le soigné mais c'est aussi l'étiquetage du sujet malade considéré comme un psychopathe, un « fou » à contrôler et soumis à des « cures chimiothérapeutiques » régulières. Il y a donc un phénomène de perception sélective qui faisant abstraction de la personnalité globale de l'individu et qui s'attarde à un trait ou à

un ensemble de comportements étiquetés négativement, entraînant le stéréotype de malade mental, lequel correspond à une image intériorisée depuis l'enfance. En effet, ce qui caractérise le concept de stéréotype c'est un trait généralisé mais qui a la propriété symbolique d'être attribué à l'ensemble de la personnalité. L'individu ainsi stéréotypé n'est plus perçu qu'à travers une image négative (Massé et Brault, 1979). Cette image de l'individu stéréotypé ou de l'institution stigmatisée ressort dans le contexte socioculturel du Niger où l'univers est stigmatisé à travers des épithètes éminemment négatives. Notons à titre illustratif les épithètes attribuées au service de la psychiatrie de l'hôpital National de Niamey notamment « *Pavillon E* » ou « *Cabanon* » qui semblent susciter à la fois l'horreur et la méfiance chez les référés, la répugnance et la compassion chez l'entourage. Selon un infirmier ayant servi dans ce service, « *la structure du bâtiment avec ses chambres d'isolement contribue dans une certaine mesure à l'isolement psychologique des sujets internés. Ce bâtiment a été fermée à la suite du constat selon lequel des infirmiers abusaient de son utilisation* ». A Zinder, ce service n'échappe pas l'étiquetage négatif au regard du nom qui lui est attribué. Le Pavillon de la psychiatrie, isolé des autres constitue un univers isolé communément appelé (*guidan mahaukata* ou maison des fous en langue haoussa) ou du moins (*guidan Hadjiya* ou la maison de Hadjiya en haoussa). Un infirmier en retraite se rappelle de ce nom indélébile car gravé non seulement dans la mémoire des agents et des malades mentaux mais aussi et surtout dans l'imaginaire de la population :

« *Hadjiya est le nom d'une femme téméraire de renom qui a servi comme auxiliaire à la psychiatrie. Elle a maîtrisé physiquement les patients agités, cherchant à quitter le service ou refusant une injection, mais également d'assister le personnel infirmier dans ses tâches de surveillance. On lui attribue des pouvoirs et secrets* ».

Le nom donné à l'infirmier ou le médecin est appelé *likitan mahaukata* (thérapeute des fous en haoussa) comme il traite les malades mentaux. Il fait l'objet de crainte et c'est pourquoi il est peu consulté contrairement aux autres domaines de la médecine. De simples consultations médicales dans ce service suscitent des stigmatisations, la peur de cohabiter avec le sujet devenu « fou ». L'expérience de la maladie mentale est stigmatisante, mais indépendamment de la gravité de la maladie (stabilisation, aggravation, guérison) car le simple fait

d'avoir séjourné dans une institution psychiatrique marque en soi l'individu d'un stigmate aussi fort que celui laissé par la maladie. Cet étiquetage dévalorisant de « fou » suscite évidemment la réticence de la population à fréquenter ce service des condamnés. Il faut surtout souligner que la folie est un objet sensible qui constitue un vecteur de projections sur l'autre (Gina Aït Mehdi, Romain Tiquet, 2020). N'est-ce pas ce vecteur de projections qui constitue le goulot d'étranglement empêchant le plein épanouissement de la psychiatrie surtout en ce qui concerne son apport pour la prise en charge des filles affectées par le *génie tchatcheur* ? En tout cas, l'idée de folie en milieu scolaire n'est jamais évoquée et personne n'admet l'idée de crise d'hystérie ou autre trouble psychotique pouvant conduire les victimes à la psychiatrie et légitimer la stigmatisation de l'entourage. En effet, la folie est une malédiction et la possession est une sorte d'épreuve imposée par un djinn provoqué ou non. La possédée tourmentée par un djinn, perd tout son amour propre dans les relations entre pairs. Elle devient alors la « jument chevauchée » par le « nouveau conjoint invisible ». D'après un enseignant de collègue, « *l'image même de la possédée de génie est en soi un élément affectant l'estime de soi. C'est pourquoi certains parents changent d'écoles à leurs enfants* ». Les rechutes peuvent aussi être à l'origine de l'idée que la pathologie mentale est incurable ; ce qui renforce les croyances populaires par rapport à l'incurabilité des malades mentaux et favorise la stigmatisation de ces derniers dans la société (Diakitè Mariam, 2008). Pourtant, selon le Pr Doumma Djibo Maiga interrogé par le Studio Kalangou, « *le terme fou n'existe pas dans la maladie mentale. La santé mentale est un état d'équilibre entre le physique, le psychologique et le social. Dès qu'il y a rupture il y a maladie mentale* »

2.1.2. Motifs de consultation : le haukan qwaya et le haukan iska

Lors de son institutionnalisation la pratique de la psychiatrie se caractérisait notamment par une fonction explicitement sécuritaire (Collignon, 1997), et plus timidement encore dans le cas du Niger-dont les investissements liés au domaine de la santé furent particulièrement tardifs. Il faut aussi préciser que les responsabilités associées à la psychiatrie contemporaine se trouvent inscrites dans ses rapports avec

les institutions répressives et judiciaires de l'État par une ordonnance qui aujourd'hui rappelle « la séquestration des insensés (Castel, 1976). Concernant la politique de santé, la psychiatrie attire peu de financements contrairement aux maladies relevant des programmes nationaux plus privilégiées par l'État et ses partenaires. En plus, ce domaine n'est pas du tout attractif auprès des étudiants en spécialisation. Ainsi, la prise en charge, relevant du domaine de la « santé mentale », est une spécialité marginale et marginalisée de la santé. Le développement en faveur d'une meilleure prise en charge des malades mentaux est donc loin de représenter une priorité sur l'agenda national et international de la santé dans ce pays subsaharien. Les professionnels du secteur – psychiatres, psychologues, techniciens supérieurs de santé mentale – doivent ainsi se contenter de moyens d'action dérisoires pour exercer leur travail, cherchant souvent dans des initiatives privées une valorisation financière et symbolique de leurs pratiques. Ce « monde psy », marqué par une pénurie de ressources, est également soumis à de fortes ambiguïtés liées à ses visées sociales (Gina Aït Mehdi, 2018). Il ressort une faible fréquentation de la psychiatrie en dehors des cas où le malade se livre à un vol, un homicide ou un viol. Donc la gravité de la maladie mentale est appréciée à travers les actes d'homicide ou du moins des coups et blessures. C'est en ce moment que les proches parents évacuent le malade à l'hôpital de Niamey, ou à l'un des centres de Zinder, Tahoua, Maradi. Selon un infirmier *« l'agressivité constitue un signe plus inquiétant pour l'entourage surtout en milieu rural où le malade peut tuer, incendier, blesser. C'est pourquoi on l'amène à l'hôpital. Mais s'il ne dérange personne, alors il est abandonné. L'abandon des malades mentaux dans les villes et villages est une réalité indéniable. Il peut s'ériger en mendiant pour assurer sa survie »*. Ce n'est pas un hasard si la population de Zinder tolère la cohabitation avec les malades mentaux si jamais ils ne commettent pas de violence. La société gère elle-même ses « fous » que de les référer à la psychiatrie. Ce qui explique le peu d'audience de cette institution et de ses interventions qui sont assez limitées. Les raisons de ces limites sont d'une part liée à la politique sanitaire elle-même et d'autre part à la perception populaire des maladies mentales fondée sur des causes irrationnelles. Les motifs de consultations sont généralement les signes des psychoses. A ce sujet, un infirmier réagit en ces termes :

« Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont la schizophrénie, les bouffées délirantes aiguës, la dépression, et notamment des cas de dépression réactionnelle chez les jeunes, la mélancolie, l'anxiété, des troubles démentiels chez les personnes âgées et l'usage de substances psychoactives. Mais il y a plus des cas de jeunes victimes de la toxicomanie et le plus souvent provenant du milieu rural. »

Le même infirmier d'insister sur la toxicomanie en ces termes :

« Vous savez, dans un milieu qui considère la maladie mentale n'importe laquelle comme hauka (folie en haoussa), c'est vraiment difficile de poser le diagnostic et de convaincre. Mais le haukan qwaya (folie de la drogue) est toujours référé chez nous car l'entourage du malade sait que ce n'est pas la possession par un génie. Puisqu'on nous dit le type de drogue, la durée et le mode d'utilisation. »

Donc, les motifs de consultation les plus fréquents sont les symptômes du *hauka* qui sont appréciés selon un schéma de lecture univoque. En effet, la folie c'est toujours la déraison. C'est l'absence de la conscience car les symptômes ne se distinguent pas d'une pathologie à une autre. La seule distinction qui est opérée c'est entre la « folie de la drogue » et la « folie du génie ». Ce dernier regroupe toutes les formes de maladies ou des symptômes telles que ceux affectant les filles dans les écoles. Donc, le champ du surnaturel relève des initiés que sont les guérisseurs et les marabouts. La logique de « l'étiologie surnaturelle » ne peut correspondre au protocole envisagé dans le cadre de la logique psychiatrique. Si les filles victimes de la possession par le *génie tchatteur* ne sont jamais évacuées à la psychiatrie ni par les responsables des écoles au moment de la crise, encore moins par les parents en raison de cette logique populaire. Un infirmier dit à cet effet :

« Les élèves victimes du génie tchatteur ne sont pas évacuées chez nous vu le nom même qui est donné à la maladie. Le génie tchatteur devient donc la chasse gardée des marabouts, des tradipraticiens et autres charlatans. Nous considérons ses troubles comme des crises d'hystérie, de phobie ou autre névrose non détectée. »

Par ailleurs, le recours aux thérapeutes traditionnels par les parents des filles victimes du *génie tchatteur* s'explique par le fait qu'il n'existe aucun cadre approprié de sensibilisation créé par les agents de la santé mentale pour convaincre les acteurs de l'école à recourir aux méthodes

modernes pour diagnostiquer le mal. Comme annoncé précédemment, l'inexistence d'un plateau technique performant pour le diagnostic des névroses et la psychothérapie décourage les agents. Comme pour beaucoup de maladies, la consultation à l'hôpital est la dernière étape après avoir épuisé plusieurs stratégies.

2.2. Adhésion de la population à la logique de la possession par les génies et la prise en charge psychiatrique du génie tchatcheur

Dans notre contexte culturel, l'adhésion à l'étiologie surnaturelle est une réalité et elle en est un fait contraignant. La socialisation familiale fondée sur les principes de la tradition et de l'islam constitue le mécanisme à travers lequel le système de représentation sociale est assimilé. C'est pourquoi les familles et les écoles n'empêchent pas à la tradition ancestrale et les conceptions religieuses sur les maladies de prospérer. La prise en charge psychiatrique de la possession par le *génie tchatcheur* semble dépendre de telles pesanteurs.

2.2.1. Nosologie populaire du génie tchatcheur à Zinder

La possession des filles par le *génie tchatcheur* dans les écoles est sujette à diverses interprétations galvanisées par les praticiens des soins traditionnels et les marabouts. La possession est d'abord un fait de l'hérédité où des antécédents peuvent apparaître chez certains sujets dans les écoles. Ces génies sont classés dans le panthéon familial (*Naguida* en haoussa) et dont la relation avec l'hôte est thérapeutique et élective. Les victimes de cette forme de possession peuvent être classées en deux catégories :

-la première catégorie est constituée des sujets dont le malaise survient comme une alerte donnée par un esprit familier. En effet, lorsque des génies de la sorcellerie ou autre « mauvais œil » côtoient le sujet, des symptômes passagers connus de la famille se manifestent pour lui servir de « bouclier ». Ce génie est totalement apprivoisé et ne constitue pas un objet de crainte en raison du pacte qui le liait au clan. L'entretien avec une mère a permis de mettre en relief un tel fait :

« Ce que vous appelez génie tchatcheur n'est pas chez nous une maladie de génie (kamoun iska) dans notre famille. C'est une réaction normale ou une alerte. Dès que celui qui a le génie hérité est en présence d'un sorcier ou d'un possédé, il réagit instantanément. C'est

une forme de protection. C'est pourquoi ma fille ne se met pas en transe en premier lieu dans sa classe. »

L'héritage d'un type de symptômes n'est pas toujours synonyme de maladie. C'est une disposition sacrée que seul le clan ou la famille maîtrise et que le monde extérieur profane ignore. Généralement ces cas connaissent toujours des rechutes dans les écoles car le génie n'est pas lié à l'environnement de l'école où il a été dérangé par la massification des élèves ou les constructions sans incantations préalables. La maladie-héritage ou les symptômes-héritage constitue une problématique assez complexe à laquelle l'anthropologie médicale tente d'apporter des réponses. La notion d'« endogénéité » de la maladie développée par Laplantine (1986) met également l'accent sur la notion de « maladie-héritage ». L'affection est limitée au seul cadre de l'origine héréditaire. Le malade peut être responsable de sa maladie. Le *génie tchatcheur* apparaît comme une révélation endogène en ce qu'il est expliqué selon le registre familial. Dans ce cas, il n'est pas une maladie en tant que telle mais comme une réaction dictée par l'alliance entre le génie tutélaire et la jument qu'il est censée protéger selon un processus traditionnel. Donc, l'alliance avec un dieu se transmet de génération en génération, ainsi que l'héritage de la terre ou l'accès à certains métiers (Broustra-Monfouga, 1973).

La deuxième catégorie est constituée des sujets dont la possession survient comme un avertissement suite aux piétinements des objets tabouïsés ou des dispositions sacrées.

En plus de l'hérédité, le *génie tchatcheur* est perçu comme l'œuvre d'un (génie vagabond ou *Iskan Dagi* en haoussa). D'après une mère, le génie de la sorcellerie est la cause des perturbations de sa fille. Lors de l'entretien, elle expose sa vision des choses en ces termes :

« Le cas de ma fille n'est rien d'autre que de la sorcellerie. Un moment donné, elle n'était plus concentrée dans ses études. Pourtant elle est plus brillante à l'école et à la medersa que ses demi-sœurs. C'est la jalousie qui a amené ce problème. J'en suis sûre et certaine. Souvent, elle a des hallucinations en classes. Maintenant, ça va en raison des produits qu'on a reçus du village. »

Donc le terme de *kamoun iska* (attaque de génie en haoussa) est fréquent dans les entretiens avec les parents des filles victimes du *génie tchatcheur*. Le père d'une fille explique cette croyance fondée sur le religieux de façon claire :

« Bien sûr, ici tout le monde ici croie aux Aljannu (génies) qui sont des êtres invisibles. Ils vivent autour de nous et souvent ils sont attirés par nos attitudes. Ne pas croire à leur existence c'est même remettre en cause certains préceptes de la religion musulmane. Mais croire à leur existence ne veut pas dire les adorer Mouché (Monsieur). Il est strictement interdit de les considérer comme des objets d'adoration qui peuvent intercéder dans telle ou telle affaire humaine Mouché »

Dans le cadre de cette forme de nosologie, les procédés de soins utilisés sont légitimés par l'ambiance culturelle issue de la tradition et de la religion islamique. La « théothérapie » ou les soins légitimés par le religieux se résument fondamentalement à trois dimensions :

✓ Le *bokanci* ou les pratiques curatives issues de l'animisme et pratiqué par des guérisseurs. Selon un guérisseur « *les produits prescrits sont des plantes thérapeutiques utilisées pour le lavage du corps ou pour faire de la fumée, des parties d'animaux ou des rituels à observer pour soulager la souffrance des victimes* ».

✓ Le *tsoubbou* qui vient du terme « thib » ou médecine en arabe est l'œuvre des marabouts syncrétistes qui font le brassage entre le bokanci et les recettes islamiques. Un marabout-guérisseur décrit cette pratique en ces termes : « *Ce sont des procédés mystiques que les profanes ne maîtrisent pas. Nous utilisons les versets du coran et certains tableaux mystiques pour exorciser les djinns. Nous ne faisons pas de la magie comme le prétendent nos détracteurs* » ;

✓ La *rouqiya* de plus en plus populaire avec la montée des izalistes¹. Un enseignant spécialiste de cette thérapie nous a expliqué son but en ces termes :

« *La rouqiya est une pratique « théopsychiatrique » car elle découle de la religion islamique contrairement à certaines méthodes occultes développées par les charlatans. Elle permet d'exorciser le djinn au moyen de la lecture des versets coraniques. Il faut reconnaître que le Niger est en retard par rapport à la reconnaissance de cette médecine*

¹ Izala ou les adeptes de *izalatul bid'a* ou rupture avec l'innovation religieuse dont les fervents partisans sont les étudiants des Medersa arabes.

pour la prise en charge du génie tchatteur et autres attaques de djinns ».

2.2.2. *Prise en charge médicale de la crise du génie tchatteur dans un contexte dominé par le surnaturel*

Au regard des représentations sociales du *génie tchatteur* construites autour de l'étiologie surnaturelle, le schéma de lecture rationnelle de la médecine moderne ne peut avoir d'audience. Ce facteur ne cesse d'influencer la démarche des soignants en matière de prise en charge du *génie tchatteur*. En effet, généralement les motifs de consultation est la prise en charge de certains symptômes en raison de la conception construite sur les causes et les symptômes. Dans le raisonnement médical il y a une causalité entre le symptôme et la cause de la pathologie. Alors que dans la médecine traditionnelle ces deux ne sont pas forcément liés. Très souvent, dans la prise en charge, les populations scindent la manifestation gênante et la cause de la pathologie. En effet le recours au système de soins moderne est une façon pour eux de calmer le symptôme gênant de la maladie telle qu'un état d'agitation avant de pouvoir s'occuper de la cause de la maladie qui est mystico-religieux (Sy et al, 2019). C'est la même logique aussi chez les parents des filles victimes du *génie tchatteur* qui ne consultent que pour calmer certains symptômes tels que les insomnies, les agitations...En effet, les services de psychiatrie sont consultés pour corriger le trouble désorganisateur du groupe tandis que le thérapeute traditionnel (marabout, guérisseur, herboriste...) est approché pour identifier « par où la maladie est entrée », repérer le rite réparateur et donner à l'occasion des médicaments que lui conseilleront ses propres génies. Ces deux démarches thérapeutiques, normales pour les demandeurs de soins, sont parfois vécues de façon conflictuelle par les thérapeutes de l'un ou de l'autre système de soins, obligeant ainsi les patients et leurs parents à un comportement thérapeutique ambivalent (Ouango et al, 1998). La mère d'une victime affirme :

« On a consulté un marabout pour les invocations. Mais pour les insomnies et les agitations, on est allé dans un cabinet privé. Mais on n'a pas évoqué le génie tchatteur. On lui a fait des examens de paludisme et la typhoïde. En plus, on nous a prescrit des produits. Vraiment, il y a de l'amélioration car elle dort tranquillement. »

Un infirmier explique dans le même ordre d'idées :

« Chez certains sujets, la comorbidité est fréquente puisque la crise d'hystérie déclenche d'autres affections comme le paludisme, les cauchemars... Les parents savent pertinemment que les insomnies, les céphalées ou autre signe, ne peuvent être prises en charge que la médecine. Nous prescrivons des anxiolytiques, des antipyrétiques ou des somnifères pour calmer la souffrance de leurs enfants. »

À l'ENSP de Zinder, une école de formation des paramédicaux, il ressort une démarche originale en ce qu'elle n'est pas le reflet d'un quelconque modèle conceptuel des soins reconnu. Les victimes sont évacuées à l'infirmerie et mises en observation pour un certain temps. Cette technique permet de suivre l'évolution des symptômes chez la victime pour prendre une décision. Il s'agit de porter un regard attentif sur le malade est nécessaire dans tous les types de soins, surtout en psychiatrie où les attitudes, les expressions faciales, les comportements, les paroles et même les silences revêtent une signification particulière dans la définition de la symptomatologie psychiatrique (sémiologie). L'idée de l'hystérie refait surface dans un tel cadre. En effet, les infirmières de l'ENSP de Zinder enregistrent les hystériques et procèdent par la sensibilisation pour amener la victime à se maîtriser face à des situations angoissantes nées dans le contexte socioculturel scolaire. Ces techniques relèvent de la médecine moderne et sont philosophiquement basées sur le rationalisme. Mais il semble qu'une certaine conciliation est en train d'être opérée entre deux domaines de compétences contradictoires à savoir le moderne et le traditionnel. Ainsi, le contexte culturel fait des croyances et des pratiques sociales traditionnelles influencent l'inconscient des infirmières. Sinon comment peut-on imaginer un centre de soins moderne adhérer à la logique du surnaturel ? Comment lier la légitimité traditionnelle et la légitimité rationnelle ? Par quelle procédure les infirmières arrivent-elles à faire la différence entre une crise d'hystérie et les manifestations d'un djinn sans pour autant disposer d'un bagage sur la tradition ? Sinon pourquoi ne pas évacuer les patientes à l'hôpital chez des spécialistes capables de diagnostiquer le type de psychopathologie ? La responsable de l'infirmerie de l'ENSP de Zinder explique le problème de cette manière :

« Quand l'élève est évacuée, on l'enregistre. Si c'est l'hystérie, dès qu'on la sensibilise, elle arrive à gérer ses problèmes psychologiques

et elle ne revient plus. Il y a celles qui ont maintes fois passé à l'infirmerie. Pour ces cas, il ne s'agit pas de crise d'hystérie mais d'un génie. C'est différent de la névrose. Donc, la prise en charge relève de la religion. »

Dans la pratique, tous les cas d'hystérie sont pris en charge par les infirmières et recouvrent le soulagement. Pour les infirmières, la rechute de la crise et son évacuation à l'infirmerie prouvent que l'origine n'est pas médicale. Pourtant une psychopathologie peut bel et bien ressurgir si les circonstances favorables se créent à l'école ou en dehors de l'école. C'est dire que le phénomène de *génie tchatcheur* est doublement apprécié chez certains agents de santé en raison de l'influence du climat socioculturel plus marqué par le primat du surnaturel.

Conclusion

En Afrique subsaharienne la pratique psychiatrique moderne est en bute à des difficultés non seulement en termes de ressources humaines et matérielles mais aussi et surtout en termes des problèmes d'acceptabilité des soins par la population. L'inadaptation de cette pratique s'explique par la persistance des perceptions et des croyances fondées sur le pouvoir du surnaturel. C'est le cas du Niger où les maladies mentales sont perçues comme l'agression par des génies maléfiques. Néanmoins, quelques pathologies prises en charge telles que la schizophrénie, les bouffées délirantes aiguës, la dépression. Ainsi, la faible fréquentation du service de psychiatrie par les parents des filles victimes du *génie tchatcheur* est un problème de perception et de croyances. Il est surtout lié à la sémantique populaire vulgarisée et admise par tous. Considérée comme « asile de fous », la psychiatrie est une spécialité marginalisée de la santé. Non seulement au niveau des pouvoirs publics et surtout au niveau de la population acquise au pouvoir de l'invisible, de la sorcellerie et des tabous. Par ailleurs, en raison de son organisation interne, la psychiatrie a les caractéristiques d'une institution totalitaire. C'est pourquoi les parents des filles affectées par le *génie tchatcheur* consultent peu cette institution pour éviter l'épithète de la « folie » dans l'entourage.

Bibliographie

Amadou Soumana (1995). *Les itinéraires thérapeutiques de la souffrance psychique au Niger : contribution à l'étude de la représentation du mal dans le contexte d'une société africaine contemporaine*, Thèse de doctorat en psychologie, soutenue à Strasbourg I,

Broustra-Monfouga, Jacqueline (1973). « Approche ethnopsychiatrique du phénomène de possession le bori de Konni (Niger), étude comparative » in *Journal de la Société des Africanistes*, XLIII, 2, p. 197-220

Castel (1976), *L'ordre psychiatrique*, Paris, Les Éditions de Minuit, (« Le senscommun »).

Collignon (1997), « Folie et ordre colonial. Les difficultés d'assistance psychiatrique au Sénégal et en Afrique occidentale », in C. Becker, S. Mbaye, I. T Hioub (dir.), *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest-africaines et ordre colonial*, Dakar, Karthala (« Diffusion »), p. 1151-1174.

Diakité Mariam (2008). *La rechute en milieu psychiatrique dans le service de psychiatrie du CHU du point G.A à propos de 165 cas*, Thèse de doctorat d'État en Médecine

Erving Goffman (1968). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus* (trad. L. Lainé & C. Lainé). Paris : Minuit (Ouvrage original publié en 1961).

Gina Aït Mehdi. (2018). « Psychiatrie et chronicités au Niger : Négocier les responsabilités du soin dans la maladie mentale au long cours » In *Revue de sciences sociales Émulations*

Gina Aït Mehdi, Romain Tiquet(2020) « Introduction au thème. Penser la folie au quotidien » in *Politique africaine 2020/1 (n° 157)*, pages 17 à 38 Université libre de Bruxelles, Laboratoire d'anthropologie des mondes contemporains (LAMC)

Halle, Guèye, Sarr, (1995), « Service de psychiatrie » in *l'information psychiatrique n° 6 juin* CHU de Fann. BP 5097. Dakar, Sénégal

Jaffré et Olivier De Sardan (dir.) (2003), *Une médecine inhospitalière*, Paris, Karthala « Hommes et Sociétés »

Jean-Gabriel Ouango Kapouné Karfo, Moussa Kere, Marcelline Ouédraogo, Gisèle Kabore et Arouna Ouédraogo (1998) « Concept traditionnel de la folie et difficultés thérapeutiques psychiatriques chez les Moosé du Kadiogo » in *Santé mentale au Québec*, 1998, XXIII, 2, 197-210

Massé Jacqueline et Brault Marthé (1979), « Maladie mentale et stigmatisation ou Comment on devient un malade mental pour la vie » In *Santé mentale au Québec*, 4(1), 73-83.

Mays et Pope (1995). *Qualitative research: rigour and qualitative research*. BMJ ; 311 :109-12.

Sy Abou, Soedje, Ndiaye, Tine, Kandj, Touré, Thiam (2019) « Les aspects de prise en charge traditionnelle chez les patients suivis en hospitalisation psychiatrique au CHNU FANN avant leur hospitalisation » in *RAFMI* ; 6 (1-2) : 38-44