

Concept traditionnel de la folie et difficultés thérapeutiques psychiatriques chez les Moosé du Kadiogo

Traditional concept of madness and therapeutic difficulties in the Moose of Kadiogo

Concepto tradicional de la locura y dificultades terapéuticas siquiátricas con los Mossis de la provincia del Kadiogo

Jean-Gabriel Ouango, Kapouné Karfo, Moussa Kere, Marcelline Ouedraogo, Gisèle Kabore et Arouna Ouedraogo

Volume 23, numéro 2, automne 1998

Le suivi communautaire

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032459ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032459ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Ouango, J.-G., Karfo, K., Kere, M., Ouedraogo, M., Kabore, G. & Ouedraogo, A. (1998). Concept traditionnel de la folie et difficultés thérapeutiques psychiatriques chez les Moosé du Kadiogo. *Santé mentale au Québec*, 23(2), 197–211. <https://doi.org/10.7202/032459ar>

Résumé de l'article

L'exercice de la psychiatrie en Afrique au Sud du Sahara se heurte à de nombreux problèmes d'acceptabilité des soins par les malades et leurs familles. Le rejet fréquent de la démarche thérapeutique des psychiatres s'explique peut-être par l'inadaptation de l'approche étiopathogénique. En effet, en Afrique Noire, les responsables des maladies diffèrent selon qu'on a été à l'école ou non. L'école occidentale apprend aux minorités qui ont la chance d'y aller ou de l'approcher que le corps humain peut être agressé par des bactéries, des virus, des mycoses ou autoagressé par des modifications de sa propre physiologie. L'éducation traditionnelle, quant à elle, fait du corps une entité mystérieuse susceptible d'être pénétrée ou mangée par les génies et les sorciers anthropophages, suivant un mécanisme mystico-religieux lié aux croyances et coutumes. Chez la majorité des Moosé du plateau moaga du Burkina Faso, ces agresseurs sont des génies ancestraux ou des génies de brousse, en particulier dans le domaine de la folie. L'explication de la souffrance psychologique par un conflit familial, social ou intrapsychique indépendant du monde invisible est à la limite délirante pour eux, provoquant ainsi leur résistance à la prise en charge psychiatrique complète de ces malades. Une analyse des causes probables de cette résistance nous a paru nécessaire. À l'aide d'interviews, elle nous a montré que l'institution psychiatrique est vécue par les Moosé du Kadiogo comme une étape dans l'itinéraire thérapeutique de leurs malades mentaux, étape au cours de laquelle leur demande de soins se réduit à la suppression du symptôme qui dérange. Pour eux, la suppression de la cause relève d'un savoir que ne possède pas le psychiatre, ce qui rend la relation thérapeutique frustrante de part et d'autre.



Concept traditionnel de la folie et difficultés thérapeutiques psychiatriques chez les Moosé du Kadiogo

Jean-Gabriel Ouango*

Kapouné Karfo*

Moussa Kere*

Marcelline Ouedraogo**

Gisèle Kabore**

Arouna Ouedraogo ***

L'exercice de la psychiatrie en Afrique au Sud du Sahara se heurte à de nombreux problèmes d'acceptabilité des soins par les malades et leurs familles. Le rejet fréquent de la démarche thérapeutique des psychiatres s'explique peut-être par l'inadaptation de l'approche étiopathogénique. En effet, en Afrique Noire, les responsables des maladies diffèrent selon qu'on a été à l'école ou non. L'école occidentale apprend aux minorités qui ont la chance d'y aller ou de l'approcher que le corps humain peut être agressé par des bactéries, des virus, des mycoses ou autoagressé par des modifications de sa propre physiologie. L'éducation traditionnelle, quant à elle, fait du corps une entité mystérieuse susceptible d'être pénétrée ou mangée par les génies et les sorciers anthropophages, suivant un mécanisme mystico-religieux lié aux croyances et coutumes. Chez la majorité des Moosé du plateau moaga du Burkina Faso, ces agresseurs sont des génies ancestraux ou des génies de brousse, en particulier dans le domaine de la folie. L'explication de la souffrance psychologique par un conflit familial, social ou intrapsychique indépendant du monde invisible est à la limite délirante pour eux, provoquant ainsi leur résistance à la prise en charge psychiatrique complète de ces malades. Une analyse des causes probables de cette résistance nous a paru nécessaire. À l'aide d'interviews, elle nous a montré que l'institution psychiatrique est vécue par les Moosé du Kadiogo comme une étape dans l'itinéraire thérapeutique de leurs malades mentaux, étape au cours de laquelle leur demande de soins se réduit à la suppression du symptôme qui dérange. Pour eux, la suppression de la cause relève d'un savoir que ne possède pas le psychiatre, ce qui rend la relation thérapeutique frustrante de part et d'autre.

* Psychiatres, service de psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado, Ouedraogo Burkina Faso.

** Psychologues, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo, Ouagadougou, Burkina Faso.

*** Chef du service de psychiatrie à la même institution.

Dans les pays du Nord, les progrès scientifiques des XVIII^e et XIX^e siècles ont identifié les causes naturelles des maladies et codifié celles-ci dans une logique compréhensible, alors que la découverte et la description de l'action perturbatrice des bactéries, parasites et mycoses ainsi que la connaissance de l'anatomie et de la physiologie humaines ont amélioré les résultats thérapeutiques. L'exportation de cette médecine dans les bagages de la colonisation a considérablement amélioré la santé des populations en pays sous-développé, notamment dans la lutte contre les grandes endémies et dans les soins des pathologies courantes. Cependant, ces populations ont accepté les bénéfices de la médecine venue d'ailleurs tout en rejetant ses modèles explicatifs. Ainsi, le corps humain est demeuré pour elles une entité totale et mystérieuse, jamais victime de parasites ou de bactéries, et dépendant pour son bon fonctionnement de la volonté de Dieu, des génies ou de celle d'autres hommes.

C'est pourquoi en Afrique la responsabilité individuelle est rarement engagée dans la survenue d'une maladie. Celle-ci est due au « Yamwei »¹ et à ses semblables chez les Mitsoghos du Gabon, aux « Rab »² et aux « Djiné »³ chez les Ouolofs du Sénégal de même qu'aux « Kinkirsi »⁴ chez les Moosé du Burkina Faso. Chez ces derniers, les jumeaux aussi appelés « Kinkirsi » peuvent provoquer la folie chez leurs parents géniteurs. Ce concept de la causalité de la maladie répond chez les Moosé à la croyance en l'existence de deux mondes : le monde visible, logé entre la terre et le ciel où vivent les hommes et les animaux au service desquels Dieu a mis l'eau, le feu, les plantes, la terre et l'air ; et le monde invisible d'où viennent chaque être et chaque chose et vers où ils devront repartir. Dans le monde qui ne se voit pas, les ancêtres, les génies et le double de chaque être et de chaque chose vivent sous l'autorité de Dieu. Ce monde invisible a autorité sur le monde visible, d'où l'acceptation de la supériorité des êtres qui y vivent en termes de pouvoir et de devoirs. Pour les Moosé, la relation hiérarchique entre les deux mondes se conçoit sous forme de droits pour l'un, de devoirs et de soumission pour l'autre.

Cette hiérarchie est immuable et la souffrance du monde visible se vit comme la volonté du monde invisible de punir. La folie, comme toute autre maladie, est alors conséquence d'une action surnaturelle qui impose réparation pour une faute collective ou individuelle. Cette conception de la cause de la folie influe sur le sens de la demande de soins pour les fous, les services de psychiatrie étant consultés pour corriger le trouble désorganisateur du groupe tandis que le thérapeute traditionnel est approché pour identifier « par où la maladie est entrée », repérer le

rite réparateur et donner à l'occasion des médications que lui conseilleraient 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.

Notre travail a pour but d'explorer les possibilités de collaboration entre les deux méthodes thérapeutiques, par l'écoute de l'autre, l'essai de compréhension de son discours à la fois proche et éloigné de nous, thérapeutes "modernes" confrontés aux rendez-vous manqués, à la désertion et surtout à l'incompréhension de la demande de nos patients et de leurs accompagnants.

Méthodologie

Contexte de l'étude

La province du Kadiogo abrite Ouagadougou, capitale politique du Burkina Faso. Cette ville est aussi la capitale du royaume des Moosé, population majoritaire du pays. Ouagadougou est une métropole africaine où se mêlent traditions et modernité. Avec près d'un million d'habitants, la ville est un carrefour de cultures et de croyances soumis à l'épreuve de stress et de conflits divers liés au développement, ce qui génère des souffrances psychologiques multifformes.

Collecte des données

Des interviews non directifs ont été menés auprès de personnes choisies parce qu'elles nous ont été indiquées comme vivant avec les génies, comme thérapeutes traditionnels de maladies mentales ou comme vivant avec ces malades. Les entretiens, individuels, se sont déroulés à l'hôpital ou au lieu de résidence des intéressés. Ils ont consisté en des explications sur les problèmes posés par la double prise en charge de ces malades par des thérapeutes aux méthodes différentes. Des questions ouvertes sur les occupations socio-professionnelles des tradipraticiens ont été posées par les auteurs. Les données sur les causes de maladies mentales ont été obtenues grâce à un questionnaire simplifié traduit en langue mooré. Chaque tradipraticien a été vu une seule fois pendant deux heures environ entre les mois d'août et novembre 1996.

Limites de l'étude

Notre échantillon, très limité ne nous permet pas d'extrapoler nos résultats à l'ensemble du pays moosé, encore moins à toutes les ethnies

burkinabè. Il s'agit d'une étude qualitative du discours traditionnel sur la folie dans une région historique du Burkina Faso. Son but est d'établir le contact avec l'autre en vue d'une collaboration afin d'améliorer la prise en charge de la folie au Service de psychiatrie de l'hôpital national de Ouagadougou.

Résultats

Interview n° 1

Madame X, 50 ans environ, est la *Pagbnaaba* (chef des femmes) du centre d'accueil de Tanghin, institution religieuse située dans un quartier périphérique de Ouagadougou. Ce centre reçoit de vieilles personnes chassées de leur village et de leur famille pour sorcellerie-anthropophagie ou pour maladie mentale. Madame X connaît chacune des femmes du centre et est bien informée sur les histoires personnelles les y ayant conduites. Elle est responsable de l'organisation de la vie au sein de l'institution. Elle nous raconte :

« Chaque personne a des *kinkirsi* qui la suivent. Ceux-ci lui demandent de la nourriture et parfois des objets. Cependant, il existe plusieurs types de *kinkirsi* : ceux de la brousse, qui vivent dans les clairières, les buissons ou à l'ombre de certains arbres, et ceux qui vivent auprès des hommes. Ces "kinkirsi", lorsqu'ils sont mécontents, peuvent donner à l'individu des maladies diverses dont la maladie mentale. »

Nous avons alors demandé à Madame X pourquoi les jumeaux sont appelés « *kinkirsi* » et si ceux-ci pouvaient induire la folie. C'est alors qu'une jeune femme de 30 ans environ qui écoutait notre conversation en compagnie d'une mère de jumeaux est intervenue : « Les jumeaux viennent ensemble au monde visible parce que dans l'autre monde, ils étaient de très grands amis. Ils ont décidé de venir voir ensemble ce qui se passe dans notre monde. Regardez autour de vous, il y a parfois des amitiés qui dépassent les liens de parenté. Cela peut être entre hommes, entre femmes ou entre un homme et une femme. Ils seront alors toujours ensemble, feront tout ensemble et même parfois souhaiteront mourir ensemble. Voilà pourquoi il est possible que deux, voire trois êtres du monde invisible décident parfois de venir ensemble par l'intermédiaire d'une même femme. »

Pagbnaaba semble être d'accord avec cette explication et poursuit : « Les jumeaux ont des pouvoirs particuliers qu'ils utilisent souvent sur leur mère génitrice. Je connais une femme mère de jumeaux

qui fréquente notre centre. Elle est devenue folle parce que les jumeaux lui ont imposé la mendicité pour les nourrir. Elle a refusé et ils l'ont rendue folle. C'est une femme qui peut errer dans la brousse pendant des jours. Elle ne parle pas parce que les jumeaux le lui ont interdit. Lorsqu'elle vient au centre, elle est active, participe aux travaux, mais ne peut pas rester longtemps car les jumeaux lui commandent chaque fois de repartir. »

Interview n° 2

Monsieur K. T., 66 ans, marié, trois femmes, vingt enfants environ, cultivateur habitant un village situé à 30 kilomètres de Ouagadougou, accompagne sa fille malade mentale hospitalisée.

Il nous raconte : « Il y a deux choses qui peuvent rendre fou : les kinkirsi et les zindamba. Chaque homme vivant dans le monde visible a un père et une mère auprès de Dieu. Ces parents du monde invisible ont des kinkirsi qui vont accompagner leur protégé partout où il ira. Ils (les kinkirsi) lui demanderont à manger et à boire. Ici sur terre, les kinkirsi des parents géniteurs suivront aussi leurs enfants. Tous ces génies invisibles ont leurs exigences. S'ils ne sont pas satisfaits, ils peuvent manifester leur colère en provoquant la folie chez l'individu fautif. La folie induite par ce type de génies se manifeste par un mutisme, une cessation des activités habituelles, un refus de manger, un retrait social, des insomnies et des visions. La personne peut alors entendre la voix des "kinkirsi". Elle n'est pas agitée. Le "kinkirbaga" ⁵ reconnaît facilement ce type de folie. Il se met en contact avec les kinkirsi responsables et leur demande ce qu'ils exigent. Il indique alors à la famille ce qu'il faut faire pour réparer la faute et lorsque les kinkirsi sont satisfaits, le malade guérit.

Ces kinkirsi ancestraux et parentaux peuvent aussi provoquer le même type de folie lorsqu'ils veulent doter un individu du pouvoir surnaturel de guérir les maladies. Ils provoquent en lui des troubles transitoires du comportement afin de lui apprendre à les voir et à les entendre, eux et leur semblables. Lorsque ces troubles cessent, la personne devient alors un "kinkirbaga", individu doté de nouveaux pouvoirs mystiques qui lui permettront d'expliquer la folie et de la soigner.

Quant aux "zindamba" ⁶, il s'agit de kinkirsi de brousse. Eux sont mauvais. Lorsque vous les dérangez en traversant leur demeure ou en coupant l'arbre qui leur donne de l'ombre, ils se fâchent et vous rendent fou ou induisent en vous une maladie impossible à guérir. La folie dans ce cas se manifeste par des fugues, des errances, des violences, une

grande agitation agressive pouvant amener le malade à tuer sur ordre de ces zindamba. Le début de la maladie dans ce cas est brutal. Certains malades peuvent par chance guérir lorsque les zindamba ne sont pas très fâchés et veulent seulement plaisanter avec les humains. Par contre, lorsqu'ils sont très fâchés, ils induisent une folie impossible à guérir parce qu'ils ne demandent rien aux hommes. Les sacrifices réparateurs ne les concernent pas et le malade restera à jamais fou. »

Interview n° 3

Madame O. S., 60 ans environ, est ménagère. Elle habite un village situé à 25 kilomètres de Ouagadougou. Elle est veuve, a plusieurs enfants et petits enfants. Madame O. S. est une « kinkirbga », depuis 20 ans. Nous l'avons rencontrée à son domicile et elle nous a dit :

« Les kinkirsi m'ont adoptée depuis 22 ans. Ils m'ont rendue folle pendant deux ans. Puis satisfaits, ils ont fait de moi leur intermédiaire pour les soins des maladies en général et des maladies mentales en particulier. Mes kinkirsi me viennent de mes grands parents. Il s'agit de génies familiaux. Il existe une différence entre les génies de brousse ou zindamba et les génies familiaux qui sont proches des hommes. Je ne sais pas où habitent les génies. Je ne connais que ceux qui sont avec moi. Je suis musulmane pratiquante parce qu'ils ne m'empêchent pas de prier. Ce qu'ils veulent, c'est que je puisse soigner mes semblables. Lorsque quelqu'un a une maladie induite par les génies, je le sais. Mes kinkirsi m'indiquent les plantes et les médicaments nécessaires pour soigner la personne. J'ai guéri beaucoup de fous en leur donnant des médicaments traditionnels qui m'ont été indiqués par mes génies. Ceux-ci m'interdisent de boire de l'alcool, de manger la viande de porc et vous voyez que tout ceci est compatible avec la pratique de la religion musulmane. La folie ne peut être donnée que par les kinkirsi et les zindamba. Rien d'autre n'est à l'origine de la folie. Quant aux jumeaux que nous appelons kinkirsi, ils viennent de Dieu tout comme vous et moi. Je ne sais pas pourquoi on les appelle kinkirsi mais je sais qu'ils ont certains pouvoirs surnaturels. »

Interview n° 4

Madame Z est une jeune femme scolarisée de 40 ans, mariée, huit enfants, catholique. Il y a cinq ans, elle était employée dans un projet de construction de barrages. Jeune, alerte, gentille et très riante, Madame Z est « kinkirbaga » et a abandonné son travail pour les soins des maladies liées aux Kinkirsi :

« Mes kinkirsi sont venus à moi lorsque je faisais le Cours Préparatoire 2^e année. Mon père (catholique), qui “savait”, avait fait un “travail” afin qu’ils attendent que je sois mûre pour être capable de suivre leur volonté. Lorsque mon père est mort, ils sont revenus six mois plus tard. Ils m’interdisaient de parler, me disaient de pleurer tout le temps. Il m’arrivait, sur leur ordre, de prendre ma voiture et de rouler sans but. Certains jours, c’est à midi que je me rendais compte que je n’étais pas allée au travail. Les protestants sont venus pour faire des prières sur moi. Mes kinkirsi ont déchiré leurs bibles. Ils les ont chassés à coups de pierres. Les dons qui me permettent de voir les kinkirsi, de reconnaître les maladies qui leur sont liées, ne sont pas explicables. Lorsque je vois un patient suivi par les kinkirsi, je le reconnais à son regard. Les kinkirsi qui le suivent partout, lorsqu’ils arrivent chez moi, se rendent compte que les miens sont plus puissants et ils s’écartent de leur victime. Moi, je les vois, et si vous voulez les voir, je peux vous les montrer. En général, les Kinkirsi choisissent de belles personnes, propres, parce qu’ils détestent ce qui est vilain et ce qui est sale. Il m’arrive de recevoir des personnes ligotées, violentes, mais lorsqu’elles arrivent chez moi, elles se calment et font tout ce que je leur demande. En général mon traitement, qui est ambulatoire, dure 43 jours pour les hommes et 44 jours pour les femmes. Cette dame assise là est la femme d’un gendarme, Elle était rendue complètement folle par les kinkirsi. Ses parents l’avaient conduite dans le service de psychiatrie de l’hôpital Yalgado. Cela ne s’arrangeait pas. Ils ont fui avec leur malade et me l’ont amenée. Voyez-la maintenant. Elle est guérie. Elle a eu un enfant avec son mari. C’est elle qui m’aide maintenant pour les soins. Les kinkirsi peuvent manifester leur colère chez une personne parce qu’à cause des religions et du développement, les familles négligent les rites et les sacrifices qui leur sont dûs. Alors ils attaquent une personne pour manifester leur mécontentement. En général, les kinkirsi n’entraînent pas la grande folie avec déshabillage, errance et violence. Cette folie est en fait l’oeuvre des zindamba qui peuvent s’associer aux kinkirsi familiaux. Lorsque le traitement est bien fait, les zindamba s’écartent, la personne guérit mais garde ses kinkirsi, Mes kinkirsi ne m’empêchent pas de prier. Au contraire, ils me le recommandent et m’indiquent les passages de la Bible que je dois utiliser. Lorsque je reçois un malade, ils me montrent les médicaments qu’il faut. Vous me demandez pourquoi les jumeaux s’appellent “kinkirsi”? C’est simple. C’est parce que les kinkirsi ne marchent jamais seuls. Ils sont toujours en groupe. Si vous voyez un kinkirga seul c’est qu’il est très mauvais et qu’il a été exclu de sa famille. Les jumeaux, qui viennent à deux, ont donc été comparés à ces génies qui ne se présentent jamais seuls. »

Discussion

Le concept de folie en Occident est passé du surnaturel à la « démonologie » (Bodin) puis à la psychiatrie (Pinel). Celle-ci, suivant le grand mouvement de la science anatomo-clinique du XIX^e siècle, a identifié et décrit des entités nosographiques sous forme de tableaux cliniques, « schémas indispensables à l'observation, au diagnostic de troubles mentaux » (Ey, 1978). Selon Henry Ey, « cette idée d'une pathologie naturelle et somme toute organique mais d'une maladie dont les effets sont psychiques, s'est imposée au cours des siècles au fur et à mesure que la civilisation occidentale a évolué dans le sens de la "Liberté individuelle" ».

Par contre, dans les pays africains au Sud du Sahara, la "liberté individuelle" se conçoit comme un état et un comportement au service du groupe, et le corps humain est une "maison" fermée, mystérieuse et sacrée, à la merci du surnaturel et du magique. Le "nèda" (homme) n'a aucune existence reconnue en dehors des liens qui en font un élément du tissu social » (Badin, 1994). Ainsi pour les Moosé traditionnels, toute atteinte du corps physique ou mental est vécue comme « une agression extérieure, trouvant son fondement dans les croyances à la fois collectives et religieuses » (Trincaz, 1973). Pour eux, l'agresseur extérieur est du monde invisible et l'agression se fait soit de façon directe, soit par l'intermédiaire d'un être humain capable de communiquer avec ce monde et de manipuler le mystère et le magique. Les inducteurs de la folie sont donc Dieu, les génies ou les ancêtres, contrairement à l'avis de Doris Bonnet pour qui « la folie, considérée comme une agression du monde extérieur aussi bien humain (sorcier) que surnaturel (génie), ne résulte pas de la volonté des morts [...], la folie étant ainsi présentée comme échappant à leur contrôle » (Bonnet, 1988). S'il est vrai, en effet, que la folie est généralement l'oeuvre des « kinkirsi » ou des « zindamba », il n'en demeure pas moins qu'en cas de conflit important, le moaga (singulier de Moosé) peut invoquer ses ancêtres et leur demander de le rendre fou s'il ment (« Si je mens, que mes ancêtres me rendent fou et m'envoient errer en brousse »). Cette folie venue des ancêtres justiciers est rare, voire exceptionnelle, étant l'équivalent de l'exclusion et de la mort sociale de l'individu. Elle est irréversible lorsqu'elle survient, le pardon étant impossible dans la mesure où la faute n'est pas collective, mais individuelle. La responsabilité des ancêtres peut aussi être engagée dans le déclenchement de la folie lors de la mauvaise utilisation de pouvoirs magiques légués par eux. L'individu victime est là aussi responsable de ce qui lui arrive et la non assistance communautaire est dès lors synonyme d'exclusion car

chez les Moosé « on ne s'amuse pas avec les morts » (Wedraogo). Tout comme au Cameroun, le vivant « existe, pense, agit, est accompagné, entendu et vu par les morts » (Ma Bog). Mais les ancêtres ne sont pas les seuls compagnons des vivants. En effet, selon Bonnet (1998), « chaque lignage dispose, pour procréer, d'une espèce de "pool" de génies alliés (descendants de ceux qui se sont alliés aux premiers ancêtres au moment de la première occupation du sol) ». Dès la conception de l'individu, son génie tutélaire, accompagné de sa famille, va le suivre et le protéger à son insu. Il peut alors décider de doter son protégé de pouvoirs généralement utiles à la communauté. L'initiation se fait par l'épreuve de la folie transitoire, aboutissant à la transformation de l'individu qui sera capable de communiquer par la vue, la peau, l'odorat et la voix avec le monde invisible. Il sera ainsi capable de voir et d'entendre les génies et les ancêtres, mais jamais Dieu, car Dieu ne se voit qu'après la mort. Il est ainsi devenu un « kinkirbaga » doté du pouvoir de guérir, mais pas de punir. Ces génies familiaux ne sont pas foncièrement méchants, étant capables de colères mais aussi de pardon. Par contre l'individu peut malheureusement subir l'action maléfique de mauvais génies ou zindamba, « individus décédés à la suite d'une agression en sorcellerie » (Bonnet, 1988) et qui, lors de leur passage dans le monde visible, ont vu leur promesse prénatale non respectée, devenant alors méchants par frustration et par vengeance. La folie induite chez l'individu qui aura dérangé ces génies vivant loin des hommes est souvent difficile, sinon impossible à guérir par le kinkirbaga qui communique mal avec eux. Mais parfois, la puissance des génies du kinkirbaga peut être supérieure à celle des zindamba, qui s'en retournent en brousse, libérant l'individu de leurs actions maléfiques. Le fou guéri, accompagné de ses bons génies, sera dès lors interdit de fréquentations de certains lieux de la brousse au risque de se faire attaquer de nouveau. Il ne deviendra jamais kinkirbaga mais retrouvera sa santé et son statut social.

Quant aux jumeaux, leur assimilation symbolique aux génies leur confère puissance et pouvoir surnaturels. Bien que la signification de ce statut soit diversement interprétée, il est cependant accepté qu'ils peuvent être à l'origine de la folie chez leurs parents à l'occasion du non respect de leurs exigences. Cette folie est réparable par la satisfaction à ces exigences.

Cette approche de la causalité de la folie par les Moosé est source de difficultés relationnelles entre le malade mental, sa famille et le psychiatre. En effet, tout comme ses maîtres d'école, anciens colonisateurs, le psychiatre « suscite méfiance, résistance passive, ou adhésion

très superficielle aux modèles qu'il propose » (Collomb). La méfiance et la résistance sont d'autant plus exacerbées que le dialogue n'est jamais suscité, que l'interprétation traditionnelle n'est jamais écoutée et que le thérapeute traditionnel n'est pas vraiment reconnu comme pouvant apprendre ou donner quoi que ce soit au psychiatre. La relation thérapeutique psychiatre/folie est dès lors empreinte de « non dit » à l'origine de frustrations de part et d'autre. Le psychiatre est tenté de considérer le discours traditionnel sur la causalité de la folie, le rôle et le statut du « kinkirbaga », l'adhésion communautaire à ces interprétations, comme des symptômes pathologiques (délire et hallucinations collectifs ou familiaux) que lui a appris la nosographie occidentale. Le code d'interprétation des maladies qu'utilise le psychiatre s'inscrit dans un cadre fonctionnel qui est celui de la « médecine technologique, orientée vers la formulation de diagnostics pour lesquels on justifie demandes d'investigations et traitements » (Arpin, 1992). Ainsi, les symptômes verbalisés par le patient « sont évalués en fonction de leur capacité de figurer dans le catalogue du système qui reçoit ce patient » (Arpin, 1992). L'organisation fonctionnelle des institutions psychiatriques burkinabé est orientée vers une offre de services qui ne tient pas compte des interprétations culturelles de la maladie mentale. Sans les condamner, le psychiatre les rejette de fait dans sa pratique, tandis qu'il est lui-même considéré par les Moosé traditionnels comme déraciné et incapable de comprendre leurs coutumes et leurs traditions. L'itinéraire thérapeutique des fous, lorsqu'il passe par les services de psychiatrie, commence et finit toujours chez le guérisseur, lui qui sait, qui entend et connaît le monde invisible, responsable de la maladie et de la guérison. La demande adressée au psychiatre, par ailleurs inacceptable pour lui, est de calmer l'agitation, de réduire l'agressivité ou d'améliorer l'humeur avec ses médicaments, reconnus efficaces pour cela. C'est pourquoi l'offre thérapeutique basée sur l'approche psychopathologique et psychothérapique est souvent rejetée par le malade et son entourage. Dans cette société traditionnelle, la thérapie individuelle semble désorganisatrice parce qu'utilisant des repères différents. Ainsi, plusieurs dossiers cliniques comportent des annotations du genre « sortie contre avis médical », « fugue », « exéat à la demande des parents », qui témoignent de la mauvaise relation entre l'institution psychiatrique et la communauté traditionnelle en matière de soins aux fous.

Selon Paradis, « la folie porte la marque des acteurs qui s'affairent autour d'elle. Elle reflète leur statut, leur fonction, elle prend la couleur de leurs valeurs, de leurs préoccupations, de leur langage, de leurs institutions, voire même de leurs préjugés et de leurs passions.

Elle se plie aux façons qu'on a de la repérer, de l'analyser, de l'interroger, de l'administrer, de la taire ou de l'officialiser » (Paradis, 1992). Mais au delà des différences de concept de la folie entre les Moosé du Kadiogo et les psychiatres, il y a suspicion et méfiance de part et d'autre. Ainsi, il est communément admis par la population que les injections intramusculaires de produits pour la folie à l'hôpital comportent un risque de folie définitive. Ceci amène les parents à ramener leurs malades aux guérisseurs traditionnels aussitôt que l'agitation s'atténue.

À Ouagadougou, capitale burkinabé de plus de 1 million d'habitants où est implanté l'un des deux services de psychiatrie de référence, les patients et leurs familles tissent en permanence une toile d'araignée entre praticiens de la thérapie traditionnelle et psychiatres. Malheureusement chaque groupe thérapeutique, individuellement ou collectivement, tire le fil de son côté sans regarder du côté de son vis-à-vis. C'est ainsi que les potions et autres poudres médicamenteuses amenées de chez le guérisseur sont ignorées sinon défendues dans les formations sanitaires. Les tradipraticiens, quant à eux, recommandent l'arrêt des prescriptions médicales au cours de leurs traitements. Cependant, le coût des spécialités pharmaceutiques et médicaments génériques oriente ces malades démunis, mais qui nécessitent des traitements de longue durée, vers la médecine traditionnelle moins coûteuse. D'autre part, le service de psychiatrie de Ouagadougou, situé dans un hôpital national à autonomie financière, est d'accès difficile pour les patients et leurs familles. L'insuffisance en ressources financières et humaines ne permet pas à ce service de mener des activités curatives et préventives extra-hospitalières.

Ces obstacles pourraient cependant être surmontés par l'utilisation des tradipraticiens comme relais importants dans la résolution des difficultés liées aux interprétations culturelles de la maladie mentale et comme vecteurs de réinsertion sociale des malades. Pour ce faire, il s'agira de mettre en place un cadre officiel de concertation sous l'égide du ministère de la Santé à l'image de ce qui se fait au Bénin. Cette structure permettra des rencontres régulières au cours desquelles la place et le rôle de chaque processus pourraient être discutés. Avec l'aide de l'Institut de Recherche sur les Substances Naturelles dirigé par le Professeur Pierre Guissou, des travaux sur les plantes et autres substances naturelles utilisées par les tradithérapeutes en santé mentale permettraient à l'unité de production des consommables médicaux de fabriquer les médicaments financièrement accessibles aux populations. L'institution de psychiatrie de l'hôpital, par des ateliers organisés avec

les guérisseurs traditionnels, s'ouvrirait au discours psychopathologique traditionnel de la maladie mentale et améliorerait ainsi sa démarche thérapeutique. La faisabilité de cette collaboration entre les cinq psychiatres de l'hôpital, les seize infirmiers spécialistes en psychiatrie d'une part et les nombreux thérapeutes traditionnels de la ville de Ouagadougou et de ses environs d'autre part dépend de la volonté des premiers.

Ce travail est le résultat d'une prise de contact préliminaire pour l'instauration d'un dialogue nécessaire.

Conclusion

Chez les Moosé du plateau central du Burkina Faso, le concept de la causalité de la folie renvoie à l'autorité du monde invisible sur le monde visible. Ce monde invisible des « kinkirsi », des « zindamba » et des ancêtres n'est pas éloigné du monde visible. Il est présent partout où se trouvent les descendants des ancêtres. Toute infraction à la loi morale et sociale relève de la juridiction du monde invisible, juridiction qui « s'exerce soit par des châtiments physiques, soit par des troubles considérés comme "maladie de génie" » (Bonnet, 1988). La psychiatrie burkinabè, pour plus d'efficacité, devrait réserver dans sa démarche thérapeutique une place importante à ces croyances sociales très vivaces et très actuelles. La reconnaissance du rôle positif des thérapeutes traditionnels dans le processus de prise en charge de la folie nous semble être une stratégie positive pour le traitement des fous de cette société peu scolarisée dont les us et coutumes résistent farouchement au concept occidental de liberté « individuelle ». Ainsi, référer des malades mentaux aux « kinkirbaga » pour complément de soins et recevoir des référés des thérapeutes traditionnels dans les institutions psychiatriques disséminées dans tout le pays est un comportement à inventer pour des soins efficaces au moindre coût. Ceci pourrait par ailleurs prévenir peut-être la chronicisation de certaines maladies mentales.

Notes

1. Génie de l'eau et de la mer.
2. Esprit familial protecteur chez les Ouolofs (le bon).
3. Esprit dans la croyance islamique (bon ou mauvais possesseur).
4. Génies familiaux chez les Moosé.

5. Thérapeute traditionnel de la folie et des autres maladies induites par les « kinkirsi ».
6. Génies de brousse chez les Mossé.

Références

- ARPIN, J. A., 1992, L'identité culturelle du clinicien et son rôle dans sa relation avec le patient, *Santé Mentale au Québec*, XVII, 2, 99-112.
- BADINI, A., 1994, *Naître et grandir chez les Moosé traditionnels*, éd SEPIA-A.D.D.B., Paris Ouagadougou, 1 vol., 207 p.
- BONNET, D., 1988 - 1989, Désordres psychiques, étiologie moosé et changement social, *Psychopathologie africaine*, XXII, 3, 293-324.
- COLLOMB, H., 1972, La psychologie sociale en Afrique : le point de vue du psychiatre, *Revue Internationale Science Sociale*, XXIV, 1.
- EY, H., BERNARD, P., 1978, *Manuel de psychiatrie 5*, Édition Moscou, Paris, 1 vol, 1252 p.
- MA BOG, M. M., 1969, Essai de compréhension de la dynamique des psychothérapies africaines, Vol. 3, 303-354.
- PARADIS, A., 1992, Ethnie et folie, visages pluriels de l'anormalité, *Santé mentale au Québec*, XVII, 2, 13-33.
- TRINCAZ, J., 1973, Mythes, sens et représentations chez les Mancagnes de la Casamance, *Psychopathologie africaine*, IX, 1, 79 - 100.
- WÉDRAOGO, E. D., 1975, *Du Gomdé au verbe incarné (puissance de la parole)*, Mémoire, Grand Séminaire de Koumi, Haute Volta.

ABSTRACT

Traditional concept of madness and therapeutic difficulties in the Moose of Kadiogo

The practice of psychiatry in the south of the Sahara in Africa collides with many problems of acceptability of care for the ill and their families. The frequent rejection of the psychiatrist's therapeutic approach can often be explained by the inadaptation of the etiopathogenic approach. Indeed, in black Africa, responsibility of illness differs according to the fact that one has been schooled or not. The western world teaches minorities having the chance to live there or learn about it, that the human body can be assaulted by bacteria, viruses, mycoses or be self-assaulted by changes of its own physiology. Traditional edu-

cation, for its part, regards the body as a mysterious entity susceptible of being penetrated or eaten by geniuses and anthrophagic sorcerers following a mystico-religious mechanism linked to beliefs and customs. In the majority of the Moose of the Moaga plateau in Burkina Faso, especially regarding madness, these assailants are ancestral geniuses or geniuses from the bush. Psychological suffering caused by a family, social or intrapsychic conflict independent of the invisible world is ultimately delirious for them thus provoking a resistance to give up complete charge of their mentally ill to psychiatric care. For us, an analysis of probable causes of this resistance appeared necessary. Interviews have shown that the psychiatric institution is experienced by the Moose of Kadiogo as a stage in the therapeutic itinerary of their mentally ill, a stage in the course of which their demand for care is reduced to the elimination of inconvenient symptoms. For them, the elimination of the cause derives from a knowledge that psychiatry does not possess, which renders the therapeutic relationship frustrating for both parties.

RESUMEN

Concepto tradicional de la locura y dificultades terapéuticas siquiátricas con los Mossis de la provincia del Kadiogo

El ejercicio de la siquiatría en el Sáhara Sur Africano se tropieza con muchos problemas de aceptación de los tratamientos por los enfermos y sus familias. El rechazo frecuente al tratamiento de los siquiatras se explica probablemente por la falta de adaptación del enfoque etiopatogénico. En efecto, en el Africa negra, los responsables de las enfermedades difieren, según que se haya o no se haya frecuentado la escuela. La escuela occidental enseña a las minorías que tienen la posibilidad de asistir, o de acercarse, que el cuerpo humano puede ser agredido por bacterias, virus, micosis, o puede ser autoagredido por las modificaciones de su propia fisiología. La educación tradicional, en cuanto a ella, hace del cuerpo una entidad misteriosa susceptible de ser penetrada o carcomida por los genios y los brujos antropófagos, siguiendo un mecanismo místico y religioso ligado a las costumbres y creencias. Para la mayoría de los Mossis del valle moaga en Burkina faso, particularmente en lo que concierne a la locura, esos agresores son los genios ancestrales o los genios de la selva. La explicación del sufrimiento psicológico debido a un conflicto familiar, social, o síquico independiente del mundo visible es, a este punto, delirante para ellos, lo que provoca una resistencia al tratamiento siquiátrico completo en esos enfermos. Un análisis de las causas posibles de esta resistencia nos pareció necesario.

necesario. Ayudados con entrevistas, estas nos mostraron que los Mossis del Kadiogo viven la institución siquiátrica como una etapa en el itinerario terapéutico de los enfermos mentales, etapa durante la cual el recurso a la ayuda se reduce a la supresión de los síntomas que molestan. Para ellos, la supresión de la causa proviene de un saber que el siquiatra no posee, lo que rinde la relación terapéutica frustrante de parte y parte.