REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA SANTÉ MENTALE ET PLURALISME THÉRAPEUTIQUE EN CÔTE D'IVOIRE : ENQUÊTE DANS UN CAMP DE PRIÈRE À N'DOUCI

Akissi Marie-Noëlle KOUAMÉ
Institut National Supérieur des Arts et de l'action Culturelle (Abidjan), Email : marinoakis@gmail.com

Résumé
À l'échelle mondiale, plus d'un milliard de personnes vivent avec un trouble mental et le suicide demeure une cause majeure de mortalité chez les jeunes. En Côte d'Ivoire, la faiblesse de l'offre conventionnelle favorise le recours massif aux structures non conventionnelles, au premier rang desquelles les camps de prière. Cet article interroge les constructions sociales de la santé mentale et les recours thérapeutiques mobilisés, à partir d'une enquête mixte menée dans un camp de prière de N'Douci : 35 entretiens semi-directifs et 250 questionnaires. Les résultats montrent que la souffrance psychique reste largement euphémisée, contenue par des normes de force et de retenue, et interprétée d'abord à l'aune de causes relationnelles ou spirituelles avant d'être reconnue comme un problème de santé. La combinaison de plusieurs recours thérapeutiques, observée dans 64,8 % des cas, illustre un pluralisme médical assumé où famille, religieux, tradipraticiens et biomédecine se succèdent ou se superposent. Le coût des soins, cité par 86 % des enquêtés, constitue le premier obstacle à l'accès aux structures conventionnelles, tandis que la peur du jugement social pèse sur les personnes ayant fait une tentative de suicide. L'étude conclut à la nécessité d'une politique de santé mentale communautaire qui reconnaisse le pluralisme thérapeutique plutôt que de l'ignorer.
Mots clés : *santé mentale ; représentations sociales ; camp de prière de N'Douci ; pluralisme thérapeutique ; stigmatisation ; inégalités d'accès aux soins*

SOCIAL REPRESENTATIONS OF MENTAL HEALTH AND THERAPEUTIC PLURALISM IN CÔTE D'IVOIRE : A STUDY IN A PRAYER CAMP IN N'DOUCI

Abstract
Worldwide, more than one billion people live with a mental disorder, and suicide remains a leading cause of death among young people. In Côte d'Ivoire, the weakness of conventional care fosters massive recourse to unconventional structures, foremost among them prayer camps. This article examines the social constructions of mental health and the therapeutic pathways mobilised, based on a mixed-method survey conducted in a prayer camp in N'Douci: 35 semi-structured interviews and 250 questionnaires. Findings show that psychological suffering remains largely euphemised, contained by norms of strength and restraint, and is first interpreted through relational or spiritual causes before being recognised as a health issue. The combination of several therapeutic recourses, observed in 64.8% of cases, illustrates an assumed medical pluralism. The cost of care, cited by 86% of respondents, is the primary obstacle to accessing conventional structures, while fear of social judgment weighs on persons who have attempted suicide. The study concludes on the need for a community mental health policy that acknowledges therapeutic pluralism rather than ignoring it.
Keywords: *mental health; social representations; prayer camp; therapeutic pluralism; stigma; health care inequalities.*

Introduction

La santé mentale s'impose comme l'un des grands défis sanitaires du XXIe siècle. Près d'une personne sur huit vit avec un trouble mental dans le monde, et le suicide représente plus d'un décès sur cent, pour une vingtaine de tentatives par victime, tandis qu'à peine 2 % des budgets nationaux de santé sont consacrés à la santé mentale (OMS, 2022, p. 3). Réduire d'un tiers le taux de mortalité

par suicide d'ici 2030 constitue une cible des objectifs de développement durable, encore hors de portée (OMS, 2022, p. 6).

En Côte d'Ivoire, cette question demeure largement taboue en dépit d'une offre conventionnelle limitée. Une enquête nationale recense 541 structures non conventionnelles, dont 326 camps de prière chrétiens (A. M. Koua et al., 2021, art. 83), devenues de fait un recours de premier plan pour les familles confrontées à la souffrance psychique.

Cette situation érige la santé mentale en enjeu de santé publique excédant le seul cadre biomédical. Elle interroge la manière dont les sociétés construisent et prennent en charge la souffrance psychique, ainsi que les logiques sociales, économiques et religieuses qui président au choix d'un recours thérapeutique. Les représentations sociales qui sous-tendent le pluralisme thérapeutique ouest-africain restent insuffisamment explorées à l'échelle d'un terrain circonscrit comme un camp de prière.

Si les travaux internationaux et africains documentent le pluralisme thérapeutique en santé mentale (cf. 2.4), la littérature reste plus silencieuse sur l'expérience subjective de la souffrance, écart entre illness et disease qui structure cette étude (A. Kleinman, 1988, p. 13). Cette étude articule plusieurs cadres : les représentations sociales de Moscovici (S. Moscovici, 1976, p. 39) ; l'anthropologie interprétative de Kleinman (A. Kleinman, 1988, p. 13) ; l'anthropologie critique de Fassin et Rechtman, pour les inégalités d'accès à la reconnaissance (D. Fassin et R. Rechtman, 2007, p. 17) ; et l'interactionnisme de Goffman, pour la stigmatisation (E. Goffman, 1975, p. 14), restituant la complexité d'un objet au croisement des représentations collectives et des interactions sociales.

Ces quatre cadres ne s'appliquent pas de façon indifférenciée à l'ensemble du terrain : les représentations sociales et l'anthropologie interprétative éclairent la manière dont la souffrance est nommée et vécue (cf. 2.2 et 2.3), tandis que l'anthropologie critique de Fassin et Rechtman et l'interactionnisme de Goffman rendent compte des inégalités d'accès et des mécanismes de disqualification sociale (cf. 2.6 et 2.7). Cette étude s'inscrit, par ailleurs, dans le prolongement des travaux de Jaffré et Olivier de Sardan sur la construction sociale des maladies en Afrique de l'Ouest (Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan, dir., 1999, p. 45).

Comment la maladie mentale et le suicide sont-ils socialement construits et nommés par les populations enquêtées ? Quels facteurs orientent le choix d'un recours thérapeutique et quels obstacles limitent l'accès aux soins conventionnels ? Cette étude vise à analyser les constructions sociales de la santé mentale et les recours thérapeutiques mobilisés par les malades et leurs familles, à partir d'une enquête menée dans un camp de prière de N'Douci, en Côte d'Ivoire.

1. Méthodologie

1.1. Zone d'étude

L'étude a été menée à N'Douci, chef-lieu de sous-préfecture de l'Agnéby-Tiassa (sud de la Côte d'Ivoire), où est implanté un camp de prière chrétien spécialisé dans la prise en charge des malades mentaux.

1.2. Techniques de collecte des données

L'enquête a mobilisé un design mixte, articulant volets qualitatif et quantitatif, conduits en 2025 auprès des malades, de leurs proches, d'un responsable religieux et d'un professionnel de santé fréquentant le camp de prière. Cette combinaison visait à restituer l'ampleur statistique des représentations et des recours mobilisés, et l'épaisseur du sens que les enquêtés donnent à leur expérience, dans une logique de complémentarité entre approche extensive et approche compréhensive.

1.3. Outils de collecte

Un guide d'entretien semi-directif a permis de recueillir 35 récits, centrés sur l'expérience vécue de la souffrance, l'interprétation du trouble et les itinéraires thérapeutiques empruntés. Les enquêtés

ont été choisis pour représenter la diversité des positions présentes : malades, proches, responsable religieux et professionnel de santé. Un questionnaire fermé a été administré à 250 personnes, portant sur leur profil, leurs représentations, les causes perçues du suicide, les recours mobilisés et les obstacles d'accès aux soins.

1.4. Traitement et analyse des données

Les données quantitatives ont été traitées sous Epi Info, logiciel gratuit spécialisé en santé publique, retenu pour sa pertinence dans le calcul de fréquences et de tris croisés sur variables catégorielles. Le volet qualitatif a fait l'objet d'une analyse de contenu thématique, qui a permis de dégager les catégories de sens organisant les représentations de la souffrance psychique et les itinéraires de soin des enquêtés.

1.5. Considérations éthiques

L'enquête a été précédée d'une information sur ses objectifs et du recueil de leur consentement libre et éclairé. L'anonymat a été strictement préservé, seuls le sexe et l'âge étant mentionnés dans les verbatim. Une attention particulière a été portée aux enquêtés ayant traversé une tentative de suicide, dont l'entretien a été mené avec prudence.

1.6. Limites méthodologiques

L'échantillonnage raisonné ne permet pas une généralisation statistique à l'ensemble des camps de prière ivoiriens. Le volet quantitatif restitue avant tout les représentations d'une population jeune et scolarisée (cf. 2.1), ce qui invite à la prudence pour les populations rurales ou moins instruites. La sensibilité des thématiques a pu favoriser une désirabilité sociale dans les réponses fermées, ainsi que le suggère l'écart avec les récits recueillis en entretien (cf. 2.7).

Le recrutement des enquêtés au sein et autour d'un même camp de prière introduit, enfin, un biais de sélection propre aux études conduites sur un terrain religieux circonscrit : les personnes rencontrées ont déjà, pour la plupart, engagé une démarche de recours non conventionnel. La triangulation des données et la diversité des statuts des enquêtés ont néanmoins permis de limiter cet effet de terrain sans le supprimer entièrement.

2. Résultats et Discussion

2.1. Profil sociodémographique des enquêtés

Le tableau 1 présente les principales caractéristiques sociodémographiques des 250 enquêtés ayant répondu au questionnaire.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés (n = 250)

Variable	Modalité	Effectif
Sexe	Homme	152
	Femme	98
Âge	15-24 ans	102
	25-34 ans	63
	35-44 ans	47
	45 ans et plus	38
Niveau d'instruction	Aucun	15
	Primaire	38
	Secondaire	96
	Supérieur	101
Situation matrimoniale	Célibataire	186

	Marié(e)	37
	Veuf(ve)	27
Emploi	Fonctionnaire	39
	Commerçant(e)	64
	Étudiant(e)	117
	Sans emploi	21
	Autre	9
Connaissance de la santé mentale	Oui	250
	Non	0

Source : enquête de terrain, N'Douci, 2025.

Il ressort de ce tableau que la population enquêtée est majoritairement masculine (152 sur 250) et jeune, 66 % ayant entre 15 et 34 ans. Le niveau d'instruction est élevé (78,8 % au niveau secondaire ou supérieur), et tous déclarent connaître la notion de santé mentale, ce qui déplace la question vers l'interprétation sociale du trouble plutôt que vers un déficit d'information. La forte proportion de célibataires (74,4 %) et d'étudiants confirme la surreprésentation d'une population jeune et scolarisée, ce qui invite à ne pas réduire le recours aux structures non conventionnelles au seul effet de l'âge.

2.2. La souffrance psychique, une expérience contenue par les normes de force et de retenue

La souffrance psychique est d'abord vécue dans le silence, contenue par des normes sociales de force pesant en particulier sur les hommes, avant d'être reconnue par l'entourage :

« Au début, personne ne pensait que j'étais vraiment en difficulté. À la maison, quand je disais que je n'arrivais plus à dormir, on me disait seulement que je me prenais trop la tête. Chez nous, quand un homme dit qu'il est fatigué mentalement, on lui répond qu'il doit être fort. J'ai donc commencé à garder tout pour moi. »

(Homme, 29 ans)

Voici, dans le même sens, les propos d'une enquêtée pour qui la crainte du regard social primait sur la recherche de soins :

« Ce qui me faisait le plus peur, ce n'était même pas d'aller à l'hôpital. C'était ce que les gens allaient penser de moi. Si tu dis que tu vois un psychologue, directement les gens commencent à dire que tu es fou. Alors je préférais dire que j'avais des problèmes de sommeil. »

(Femme, 24 ans)

Il ressort de ces témoignages que l'écart entre le trouble vécu et sa reconnaissance par l'entourage constitue, au sens de Kleinman, la ligne de fracture entre illness et disease (A. Kleinman, 1988, p. 13), le trouble n'étant reconnu que lorsqu'il produit des conséquences sociales visibles, ce qui rejoint Jaffré et Olivier de Sardan sur la place des signes visibles dans la construction des entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest (Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan, dir., 1999, p. 45).

2.3. Représentations sociales du trouble mental et du suicide

Le tableau 2 restitue les réponses des enquêtés à une série d'items mesurant leurs représentations sociales du suicide et de la maladie mentale.

Tableau 2 : Représentations sociales du suicide et de la maladie mentale (n = 250)

Désignations	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord
Les personnes qui parlent de suicide sont souvent considérées comme faibles	172	78
Les problèmes psychologiques sont honteux dans mon entourage	217	33
Une personne ayant fait une tentative de suicide risque d'être rejetée	245	5
Les familles préfèrent cacher les problèmes de santé mentale	199	51
Les personnes souffrantes psychologiquement sont souvent considérées comme « folles »	32	218

Source : enquête de terrain, N'Douci, 2025.

Il ressort de ce tableau que 87,2 % des enquêtés assimilent la souffrance psychologique à la « folie », loin devant l'idée selon laquelle en parler serait un signe de faiblesse (31,2 %). À l'inverse, 98 % excluent l'idée qu'une tentative de suicide expose au rejet, un écart entre norme déclarée et vécu social que nous interrogeons au point 2.7. Voici les propos recueillis de deux enquêtés sur la manière dont un trouble est identifié au sein de la famille :

« Chez nous, quand quelqu'un traverse des difficultés, on lui dit souvent de prendre courage et de supporter. On ne pense pas immédiatement à une maladie mentale. C'est seulement lorsque la personne commence à s'isoler ou à ne plus pouvoir travailler qu'on comprend qu'il y a peut-être un problème plus sérieux. »

(Homme, 38 ans)

« Pour moi, quelqu'un qui est en bonne santé mentale, c'est quelqu'un qui peut travailler, s'occuper de sa famille et gérer ses problèmes. Quand une personne commence à rester enfermée ou ne veut plus voir personne, on se dit qu'il y a quelque chose qui ne va pas. »

(Homme, 51 ans)

Il ressort de ces témoignages une même logique interprétative : le trouble mental n'est reconnu que lorsqu'il devient visible dans ses conséquences sociales, ce qui confirme, au sens de Moscovici, qu'il n'est pas seulement un fait biologique mais un objet socialement construit et négocié (S. Moscovici, 1976, p. 39). Ce résultat abonde dans le sens de Fassin et Rechtman, pour qui la reconnaissance de la souffrance dépend de sa capacité à occuper « l'espace moral des sociétés contemporaines » (D. Fassin et R. Rechtman, 2007, p. 17).

2.4. L'étiologie plurielle de la maladie

Le tableau 3 présente la répartition des causes perçues du suicide selon les enquêtés.

Tableau 3 : Causes perçues du suicide (n = 250)

Cause perçue	Effectif	Pourcentage (%)
Conflits familiaux	79	31,6
Consommation de substances	39	15,6
Problèmes psychologiques	38	15,2
Difficultés économiques	31	12,4
Problèmes conjugaux	22	8,8
Causes spirituelles/religieuses	17	6,8
Solitude	9	3,6
Influence sociale	9	3,6
Échec scolaire/professionnel	6	2,4

Source : enquête de terrain, N'Douci, 2025.

Il ressort de ce tableau que les causes relationnelles (conflits familiaux et conjugaux, 40,4 %) dominent l'étiologie perçue du suicide, devant la lecture spirituelle (6,8 %), minoritaire mais non marginale. Le volet qualitatif éclaire cette dernière catégorie, qui n'apparaît pas comme concurrente mais souvent complémentaire de la lecture biomédicale. Voici les propos recueillis d'une proche de malade :

« Pour moi, on ne peut pas dire qu'une maladie vient d'une seule chose. Il y a parfois le corps, mais il y a aussi tout ce qu'on vit autour de soi. Quand une personne travaille trop, dort mal, mange mal, accumule les soucis et garde ses problèmes à l'intérieur, forcément, à un moment donné, le corps peut commencer à réagir. Dans mon cas, je pense que ma maladie est arrivée progressivement. Il y avait la fatigue, les problèmes familiaux, les difficultés financières et beaucoup de stress. C'est pour cela que je pense qu'il faut regarder la personne dans son ensemble et pas seulement chercher une cause médicale. »

(Femme, 49 ans)

« Quand ma sœur a commencé à changer, ma mère pensait qu'il y avait quelque chose de spirituel derrière. Avant de penser à l'hôpital, elle a demandé à notre responsable religieux de prier pour elle. Pour ma mère, la prière et l'hôpital ne sont pas contradictoires. Elle disait : « On va prier et, en même temps, on va chercher quelqu'un pour la soigner. » »

(Femme, 41 ans, proche d'une personne en souffrance)

Voici, par ailleurs, l'intervention d'un responsable religieux interrogé :

« Dans notre communauté, lorsqu'une personne commence à avoir des comportements que nous ne comprenons pas, les gens cherchent d'abord à savoir ce qui s'est passé dans sa vie spirituelle. Personnellement, je ne dirais pas que la médecine ne sert à rien. Mais je pense que, pour beaucoup de personnes, soigner l'esprit et soigner le corps doivent aller ensemble. »

(Responsable religieux, 54 ans)

Ce résultat est proche de ceux de Pigeon-Gagné et al., dont l'ethnographie menée à Bobo-Dioulasso identifie trois systèmes de soins, psychiatrique, traditionnel et familial, qui coexistent plutôt qu'ils ne s'excluent (É. Pigeon-Gagné et al., 2022, p. 299-307). Cette coexistence rejoint Burns et Tomita, selon lesquels près de 43 % des personnes suivies pour un trouble mental en Afrique consultent d'abord un guérisseur avant tout recours biomédical (J. Burns et A. Tomita, 2015, p. 867-877), trait structurant des soins ouest-africains (A. Kleinman, 1988, p. 13). Une enquête menée en Lorraine montre un recours similaire, même dans un système à l'offre psychiatrique dense (R. Evrard et D. Kessler-Bilthauer, 2023, p. 336-346), signe d'un besoin de sens plutôt que du seul effet d'une pénurie.

2.5. Le pluralisme thérapeutique et l'itinéraire de soins

Le tableau 4 rend compte des recours thérapeutiques mobilisés par les enquêtés face à la souffrance psychique.

Tableau 4 : Recours thérapeutiques mobilisés (n = 250)

Recours thérapeutique	Effectif	Pourcentage (%)
Combinaison de plusieurs recours	162	64,8
Traditionnel	47	18,8
Religieux	21	8,4
Biomédical	12	4,8
Familial	6	2,4
Aucun recours	2	0,8

Source : enquête de terrain, N'Douci, 2025.

Le tableau 4 confirme ce pluralisme : la combinaison de plusieurs recours concerne 64,8 % des enquêtés, contre 4,8 % pour le seul recours biomédical :

« Nous avons d'abord essayé la famille parce que nous pensions que le problème venait de ses difficultés avec son mari. Ensuite, quelqu'un nous a conseillé un guérisseur. Après cela, comme son état ne s'améliorait pas, nous sommes allés au centre de santé. Nous avons essayé plusieurs personnes parce que chacun avait une explication différente du problème. »

(Femme, 52 ans, proche)

« Au début, nous avons parlé avec un membre de la famille qui nous a conseillé de prier. Ensuite, nous sommes allés voir notre pasteur. Comme son état continuait, nous l'avons conduit dans un centre de santé, puis chez un psychologue. Pour nous, il ne s'agissait pas de choisir entre la religion, la médecine ou les pratiques traditionnelles. »

(Parent d'un jeune adulte, 49 ans)

Un professionnel de santé confirme la nécessité de composer avec cette pluralité plutôt que de la disqualifier d'emblée :

« Certains patients arrivent après avoir déjà consulté plusieurs personnes. Il faut éviter de leur dire immédiatement que tout ce qu'ils ont fait auparavant est faux. Il faut comprendre leur représentation du problème, puis essayer de construire avec eux une prise en charge qui leur paraît acceptable. »

(Professionnel de santé)

Ce résultat est proche de ceux de Pigeon-Gagné et al., dont l'étude conclut que l'entourage direct représente le principal pourvoyeur de soins (É. Pigeon-Gagné et al., 2022, p. 299-307). Cette posture rejoint l'orientation communautaire défendue par les autorités sanitaires ivoiriennes, qui misent sur la collaboration avec les structures non conventionnelles, orientation confortée par les responsables de structures eux-mêmes, plus de la moitié souhaitant un partage de connaissances avec les services psychiatriques (A. M. Koua et al., 2021, art. 83).

2.6. Les obstacles économiques et l'accessibilité aux soins

Le tableau 5 récapitule les principaux obstacles perçus par les enquêtés dans l'accès aux structures de soins conventionnelles.

Tableau 5: Principaux obstacles perçus à l'accessibilité des soins (n = 250)

Obstacle	Effectif	Pourcentage (%)
Coût des soins	215	86,0
Peur du jugement	15	6,0
Connaissance des services	11	4,4
Confidentialité	5	2,0
Disponibilité d'un professionnel	2	0,8
Distance	1	0,4
Temps d'attente	1	0,4

Source : enquête de terrain, N'Douci, 2025.

Il ressort de ce tableau que le coût des soins domine très largement les obstacles perçus (86 %), loin devant tous les autres facteurs. Voici les propos recueillis de deux enquêtés sur le poids de cette contrainte économique :

« On nous dit d'aller voir le psychologue, mais il faut aussi penser au transport, au prix de la consultation et parfois aux médicaments. La famille peut aider une fois, deux fois, mais après il faut continuer seul. Ce n'est pas qu'elles ne veulent pas être soignées, c'est qu'elles n'ont pas toujours les moyens de suivre le traitement. »

(Homme, 37 ans)

« Quand tu n'as pas de travail et que tu dois quand même répondre aux besoins de ta famille, la pression devient très forte. Je me sentais inutile et j'avais honte de demander constamment de l'aide. Ce n'était pas seulement le manque d'argent, c'était surtout l'impression de ne plus avoir de place dans la société. »

(Homme, 32 ans)

Ce résultat s'inscrit dans la lecture critique de Fassin et Rechtman, pour qui l'accès aux ressources relève d'un positionnement dans « l'espace moral des sociétés contemporaines » (D. Fassin et R. Rechtman, 2007, p. 17), espace dont la précarité économique éloigne les enquêtés. Cette lecture gagne à être croisée avec l'interactionnisme de Goffman : la honte exprimée relève moins de la contrainte matérielle que d'une identité sociale dépréciée, construite dans l'interaction (E. Goffman, 1975, p. 14).

2.7. Stigmatisation, secret et peur du jugement après une tentative de suicide

Alors que l'enquête quantitative enregistre un très large désaccord avec l'idée qu'une personne suicidante « risque d'être rejetée » (245 sur 250, cf. tableau 2), le volet qualitatif de l'étude donne à voir une réalité vécue sensiblement différente. Voici les propos recueillis de deux enquêtés ayant traversé une tentative de suicide :

« Après ce qui s'est passé, le regard des gens a changé. Certains venaient me voir parce qu'ils étaient inquiets, mais d'autres parlaient derrière mon dos. C'est là que j'ai compris que ce n'était pas seulement un problème de santé. Il fallait aussi gérer la honte, les questions des voisins et les réactions de la famille. »

(Homme, 31 ans)

« Ce qui me faisait le plus peur, c'était que les gens disent que j'étais fou. Après ma tentative, certains membres de ma famille voulaient que je reste discret et que personne ne sache ce qui s'était réellement passé. Même lorsque je voulais parler de ce que je ressentais, je me retenais. »

(Homme, 30 ans)

Alors que l'enquête déclarative traduit une tolérance de façade envers la personne suicidante, l'expérience vécue confirme un mécanisme de disqualification sociale que Goffman nomme le stigmate, marque qui discrédite l'identité sociale (E. Goffman, 1975, p. 14). Le secret imposé par la famille illustre la gestion d'une identité « discréditable ». Ce résultat rejoint Gbagbo et Soro, dont l'étude identifie la stigmatisation et l'isolement familial parmi les déterminants psychosociaux fragilisant le rétablissement des malades mentaux en Côte d'Ivoire (M. K. Gbagbo et K. I. Soro, 2024, p. 162).

Cette gestion du secret n'exclut pas, pour certains, l'existence d'un intermédiaire de confiance au sein de la famille, par lequel transite la première parole :

« Avant d'aller voir un professionnel, j'ai parlé à ma tante. Je savais qu'elle n'allait pas me juger. Dans notre famille, ce sont souvent les anciens qui écoutent les jeunes quand ils ont un problème. Si elle ne m'avait pas soutenue, je ne sais pas si j'aurais accepté d'aller chercher de l'aide. »

(Femme, 22 ans)

Cette figure correspond à ce que Goffman appelle un « initié » : une personne qui, sans partager le stigmate, en connaît les coulisses et accompagne la personne stigmatisée sans la discréditer davantage (E. Goffman, 1975, p. 104). Ce résultat abonde dans le même sens que celui de Fassin et Rechtman, pour qui l'accès à la reconnaissance sociale de la souffrance reste conditionné par la place, plus ou moins légitime, que la victime occupe dans l'espace moral du groupe (D. Fassin et R. Rechtman, 2007, p. 17).

2.8. Synthèse discursive : deux tensions structurantes

Deux tensions structurantes se dégagent des résultats. La première oppose la reconnaissance individuelle et sociale du trouble : la souffrance est vécue bien avant d'être nommée (cf. 2.2), ce qui confirme, au sens de Kleinman, que la frontière entre illness et disease relève d'un processus social (A. Kleinman, 1988, p. 13). La combinaison de plusieurs recours, majoritaire (64,8 %, tableau 4), appelle une politique qui compose avec ce pluralisme plutôt que de le disqualifier, à l'image du projet CAMPPSY.

La seconde tension oppose la norme déclarée de tolérance et la mise à distance réelle, révélée par l'écart entre le tableau 2 et les récits des personnes suicidantes (cf. 2.7), stigmate qui rappelle que l'inclusion affichée ne garantit pas l'absence de disqualification informelle (E. Goffman, 1975, p.

14). Ces deux tensions montrent que la reconnaissance de la souffrance demeure suspendue à des normes collectives plus qu'à la seule réalité clinique.

2.9. Genre et normes de virilité dans le rapport à la souffrance psychique

Les résultats invitent, enfin, à interroger la dimension genrée de la souffrance psychique, transversale à l'ensemble des constats précédents. L'échantillon est majoritairement masculin (152 hommes sur 250, cf. tableau 1), et ce sont surtout des hommes qui, dans le volet qualitatif, décrivent une obligation de retenue et de force associée à leur statut social (cf. 2.2). Cette convergence rejoint la lecture de Fassin et Rechtman, pour qui la reconnaissance de la souffrance dépend de la place que la victime occupe dans l'espace moral du groupe (D. Fassin et R. Rechtman, 2007, p. 17), une place que les normes de virilité rendent structurellement plus difficile à revendiquer pour un homme. Elle rejoint également la distinction de Kleinman entre illness et disease (A. Kleinman, 1988, p. 13) : chez les hommes enquêtés, la souffrance n'est reconnue par l'entourage que lorsqu'elle produit des conséquences sociales visibles, l'obligation de paraître fort fonctionnant comme une gestion anticipée du stigmate, au sens de Goffman (E. Goffman, 1975, p. 14). Cette lecture, que l'échantillon ne permet pas de généraliser à l'ensemble de la population ivoirienne, invite les politiques de sensibilisation à la santé mentale, notamment le projet CAMPPSY, à intégrer explicitement cette dimension genrée.

Conclusion

Cette étude, menée dans un camp de prière de N'Douci, relève deux faits. D'une part, la souffrance psychique y est encore lue à travers des grilles relationnelles, religieuses et morales avant d'être reconnue comme un problème de santé, ce qui alimente un pluralisme thérapeutique où la combinaison de plusieurs recours (64,8 % des cas) constitue la norme. D'autre part, le coût des soins conventionnels, cité par 86 % des enquêtés, et la peur du jugement social entretiennent le recours massif aux structures non conventionnelles, tension entre ancrage spirituel et offre biomédicale coûteuse que la coexistence de la prière et de la démarche médicale invite à dépasser. Une politique communautaire gagnerait à encadrer ces structures, à l'image du projet CAMPPSY, et à alléger le coût des soins, en reconnaissant le pluralisme comme une ressource à organiser.

BIBLIOGRAPHIE

BURNS Jonathan Kenneth et TOMITA Andrew, 2015, « Traditional and Religious Healers in the Pathway to Care for People with Mental Disorders in Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50 (6), p. 867-877.

EVRARD Renaud et KESSLER-BILTHAUER Dorothée, 2023, « Les deux médecines : pluralisme thérapeutique et santé mentale en Lorraine », *L'Autre*, 24 (3), p. 336-346.

FASSIN Didier et RECHTMAN Richard, 2007, *L'empire du traumatisme : enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion.

GBAGBO Michel Koudou et SORO Kolotcholoma Issouf, 2024, « Déviance psychiatrique et déterminants psychosociaux : au sujet de huit cas de l'Hôpital psychiatrique de Bingerville », *European Scientific Journal, ESJ*, 20 (33), p. 162-186.

GOFFMAN Erving, 1975, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit.

JAFFRÉ Yannick et OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre (dir.), 1999, *La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Les champs de la santé ».

KLEINMAN Arthur, 1988, *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, New York, Basic Books.

KOUA Asseman Médard, DJO BI DJO François, KOUADIO Raymond N'Guessan et al., 2021, « Survey of non-conventional mental health care facilities in Côte d'Ivoire: first stage », *International Journal of Mental Health Systems*, 15, art. 83.

MOSCOVICI Serge, 1976, *La psychanalyse, son image et son public*, 2e éd., Paris, Presses Universitaires de France.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2022, *Rapport mondial sur la santé mentale*

: transformer la santé mentale pour tous. Vue d'ensemble, Genève, OMS, 28 p.
PIGEON-GAGNÉ Émilie, YAOGO Maurice, SAÏAS Thomas, HASSAN Ghayda et BAMBARA Judicael, 2022, « Itinéraires thérapeutiques et accès aux soins en santé mentale : une ethnographie au Burkina Faso », *Santé Publique*, 34 (2), p. 299-307.