

Numéro 6 Octobre 2025

ISSN 2960-1606

RAVSE

Revue d'Analyse des Vulnérabilités
Socio-Environnementales



Revue de Géographie du

LAVSE

<https://revue.lavse.org/>

PUBLIÉ PAR LE DÉPARTEMENT DE GÉOGRAPHIE DE L'UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

RAVSE

Revue de Géographie du Laboratoire d'Analyse des Vulnérabilités Socio-Environnementales, publiée par le Département de Géographie de l'Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire

INDEXATION

Scientific Journal Impact Factor (SJIF)

<https://sjifactor.com/passport.php?id=23819>

Impact Factor : 5,333 (2025)

ADMINISTRATION DE LA REVUE

Directeur

Joseph P. ASSI-KAUDJHIS, Professeur Titulaire à l'Université Alassane OUATTARA (UAO)

Secrétariat de rédaction

- Konan KOUASSI, Professeur Titulaire à l'UAO
- Narcisse Bonaventure ASSI-KAUDJHIS, Professeur Titulaire à l'UAO

Secrétariat administratif et technique

- Konan KOUASSI, Professeur Titulaire à l'UAO
- Guy Roger Yoboué KOFFI, Maître-Assistant à l'UAO
- Edouard Zadi ZOGBO, Maître-Assistant à l'UAO
- Pierre Anvo AYEMOU, Maître-Assistant à l'UAO
- Senguen KOUAKOU, Assistant, Informaticien, à l'UAO
- Adeline Olga BRISSY, Maître-Assistant à l'UAO
- Enoc One GUEDE, Maître-Assistant à l'UAO

Comité scientifique

- DJAKO Arsène, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)
- ASSI-KAUDJHIS Narcisse Bonaventure, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)
- SOKEMAWU Koudzo, Professeur Titulaire, Université de Lomé (Togo)
- GIBIGAYE Moussa, Professeur Titulaire, Université Abomey-Calavi (Bénin)
- GUEDEGBE Odile DOSSOU, Professeur Titulaire, Université Abomey-Calavi

(Bénin)

- **HECTHELI** Follygan, Professeur Titulaire, Université de Lomé (Togo)
- **KADOUZA** Padabô, Professeur Titulaire, Université de Kara (Togo)
- **BLE Celestin**, Directeur de Recherches, CRO (Côte d'Ivoire)
- **ASSA** Rebecca Rachel A., Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)
- **BOUPKESSI** Tchaa, Professeur Titulaire, Université de Lomé (Togo)
- **MÉDIEBOU** Chindji, Maître de Conférences Université de Yaoundé (Caméroun)
- **FANGNON** Bernard, Professeur Titulaire, Université Abomey-Calavi (Bénin)
- **YABI** Ibouraima, Professeur Titulaire, Université Abomey-Calavi (Bénin)
- **ABOUDOU** Ramanou Y. M. A., Professeur Titulaire, Université de Parakou (Bénin)
- **KOUMI** Rachelle, Maître de Recherches, CRO (Côte d'Ivoire)
- **BARIMA** Yao Sabas, Professeur Titulaire, Université Jean Lorougnon Guédé (Côte d'Ivoire)
- **CHEIKH** Samba Wade, Professeur Titulaire, Université Gaston Berger (Sénégal)
- **PAPA** Sakho, Maître de Conférences, Cheikh Anta Diop (Sénégal)
- **ADJAKPA** Tchékpo Théodore, Maître de Conférences, Université Abomey-Calavi (Bénin)

EDITORIAL

L'analyse de la vulnérabilité vise à comprendre les conditions et les expressions d'exposition néfaste aux catastrophes naturelles et aux crises dans le but de réduire leurs conséquences sur les populations, les territoires et les activités. La nécessité d'une approche géographique s'impose comme une réponse à la complexité de l'objet d'étude que constitue la vulnérabilité. La création de RAVSE résulte de l'engagement scientifique du Laboratoire d'Analyse des Vulnérabilités Socio-environnementales logé à l'Université Alassane Ouattara à contribuer à la diffusion des savoirs scientifiques. RAVSE est une revue spécialisée de Géographie dont l'objectif est de contribuer à éclairer la complexité des facteurs de vulnérabilités socio-environnementales et les stratégies de résiliences mises en place par les sociétés dans un contexte de développement durable. Elle maintient sa ferme volonté de réunir les contributions venant d'horizon divers qui donnent à la vulnérabilité socio-environnementale son épaisseur géographique. Ce support de publication scientifique vient donc renforcer la visibilité des résultats des travaux de recherche menés sur les vulnérabilités socio-environnementales en géographie et les sciences connexes. RAVSE est au service des enseignants-chercheurs, chercheurs et étudiants qui s'intéressent à l'analyse des vulnérabilités socio-environnementales. A cet effet, RAVSE accueillera toutes les contributions sur les thématiques liées aux facteurs de vulnérabilités socio-environnementales et les stratégies de résiliences.

Secrétariat de rédaction

COMITE DE LECTURE

- **ASSI-KAUDJHIS** Narcisse Bonaventure, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)
- **SOKEMAWU** Koudzo, Professeur Titulaire, Université de Lomé (Togo)
- **GIBIGAYE** Moussa, Professeur Titulaire, Université Abomey-Calavi (Bénin)
- **GUEDEGBE** Odile DOSSOU, Professeur Titulaire, Université Abomey-Calavi (Bénin)
- **HECTHELI** Follygan, Professeur Titulaire, Université de Lomé (Togo)
- **KOUAME** Déhedé Paul, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)
- **MAFOU** Kouassi Combo, Maître de Conférences, Université Jean Lorougnon Guédé (Côte d'Ivoire)
- **N'GUESSAN** Kouassi Guillaume, Maître de Conférences, Université Jean Lorougnon Guédé (Côte d'Ivoire)
- **KOFFI** Yéboué Stéphane Koissy, Maître de Conférences, Université Péleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)

- **DJAH** Armand Josué, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)
- **KOUASSI** Kouamé Sylvestre, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)
- **ADJAKPA** Tchékpo Théodore, Professeur Titulaire, Université Abomey-Calavi (Bénin)

AVIS AUX AUTEURS

La Revue d'Analyse des Vulnérabilités Socio-Environnementales (RAVSE), Revue de Géographie du LAVSE (Laboratoire d'Analyse des Vulnérabilités Socio-Environnementale) diffuse de travaux originaux de géographie qui relèvent du domaine des «Sciences de l'homme et de la société». Elle publie des articles originaux, rédigés en français, non publiés auparavant et non soumis pour publication dans une autre revue. Les normes qui suivent sont conformes à celles adoptées par le Comité Technique Spécialisé(CTS) de Lettres et sciences humaines / CAMES (cf. dispositions de la 38e session des consultations des CCI, tenue à Bamako du 11 au 20 juillet 2016).

1- Manuscrit

Les textes à soumettre devront respecter les conditions de formes suivantes :

- le texte doit être transmis au format document doc (word 97-2003);
- il devra comprendre un maximum de 60.000 signes (espaces compris), interligne 1,5, police de caractères Times New Roman 12 ;
- insérer la pagination et ne pas insérer d'information autre que le numéro de page dans le pied de page ;
- les figures et les tableaux doivent être intégrés au texte et présentés avec des marges d'au moins six centimètres à droite et à gauche. Les caractères dans ces figures et tableaux doivent aussi être en Times 12. Les titres des illustrations (carte, tableaux, figures, photographies) doivent être mentionnés ;
- Le comité de rédaction demande aux auteurs de préciser sur la première page :
 - Le titre du texte,
 - Pour chaque auteur, une notice comprenant :
 - les nom et prénoms,
 - le grade
 - le rattachement institutionnel,
 - l'adresse électronique,
 - Un résumé en un seul paragraphe de 1000 signes (espaces compris) maximum, qui devra être différent du premier paragraphe du texte. Il doit notamment énoncer l'objectif poursuivi par l'auteur.
 - Proposer six mots clés.
 - Proposer le texte lui-même.

NB : le résumé doit être traduit en anglais ainsi que les mots clés.

Le manuscrit doit respecter la structuration suivante : Introduction, Méthodologie, Résultats (analyse des Résultats), Discussion, Conclusion, Références bibliographiques (s'il s'agit d'une recherche expérimentale ou empirique).

Les notes infrapaginales, si elles existent, doivent être numérotées en chiffres arabes, rédigées en taille 10 (Times New Roman). Réduire au maximum le nombre de notes infrapaginales. Ecrire les noms scientifiques et les mots empruntés à

d'autres langues que celle de l'article en italique (*Solanum lycopersicum*).

Les articulations d'un article, à l'exception de l'introduction, de la conclusion, de la bibliographie, doivent être titrées, et numérotées par des chiffres (exemples : 1. ; 1.1. ; 1.2. ; 2. ; 2.2. ; 2.2.1 ; 2.2.2. ; 3. ; etc.). Les titres des sections du texte doivent être numérotés de la façon suivante :

1. Premier niveau, premier titre (Times 12 gras)

1.1. Deuxième niveau (Times 12 gras italique)

1.2.1. Troisième niveau (Times 12 italique sans le gras)

Les illustrations

Les tableaux, les cartes, les figures, les graphiques, les schémas et les photos doivent être numérotés (numérotation continue) en chiffres arabes selon l'ordre de leur apparition dans le texte. Ils doivent comporter un titre concis, placé au-dessus de l'élément d'illustration (centré). La source (centrée) est indiquée au-dessous de l'élément d'illustration (Taille 10). Ces éléments d'illustration doivent être : **i.** annoncés, **ii.** Insérés, **iii.** Commentés dans le corps du texte.

La présentation des illustrations : figures, cartes, graphiques, etc. doit respecter le miroir de la revue. Ces documents doivent porter la mention de la source, de l'année et de l'échelle (pour les cartes).

2- Notes et références

2.1. Les passages cités sont présentés entre guillemets. Lorsque la phrase citant et la citation dépasse trois lignes, il faut aller à la ligne, pour présenter la citation (interligne 1) en retrait, en diminuant la taille de police d'un point.

2.2. Les références de citation sont intégrées au texte citant, selon les cas, ainsi qu'il suit :

- Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms et Nom de l'auteur, année de publication, pages citées (T. K. YEBOUE, 2017, p. 18);
- Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms et Nom de l'Auteur (année de publication, pages citées).

Exemples:

En effet, l'objectif poursuivi par K. Kouassi (2012, p. 35), est «une meilleure appréhension des enjeux de la problématique de l'insalubrité dans l'espace urbain en général et à Adjamé (...)»

2.3. Les sources historiques, les références d'informations orales et les notes explicatives sont numérotées en continue et présentées en bas de page.

2.4. Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit : Nom et Prénom (s) de l'auteur, Année de publication, Titre, Lieu de publication, Editeur, pages (p.) **pour les articles et les chapitres d'ouvrage.**

Le titre d'un article est présenté entre guillemets, celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une revue ou d'un journal est présenté en italique. Dans la zone Editeur, on indique la Maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre le nom du traducteur et/ou l'édition

(ex: 2nde éd.).

2.5. Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur. Par exemple:

Références bibliographiques

AMIN Samir, 1996, *Les défis de la mondialisation*, L'Harmattan, Paris, 345 p.

BERGER Gaston, 1967, *L'homme moderne et son éducation*, PUF, Paris, 368 p.

DIAGNE Souleymane Bachir, 2003, «Islam et philosophie. Leçons d'une rencontre», *Diogène*, 202, p. 145-151.

DIAKITE Sidiki, 1985, *Violence technologique et développement. La question africaine du développement*, L'Harmattan, Paris, 153p.

LAVIGNE DELVILLE Philippe, 1991, Migration et structuration associative : enjeux dans la moyenne vallée. In : *La vallée du fleuve Sénégal : évaluations et perspectives d'une décennie d'aménagements*, Karthala, Paris, p. 117-139.

SEIGNEBOS Christian, 2006, Perception du développement par les experts et les paysans au nord du Cameroun. In : *Environnement et mobilités géographiques*, Actes du séminaire, PRODIG, Paris, p. 11-25.

SOKEMAWU Koudzo, 2012, « Le marché aux fétiches : un lieu touristique au cœur de la ville de Lomé au Togo », In : *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé*, Série « Lettre et sciences humaines », Série B, Volume 14, Numéro 2, Université de Lomé, Lomé, p. 11-25.

Pour les travaux en ligne ajouter l'adresse électronique (URL).

3. Nota bene

3.1. Le non-respect des normes éditoriales entraîne le rejet d'un projet d'article.

3.2. Tous les prénoms des auteurs doivent être entièrement écrits dans la bibliographie.

3.3. Pagination des articles et chapitres d'ouvrage, écrire p. 2-45, par exemple et non pp. 2-45.

3.4. En cas de co-publication, citer tous les co-auteurs.

3.5. Eviter de faire des retraits au moment de débiter les paragraphes, observer plutôt un espace.

3.6. Plan: Introduction (Problématique, Hypothèse), Méthodologie (Approche), Résultats (analyse des résultats), Discussion, Conclusion, Références Bibliographiques

Résumé: dans le résumé, l'auteur fera apparaître le contexte, l'objectif, faire une esquisse de la méthode et des résultats obtenus. Traduire le résumé en Anglais (**y compris le titre de l'article**)

Introduction: doit présenter le contexte, la situation problématique, le problème, les questions de recherche, les objectifs de recherche et si possible les hypothèses.

Outils et méthodes: (Méthodologie/Approche), l'auteur expose uniquement ce qui est outils et méthodes

Résultats: l'auteur expose ses résultats, qui sont issus de la méthodologie annoncée dans **Outils et méthodes** (pas les résultats d'autres chercheurs). L'Analyse des résultats traduit l'explication de la relation entre les différentes variables objet de l'article; le point "R" présente le résultat issu de l'élaboration (traitement) de l'information sur les variables.

Discussion: la discussion est placée avant la conclusion ; la conclusion devra alors être courte. Dans cette discussion, confronter les résultats de votre étude avec ceux des travaux antérieurs, pour dégager différences et similitudes, dans le sens d'une validation scientifique de vos résultats. La discussion est le lieu où le contributeur dit ce qu'il pense des résultats obtenus, il discute les résultats ; c'est une partie importante qui peut occuper jusqu'à plus deux pages.

Le Rédacteur en chef

Sommaire

<p>KONE Basoma, KONAN Kouamé Hyacinthe</p> <p><i>Les enjeux sécuritaires des changements climatiques sur la transhumance dans le Nord de la Côte d'Ivoire</i></p>	14
<p>KOFFI Brou Émile, YÉO Brahim, DIALLO Issoufou</p> <p><i>Grossesses en milieu scolaire : une gestion sociale et éducative pour la maintenance des filles à l'école dans la direction régionale de l'éducation nationale et de l'alphabétisation du Hambol (Centre-Nord de la Côte d'Ivoire)</i></p>	31
<p>OUSSOU Anouman Yao Thibault</p> <p><i>Les enjeux spatiaux des pratiques culturelles dans la ville de Bouaké (Centre, Côte d'Ivoire)</i></p>	50
<p>Aniko ALEME, Aklèso Gnassigbé KEZIE, Essoyomèwè AKODABI, Tatongueba SOUSSOU, Tchaa BOUKPESSI</p> <p><i>Conversion, intensités et vitesses des changements par intervalle de temps (1985-2005 et 2005-2023) des unités d'occupation et d'utilisation des terres du parc national de l'Oti-Keran (PNOK) au Nord-Togo</i></p>	66
<p>KIARI FOUYOU Hadiza, ADOUM FORTEYE Amadou, MADJIGOTO Robert</p> <p><i>Analyse de la perception de sécurité par les communautés rurales du lac Tchad : exemple de la Région de Diffa au Niger et des Provinces du Kanem et du Lac au Tchad</i></p>	86
<p>TOGBE Janvier, KOFFI Amoin Prisca, BOHOSSOU N'Guessan Séraphin</p> <p><i>Investissements communaux et accessibilité des populations aux services de l'état civil à Danané (Ouest de la Côte d'Ivoire)</i></p>	99
<p>Hamet Mahamane MAHAMADOU BACHIR, Moctar HASSANE, Kaka Kiari Boukar Kellou</p> <p><i>Stratégies de contournement à l'expansion de groupes terroristes : cas de Boko Haram dans la région de Diffa au Niger</i></p>	115
<p>TE Wrossépané Cynthia Charlene Epouse SERI, Bié Roméo</p> <p><i>Itinéraires thérapeutiques et logiques sociales du recours à la médecine traditionnelle dans la prise en charge des troubles mentaux : Cas du département de Korhogo, Région du Poro (Côte d'Ivoire)</i></p>	135

<p>PREGNON Lhey Raymonde Christelle</p> <p><i>Évaluation cartographique de la dégradation environnementale du quartier Zone industrielle de Bouaké (Côte d'Ivoire)</i></p>	155
<p>LANTONKPODE Aristide, BONI Gratien, WARI ABOUBAKAR Moussa, DJESSONOU Sèngla Franco-Néo Camus</p> <p><i>Manifestations de la variabilité hydro-climatique dans les communes de Djidja, d'Agbangnizoun et d'Abomey (Bénin, Afrique de l'ouest)</i></p>	174
<p>KONAN Kouakou Charles, AMALAMAN Marc Auriol, SOUMAHORO Saï Pou, TRA BI Zamblé Armand</p> <p><i>Analyse en ondelette de la relation pluie-débit dans le bassin versant de la Marahoué (centre-ouest de la Côte d'Ivoire)</i></p>	198
<p>QUENUM Comlan Irené Eustache Zokpénou</p> <p><i>Gentrification urbaine et spéculation foncière dans les quartiers en reconstructions de Cotonou : cas des 2^{ème} et 4^{ème} arrondissements</i></p>	211
<p>Boubacar BARRY, Cheikh Tidiane WADE, Dramane CISSOKHO</p> <p><i>Regard croisé entre le foncier et les ressources ligneuses en Moyenne Casamance septentrionale</i></p>	230
<p>DJORO-DJAPI Élodie Ange Éléonore, YRO Koulai Hervé, AKA Aké Brice Patrick</p> <p><i>Logiques portuaires d'Abidjan face au besoin d'espace</i></p>	247
<p>KOUASSI Kobenan Christian Venance</p> <p><i>Expansion urbaine et dysfonctionnement du système d'assainissement dans la ville de Djébonoua : entre risques environnementaux et défis d'aménagement</i></p>	259
<p>LILA RENI BIBRIVEN, ABOUBAKAR SALEH</p> <p><i>Dynamique Érosive des Berges du Chari et son Impact sur un Territoire Urbain à N'Djaména : Une Étude de Cas du 1er Arrondissement (1993-2023)</i></p>	279
<p>OUOBA Souleymane Jean-Claude, AFFO Fabien</p> <p><i>La dynamique régressive de forêt classée de Wari Maro : quel ancrage du sacre ?</i></p>	316
<p>MBENGUE Mamadou Saliou</p> <p><i>L'atteinte des odd 1, 2 et 5 par les organisations communautaires : l'exemple de l'Union Régionale des Associations Paysannes de Diourbel (URAPD)</i></p>	333

<p>Dominique Syrienne MINKOUE-MI-MBA, Clet Mesmin EDOU EBOLO, Marjolaine OKANGA-GUAY, Jean Bernard MOMBO</p> <p><i>Evaluation du plan sectoriel pêche et aquaculture (PSPA, 2004 à 2014) : le cas des pêcheries de la région de l'estuaire au Gabon</i></p>	352
<p>TANOHI Kouamé Perèze</p> <p><i>Economie circulaire, une réponse à la gestion des déchets solides ménagers et à la résilience économique des populations à Bouaké (Côte d'Ivoire) ?</i></p>	378
<p>DIARRASSOUBA Bazoumana</p> <p><i>Assainissement du cadre de vie urbain à Man (côte d'ivoire) : entre contraintes physiques et pratiques des populations</i></p>	394
<p>NIAMIEN Kadjo Henri-Joel, KOUADIO N'Guessan Olivier</p> <p><i>Caractéristiques sociotechniques et contraintes de la production piscicole dans la sous-préfecture de Bouaké</i></p>	408
<p>Mor FAYE, Djibrirou Daouda BA, René Ndimag DIOUF</p> <p><i>Variabilité climatique et stratégies d'adaptation dans les villes secondaires du Sénégal : Cas de Mboro</i></p>	422
<p>BOULY SANE, Tidiane SANE, Cheikh FAYE, Fatima DIOP</p> <p><i>Potentiel en eau souterraine et activités économiques dans la Sous-Unité de Gestion et de planification des Ressources en eau de la Moyenne-Casamance (Sénégal)</i></p>	439
<p>KOFFI Guy Roger Yoboué, KOMENAN Komenan Gabin, KOUASSI Yao Privat</p> <p><i>Usages phytosanitaires en maraîchage urbain à Bouaké (Côte d'Ivoire) : entre résilience économique et risques sanitaires</i></p>	464
<p>KONAN Aya Suzanne</p> <p><i>Contraintes et stratégies de durabilité de la filière banane plantain dans la Sous-préfecture de Bonon (Centre - Ouest, Côte d'Ivoire)</i></p>	483
<p>MAHAMAT HEMCHI Hassane, BASSENA Pierre, OURSINGBE PASSAL Joachim</p> <p><i>Souvenir des avènements ratés de Faya-Largeau au nord du Tchad : entre utopie et perspective métropolitaine</i></p>	505
<p>YAO Adjoua Victoire, BRISSY Olga Adeline</p> <p><i>Accessibilité des personnes handicapées aux équipements à l'Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)</i></p>	527

FIEDI N'Zoré Pascal, SEKONGO Fougo Valy, DJE Kouamé Casimir, DIOMANDE Beh Ibrahim <i>Stratégies d'adaptation des systèmes cultureux des acteurs de la filière Bananière : cas de la sous-préfecture de Daoukro (Centre-Est de la Côte d'Ivoire)</i>	542
KI Léonce <i>Les biens culturels burkinabè sur les listes de l'UNESCO</i>	560
YAO KOUADIO DONALD <i>Les danses traditionnelles en pays Baoulé : cas de la sous-préfecture de Sakassou (centre de la Côte d'Ivoire)</i>	574

**ITINERAIRES THERAPEUTIQUES ET LOGIQUES SOCIALES DU RECOURS
A LA MEDECINE TRADITIONNELLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES
TROUBLES MENTAUX : CAS DU DEPARTEMENT DE KORHOGO, REGION
DU PORO (COTE D'IVOIRE)**

TE Wrossékpané Cynthia Charlène Epouse SERI, Doctorante en Sociologie de la
santé et du vieillissement,

Laboratoire d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales
(LERISS)

Email : techarlene052@gmail.com

BIE Roméo, Docteur en Sociologie du développement rural,

Laboratoire de l'Anthropologie des Appartenances Symbolique et de Sociologie
Economique (LAASSE)

Email : romebie86@gmail.com

(Reçu le 15 août 2025; Révisé le 10 septembre 2025 ; Accepté le 30 septembre 2025)

Résumé

La présente étude a analysé les logiques sociales associées à la préférence des soins non-conventionnels par les malades mentaux à Korhogo. Ainsi, dans une démarche mixte, elle a collecté les données à partir de la recherche documentaire, des entretiens et de l'observation suivie de l'usage des guides d'entretien et des questionnaires. L'analyse des données dans ce contexte a été réalisée à l'aide de l'analyse de contenu et le logiciel Excel d'autre part. À Korhogo, les malades mentaux choisissent les thérapies traditionnelles parce que principalement conseillés par leurs proches ou recherchant des soins efficaces tout en associant secondairement le respect de leurs traditions de soin ou leur propre expérience. Par ailleurs, la culture Sénoufo favorise l'augmentation de la prévalence de ladite pathologie. Ainsi, perçue comme une maladie symbolique, les soins traditionnels jugés adéquats sont privilégiés par les malades.

Mots clés : Culture, pathologie, médecine traditionnelle, malades mentaux, thérapie, Korhogo.

**THERAPEUTIC PATHWAYS AND SOCIAL LOGICS OF RESORT TO
TRADITIONAL MEDICINE IN THE MANAGEMENT OF MENTAL
DISORDERS : THE CASE OF THE DEPARTMENT OF KORHOGO, PORO
REGION (CÔTE D'IVOIRE)**

Abstract

This study analyzed the social logics associated with the preference for non-conventional care by mentally ill patients in Korhogo. Using a mixed-methods approach, data were collected through documentary research, interviews, and observation, complemented by the use of interview guides and questionnaires. Data

analysis in this context was carried out using content analysis, artificial intelligence, and Excel software. In Korhogo, mentally ill patients choose traditional therapies mainly because they are advised to do so by relatives or because they are seeking effective treatments, while also secondarily associating this choice with respect for their care traditions or their own personal experience. Furthermore, Senufo culture contributes to the increased prevalence of this pathology. Thus, as it is perceived as a symbolic illness, traditional treatments – considered appropriate – are favored by patients.

Keywords : Culture, pathology, traditional medicine, mentally ill patients, therapy, Korhogo.

Introduction

La santé mentale constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique mondiale. Consacré par l'Objectif de Développement Durable n°3 (ODD3), le droit à la santé inclut la prise en charge des troubles psychiques. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, une personne sur huit, soit environ 970 millions de personnes, vivait avec un trouble mental en 2019, principalement des troubles anxieux et dépressifs (OMS, 2022, P.14). La pandémie de COVID-19 a accentué ce phénomène, entraînant une hausse de 26 % des troubles anxieux et de 28 % des troubles dépressifs. Ces pathologies, marquées par une détresse psychique et des déficiences fonctionnelles, compromettent la stabilité des familles et des communautés d'où la nécessité de réponses adaptées.

En Afrique, malgré la présence croissante d'infrastructures biomédicales, la médecine traditionnelle demeure le recours privilégié près de 80 % de la population pour leurs besoins de santé (OMS, 2015, P.69). Plusieurs études indiquent qu'environ 40 % des patients des guérisseurs traditionnels souffrent de troubles mentaux (Kouassi et al., 2023, pp. 210-218). Ce constat s'applique à la Côte d'Ivoire, où l'Etat, engagé depuis 2015 dans la mise en œuvre des ODD, a accru le budget de la santé de 5-6 % en 2016 à 7,29 % en 2020 (République de Côte d'Ivoire, 2021, P. 142). Le pays compte aujourd'hui 57 établissements spécialisés dans le traitement des troubles psychiatriques, dont 30 publics, 12 privés et 14 confessionnels (Kouassi et al., 2023, pp. 210-218). Malgré ces efforts, environ 60 000 personnes souffrent de troubles mentaux, et plus de 80 % continuent de recourir à la médecine traditionnelle (République de Côte d'Ivoire, 2014, P. 32).

Cette situation met en évidence un paradoxe : alors que l'offre biomédicale se renforce, la préférence des malades reste orientée vers les soins traditionnels. Dès lors, une interrogation s'impose : pourquoi les personnes atteintes de troubles mentaux à Korhogo privilégient-elles encore la médecine traditionnelle ? La présente étude se propose d'analyser les logiques sociales et culturelles de ce choix. Elle vise à comprendre les facteurs qui expliquent ce recours, à examiner le rôle de la culture

sénoufo dans la perception et le traitement de la maladie, et à identifier les représentations sociales qui orientent l'itinéraire thérapeutique. L'hypothèse principale est que la médecine traditionnelle est perçue comme plus adaptée aux troubles considérés d'origine surnaturelle, ce qui justifie sa légitimité sociale. Pour interpréter les résultats, ce travail mobilise la théorie de l'ethnopsychiatrie, qui offre des outils conceptuels permettant de saisir le sens culturel de la maladie et des pratiques de soins.

1. Cadre méthodologique de référence

1. 1. Une étude encrée dans une démarche mixte

La présente étude s'est réalisée à partir de la démarche mixte c'est-à-dire celle qui associe à la fois méthode qualitative et méthode quantitative. Ce choix se justifie par le fait que d'une part, le premier objectif spécifique exige de recueillir chez les enquêtés les causes présumées des troubles mentaux et classer celles-ci le nombre de fois que chacune est évoquée par les enquêtés afin d'en dégager les causes prédominantes. Cette orientation analytique pour cet objectif impose l'usage des outils de la démarche quantitative. Cela en est ainsi car à l'instar d'Emile Durkheim, c'est le cadre méthodologique qui se veut appréhender les faits sociaux comme des choses et leur appliquer les méthodes des sciences dites dures (J.-M. Tremblay, 1967, P. 157). Il s'agit donc d'appliquer les principes statistiques aux faits sociaux afin d'en dégager les sens objectifs. Cette dernière démarche permettra particulièrement à cette étude de pouvoir décrire l'effet de la culture sur les choix thérapeutiques des malades mentaux afin de comprendre cette réalité sociale (H. Oehmichen et O.Viedrov, 2016, pp. 65-82.).

D'autre part, les deux autres objectifs quant à eux se veulent examiner respectivement le fonctionnement de la culture Sénoufo afin de saisir le rapport entre celle-ci et la prévalence de la pathologie étudiée et interroger la manière dont les acteurs locaux se représentent ladite pathologie. Sous cet angle, ces deux dernières orientations nécessitent le recours aux techniques et outils de la démarche qualitative. En effet, tel que présentés, ces deux autres objectifs obéissent aux principes paradigmatiques de la démarche compréhensive de Max Weber (H. Dumez, 2012, P. 65). En cause, ce dernier perçoit le fait social comme un ensemble d'action ou de comportement auquel l'acteur associe un sens subjectif (F. Gonthier, 2004, pp. 35-54). Cet auteur soutient dans ce contexte que l'objet de la sociologie est l'étude des sens que les acteurs donnent à leurs actions. Pourtant, la recherche de sens s'étend à l'appréhension des explications causales d'où la notion de compréhension explicative c'est à dire saisir causalement le fait social de manière à construire la certitude empirique entre des causes et leurs effets, une réalité sociale et ces motivations empiriques (C. Colliot-Thélène, 2003, pp.149-181).

En outre, la présente étude s'inscrit dans l'approche déductive ou hypothéticodéductive (H. Dumez, 2012, P. 65). Selon celle-ci, la recherche empirique part d'une ou de plusieurs hypothèses proposées par le chercheur après la construction de l'objet d'étude (P. N'da, 2015, P. 273). Dans ce contexte, le processus de recherche vise à vérifier ces hypothèses c'est-à-dire les confirmer ou les infirmer. Ce choix est motivé par le souci de circonscrire le champ conceptuel et l'orientation empirique de la présente recherche. Par ailleurs, l'analyse des logiques sociales associées à l'orientation thérapeutique des malades mentaux tout en s'intéressant aux soins traditionnels en la matière implique un examen de l'impact de l'identité culturelle des communautés sur l'explication d'une maladie et les choix du modèle de soin. Ceci étant, la nécessité de rester dans le champ conceptuel impose d'être orienté d'une part, par une première hypothèse, celle relative à la question centrale et d'autre part, par des hypothèses secondaires proposant des réponses hypothétiques aux questions subsidiaires. Il convient pour la suite de préciser les différents champs de mise en œuvre de cette recherche.

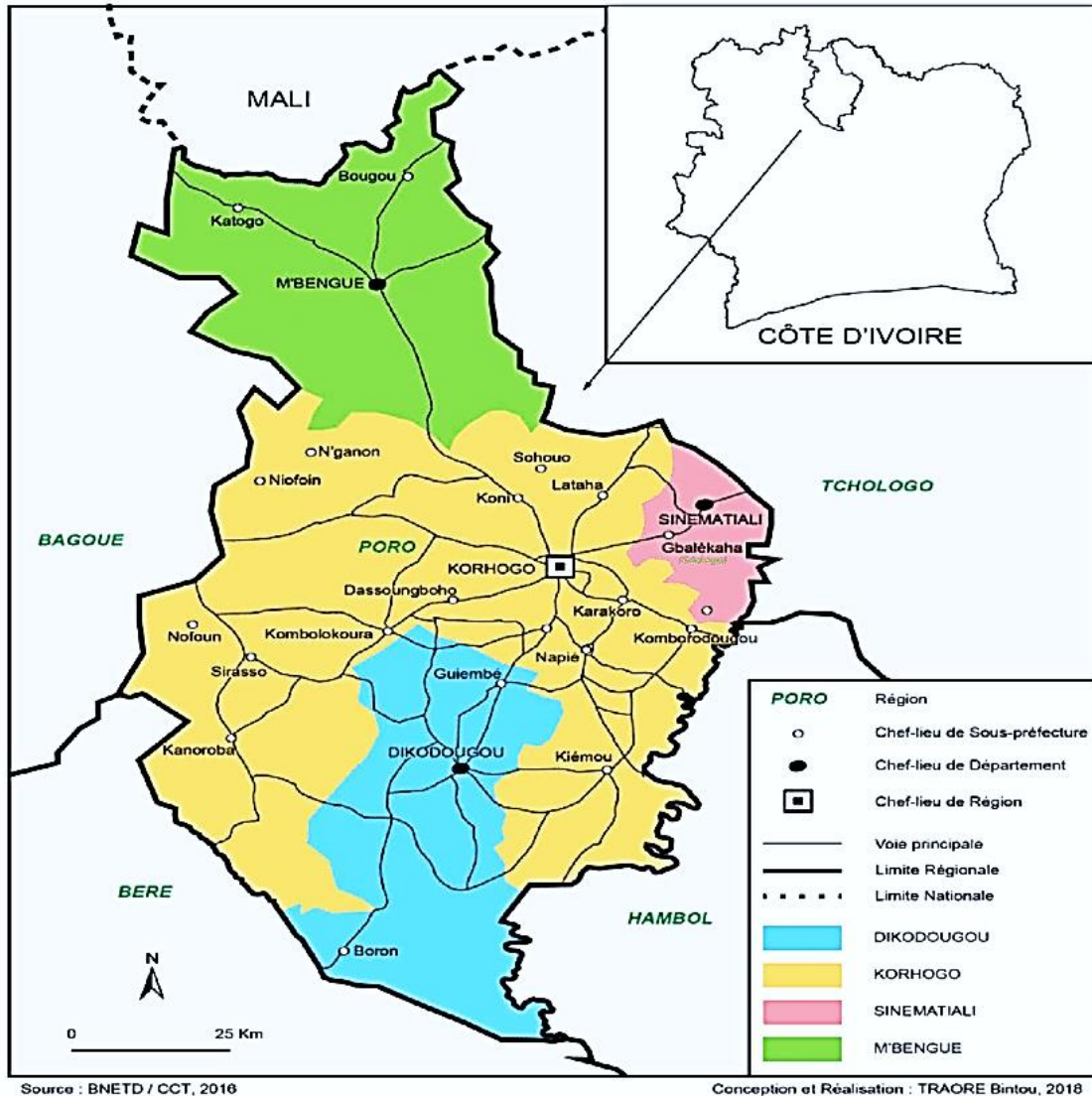
1. 2. Champ spatial de l'étude

Les investigations pour la rédaction du présent article se sont effectuées dans la ville de Korhogo, chef-lieu du département qui porte le même nom. Cette étude se réalise de ce fait dans le département de Korhogo qui est lui-même le chef-lieu de la région du Poro, l'une des régions du District des savanes au Nord de la Côte d'Ivoire à 635km d'Abidjan (La capitale économique de la Côte d'Ivoire). Cette région est limitée au Nord par le Mali, et le Burkina Faso, à l'Est par la région du Tchologo et du Hambol, au Sud par la région du Béré et à l'Ouest par la région de la Bagoué. Plus précisément, cette localité fait frontière avec les villes de Ouangolodougou au Nord, Katiola au Sud, Boundiali à l'Ouest et Ferkessédougou à l'Est (S. Soro, 2025, P.15). Ce choix se justifie par le fait que non seulement, il s'agit de la seule ville de ce District où l'on retrouve des structures spécialisées en santé mentale en plus, le département de Korhogo est une localité très traditionaliste. En effet, Cette localité est peuplée principalement par trois sous-groupes sénoufos dont les *Tiembara* qui sont des agriculteurs, les *mafambélé* des potiers et les *fodombélé* des forgerons qui se caractérisent tous par les mêmes pratiques socio-culturelles. Etymologiquement, Korhogo dérive de l'expression « *Kor-go* » qui signifie en sénoufo héritage. En raison de son attachement à la tradition, ce département est appelé la « *cité du poro* » dont le non *poro* signifie bois sacré.

Le choix de la région du Poro se justifie également par la représentativité géographique et communautaire de cette circonscription. En effet, cette région couvre une superficie de 13.400 km² soit 3,9% du territoire national. Cette circonscription est composée de quatre départements (Korhogo, Dikodougou, Sinématiali, M'Bengué), de 27 Sous-Préfectures, de 11 communes et de 837 villages. Par ailleurs, selon le Recensement Général de la Population et l'Habitat (RGPH) la population du district autonome des

Savanes est estimée à 2.159.434 habitants, dont 1.040.461 pour la région du Poro (République de Côte d'ivoire, 2022, p. 17). A l'effet de mieux appréhender le champ spatial de l'étude, la carte de la région du Poro a été mise à disposition.

Carte 1 : Région du Poro



En outre, Une fois dans la ville de Korhogo, les enquêtes ses sont déroulées auprès des structures spécialisées dans la prise en charge de la santé mentale d'une part et des centres non-conventionnels (les centres de la médecine traditionnelle) d'autre part. Ainsi, le service de neuropsychiatrie du CHR (Centre Hospitalier Régional) de Korhogo et le centre Jubilé de Korhogo (ex Sainte Camille, un centre confessionnel de l'église Catholique) ont été visités pour ce qui est des structures conventionnelles. S'agissant de l'enquête auprès des centres traditionnels, elles se sont déroulées précisément dans les villages thérapeutiques (les centres traditionnels de prise en charge des malades mentaux) tels que : Katanvogo, Yéporokaha, Karafigué, Lataha, Blagbo, Lavonnonkaha et Koulofôwahakaha.

1. 3. Collecte et analyse des données qualitatives

1. 3. 1. L'échantillonnage dans la démarche qualitative

Dans le cadre de l'application de la méthodologie qualitative, l'échantillonnage par choix raisonné a été utilisé au départ (M. Olivier, 2011, pp. 31-32). Ce premier échantillonnage a permis de sélectionner des personnes ressources dans un premier temps selon les catégories d'acteurs ciblées. En revanche, une fois sur le terrain, l'échantillonnage par boule de neige a été nécessaire pour étendre la liste des enquêtés (J. Hamel, 2000, pp. 3-20). Ainsi, au total, 43 (quarante-trois) enquêtés ont été interrogés. Sur cette base, les catégories d'acteurs interrogés et leurs effectifs ont-ils été consignés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Répartition des entretiens réalisés

Catégorie d'acteurs	Nombre d'acteurs	Types d'entretiens
Agents de santé	8	1 Focus group de 4 enquêtés 4 Entretiens individuels
Praticiens de la médecine traditionnelle	5	1 Focus group de 3 enquêtés 2 Entretiens individuels
Leaders communautaires	9	2 Focus group de 3 enquêtés 4 Entretiens individuels
Parents ou proches de malades	9	9 Entretiens individuels
Animateur communautaire	4	1 Focus group de 3 enquêtés 1 Entretien individuel
Malades ou anciens malades	8	8 Entretiens individuels
Total	43	33

Source : Notre enquête, Juillet 2021 (Korhogo)

Le tableau 1 montre que le 43 enquêtés ont été entretenus à partir de 5 focus group et 28 entretiens individuels pour un total de 33 entretiens.

1. 3. 2. La collecte des données dans la démarche qualitative

S'agissant de la collecte des données dans le cadre de l'application de la démarche qualitative, la recherche documentaire, l'observation et l'entretien individuel et de groupe ont été privilégiés. La recherche documentaire a consisté à consulter des documents de méthodologie, les documents généraux et les documents spécialisés. Principalement, ce travail s'est effectué au sein des bibliothèques et centres de documentation notamment la bibliothèque de l'Institut d'Ethnosociologies (IES), de

l'Institut de Recherches pour le Développement (IRD), de la CERAP, du Programme National de Santé Mentale (PNSM), du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT) de l'Hôpital psychiatrique de Bingerville (HPB) et celles du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Korhogo. À cette liste s'ajoute la recherche documentaire en ligne sur d'autres institutions (OMS, MSHP-CMU, publications scientifiques).

Dans l'application de la collecte par observation, du 05 Juillet au 15 Août 2021, l'on a séjourné à Korhogo ; séjour au cours duquel l'observation direct et l'observation participante ont été utilisées pour apprécier de manière pratique la manifestation du phénomène à l'étude. De manière pratique, l'on a pris part à des séances de consultations et de thérapies en médecine moderne et en médecine traditionnelle. Cette technique a permis également de vérifier la présence des malades afin de comprendre le choix de leurs itinéraires thérapeutiques, d'avoir des contacts directs avec les familles des malades, les spécialistes et les thérapeutes afin de voir les comportements de ces différents acteurs pendant la prise en charge et de saisir des termes techniques et formules de la culture. L'application de l'observation a été possible grâce à l'usage des grilles d'observation élaborées à cet effet.

Dans cette étude, nous avons également utilisé l'entretien semi-directif pour collecter les données. Le choix de cette technique est lié à sa flexibilité en ce sens qu'elle n'est ni entièrement libre ni entièrement dirigé mais plutôt caractérisé par un grand nombre de questions précises et structurés (P. N'DA, 2015, P. 273). En outre, cette technique de collecte de données permet de saisir à travers l'analyse du discours des acteurs sociaux, le sens que ces derniers donnent à leurs pratiques sociales et aux systèmes de représentations de leur groupe social. Elle nous a permis de recueillir et d'approfondir les informations par des conversations avec des acteurs sociaux intervenant dans le processus de guérison et de prise en charge des malades mentaux. Nous avons ainsi pu collecter des données sur les représentations sociales associées à l'image des maladies mentales, les aspects sociaux, les attitudes et les comportements aussi bien des familles des malades que des spécialistes de santé mentale. Cette collecte des données va nous aider à mettre en évidence les systèmes de valeurs et les référents idéologiques à partir desquels les acteurs sociaux de Korhogo s'orientent et se déterminent. L'analyse du discours va nous renseigner sur les manières de traiter les maladies mentales par les thérapeutes et le personnel psychiatrique et sur les fonctions socioculturelles en pays sénoufo en cas de maladies mentales. La mise en œuvre de cette technique de collecte des données s'est effectuée à l'aide des guides d'entretien. Ces documents comportant des séries de question a ciblé les catégories d'acteurs interagissant autour du phénomène étudié.

1. 3. 3. L'analyse des données en enquête qualitative

Pour l'analyse des données issues de la démarche qualitative, l'analyse de contenu thématique a été retenue (N. Krief et V. Zaradet, 2013, pp. 211-237). D'une manière pratique, cette technique a consisté à examiner les retranscriptions des données en fonction des thèmes. A partir de là, les différentes réponses aux questions ont été examinées dans une logique comparative. Ainsi, tout en s'appuyant sur cette technique, les résultats qui en sont issus ont été vérifiés par saturation et la triangulation (A. MarchivE, 2012, pp. 7-14).

1. 4. Collecte et analyse des données dans la recherche quantitative

L'application de la démarche quantitative consiste à recourir aux inférences et corrélations statistiques pour rendre intelligible l'objet d'étude. Pour ce fait, l'on a opté pour un échantillonnage exhaustif fondé sur 220 acteurs. Cette base de données repose sur un échantillon de malades interrogés sur leur parcours thérapeutique, leurs représentations de la maladie, et les choix qu'ils ont faits tout au long de leur expérience de soin. Chaque observation est associée à une série de variables permettant de saisir à la fois l'identité sociale et culturelle de l'individu ainsi que les dimensions pratiques de son itinéraire médical. Les principales variables de cette base incluent notamment : le groupe ethnique, l'ethnie, la langue, la religion, les causes présumées de la maladie, l'itinéraire thérapeutique initial, les changements d'itinéraire, ainsi que les raisons de ces changements. Cette richesse de variables permet une analyse multidimensionnelle des phénomènes observés.

L'obtention de la base de données présentée comme échantillon, a été possible grâce à l'application de questionnaires. L'analyse des données dans ce contexte s'est effectuée à partir du logiciel Excel. Toutefois, avant cette opération, les données ont été nettoyées, harmonisées et codifiées. Des opérations de regroupement ont été nécessaires pour uniformiser les catégories de causes de maladie ou d'itinéraires thérapeutiques. Les champs texte ont été analysés afin de regrouper les mentions équivalentes sous une même catégorie.

Il faut retenir de cette partie que l'étude des logiques sociales associées au choix de la médecine traditionnelle s'est effectuée sous la base d'une démarche mixte. Ainsi, les données ont été recueillies à partir de l'usage des entretiens, des observations, de la recherche documentaire et cela à travers l'utilisation des guides d'entretien, et des questionnaires. La partie qui suit est alors l'endroit où sont présentés les résultats.

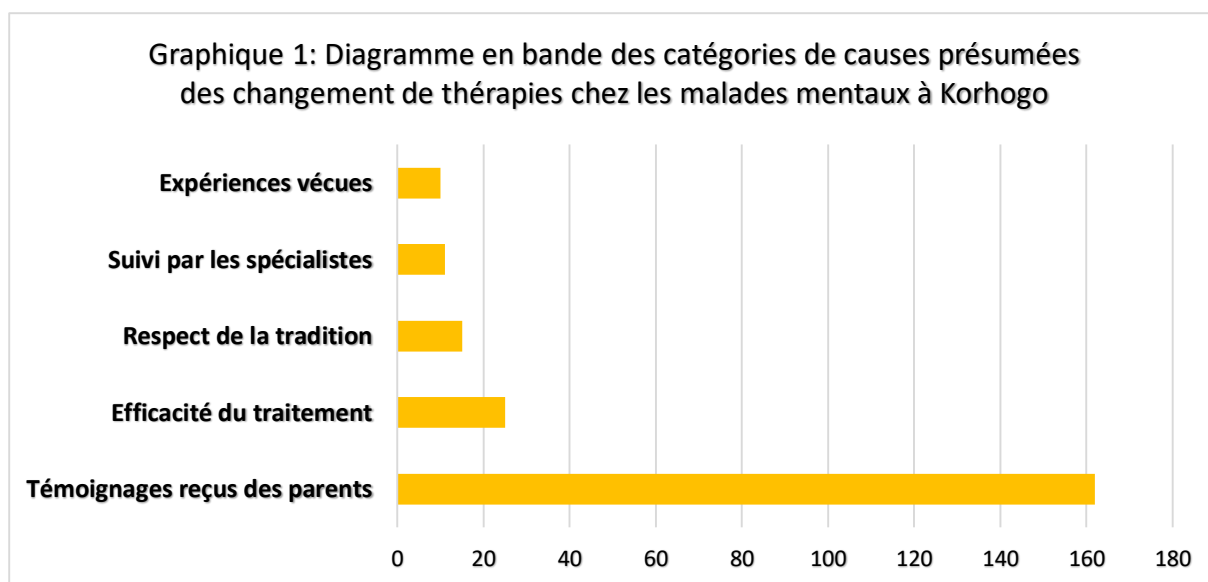
2. Résultats

L'étude des logiques sociales qui sous-tendent le recours aux thérapies traditionnelles dans l'itinéraire des soins des malades souffrants des troubles mentaux voudrait que les formes de justification attribuées au basculement d'un modèle de soin à un autre soient élucidées. Comprendre ces logiques permettra en conséquence d'envisager des perspectives cohérentes pour une politique efficace de renforcement de la résilience

des acteurs dans la lutte contre la pathologie étudiée. Au regard de cet enjeu, cette partie se veut d'abord, mesurer dans une analyse comparative des motifs, les justificatifs dominants ensuite, rapprocher chaque forme de justification à un ou des choix médicaux particuliers puis enfin, appréhender les représentations sociales associées à la maladie étudiée. Pris dans ce contexte, l'usage des données quantitatives et des données qualitatives a été privilégié.

2. 1. Justifications sociale et orientation thérapeutique

L'analyse des motivations des malades mentaux dans leur itinéraire thérapeutique montre que celles-ci sont dominées par le réseau d'information communautaire. En d'autres termes, le choix d'une thérapie dépend des informations reçues au préalable auprès des proches des malades. Toutefois, d'autres motifs que sont l'Efficacité du traitement, le Respect de la tradition, Pour être suivi par les spécialistes et Expériences vécues sont mises en avant pour justifier les choix thérapeutiques chez les malades mentaux de Korhogo et cela selon les représentations indiquées par le graphique 1.



Source : Analyse statistique des données de terrain

Selon le graphique 1, cinq (5) principales causes motivent les changements de thérapie chez les malades mentaux à Korhogo. Dans les sous-titres qui suivent, il sera alors question de commenter ces justificatifs.

2. 1.1. Des choix médicaux sous l'influence des témoignages reçus auprès des proches

Selon le graphique 1 ci-dessus présenté, la première cause de changement de modèle de soin chez les malades mentaux à Korhogo dans leur itinéraire thérapeutique est le témoignage reçu auprès des proches quant à la thérapie adéquate à la pathologie. Cette raison est mise en avant en effet par 162 personnes justifiant ainsi la longueur de sa

bande. Cela traduit par conséquent le poids des réseaux d'information communautaire dans l'orientation médicale des personnes atteintes des troubles mentaux. La représentation graphique de ce motif signifie que les personnes atteintes des troubles mentaux choisissent une thérapie, changent de type de soin ou combine des systèmes de prise en charge généralement à cause des témoignages reçus.

2. 1.2. Les motifs relatifs à l'efficacité du traitement dans l'itinéraire thérapeutique des malades mentaux

À l'analyse du graphique 1, le second motif le plus expressif dans l'orientation thérapeutique des malades mentaux est celui relatif à la quête de soins efficaces. Cette autre motivation est soutenue par 25 personnes se classant à la deuxième place des causes les plus expressives. Sa mobilisation montre ainsi que la recherche de résultats concrets chez les malades reste un élément catalyseur important dans le changement des soins. La mobilisation de ce justificatif signifie simplement que des malades changent de cadre de soin en partie après leur insatisfaction vis-à-vis d'un premier et recherchent par conséquent un système plus efficace ou optent pour une mixité de traitement dans le but d'accroître la possibilité de guérison totale, durable et réduire la période de prise en charge.

2. 1.3. Respect de la tradition dans les orientations thérapeutiques

Chez un certain nombre d'enquêtés, le choix d'un modèle de soin dans la prise en charge des troubles mentaux obéit à une logique de respect de leur tradition de soin. Mise en avant par 15 acteurs, cette réponse souligne la force des croyances culturelles dans les choix médicaux. Cette raison est exclusivement mobilisée dans les recours aux thérapies traditionnelles et signifie que pour certains malades, le recours à ce type de soin s'inscrit dans une logique de soumission aux normes sociétales de leur communauté d'origine. Cette réalité démontre de la sorte, l'influence des caractéristiques culturelles sur le choix de thérapie en cas de folie.

2. 1.4. Pour être suivi par les spécialistes

Une catégorie d'enquêtés justifie leurs choix médicaux notamment en faveur des structures modernes par leur désir de bénéficier d'une prise en charge professionnelle, choix exprimé dans ce contexte par « *pour être suivi par les spécialistes* ». Ce motif est mobilisé par 11 enquêtés et témoigne d'avoir été orienté par leur proche vers une prise en charge spécialisée. Toutefois, l'analyse révèle une distinction importante pour la majorité d'entre eux, le recours aux structures biomédicales n'a pas constitué le premier choix. Les familles avaient déjà expérimenté d'autres formes de soins notamment la médecine traditionnelle, les camps de prière ou les pratiques de guérison spirituelle avant de se tourner vers les spécialistes. Cela dit, cette catégorie

mentionne avoir sollicité la médecine moderne après une première insatisfaction et ce, motivée par la conviction d'une prise en charge professionnelle plus adaptée.

2. 1.5. Expériences vécues et orientation thérapeutique

Un dernier groupe d'acteurs soutiennent avoir choisi un modèle de soin du fait de leur expérience personnelle antérieure en la matière. Avec la bande la plus courte du graphique 1 parce que soutenue que par 10 malades, ce dernier justificatif révèle le poids de l'histoire personnelle dans le rapport au soin. En clair, des malades ou parents de malades se fidélisent à un type de soin à partir de leur propre expérience de soin en la matière. Ce motif témoigne de ce que des choix thérapeutiques dépendent d'une ou des premières satisfactions dans leur itinéraire.

En définitif, l'observation de ce graphique montre qu'avec la plus longue bande, l'orientation des malades mentaux vers un type de soin est majoritairement influencée par les réseaux d'informations communautaires. Selon l'ordre de la taille des bandes de ce graphique, la seconde raison des choix thérapeutiques est la recherche des soins efficaces. En troisième position, des malades avancent d'avoir choisi une thérapie particulière dans le cadre du respect de leur tradition de soin. Classées respectivement à la quatrième et en cinquième place, certains malades se veulent être suivis par des spécialistes pendant que d'autres obéissent à leur propre expérience en la matière.

2. 2. La culturalité du peuple Sénoufo et construction des troubles mentaux

À Korhogo, la folie est plus une construction sociale qu'un simple problème de santé. En effet, dans cette localité, la communauté autochtone est structurée en divers catégories sociales et chacune de ces catégories constitue une source de pouvoir mystique pour les acteurs. Cette catégorisation se construit autour des rôles sociaux fondant le statut de chaque autochtone. Ainsi, il y a la catégorie des Forgerons, celle des chasseurs traditionnels « *les Dozo* », les griots, les potiers, les tisserands, les cordonniers et la classe des nobles. À ces catégories sociales, s'ajoute la présence des sociétés secrètes dont la principale est le Poro. En outre, relativement à leurs rôles à la fois sociétaux et symboliques, chacune de ces catégories dispose d'une source de pouvoir mystique qui lui permet d'assurer parfaitement ces rôles. Cela dit, chaque membre de la communauté Sénoufo du moins ceux parfaitement intégrés dans la tradition possède des pouvoirs mystiques utilisés à cet effet comme ressource d'action dans le système globale d'interaction sociale dans cette localité. Étant donné que les rapports sociaux sont pris dans un jeu de pouvoir et de contre-pouvoir, la mobilisation de ces pouvoirs constitue une origine importante des troubles mentaux dans cette localité. En clair, selon son mode de construction, ce phénomène émerge des jeux de pouvoir conflictuels, des logiques de régulation sociale et de conservation des croyances.

2. 2.1. *Jeu de pouvoir et construction des troubles mentaux*

Chez les Sénoufo, la folie émerge très souvent des jeux de pouvoir (des conflits sociaux). À ce niveau, il faut noter que les rapports de force sont généralement le lieu de démonstration des pouvoirs chez ces peuples. En effet, dans un rapport conflictuel, le pouvoir mystique est très souvent mobilisé. Cette réalité se manifeste généralement dans un contexte de rivalité sociales, de conflits autour des ressources et biens d'autres. Écoutons à cet effet un enquêté qui dit :

« Tu sais, ici là, tout le monde est garçon ; chacun a une puissance mystique. Donc en cas de petit problème, ils cherchent à s'affronter mystiquement pour voir qui est garçon. Où s'il y a problème de terre, d'argent ou de femme, là ils se font du mal. Tu vois, dans un village, il peut avoir deux grands chasseurs. Donc voir qui est le plus grand, les deux s'affrontent en sorcellerie. C'est dans ça, certains deviennent fous. A cause de ça ici là, on n'insulte pas quelqu'un. Tu t'amuses, ils vont te gêner pour rien. »¹

Ce témoignage confirme l'usage du pouvoir mystique dans des rapports conflictuels (Conflits des ressources sociales ou conflits de rivalité sociale). Dans ce cas, la folie serait une conséquence de cette conflictualité sociale. Ces types de rapports, produisent très souvent la mort, la maladie, la folie de l'un des protagonistes.

2. 2.2. *Régulation sociale et construction des troubles mentaux*

Dans la société traditionnelle Sénoufo, la folie est utilisée comme un moyen de dissuasion des déviances aux normes sociales. D'une manière concrète, les déviances telles que la défiance d'un aîné ou d'une autorité coutumière, le vol, l'adultère, sont sévèrement punis par fois par la folie. Un enquêté confirme cette logique à travers les propos suivants :

« Chez nous ici, il y a des choses qu'on ne fait pas. Si tu ne sais pas, tu vas penser que rien ne peut t'arriver. Mais si on te dit que ça là, c'est interdit, il ne faut pas faire. Par exemple, le Poro, on te dit que si tu n'es pas initié, tu ne dois pas aller là-bas. Si toi, tu t'es caché pour aller, ce que tu vas avoir là-bas, c'est pour toi. Je te dis la vérité, ici là, on ne cherche pas femme des gens, on ne vole pas, on n'insulte pas les grandes personnes. Tu fais ça, si on ne t'a pas tué, on te rend fou. Donc tu es ici là, il faut faire attention. »²

Ce discours montre que l'une des origines des troubles mentaux est la déviance aux normes d'interaction sociale. Ainsi, cette maladie ou réalité comme la mort deviennent des sanctions à cet effet.

¹ Une autorité coutumière de 58 ans à Korhogo

² Une autorité coutumière de 58 ans à Korhogo

2. 2.3. Conservation des croyances dans l'émergence des troubles mentaux

A ce niveau, la folie devient la conséquence de la profanation d'un espace sacré, le non-respect des conditions d'adoration d'une divinité animiste, une initiation inachevée, la rencontre d'un être surnaturel etc. Cette réalité est traduite par un enquêté qui dit :

« Ici là, il y a des choses on ne joue avec. Toi, tu es né, tes parents avaient fétiches. Votre famille a ça depuis vos ancêtres. Et comme toi tu es devenu blanc, tu veux laisser. Ou bien, on te dit que chaque année, tu dois faire tel sacrifice et tu ne fais. Il y a un qui lui, comme il est devenu chrétien, il a pris les fétiches des parents alors qu'il en est l'héritier et il les a jetées à l'eau. Il est resté là-bas, il est devenu fou puisqu'aujourd'hui. Personne ne peut soigner ça. »³

À travers ce verbatim, cet enquêté évoque les dangers liés au non-respect des normes d'adoration ou de perpétuation d'une croyance traditionnelle. Ce dernier souligne par ailleurs que l'une des conséquences de la mauvaise gestion de ces croyances est la Folie. Au regard de ces modes de construction, la folie est plus une maladie construite socialement qu'une pathologie naturelle chez les Sénoufo.

2. 3. Symbolisme des troubles mentaux et fondement des représentations sociales

L'examen des représentations sociales des troubles mentaux met en relation les causes présumées de cette maladie et l'interprétation communautaire de celle-ci. Cela dit, les perceptions des causes de la maladie sont fondamentales pour comprendre les itinéraires thérapeutiques. Elles déterminent non seulement le premier recours mais aussi les justifications des changements de traitement. Ces représentations sont enracinées dans les cultures locales, les religions et les expériences de vie des malades. A ce sujet, l'analyse des causes présumées de cette pathologie permet de regrouper les déclarations des malades selon cinq grands axes. Il s'agit de :

- ✓ Maladies d'origine surnaturelle : envoûtement, sorcellerie, attaque spirituelle.
- ✓ Volonté divine ou épreuve spirituelle : maladie donnée par Dieu, destinée.
- ✓ Maladies naturelles ou biomédicales : stress, fatigue, maladie chronique identifiée (ex. diabète, paludisme).
- ✓ Causes sociales : jalousie, conflits familiaux, trahisons dans le cercle social.
- ✓ Inconnues ou multiples : maladie inexplicée, sentiments de confusion.

Relativement à la liste ci-dessus présentée, les causes surnaturelles sont les plus fréquentes dans cet échantillon, ce qui explique les représentations sociales associées à cette pathologie chez les communautés autochtones de Korhogo. Pris dans ce sens, le paludisme ou les troubles somatiques identifiés comme d'origine « naturelle » sont

³ Un chef coutumier de 58 ans à Korhogo

souvent considérés comme des symptômes d'un mal plus profond et invisible. Selon toujours cet échantillon, l'on observe une surreprésentation des causes spirituelles parmi les groupes ethniques tels que les Sénoufo, Malinké et Bété. À l'inverse, les causes biomédicales sont plus présentes chez les répondants chrétiens ou alphabétisés, bien qu'elles soient rarement évoquées seules. L'idée d'une « double causalité » (visible/invisible) est très fréquente.

En outre, au regard de leur caractère culturaliste, les Sénoufo appréhendent les troubles mentaux comme des maladies symboliques mettant ainsi l'accent sur l'origine surnaturelle de celles-ci. Selon cette acception, cette maladie est construite socialement sous l'effet d'une force surnaturelle. Sous cet angle, la mobilisation de cette force peut être volontaire ou involontaire et de diverses sources. De même, dans la mesure où toutes les catégories sociales composant la communauté Sénoufo sont dotées de pouvoirs mystiques, la folie devient donc un effet des interactions sociales entre les acteurs et entre les acteurs et les divinités. Ainsi, dans la tradition locale, les troubles mentaux ne relèvent pas d'un dysfonctionnement biologique, mais sont plutôt vus comme des produits des interactions Hommes - Hommes ou Hommes - les esprits. Dans ce contexte, à partir des différentes formes d'interprétation de cette pathologie, les représentations ci-dessous ont été relevées :

- ✓ L'expression d'un conflit social
- ✓ Une possession par des esprits ou génies malins ;
- ✓ Punition relative à une transgression familiale ou communautaire ;
- ✓ Le résultat d'une sorcellerie, d'un sort jeté par un ennemi ou jaloux ;
- ✓ Un déséquilibre cosmique ou une perte de lien avec les forces spirituelles protectrices.

Au regard de cette liste de perception, celle qui conçoit la maladie mentale comme une pathologie spirituelle est dominante. Cette perception explique pourquoi les familles font souvent appel aux guérisseurs traditionnels (komian, féticheurs, marabouts), aux anciens, ou aux leaders religieux, avant d'envisager le recours aux structures médicales modernes. Il faut donc comprendre que dans la société sénoufo et plus largement dans le département de Korhogo, la maladie mentale est généralement interprétée à travers des référentiels culturels et spirituels. Les symptômes tels que le repli sur soi, les propos incohérents, la nudité, les crises violentes ou l'errance sont rarement perçus comme des troubles médicaux, mais plutôt à partir de leur origine spirituelle.

En somme, la représentation sociale de la maladie mentale à Korhogo est profondément influencée par les structures culturelles, les croyances religieuses, les rapports familiaux et les dynamiques communautaires. Dans ce contexte, la maladie

mentale n'est pas envisagée comme une simple pathologie médicale, mais comme le signe visible d'un déséquilibre spirituel, moral ou social. Relativement à ces perceptions, la définition de la folie varie selon les groupes interrogés. Pour certains, c'est une possession ; pour d'autres, un trouble héréditaire, une conséquence d'un manquement aux règles coutumières, ou une punition divine. Ces interprétations sociales construisent le sens du mal et orientent les choix thérapeutiques.

3. Discussion

Il faut retenir des résultats de la présente recherche qu'à Korhogo, les malades mentaux optent en majorité pour les thérapies traditionnelles pour leur prise en charge et cela, parce qu'orienté majoritairement par les témoignages des membres de la communauté. Cet état de fait révèle que l'aire culturelle Sénoufo exerce une influence sur les choix thérapeutiques des personnes affectées des troubles psychiatriques. En cause, le groupe Sénoufo, est très traditionaliste avec une organisation sociale qui confère à chaque membre des pouvoirs mystiques. Cela pour dire que la structure sociale et la culture Sénoufo constituent des facteurs amplificateurs de la prévalence des troubles mentaux en pays Sénoufo. Ces résultats mettent ainsi en lumière l'origine mystique de ce mal de manière à fonder l'interprétation communautaire de celui-ci la désignant comme une pathologie symbolique ; une maladie spirituelle. Ainsi se justifie la préférence des guérisseurs traditionnels dans l'itinéraire thérapeutique des malades mentaux à Korhogo.

Interprété à la lumière de la théorie ethnopsychiatrique, trois concepts permettent d'appréhender le résultat ci-dessus présenté. Le premier est celui de l'*être* (T. Baubet et M. R. Moro, 2020, pp. 193-208). L'être pour cette théorie est la communauté dominante dont les principes culturels influence la propagation, les représentations des troubles psychiatriques et l'orientation thérapeutique (T. Baubet et M. R. Moro, 2000, pp. 111-117). Cela dit, la communauté Sénoufo est appréhendée comme l'être dans cet article. Quant aux représentations sociales de la pathologie analysée, elles sont appréhendées par le concept d'*étiologie* (G. Devereux., 1970, p. 397). A ce niveau, l'analyse des étiologies a montré que les troubles mentaux sont appréhendés comme des maladies symboliques. Cette réalité se justifie par l'émergence de quatre (4) étiologies majeures dans la représentation sociale associée à cette pathologie par les acteurs locaux. Il s'agit de :

- ✓ L'étiologie relative à la régulation sociale ;
- ✓ L'étiologie renvoyant à la vicissitude de la vie d'un malade ;
- ✓ L'étiologie relative au monde des êtres surnaturels ;
- ✓ L'étiologie relative à la vicissitude de l'histoire familiale.

S'agissant des modèles thérapeutiques, ils sont perçus par le concept *faire* (T. Reucher, 2002, p. 72). Selon ce concept, la mobilisation d'une thérapie dans le cadre

d'une maladie mentale est relative aux étiologies dominantes. De ce fait, vue la prédominance des étiologies logeant les troubles mentaux comme des pathologies surnaturelles, la médecine traditionnelle se positionne comme à la fois un mécanisme culturel et une stratégie communautaire de résilience des acteurs locaux (L. Y, J. Sophie et G. Legault. 2006, p. 27).

Pris dans le débat scientifique autour de l'étude de l'itinéraire thérapeutique des malades mentaux, l'angle d'analyse de la présente recherche est partagé par un certain nombre de travaux scientifiques. Parmi ces travaux il y a celui de Joséphine Lemouoguel, Alix Michelle Douanla (J. Lemouoguel¹, A. M. Douanla, 2024, pp. 154-167). Selon cet article, dans l'itinéraire thérapeutique des malades mentaux, il apparaît une préférence aux soins traditionnels et aux thérapies combinant plusieurs types de soin. En cause, il y a l'insuffisance et la cherté des soins biomédicaux d'une part et de l'influence des perceptions socioculturelles des troubles mentaux en appréhendant cette pathologie comme une maladie mystique d'autre part. En traitant ce sujet de la sorte, cet article corrobore une partie des résultats de la présente étude.

En outre, pour F. R. Koné, l'univers dozo repose sur la spiritualité, les amulettes, la chasse comme acte sacré, et la lutte contre le mal visible et invisible fondée sur des pouvoirs magico-religieux (F. R. Koné, 2018, p. 50). De son côté, Soro Sotianhoua appréhende le Poro-Tchologo comme une institution initiatique dans l'organisation éducative, culturelle, sociale et politique des sociétés sénoufo du nord de la Côte d'Ivoire. Il s'agit de la transmission des ressources morales, physiques, spirituelles pour l'intégration sociopolitique des jeunes garçons (S. Soro, 2024, pp. 228-248). Même si ces deux précédents travaux n'examinent pas l'itinéraire thérapeutique des malades mentaux, leurs résultats corroborent les résultats de la présente étude selon laquelle, l'organisation sociale des Sénoufo est une source de pouvoir mystique pour les acteurs.

En plus des travaux qui abordent la thématique analysée dans le même sens, la présente recherche apporte des contributions complémentaires. Pris sous cet angle, examinant l'origine des troubles mentaux, F. A. Dimbu et V. T. P. Mangwamba (2016, pp. 119-126) indiquent que la maladie peut résulter des comportements du malade lui-même ou d'un désordre familial. Ils évoquent également son caractère héréditaire ainsi que des causes naturelles. Relativement à ces étiologies, leur étude identifie plusieurs origines possibles : la sorcellerie, un sort lancé par un proche, une volonté divine ou des esprits, un héritage biologique, une infection microbienne, ou encore un manque de protection spirituelle.

Inscrite sous le même axe d'analyse, l'étude de I. K. Balagizi et *al.* (2017, pp. 78-90), menée à Bukavu (RDC), souligne que le recours à la médecine traditionnelle est motivé par la disponibilité des médicaments, leur accessibilité financière, la qualité des soins

prodigués ainsi que la forte adhésion culturelle qui légitime ce modèle thérapeutique. Toutefois, cette analyse ne prend pas suffisamment en compte le poids des traits culturels spécifiques de chaque communauté dans la construction des représentations sociales de la maladie mentale et dans les logiques de recours aux soins.

A ce niveau, les recherches menées en Côte d'Ivoire complètent utilement ces approches. Plusieurs travaux montrent que les camps de prière, les Eglises de réveil, ainsi que d'autres structures non conventionnelles (centres de guérison spirituelle, exorcisme) constituent des lieux de recours privilégiés pour les malades mentaux et leurs familles (K. KOUASSI et *all*, 2023 pp. 210-218). Ces structures se présentent non seulement comme des espaces de traitement, mais aussi comme des lieux de protection et de réinsertion symbolique. Elles mettent en avant une logique culturelle et spirituelle où la maladie est souvent interprétée comme la conséquence d'un envoûtement, de la colère des ancêtres, ou d'un manquement aux normes religieuses et sociales (K. Vincent. 2022, p. 503).

Ainsi, la présente recherche, en s'appuyant sur le cas du département de Korhogo, se situe dans une dynamique comparative qui vise à dépasser l'analyse centrée uniquement sur les facteurs économiques ou structurels pour mettre en lumière l'importance des ancrages culturels et communautaires dans itinéraires thérapeutiques.

Conclusion

Sur la base d'une étude mixte réalisée à Korhogo, cet article a analysé les logiques sociales associées au recours des malades mentaux à la médecine traditionnelle. Les résultats issus de ce travail ont révélé que dans le département de Korhogo, les malades mentaux s'orientent vers la médecine traditionnelle parce que principalement conseillés par leurs proches, recherche des soins efficaces, se veulent respecter leurs traditions de soin ou à cause de leur propre expérience. En outre, les caractéristiques culturelles et le fonctionnement de cette communauté favorisent l'augmentation de la prévalence de ladite pathologie. Ainsi, au regard de son origine majoritairement mystique, cette maladie est perçue comme une pathologie symbolique de sorte à justifier leur préférence aux soins non-conventionnels considérés comme ceux adéquats pour ce type mal. Sur cette base, l'hypothèse selon laquelle les malades mentaux de Korhogo privilégient la médecine traditionnelle pour leur soin parce que ce système de soin constitue un mécanisme local jugé adéquat pour le traitement des maladies surnaturelles est vérifiée.

Références bibliographiques

BALAGIZI Innocent Karhagomba , KAKONJA Sarah, BAHIZI Cirimwami et BAHAYA Alice , 2017, Etude des facteurs favorisant le recours des patients à la Médecine traditionnelle dans la ville de Bukavu, *Cahiers du CERUKI*, n° 53, pp. 78-90.

COLLIOT-THELENE Catherine, 2003, *Max Weber et la sociologie compréhensive allemande : critique d'un mythe historiographique*, Lyon, ENS édition, pp. 149-181.

DEVEREUX, George., 1970, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, 397 P.

DIMBU Florentin Azia et MANGWAMBA Valentin Tumbwa Pasmak, 2016, « Prise en charge globale des maladies mentales chez les Suku de Congo Kinshasa », *Empan*, Vol 1, N° 101, pp. 119-126.

DUMÉZ Hervé, 2012, *Méthodologie de la recherche qualitative, Les questions clés de la démarche compréhensive, Photographie de couverture*, Londres, Yuibert, 65 p.

GAGNE Emilie Pigeon, SAÏAS Maurice Yago, HASSAN Thomas Gayda et BAMBARA Judicael, 2022, « itinéraires Thérapeutiques et accès aux soins de santé mentale : ethnographie au Burkina Faso », *santé Publique*, N°2 Vol 34 pp. 299-307.

GONTHIER Frédéric, 2004, « Weber et la notion de compréhension », *Cahier international de Sociologie*, Vol 1, N° 116, p 35-54.

HAME Jacques I, 2000. « À propos de l'échantillon. De l'utilité de quelques mises au point ». *Recherches qualitatives*, Vol 21, P 3-20. <https://doi.org/10.7202/1085611ar>.

KONE Fahiraman Rodrigue, 2018, « La confrérie des chasseurs traditionnels dozos en côte d'ivoire : enjeux socioculturels et dynamiques sécuritaires », Montréal, Chaire Raoul-Dandurand en études stratégiques et diplomatiques, Université du Québec à Montréal, 50 P.

KOUASSI Konan, KOUAKOU Koffi Ferdinand, SREU Éric, et MAFOU Kouassi Combo. 2023, « Recours aux structures de soins non conventionnel pour la prise en charge des personnes vivant avec la maladie mentale et épilepsie (pvmme) dans la région sanitaire de l'Iffou (centre-est de la cote d'ivoire) ». *Journal of Innovative Research and Applied Sciences*, N° 3, Vol 17, pp. 210-218.

KOYATTE Salikou, YMBA Maimouna. 2016, *Prise en charge des enfants victimes de troubles mentaux dans le District sanitaire de Ferkessedougou (Côte d'Ivoire) : offre de soins et itinéraires thérapeutiques. Le GRAS 25 ans après : les patients à l'épreuve des soins*, Oran, Algérie. hal-01802694, pp. 95-105.

KRIEF Nathalie et ZARADET Véronique, 2013, « Analyse des données qualitatives en recherche-intervention », *Recherche en science de gestion*, Vol 2, N°95, pp. 211-237.

LECOMTE Yves., JAMA Sophie et LEGAULT Gisèle. 2006, « Présentation, l'ethnopsychiatrie ». *Santé mentale au Québec*, Vol 31, N° 2, p. 27.

LEMOUOGUE1 Joséphine et DOUANLA Alix Michelle, 2024, « Les recours aux soins des troubles mentaux entre les limites de l'offre de la biomédecine et les considérations socioculturelles de la maladie à Bangang (Ouest-Cameroun) ». *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*. Vol 6, N°3, pp. 154-167.

MARCHIVE Alain, 2012. « Les pratiques de l'enquête ethnographique », *Les Sciences de l'éducation Pour l'Ère nouvelle* (Vol. 45), p.7-14, <https://doi.org/10.3917/lsdle.454.0007>, mis en ligne le 17/01/2013.

MARTIN Olivier, 2011, *Echantillon*, in Paugam Serge (dir.), *Les 100 mots de la sociologie*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? », p. 32.

N'DA Paul, 2015, *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*, Paris, L'Harmattan, p.273.

OEHMICHEN Hélène et VIEDROV Oleksii , 2016, « L'usage comparé des statistiques par Gabriel Tarde et Émile Durkheim », *Statistique et Enseignement / Statistique et Société*, Vol 4, N°3, pp. 65-82.

ORGANISATION Mondiale de la Santé, 2015, *Atlas 2014 de la santé mentale*, Genève, EPSM Lille-Métropole/Centre collaborateur de l'OMS pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale, 69 P.

ORGANISATION Mondiale de la Santé (OMS), 2024, La santé mentale renforcer notre action, Aide-mémoire N°220, 4 P, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>.

ORGANISATION Mondiale de la Santé, 2022, *Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous. Vue d'ensemble*, Genève, Publication de l'OMS, p. 14.

REPUBLIQUE de Côte d'Ivoire, 2023, *Évaluation de la matrice des progrès en matière de financement de la santé : Résumé des résultats et recommandations du Rapport final*, Abidjan, Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, p. 74.

REPUBLIQUE de Côte d'Ivoire, 2022, *Recensement général de la population et de l'habitat 2021*, Abidjan, Institut National de la Statistique p.17.

REPUBLIQUE de Côte d'Ivoire, 2021, *Plan national de développement sanitaire 2021-2025*, Abidjan, Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, p. 142.

REPUBLIQUE de Côte d'Ivoire, 2014, *Politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle*, Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, p. 32.

SONGHAI Kpatchaa, 2022, « Itinéraires thérapeutiques des patients dans un contexte de défaillance du marché de soins au Togo », *Santé Publique*, N° 4, Vol 34, pp. 527-536.

SORO Sionfolo , 2025, « Côte d'Ivoire-Agence Ivoirienne de Presse (AIP) / RGPH 2021 : les données définitives de la région du Poro », Abidjan, L'Agence Nationale de la statistique (l'ANSTAT) à Korhogo, 15P.

SORO Sotianhoua, 2024, *Le rôle du Poro-Tchologo Sénoufo*, Paris, les Editions Francophones Universitaires d'Afrique, pp. 228-248.

THIERRY Baubet et MORO Marie Rose, 2000, « L'approche ethnopsychiatrique, » *Enfance et Psy*, Vol 4, N°12, pp. 111-117.

TREMBLAY Jean-Marie, 1967, *Emile Durkheim, (1894), Les règles de la méthode sociologique*, Chicoutimi, QUEBEC, Seizième Edition, Les classiques des sciences sociales, p.157.

TOM Reucher, 2002, *Ethnopsychiatrie, theorie queer et "transsexualisme (syndrome de Benjamin), Pratiques cliniques, de psychologie clinique et pathologique*, Mémoire de DESS, Paris, Université de paris 8, 72 P.

VINCENT Konan. 2022, *La quête de guérison spirituelle en milieu pentecôtiste (Côte d'Ivoire : Une ethnographie du camp Jésus le Chemin de la Vérité de Gonzagueville*. Abidjan, Université Côte d'Azur, 503 P.