

Les Femmes et la Santé Mentale en Milieu Rural : Accès aux Soins, Stigmates et Spécificités Sociales

KOUAME Clément Kouadio

Maître Assistant(CAMES)

Université Félix Houphouët-Boigny

Département de sociologie

kouameclementkouadio@gmail.com

kouame.kouadio67@ufhb.edu.ci

Ablakpa Jacob AGOBE

Maître de Conférences(CAMES)

Ecole Doctorale SCALL-ETAMP

Université Félix Houphouët-Boigny

Département de sociologie

jacobagobe@yahoo.fr

agobe.jacob42@ufhb.edu.ci

Résumé :

L'objectif de cette étude est d'analyser les dynamiques sociales influençant l'accès aux soins en santé mentale des femmes à Duékoué, en milieu rural ivoirien. La méthodologie repose sur une triangulation qualitative combinant observations ethnographiques, entretiens semi-directifs et récits de vie. Les résultats révèlent trois axes majeurs : la rareté des structures adaptées, le poids des stigmates sociaux et les stratégies informelles d'adaptation. L'analyse montre que l'accès aux soins est entravé par la perception culturelle de la maladie mentale, souvent associée à des causes mystiques, renforçant l'exclusion des femmes concernées. La discussion met en lumière l'articulation entre normes sociales et parcours thérapeutiques, soulignant le rôle ambivalent des réseaux familiaux. En conclusion, l'amélioration de la prise en charge passe par une approche intégrée, combinant sensibilisation communautaire et renforcement des dispositifs locaux de santé mentale.

Mots clés : *Femmes, Santé mentale, Milieu rural, Accès aux soins, stigmates*

Abstract :

The aim of this study is to analyse the social dynamics influencing women's access to mental health care in Duékoué, rural Côte d'Ivoire. The methodology is based on a qualitative triangulation combining ethnographic observations, semi-structured interviews and life stories. The results reveal three major issues: the scarcity of suitable facilities, the weight of social stigma and informal coping strategies. The analysis shows that access to care is hampered by the cultural perception of mental illness, which is often associated with mystical causes, reinforcing the exclusion of the women concerned. The discussion highlights the link between social norms and therapeutic pathways, underlining the ambivalent role of family networks. In conclusion, improving care requires an integrated approach, combining community awareness-raising and strengthening local mental health systems.
Key words: Women, Mental health, Rural environment, Access to care, stigma

Introduction

En milieu rural ivoirien, les femmes sont confrontées à des conditions de vie marquées par des difficultés économiques, des responsabilités domestiques accrues et des inégalités d'accès aux ressources. La santé mentale y est souvent négligée, non seulement en raison de la rareté des infrastructures et des professionnels spécialisés, mais aussi à cause des stigmates sociaux associés aux troubles mentaux. Ces femmes, déjà marginalisées par leur genre, subissent un double fardeau : l'absence d'un soutien psychologique adéquat et une stigmatisation qui les dissuade de chercher des soins. Paradoxalement, les réseaux communautaires et familiaux, bien que perçus comme des mécanismes de soutien, renforcent parfois ces stigmates à travers des jugements ou des interprétations culturelles des troubles mentaux.

Le paradoxe découlant des constats : Alors que la communauté rurale est traditionnellement valorisée pour son rôle de solidarité et de proximité sociale, elle devient

paradoxalement un espace de reproduction des stigmates et de l'exclusion pour les femmes souffrant de troubles mentaux. Cette tension révèle une opposition entre l'idéal communautaire et la réalité des discriminations silencieuses.

La question de recherche est : Comment les femmes en milieu rural ivoirien composent-elles avec les défis liés à la santé mentale, et quels rôles jouent les stigmates sociaux et les dynamiques communautaires dans leur accès aux soins ?

L'objectif de cette étude est d'explorer les expériences des femmes rurales ivoiriennes face aux défis de la santé mentale, en mettant en évidence les obstacles liés aux stigmates sociaux, aux spécificités culturelles et à l'accès limité aux soins. Socialement, cette recherche vise à sensibiliser les communautés rurales, les décideurs politiques et les acteurs de la santé publique sur la nécessité d'intégrer la santé mentale dans les priorités sanitaires et de lutter contre les discriminations. Scientifiquement, elle contribue à une meilleure compréhension des interactions entre genre, santé mentale et milieu rural dans un contexte ivoirien. En fournissant des données empiriques et analytiques, elle offre des pistes pour concevoir des politiques de santé inclusives, adaptées aux besoins spécifiques des femmes rurales, tout en s'attaquant aux barrières structurelles et symboliques qui entravent leur bien-être psychologique.

Selon Guyon (1980), les enquêtes de santé menées auprès de la population révèlent que les femmes déclarent plus fréquemment des symptômes, tant physiques que mentaux, par rapport aux hommes (Engelsman, 1977 ; Guy, 1973 ; Seimiatycki, 1972). Cette différence soulève une question importante : les femmes sont-elles naturellement plus vulnérables sur le plan émotionnel et psychologique ? Gove et Tudor (1973) avancent l'hypothèse selon laquelle les tensions liées aux rôles sociaux qu'elles occupent expliqueraient l'augmentation de la fréquence des troubles émotionnels. Par ailleurs, Phillips et Segal (1969) suggèrent que les

comportements traditionnellement associés aux femmes tels que la passivité, l'émotivité et la dépendance préservent l'expression de leur détresse et facilitent leur démarche de recherche d'aide.

D'un point de vue sociologique, Sévigny (1985) souligne que toute définition de la santé mentale repose sur deux axes principaux : la distinction entre normalité et déviance, ainsi que la relation entre l'individu et la société. Concernant la première dimension, plusieurs études adoptent une vision binaire de la santé mentale, opposant nettement la maladie et le bien-être psychologique. C'est le cas, par exemple, des travaux de M. Tousignant et V. Kovess en épidémiologie sociale, de l'analyse d'A. Hébert sur l'impact du type de trouble mental dans la réinsertion professionnelle, ou encore de l'étude de L. Verhaegen, qui met en évidence le lien entre la trajectoire professionnelle et la nature des troubles psychologiques rencontrés.

Sayegh et Lasry (1993) soulignent que les recherches sur les causes du stress social ont mis en évidence l'impact des changements de vie majeurs, tels que la perte d'un conjoint ou un divorce. Ces événements exigent une capacité d'adaptation importante de la part des individus et peuvent être suffisamment éprouvants pour entraîner une augmentation des troubles mentaux (Mechanic, 1983; Dohrenwend et Dohrenwend, 1974). De manière similaire, le processus d'adaptation des personnes qui quittent leur environnement d'origine pour s'installer dans une nouvelle communauté a suscité l'intérêt des spécialistes en santé mentale depuis plusieurs décennies (Eitinger et Schwartz, 1981 ; Smither, 1982 ; Abou, 1981). Que l'immigration soit provisoire ou définitive, tout individu concerné doit surmonter des défis liés à son intégration dans un espace géographique et culturel différent, à son insertion dans les structures sociales, économiques et politiques, ainsi qu'à l'assimilation de nouvelles normes et valeurs (Abou, 1978, 1981).

Selon Bédard et al. (2022), au Québec, environ une personne sur trois serait susceptible de rencontrer un problème de santé mentale au cours de sa vie. Les troubles mentaux modérés ou courants, tels que l'anxiété et la dépression, touchent près de deux fois plus de femmes que d'hommes. Parmi les principaux facteurs de risque identifiés chez les femmes figurent la précarité économique, les violences, les abus sexuels, la difficulté à trouver un logement adéquat et des conditions de travail instables.

L'analyse des données met en évidence les éléments favorisant leur bien-être psychologique, tels que l'estime de soi et le soutien social, mais aussi ceux qui ont un impact négatif, comme un revenu insuffisant et l'exposition à des situations stressantes. Bien que la majorité des femmes déclarent être en bonne santé mentale, certaines d'entre elles restent particulièrement vulnérables en raison de divers facteurs, non seulement liés à la pauvreté et aux violences subies, mais aussi à l'isolement social.

1. Ancrage théorique et méthodologique

La théorie de l'accès aux soins développée par Ronald Andersen (1968) et la théorie de la stigmatisation sociale formulée par Erving Goffman (1963) constituent deux cadres d'analyse sociologique particulièrement pertinents pour éclairer les enjeux de la santé mentale des femmes en milieu rural ivoirien.

La théorie d'Andersen (1968) met en lumière les inégalités structurelles dans l'accès aux services de santé, en insistant sur les obstacles géographiques, économiques et culturels qui affectent les populations vulnérables. Appliquée au contexte rural ivoirien, cette approche souligne que la distance des infrastructures sanitaires, l'insuffisance des ressources financières et le manque de sensibilisation aux services

spécialisés empêchent de nombreuses femmes d'accéder aux soins de santé mentale. À cela s'ajoutent des normes de genre et des attentes sociales qui tendent à naturaliser la souffrance psychique des femmes, renforçant ainsi leur éloignement des structures de soins.

Toutefois, la théorie d'Andersen présente une limite notable : elle accorde peu d'attention aux dimensions subjectives et culturelles de l'accès aux soins, notamment la manière dont les femmes elles-mêmes perçoivent leur état psychique, évaluent la pertinence du recours à des soins, et intègrent ou non les représentations sociales autour de la santé mentale dans leur prise de décision. Sur ce point, les travaux de Goffman (1963) sur la stigmatisation permettent de mieux comprendre comment les représentations sociales négatives associées aux troubles mentaux perçus comme signes de faiblesse ou de désordre moral peuvent dissuader les femmes de chercher une aide professionnelle, de peur d'être étiquetées, marginalisées ou rejetées au sein de leur communauté.

Sur le plan méthodologique, l'enquête s'était déroulée à Duékoué, une localité rurale située dans l'ouest de la Côte d'Ivoire, caractérisée par un accès structurellement restreint aux soins de santé mentale. Cette limitation relevait d'un faisceau de facteurs interdépendants, incluant la pénurie d'infrastructures sanitaires spécialisées, la prégnance de représentations socioculturelles stigmatisantes à l'égard des troubles psychiques, ainsi qu'une précarité économique généralisée limitant la mobilité sanitaire et l'accès aux services formels. Le choix de ce site d'enquête procédait d'une logique analytique orientée vers l'identification fine des contraintes structurelles et des médiations sociales façonnant les parcours de soins des femmes rurales, souvent reléguées à la périphérie des dispositifs biomédicaux.

L'échantillon s'était composé de femmes âgées de 18 à 60 ans, résidant de manière pérenne dans différentes zones de la commune, ayant connu des épisodes de détresse psychologique ou ayant entrepris, ou tenté d'entreprendre, une démarche de recours, qu'elle fût biomédicale ou relevant des thérapies endogènes. Les critères d'exclusion avaient porté sur les femmes n'ayant pas une ancienneté résidentielle supérieure à cinq ans, ceci afin de garantir une immersion sociale suffisante dans les dynamiques locales et d'assurer la validité contextuelle des récits recueillis. Parallèlement, des professionnels du champ sanitaire notamment des infirmiers et des agents de santé communautaire ainsi que des thérapeutes issus de la médecine traditionnelle avaient été sollicités. Leur contribution permettait de saisir les logiques d'articulation, de tension ou de complémentarité entre le système biomédical et les formes locales de prise en charge, tout en éclairant les processus d'orientation, de filtrage et de légitimation des trajectoires de soin empruntées par les femmes.

La méthodologie avait reposé sur une enquête qualitative combinant des entretiens semi-directifs et des focus groups, ce qui avait permis d'explorer les représentations de la santé mentale, les parcours de soins et les stratégies d'adaptation développées face aux stigmates sociaux. L'échantillonnage avait été raisonné, en privilégiant une diversité de profils en termes d'âge, de statut matrimonial et d'appartenance communautaire, afin d'appréhender les variations des expériences féminines.

Le dépouillement des données avait suivi une analyse thématique visant à identifier les récurrences dans les discours sur les freins et facilitateurs de l'accès aux soins. Une triangulation avait été effectuée entre les témoignages des femmes, les observations in situ et les perspectives des soignants.

Cette approche avait permis d'éclairer les tensions entre normes sociales et besoins de santé mentale, tout en mettant en

évidence les leviers d'amélioration du soutien psychologique en milieu rural ivoirien.

2. Résultats

2. 1. Les dynamiques sociales de l'exclusion thérapeutique : une analyse critique de l'accès aux soins de santé mentale en milieu rural

L'accès aux soins de santé mentale est une problématique majeure pour les femmes vivant en milieu rural, notamment à Duekoué, où les infrastructures médicales sont souvent insuffisantes. Dans ces zones, les services de santé mentale sont non seulement rares, mais également mal adaptés aux spécificités culturelles et sociales des populations locales. De plus, les professionnels de santé spécialisés dans les troubles mentaux sont souvent concentrés dans les grandes villes, laissant les femmes rurales isolées et sans ressources adaptées pour traiter leurs problèmes de santé mentale. Cette situation est exacerbée par le manque d'éducation sur les troubles mentaux, ce qui conduit souvent à une méconnaissance des services disponibles ou à une réticence à y recourir. Les femmes, souvent responsables des tâches domestiques et agricoles, n'ont pas les moyens de se déplacer vers les centres urbains pour consulter, et elles se retrouvent donc sans recours, augmentant ainsi la détresse psychologique.

Récits des acteurs sociaux :

« Ici à Duekoué, quand une femme ne va pas bien dans sa tête, on dit juste qu'elle est fatiguée ou qu'elle pense trop. On ne sait même pas qu'il existe des soins pour ça. » ; « Même si je voulais aller à l'hôpital pour parler de mes soucis, il faudrait que je laisse mes enfants, ma maison, et le champ. Et puis, le centre est

*trop loin et je n'ai pas l'argent pour le transport. » ;
« On nous dit qu'il faut aller à l'hôpital, mais ici, il
n'y a pas de docteurs pour les problèmes de tête.
Ceux qui peuvent aider sont toujours à Abidjan ou à
Man. Nous, on reste seules avec nos souffrances. »*

Dans une perspective sociologique construite, ces extraits illustrent de manière saisissante l'imbrication des rapports de pouvoir, des structures de domination symbolique et des inégalités structurelles dans la production sociale de la souffrance psychique en contexte rural ivoirien.

Le premier énoncé met en lumière le processus de naturalisation de la détresse mentale féminine, réduite à une simple fatigue ou à un excès de pensées. Cette réduction sémantique, loin d'être anodine, témoigne d'un déficit de reconnaissance institutionnelle et communautaire de la santé mentale comme objet légitime de soins. Elle révèle également un régime de perception local où La souffrance mentale est déniée par les structures de perception collective ou La pathologie psychique est symboliquement disqualifiée, souvent disqualifiée comme relevant d'une fragilité personnelle plutôt que d'un trouble nécessitant une prise en charge.

Le second propos expose les effets concrets de la division sexuée du travail et de l'organisation sociale de la famille sur l'accessibilité aux soins. L'impossibilité de se déplacer sans remettre en cause l'équilibre domestique, conjuguée à l'absence de ressources économiques autonomes, inscrit la santé mentale des femmes dans une économie morale du sacrifice, où la prise en charge de soi est constamment reléguée au profit des responsabilités familiales et agricoles. Il s'agit là d'une configuration où le care est assigné aux femmes, mais où leur propre souffrance ne bénéficie d'aucun espace légitimé de sollicitude institutionnelle.

Enfin, le troisième énoncé manifeste une critique implicite de la distribution inégalitaire de l'offre de soins psychiatriques, perçue comme une centralisation urbaine qui marginalise les populations rurales. Cette spatialisation inéquitable des ressources médicales participe à la construction d'un sentiment d'abandon et de relégation, renforçant le sentiment d'isolement et d'impuissance des femmes face à leur détresse. L'absence de professionnels spécialisés dans l'environnement immédiat accentue la fracture sociospatiale, et inscrit la santé mentale dans une géographie de l'exclusion.

Ces propos discursifs, loin d'être de simples témoignages individuels, révèlent des logiques structurelles profondes, où la santé mentale féminine se trouve à l'intersection de contraintes économiques, normatives, territoriales et symboliques, qui la rendent à la fois indicible, inentendable et ininterpellée dans l'espace public rural.

Un exemple empirique de cette réalité est celui d'une femme de Duekoué, qui a vécu plusieurs années avec des symptômes de dépression post-partum après la naissance de son troisième enfant. En raison de l'isolement géographique de son village et de l'absence de services de santé mentale dans sa localité, elle a dû attendre plusieurs années avant de consulter un médecin. Elle a expliqué qu'elle n'avait même pas conscience que ce qu'elle vivait était lié à un trouble mental, et ce n'est qu'après avoir entendu parler d'une clinique spécialisée dans une ville voisine qu'elle a pu obtenir de l'aide. L'histoire de cette femme montre comment l'accès limité aux soins en milieu rural entrave la prise en charge des troubles mentaux, exacerbant ainsi la souffrance des femmes rurales.

L'exemple empirique présenté met en évidence les dynamiques structurelles et sociales qui influencent l'accès aux soins de santé mentale en milieu rural. En mobilisant des perspectives sociologiques contemporaines, nous analyserons cette situation sous l'angle de la théorie de la reproduction

sociale de Pierre Bourdieu, de la sociologie des inégalités de Paul Farmer et de la théorie du care développée par Joan Tronto.

▪ ***Pierre Bourdieu et la reproduction sociale des inégalités de santé***

Selon Pierre Bourdieu(1986), les inégalités d'accès aux soins sont enracinées dans des structures sociales qui perpétuent des formes de domination symbolique et matérielle. Le concept de capital social et culturel est central pour comprendre la difficulté de cette femme à identifier ses symptômes comme relevant d'un trouble mental. En milieu rural, les représentations sociales de la maladie mentale sont souvent marquées par un faible capital scientifique, ce qui limite la reconnaissance des troubles psychiques et leur prise en charge. Le manque d'information et l'absence d'un discours médical local renforcent l'exclusion des populations rurales des circuits de soins.

De plus, la domination du capital économique influe sur l'inégalité d'accès aux soins. L'éloignement des infrastructures médicales, conjugué à des coûts de transport et de consultation élevés, crée un frein économique majeur pour les populations rurales. Bourdieu montre que les classes dominantes, mieux dotées en capital économique et culturel, ont une capacité supérieure à mobiliser les ressources médicales. Cette femme, vivant dans un village isolé, incarne cette reproduction des inégalités où l'accès aux soins est réservé aux individus ayant un capital suffisant pour se déplacer et consulter.

Enfin, la situation décrite illustre le capital symbolique lié aux normes sociales. Dans un contexte où la maladie mentale est souvent stigmatisée, les femmes en souffrance risquent de ne pas verbaliser leur détresse ou de ne pas être prises au sérieux par leur entourage. Le poids des croyances locales et l'absence d'un cadre institutionnel de reconnaissance des troubles mentaux

contribuent ainsi à une forme de violence symbolique qui empêche ces femmes d'accéder aux soins.

▪ ***Paul Farmer et la structuration des inégalités de santé***

Paul Farmer(1999), médecin et anthropologue, analyse les inégalités d'accès aux soins sous l'angle de la violence structurelle. Il montre que les conditions matérielles et historiques d'une société façonnent les inégalités de santé, notamment en raison de la pauvreté et des infrastructures défaillantes. L'histoire de cette femme ivoirienne illustre parfaitement cette logique : la ruralité et l'absence de services de santé mentale ne sont pas des réalités naturelles, mais le produit d'un manque d'investissement dans les infrastructures sanitaires des régions périphériques.

La violence structurelle se traduit aussi par une double marginalisation des femmes rurales : elles subissent à la fois les inégalités de genre et les inégalités spatiales. Farmer insiste sur le fait que les femmes sont souvent les premières victimes des défaillances des systèmes de santé, car elles ont un accès limité aux ressources économiques et une faible autonomie décisionnelle. Dans le cas présenté, la femme a dû attendre plusieurs années avant de comprendre qu'elle souffrait d'un trouble mental et qu'un traitement existait. Cette attente est une conséquence directe de la négligence structurelle qui entoure la santé des femmes rurales.

Enfin, Farmer souligne que l'accès aux soins ne peut pas être uniquement analysé en termes individuels, mais doit être replacé dans une perspective politique et globale. L'absence de services de santé mentale en milieu rural en Côte d'Ivoire est liée à des choix économiques et politiques qui privilégient les zones

urbaines et les pathologies visibles (telles que les maladies infectieuses) au détriment des troubles mentaux. Cette vision restreinte des politiques de santé publique alimente les inégalités et prolonge la souffrance des populations les plus vulnérables.

▪ ***Joan Tronto et l'éthique du care dans l'accès aux soins***

Joan Tronto (1993 ; 2009), théoricienne du care, propose une lecture différente des inégalités d'accès aux soins en mettant l'accent sur la reconnaissance et la responsabilité collective dans la prise en charge des plus vulnérables. L'histoire de cette femme démontre que l'absence de soins en milieu rural est aussi un problème moral : elle révèle un manque de reconnaissance de la souffrance des populations marginalisées et une inégalité dans la répartition des responsabilités en matière de santé.

Le care, selon Tronto, implique une attention aux besoins de l'autre et une organisation sociale qui permet d'y répondre. Or, dans ce cas précis, l'isolement géographique et le manque de sensibilisation montrent une défaillance systémique du soin. Ni l'État, ni les structures médicales, ni la communauté locale n'ont mis en place des mécanismes permettant d'identifier et de soutenir les femmes souffrant de troubles mentaux post-partum. Cela souligne l'absence d'une véritable culture du soin collectif, où la santé mentale est souvent reléguée au second plan.

De plus, la situation de cette femme ivoirienne illustre la hiérarchisation des formes de souffrance dans les systèmes de soins. Tronto insiste sur le fait que certaines souffrances sont jugées prioritaires, tandis que d'autres sont invisibilisées. En Afrique subsaharienne, où les politiques de santé publique se concentrent principalement sur les maladies infectieuses (paludisme, VIH/SIDA, tuberculose), la santé mentale est souvent perçue comme un problème secondaire. Cette

hiérarchisation crée un déséquilibre qui prive les femmes rurales d'un accès équitable aux soins et prolonge leur détresse.

Enfin, Tronto met en avant la nécessité d'une responsabilité élargie du soin, impliquant à la fois l'État, les professionnels de santé et les communautés locales. L'histoire de cette femme montre que l'accès aux soins de santé mentale ne peut pas reposer uniquement sur l'initiative individuelle. Il est essentiel de développer des réseaux de soins de proximité, d'éduquer les populations rurales sur la santé mentale et de reconnaître les besoins spécifiques des femmes pour garantir un accès plus juste aux soins.

En conclusion, l'exemple de cette femme de Duekoué illustre la manière dont les inégalités sociales, économiques et culturelles structurent l'accès aux soins de santé mentale en milieu rural. L'analyse bourdieusienne met en évidence la reproduction des inégalités de santé à travers le capital social, culturel et économique. Paul Farmer montre que ces inégalités ne sont pas accidentelles, mais qu'elles résultent de logiques de violence structurelle et de marginalisation des populations vulnérables. Enfin, Joan Tronto souligne l'absence d'une véritable éthique du care dans l'organisation des soins, qui devrait prendre en compte les besoins des plus démunis et repenser la distribution des responsabilités en matière de santé.

Cet exemple appelle donc à une refonte des politiques de santé publique, intégrant une approche plus inclusive et équitable, où la santé mentale des femmes rurales ne serait plus une souffrance invisible, mais un enjeu central de justice sociale.

2. 2. Les mécanismes socioculturels de la stigmatisation des troubles mentaux et leurs répercussions sur l'intégration sociale

La stigmatisation des troubles mentaux est un phénomène particulièrement accentué en milieu rural, où les normes sociales et les valeurs traditionnelles sont souvent plus rigides. À Duekoué, les femmes souffrant de troubles mentaux sont fréquemment perçues comme étant « faibles » ou « anormales », et leur état est souvent attribué à des causes superstitieuses, comme la sorcellerie ou la malédiction.

Cette stigmatisation empêche non seulement les femmes de demander de l'aide, mais elle peut aussi les exclure de leur communauté. Elles peuvent être rejetées par leur famille, leurs amis et leurs voisins, ce qui contribue à leur isolement social et aggrave leur souffrance psychologique. Les attentes sociales imposent aux femmes une pression constante pour rester « fortes » et « dignes », et tout écart par rapport à cette norme est vu comme une défaillance personnelle, exacerbant le sentiment de honte et de culpabilité.

Récits des acteurs sociaux :

« Quand une femme commence à trop pleurer ou à parler seule, les gens disent tout de suite qu'elle est possédée ou qu'on lui a fait quelque chose. Personne ne pense que ça peut être une maladie. » ; « Moi, j'ai peur de dire que je ne me sens pas bien dans la tête. On va penser que je suis folle, et après, même ma famille va s'éloigner de moi. » ; « Ici, une femme doit être forte tout le temps. Si tu montres que tu es faible, on te regarde mal, on te dit que tu n'es pas une vraie

femme.»

Ces propos traduisent avec acuité la manière dont les rapports sociaux, les normes genrées et les représentations collectives construisent un régime local de lisibilité et de traitement de la souffrance psychique féminine. Ils permettent d'interroger la manière dont les catégories sociales produisent, qualifient et encadrent les expressions de la détresse mentale, dans un cadre où la normativité culturelle s'impose comme matrice de perception et de jugement.

Le premier énoncé signale un processus de disqualification biomédicale de la souffrance mentale. L'attribution quasi immédiate des symptômes à des causes surnaturelles possession ou maléfice traduit une grille interprétative locale qui déplace la problématique hors du champ du soin formel. Ce déplacement opère un double effet d'aliénation : il déconnecte les troubles de la personne souffrante de leur dimension psychologique, et il la rend disponible à des dispositifs de régulation traditionnels, souvent non thérapeutiques, voire stigmatisants. Ce mode d'interprétation révèle une rupture épistémique entre savoirs endogènes et reconnaissance institutionnelle de la maladie mentale.

Le deuxième propos illustre les effets de la stigmatisation intériorisée dans le rapport au soi. La peur du dévoilement de la souffrance psychique n'est pas simplement liée à la honte individuelle, mais à un mécanisme de surveillance sociale qui pèse sur les corps et les subjectivités. La folie, ici, n'est pas nommée comme entité médicale mais comme menace d'exclusion symbolique et affective. Elle devient une frontière, une ligne de fracture entre l'appartenance sociale et la désaffiliation. Ce qui est en jeu, c'est la perte du capital relationnel au sein de la famille et du groupe, dans un contexte où le lien communautaire fonde l'identité.

Le troisième extrait montre comment les normes genrées façonnent les modalités d'expression émotionnelle. Être une « vraie femme » suppose ici une capacité à endosser la souffrance sans l'exprimer, à maintenir une posture de résilience publique face à l'adversité. Cette injonction à la force permanente constitue une violence symbolique, car elle empêche toute légitimation de la vulnérabilité psychique. La faiblesse devient un stigmate, un défaut moral, et non une situation appelant un accompagnement. Ainsi, le contrôle social opère à travers une normativité de genre qui confond silence et dignité, résistance et soumission.

En somme, ces énoncés mettent en lumière un triple processus : une lecture culturaliste des troubles, une intériorisation de la honte liée à la maladie mentale, et un ordre normatif fondé sur le genre qui interdit l'expression du mal-être. La santé mentale des femmes rurales, dans ce cadre, n'est pas seulement une question médicale, mais un révélateur des hiérarchies sociales, des régimes de reconnaissance et des formes de violence symbolique qui traversent les rapports sociaux.

Un cas concret illustrant cette stigmatisation concerne une femme de Duekoué présentant des signes d'anxiété et de phobies sociales. À mesure que ses proches constataient ses difficultés croissantes à communiquer avec autrui et à gérer ses activités quotidiennes, ils ont progressivement adopté une attitude de marginalisation à son égard, la qualifiant de « perdue » mentalement. Au lieu de lui apporter un soutien ou de l'encourager à chercher une aide professionnelle, sa famille et son entourage ont pris leurs distances, aggravant ainsi son isolement social et sa détresse psychologique. Ce rejet social a aggravé son état, créant un cercle vicieux où la stigmatisation entravait toute forme d'intervention ou de guérison. L'exemple

de la femme met en lumière comment la stigmatisation sociale des troubles mentaux dans les communautés rurales entraîne un isolement des femmes et complique l'accès à des soins appropriés, ce qui alimente encore davantage leur souffrance.

L'exemple de cette femme ivoirienne met en évidence les effets sociaux délétères de la stigmatisation des troubles mentaux en milieu rural. Pour analyser cette situation, nous mobiliserons les perspectives sociologiques d'Erving Goffman sur la stigmatisation, de Michel Foucault sur la médicalisation du pouvoir et d'Arthur Kleinman sur la dimension culturelle des troubles mentaux et leur prise en charge sociale.

▪ ***Erving Goffman et la stigmatisation des troubles mentaux***

Erving Goffman, dans *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (1963), définit la stigmatisation comme un processus social qui réduit un individu à une identité dévalorisée, entraînant son exclusion du groupe. Dans le cas de cette femme de Duekoué, la perception de ses troubles anxieux comme un signe de faiblesse ou de folie entraîne une marginalisation progressive, non pas en raison de sa pathologie elle-même, mais à cause des représentations négatives qui lui sont associées. La stigmatisation transforme ainsi son identité sociale, la faisant passer du statut de membre intégré à celui de personne socialement déviante.

Goffman explique que la stigmatisation entraîne un processus d'altérisation, où l'individu est perçu comme fondamentalement différent des autres. En milieu rural, où les normes communautaires sont fortement enracinées, toute déviation comportementale est rapidement remarquée et jugée. Ici, la femme subit une double peine : non seulement elle souffre de ses troubles anxieux, mais elle doit aussi gérer le rejet de son entourage, qui la perçoit comme une menace à l'ordre social

établi. Ce processus d'exclusion renforce son isolement social, aggravant son état psychologique et la privant d'un soutien essentiel pour sa guérison.

Enfin, Goffman met en lumière le phénomène de stigmaté intériorisé, où la personne stigmatisée finit par adopter la perception négative que la société projette sur elle. Progressivement, la femme de Duekoué peut intérioriser l'idée qu'elle est réellement « folle » ou « anormale », ce qui réduit sa capacité à chercher de l'aide et à se réinsérer socialement. Ce mécanisme psychologique illustre comment la stigmatisation devient un obstacle majeur au traitement des troubles mentaux, en rendant difficile toute démarche vers une prise en charge médicale ou un soutien communautaire.

▪ ***Michel Foucault et la médicalisation du pouvoir***

Michel Foucault, dans *Histoire de la folie à l'âge classique* (1961), analyse la manière dont la société produit des catégories de normalité et de pathologie à travers des dispositifs de pouvoir. Selon lui, la perception de la maladie mentale ne repose pas uniquement sur des critères médicaux, mais aussi sur des normes sociales qui définissent ce qui est acceptable ou non. Dans le contexte rural de la Côte d'Ivoire, l'anxiété et la phobie sociale de cette femme ne sont pas simplement considérées comme un trouble médical, mais comme une transgression des attentes sociales, ce qui justifie son rejet par son entourage.

Foucault insiste sur le fait que les sociétés ont historiquement utilisé la psychiatrie comme un outil de contrôle social pour gérer les individus perçus comme déviants. Dans les communautés rurales où la cohésion sociale est essentielle, toute forme d'individualisme excessif ou d'inadaptation sociale est mal tolérée. La marginalisation de cette femme traduit donc une volonté implicite de préserver l'ordre collectif en écartant ceux qui ne s'y conforment pas. Cette exclusion sociale fonctionne

ainsi comme un mécanisme disciplinaire, forçant les individus à intérioriser les normes de la société sous peine de rejet.

Enfin, Foucault met en évidence le paradoxe de la médicalisation : alors que la médecine moderne a pour objectif de soigner, elle peut aussi renforcer l'exclusion en créant une séparation nette entre les « normaux » et les « malades ». En l'absence d'une politique de sensibilisation à la santé mentale en milieu rural, la femme de Duekoué est enfermée dans un double statut : ni véritablement malade aux yeux de la communauté (puisque'elle n'a pas de diagnostic médical formel), ni totalement saine (car elle ne correspond pas aux normes comportementales attendues). Ce flou contribue à entretenir la stigmatisation et à empêcher toute prise en charge adéquate.

▪ ***Arthur Kleinman et la dimension culturelle des troubles mentaux***

Arthur Kleinman, anthropologue et psychiatre, propose une lecture culturelle des maladies mentales et de leur prise en charge. Dans *The Illness Narratives* (1988), il distingue la maladie (disease), le mal-être (illness) et la souffrance sociale (sickness) pour montrer que les troubles mentaux ne sont pas uniquement des réalités biologiques, mais aussi des constructions culturelles qui varient selon les sociétés. Dans le cas de cette femme, son anxiété et sa phobie sociale ne sont pas perçues comme un trouble médical nécessitant un traitement, mais comme une faiblesse morale ou une punition sociale, ce qui empêche son entourage de lui offrir un soutien adapté.

Kleinman souligne que les systèmes de santé ne peuvent pas fonctionner efficacement sans prendre en compte ces représentations culturelles. En Côte d'Ivoire, les croyances locales attribuent souvent les troubles mentaux à des causes surnaturelles (sorcellerie, malédictions, possession spirituelle). Cette femme, au lieu d'être dirigée vers une prise en charge

psychologique, peut être poussée vers des pratiques traditionnelles ou religieuses, qui ne répondent pas nécessairement à ses besoins médicaux. Ce décalage entre le cadre biomédical et les perceptions culturelles constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins et renforce la marginalisation des personnes atteintes de troubles mentaux.

Enfin, Kleinman insiste sur l'importance du récit personnel de la maladie pour comprendre l'expérience vécue des patients. L'histoire de cette femme montre que sa souffrance ne se limite pas à son trouble anxieux, mais qu'elle est amplifiée par l'isolement et le rejet social. Dans ce contexte, l'intervention médicale ne peut pas se limiter à un simple traitement pharmacologique : elle doit inclure une reconstruction du lien social, en intégrant des stratégies communautaires de sensibilisation et de réintégration sociale. Cette approche holistique est essentielle pour rompre le cercle vicieux de la stigmatisation et permettre une véritable guérison.

En conclusion, l'histoire de cette femme ivoirienne illustre parfaitement les mécanismes sociaux de la stigmatisation des troubles mentaux et leurs conséquences dramatiques. L'analyse de Goffman montre comment la stigmatisation transforme une souffrance individuelle en un problème social, aggravant l'exclusion des personnes concernées. Foucault révèle comment cette exclusion s'inscrit dans une logique de contrôle social et de production des normes de santé. Enfin, Kleinman met en évidence le rôle des croyances culturelles dans la perception et la prise en charge des troubles mentaux, soulignant la nécessité d'une approche adaptée aux réalités locales.

Cette analyse met en lumière l'urgence de repenser l'accès aux soins de santé mentale dans les communautés rurales, en intégrant des stratégies de sensibilisation pour lutter contre la stigmatisation et en favorisant une prise en charge qui dépasse le cadre strictement médical. La souffrance des femmes rurales face aux troubles mentaux ne peut être réduite à une question

individuelle : elle est le produit d'un système social et culturel qui doit être interrogé et transformé pour garantir une prise en charge plus juste et inclusive.

2.3. Les configurations socio-culturelles de la santé mentale féminine en milieu rural : entre contraintes normatives et stratégies d'adaptation

Les femmes rurales de Duekoué sont confrontées à des défis spécifiques liés à leur contexte socio-culturel, qui influencent directement leur santé mentale. Dans ces régions, les femmes jouent un rôle central dans la gestion du foyer et des activités agricoles, mais elles sont souvent soumises à des attentes culturelles strictes qui limitent leur liberté d'expression et leur autonomie. Les contraintes sociales liées à la vie rurale, telles que l'accès limité à l'éducation, la dépendance économique, ainsi que les difficultés liées à la gestion de la famille et des tâches agricoles, pèsent lourdement sur leur santé mentale.

En outre, la pression sociale pour maintenir l'harmonie familiale et la réputation sociale ajoute une couche de stress constant. Les spécificités culturelles, telles que le rôle de la femme dans la transmission des valeurs familiales et communautaires, exacerbent encore ces tensions psychologiques, car elles doivent souvent se sacrifier pour préserver l'unité familiale et communautaire, négligeant leur bien-être personnel.

Récits des acteurs sociaux :

« Je me lève tôt pour aller au champ, je m'occupe des enfants, de la cuisine, de tout... mais personne ne se demande si moi aussi, je suis fatiguée dans ma tête. » ; « Ici, une femme ne doit pas se plaindre. Même si tu souffres, il faut sourire et faire comme si tout va bien pour ne pas salir le nom de la famille. » ; « Je ne

peux rien décider seule. Pour tout, il faut demander l'avis du mari ou des anciens. Même si je sens que je ne vais pas bien, je ne peux pas aller chercher de l'aide sans leur accord. »

Ces récits offrent un éclairage profond sur les mécanismes sociaux et culturels qui structurent la condition féminine en milieu rural, en particulier dans la gestion de la santé mentale. Ils révèlent une imbrication complexe entre les injonctions normatives, les rapports de pouvoir domestiques et les dynamiques collectives de contrôle social, qui contraignent l'expression et la prise en charge de la souffrance psychique.

Le premier témoignage met en exergue la double charge reproductive et productive assignée aux femmes, qui, au-delà de leurs responsabilités visibles, subissent un renvoi à l'invisibilité de leur usure mentale. Cette invisibilité reflète une organisation sociale où la reconnaissance des besoins subjectifs féminins est systématiquement reléguée au second plan, sacrifiée sur l'autel des obligations familiales et communautaires. Le « travail mental » invisible s'ajoute ainsi à une charge corporelle déjà lourde, sans bénéficier d'aucune reconnaissance sociale ni de soutien institutionnel.

Le deuxième propos souligne la force normative du silence imposé aux femmes, qui doit préserver non seulement l'ordre familial, mais aussi la réputation sociale de la lignée. Cette injonction à la dissimulation traduit un système de valeurs où la santé mentale n'est pas envisagée comme une problématique individuelle, mais comme un enjeu collectif étroitement lié à l'honneur et à la dignité familiale. La gestion publique des émotions se trouve donc soumise à une éthique du paraître, qui interdit la visibilité des failles psychiques sous peine de sanction sociale.

Enfin, le troisième extrait révèle la centralité des rapports de pouvoir patriarcaux dans la régulation de la santé mentale.

L'autonomie décisionnelle des femmes est profondément restreinte par des structures de pouvoir hiérarchiques et patriarcales, qui conditionnent l'accès aux soins et au soutien psychologique à l'aval d'acteurs masculins ou anciens. Cette dépendance institutionnalisée illustre une forme de contrôle social exercé sur les corps et les subjectivités féminines, renforçant leur vulnérabilité et limitant leur capacité à agir sur leur propre bien-être.

En somme, ces discours témoignent d'une construction sociale de la souffrance intérieure des femmes associée à un processus d'effacement symbolique, contrôle normatif et dépendance structurelle. Ils invitent à considérer la santé mentale comme un terrain privilégié d'analyse des rapports de genre, des formes de domination symbolique et des processus de subjectivation dans les sociétés rurales.

Un autre exemple empirique de ces spécificités culturelles est celui d'une femme mariée de Duekoué, qui gère seule une ferme tout en prenant soin de ses enfants. Elle, comme beaucoup d'autres femmes de sa communauté, ressent une pression constante pour maintenir son foyer et son activité agricole. Cependant, les exigences liées à son rôle de mère et d'épouse, combinées aux difficultés liées au travail agricole, ont entraîné chez elle des symptômes de stress chronique, de fatigue et d'anxiété. Malgré cela, elle ne cherche pas d'aide, car elle craint que sa demande de soutien soit perçue comme un signe de faiblesse ou d'incapacité à accomplir son rôle traditionnel. Elle illustre comment les spécificités sociales et culturelles des femmes rurales contribuent à un sous-diagnostic des troubles mentaux et à une absence de recours aux soins, la stigmatisation et la pression sociale les empêchant de chercher un traitement approprié.

L'exemple de cette femme ivoirienne met en évidence la manière dont les spécificités sociales et culturelles des femmes rurales façonnent leur rapport aux troubles mentaux. Pour

analyser cette situation en profondeur, nous mobilisons les perspectives de Raewyn Connell sur la division genrée du travail et l'hégémonie masculine, de Nancy Chodorow sur la socialisation genrée et l'intériorisation des rôles féminins, de Amartya Sen sur les inégalités de capacités et l'accès différencié aux soins, ainsi que de Saba Mahmood sur l'agentivité féminine dans des contextes de contraintes culturelles.

▪ ***Raewyn Connell et la division genrée du travail rural***

Raewyn Connell(2005), sociologue australienne, développe le concept de masculinité hégémonique pour expliquer comment les structures patriarcales assignent aux femmes des rôles subalternes et invisibilisent leur souffrance. Dans le contexte rural ivoirien, la femme de Duekoué est soumise à une double charge : elle doit à la fois assumer le travail agricole, traditionnellement valorisé comme une activité masculine, et maintenir son rôle de mère et d'épouse, imposé par les normes sociales. Cette accumulation de responsabilités, perçue comme naturelle, empêche toute reconnaissance de sa détresse psychologique, renforçant ainsi son isolement.

Connell insiste sur le fait que les inégalités de genre dans le travail ne sont pas seulement économiques, mais aussi psychologiques et symboliques. La femme rurale ne cherche pas d'aide pour ses troubles mentaux, non pas parce qu'elle ne souffre pas, mais parce que la société ne lui permet pas de formuler cette souffrance en termes médicaux. La pression pour être une « bonne épouse » et une « bonne travailleuse » transforme son mal-être en un simple « fardeau quotidien » qu'elle doit gérer seule, sous peine d'être perçue comme faible ou incompetente.

Enfin, Connell met en lumière le poids de la domination symbolique, où les normes patriarcales façonnent

l'intériorisation de la souffrance féminine comme une fatalité. La femme de Duekoué, comme beaucoup d'autres, ne voit pas son état comme un problème nécessitant une intervention médicale, mais comme un aspect inévitable de son rôle. Cette intériorisation explique en grande partie le sous-diagnostic des troubles mentaux féminins en milieu rural, car la souffrance psychologique y est normalisée plutôt que médicalisée.

▪ *Nancy Chodorow et l'intériorisation des rôles féminins*

Nancy Chodorow(1978 ; 1999), psychanalyste et sociologue féministe américaine, analyse la transmission des rôles de genre à travers la socialisation différenciée des filles et des garçons. Selon elle, les femmes développent une identité façonnée par le care et le dévouement aux autres dès l'enfance. Dans le cas de la femme de Duekoué, son refus de demander de l'aide découle de cette socialisation, qui lui a appris à valoriser l'abnégation et à considérer son bien-être comme secondaire par rapport à celui de sa famille et de sa communauté.

Chodorow explique que les femmes sont piégées dans une relation asymétrique de soin, où elles prennent soin des autres mais ne reçoivent pas le même soutien en retour. Cette dynamique est particulièrement visible dans les milieux ruraux, où l'entraide entre femmes est souvent limitée par des conditions de vie difficiles et par une absence de reconnaissance institutionnelle des troubles mentaux. La femme rurale est donc prise dans un cercle vicieux, où elle est à la fois soignante et isolée dans sa propre souffrance.

Enfin, Chodorow souligne que la perpétuation des rôles féminins traditionnels repose sur une reproduction sociale inconsciente. La femme de Duekoué ne cherche pas d'aide non seulement par peur du jugement social, mais aussi parce qu'elle n'a aucun modèle féminin de recours aux soins dans son

environnement. La transmission intergénérationnelle du silence face à la souffrance psychologique alimente ainsi un système où les troubles mentaux féminins restent invisibles et non traités.

▪ ***Amartya Sen et les inégalités de capacités***

Amartya Sen(1999), économiste et philosophe indien, développe la notion de capacités, qui désigne les opportunités réelles dont disposent les individus pour mener la vie qu'ils jugent souhaitable. Dans le cas de la femme de Duekoué, son absence de recours aux soins ne se résume pas à un manque de services médicaux, mais à une privation structurelle de capacités, qui l'empêche d'accéder aux ressources nécessaires pour prendre soin d'elle-même.

Sen explique que les inégalités de santé mentale ne sont pas seulement une question d'offre médicale, mais aussi une conséquence des conditions de vie qui restreignent les choix des individus. Pour cette femme, la nécessité de travailler quotidiennement à la ferme et de gérer son foyer réduit son espace de décision : même si des soins étaient disponibles, son autonomie limitée et la pression sociale l'empêcheraient d'y recourir. Cette privation de capacités transforme ainsi une souffrance individuelle en une problématique systémique d'inégalités de genre et de pauvreté.

Enfin, Sen souligne que les politiques de santé publique doivent prendre en compte les contextes sociaux et culturels des patients. Dans le cas des femmes rurales ivoiriennes, une approche purement biomédicale ne suffira pas : il est nécessaire de créer des espaces sécurisés de parole et de reconnaissance sociale des troubles mentaux. Sans une transformation des normes qui entourent le bien-être féminin, même l'accès aux soins ne suffira pas à briser la stigmatisation et à encourager la prise en charge des troubles psychologiques.

▪ ***Saba Mahmood et l'agentivité sous contrainte***

Saba Mahmood(2005), anthropologue pakistanaise, critique les approches occidentales qui perçoivent l'émancipation féminine uniquement à travers le prisme de l'individualisme et du rejet des normes traditionnelles. Elle développe le concept d'agentivité sous contrainte, qui montre comment les femmes peuvent négocier avec les normes culturelles tout en restant ancrées dans leur environnement social. Dans le cas de la femme de Duekoué, son refus de chercher de l'aide n'est pas simplement une soumission passive, mais une stratégie de survie sociale dans un contexte où l'indépendance émotionnelle est valorisée.

Mahmood explique que les normes culturelles ne sont pas immuables, mais que leur transformation doit se faire de l'intérieur, en intégrant les valeurs locales. Plutôt que d'imposer une approche occidentale de la santé mentale, il est crucial de reconnaître les formes locales d'expression et de gestion de la souffrance. Dans les communautés rurales ivoiriennes, des espaces de parole informels entre femmes, des pratiques spirituelles et des systèmes de solidarité peuvent servir de point d'appui pour une meilleure prise en charge des troubles psychologiques.

Enfin, Mahmood invite à repenser les politiques d'intervention en santé mentale en tenant compte de la dynamique des résistances féminines. Plutôt que de considérer ces femmes comme de simples victimes de la pression sociale, il est essentiel de reconnaître leur capacité à négocier avec les normes, et d'accompagner ces processus pour faciliter l'émergence de nouvelles pratiques de soin adaptées à leur réalité quotidienne.

En définitive, l'histoire de cette femme illustre comment les spécificités sociales et culturelles des femmes rurales façonnent leur rapport aux troubles mentaux et entravent leur accès aux

soins. Connell met en évidence l'impact des normes patriarcales sur l'invisibilisation de leur souffrance, Chodorow montre comment la socialisation genrée les empêche de formuler leurs besoins, Sen souligne le rôle des inégalités structurelles dans leur incapacité à chercher de l'aide, et Mahmood propose une lecture de l'agentivité féminine sous contrainte, ouvrant la voie à des solutions adaptées aux contextes locaux.

Cette analyse démontre l'urgence de repenser la santé mentale des femmes rurales en intégrant des approches qui tiennent compte des enjeux sociaux, culturels et économiques, afin de briser la stigmatisation et de promouvoir des stratégies de soin inclusives et adaptées.

3. Discussion

L'accès aux soins en milieu rural, en particulier pour les troubles mentaux, se heurte à plusieurs obstacles structurels, économiques et sociaux. Le manque de structures médicales spécialisées, de combinés aux coûts élevés des traitements, empêche de nombreuses femmes résidant dans ces zones d'obtenir une prise en charge adéquate. La distance géographique, souvent importante, accentue encore cette inaccessibilité en rendant les déplacements vers des centres de soins lointains non seulement difficiles, mais également onéreux. Dans de telles conditions, la recherche de soins spécialisés devient un luxe que beaucoup ne peuvent se permettre, exacerbant la vulnérabilité des femmes rurales face aux problématiques de santé mentale. De plus, les services de santé mentale restent souvent peu développés dans ces régions, ce qui témoigne d'une absence d'infrastructures adaptées aux besoins spécifiques des femmes, notamment en matière de prévention et de traitement des troubles psychiques.

Parallèlement, les troubles mentaux sont souvent perçus dans ces contextes ruraux à travers des prismes culturels et sociaux

qui les associent à des malédictions ou à des dysfonctionnements moraux, des croyances qui renforcent la stigmatisation. Cette stigmatisation sociale crée une barrière supplémentaire à la recherche d'aide, car elle induit une profonde honte et un sentiment de culpabilité chez les femmes concernées. La peur d'être exclus ou jugées par leur communauté les empêche fréquemment de chercher une prise en charge formelle, préférant ainsi utiliser à des stratégies de coping informelles. Parmi celles-ci, les pratiques traditionnelles, telles que l'utilisation de remèdes à base de plantes ou les rituels de guérison spirituelle, constituent des solutions fréquemment privilégiées. De même, les soutiens familiaux et communautaires, bien que précieux, restent limités dans leur capacité à offrir un accompagnement psychologique adapté. Ces alternatives, bien qu'elles puissent apporter un soulagement temporaire, ne répondent pas toujours efficacement aux besoins cliniques des femmes. Elles se révèlent parfois insuffisantes pour traiter la profondeur des troubles mentaux, privés ainsi ces femmes d'une véritable prise en charge professionnelle et d'une durable de leur bien-être. Bien que les solutions informelles apportent un réconfort immédiat ou symbolique, elles ne permettent pas de répondre aux enjeux cliniques complexes des troubles psychiques, qui nécessitent une évaluation diagnostique précise et des interventions thérapeutiques adaptées. L'absence de soins spécialisés empêche ces femmes d'accéder à un suivi médical continu, laissant leurs symptômes non traités et leur qualité de vie détériorée.

De plus, cette dynamique de recours aux pratiques traditionnelles ou familiales peut renforcer la perception que les troubles mentaux sont une question privée, ne nécessitant pas d'intervention professionnelle, et accentuer la stigmatisation liée à la maladie mentale, rendant plus difficile encore la recherche d'une aide formelle à l'avenir. Cette situation révèle un cercle vicieux où l'isolement et l'absence de soutien structuré aggravent

les souffrances psychologiques, privant ainsi ces femmes des ressources nécessaires pour guérir et se reconstruire.

A la lumière des résultats présentés antérieurement, nous optons une approche épistémologique discursive de l'économie. Ainsi, notre réflexion porte sur : « **L'accès limité aux soins de santé mentale dans les zones rurales** ».

L'accès limité aux soins de santé mentale dans les zones rurales constitue un enjeu majeur en matière de santé publique, amplifié par des facteurs géographiques, socio-économiques et culturels qui interagissent pour créer une véritable fracture en matière de prise en charge psychologique. En raison de l'éloignement géographique des infrastructures médicales spécialisées, les populations rurales sont souvent contraintes de parcourir de longues distances pour accéder à des soins adéquats, ce qui peut dissuader nombre d'entre elles de rechercher un traitement. Cette distance physique s'accompagne souvent d'une pénurie de professionnels de santé mentale dans ces régions, renforçant l'exclusion des soins spécialisés et limitant les options de traitement. De plus, les tabous culturels et la stigmatisation sociale associés à la souffrance psychique dans de nombreuses communautés rurales compliquent davantage l'accès à ces soins, les individus étant fréquemment réticents à consulter par peur du jugement ou de l'incompréhension. Les normes sociales de résilience et de discrétion dans ces contextes intensifiant les perceptions de la santé mentale comme un problème personnel et non comme une question de santé publique, créant un cercle vicieux où la souffrance psychologique est minimisée ou ignorée. Ce manque d'infrastructures adaptées et de soutien social pour la santé mentale dans les zones rurales se traduit par un retard dans le diagnostic et la prise en charge des troubles mentaux, ce qui peut entraîner une aggravation des symptômes, voire des pathologies

chroniques. Par conséquent, l'accès limité aux soins de santé mentale dans les zones rurales n'est pas seulement une question de géographie, mais aussi une question de perceptions culturelles et d'inégalités structurelles qui pérennisent une iniquité dans la gestion de la santé mentale, amplifiant les conditions de vie des populations rurales vulnérables.

Cette observation rejoint les conclusions des travaux de Tousignant (1988). L'étude menée par Levy et Rowitz (1973), en s'appuyant sur les archives hospitalières de Chicago, met en évidence que le taux de premières admissions pour schizophrénie est plus élevé dans les quartiers où cohabitent Noirs et Blancs que dans les zones à homogénéité ethnique. Toutefois, ce n'est pas tant la mixité ethnique qui est en cause que la dynamique propre à ces quartiers, souvent caractérisés comme des espaces de transition. Ces zones sont marquées par des transformations sociales significatives, telles que les mouvements de population, la précarité résidentielle, la rénovation urbaine et une structure familiale et communautaire moins stable. Seule une approche longitudinale permet de déterminer si ces quartiers font apparaître l'émergence de troubles mentaux en raison d'un anonymat accumulé ou si c'est l'absence de réseaux de soutien qui accentue ces pathologies. Il serait pertinent d'étendre ces analyses à des troubles psychologiques moins sévères que les psychoses. Le soutien social est reconnu comme un facteur central dans la santé mentale, mais la littérature scientifique souligne la difficulté de mesurer précisément son impact. Il reste à déterminer si cet appui joue un rôle préventif ou s'il est lui-même influençant par l'état de santé mentale des individus. Seules des études longitudinales permettront d'apporter des réponses plus précises à ces interrogations.

Conclusion

Cette étude sur les femmes et la santé mentale en milieu rural ivoirien s'inscrit dans une perspective sociologique visant à analyser l'articulation entre les dynamiques de genre, les structures socio-économiques et les représentations culturelles des troubles mentaux. Son objectif principal est de comprendre comment les normes sociales et les inégalités structurelles influencent l'accès aux soins, tout en mettant en lumière les formes de stigmatisation et d'auto-exclusion qui en résultent. L'approche adoptée repose sur une sociologie des rapports sociaux de sexe et des inégalités de santé, enrichie par les contributions de la sociologie de la médicalisation et de l'anthropologie critique. En intégrant des théories de Raewyn Connell sur l'hégémonie masculine, de Nancy Chodorow sur la socialisation genrée, d'Amartya Sen sur les capacités et de Saba Mahmood sur l'agentivité sous contrainte, cette étude met en évidence les spécificités des trajectoires féminines face aux troubles mentaux en milieu rural et la nécessité d'une prise en charge adaptée aux réalités locales.

Sur le plan méthodologique, cette recherche s'est appuyée sur une approche qualitative combinant des entretiens semi-directifs avec des femmes souffrant de troubles mentaux, des observations ethnographiques dans des villages de la région de Duekoué, ainsi qu'une analyse documentaire des politiques de santé publique en Côte d'Ivoire. Les résultats montrent que la précarité socio-économique, le poids des rôles de genre et l'absence de dispositifs de santé mentale adaptés contribuent au sous-diagnostic des troubles psychologiques et à l'auto-exclusion des femmes des circuits de soins. En outre, la persistance de croyances associant les troubles mentaux à des causes surnaturelles ou morales renforce la stigmatisation et

limite l'acceptabilité sociale des traitements médicaux. Toutefois, cette étude s'est heurtée à plusieurs difficultés épistémologiques, notamment la tendance des sujets à minimiser leurs souffrances en raison de normes intériorisées, ainsi que le manque de données statistiques précises sur la prévalence des troubles mentaux en milieu rural ivoirien. Ces limites soulignent l'urgence d'un renforcement des études empiriques sur la santé mentale féminine dans les contextes ruraux africains.

La portée scientifique de cette recherche réside dans sa contribution à une sociologie critique de la santé mentale, qui interroge les enjeux de pouvoir, d'invisibilisation et de résistances féminines face aux normes patriarcales et aux logiques biomédicales occidentales. Socialement, elle met en évidence la nécessité de repenser les politiques de santé publique en intégrant des stratégies de sensibilisation communautaire et des dispositifs de prise en charge qui tiennent compte des spécificités culturelles et économiques des populations concernées. Géopolitiquement, cette étude s'inscrit dans un débat plus large sur les inégalités globales d'accès aux soins et sur la manière dont les institutions internationales (OMS, ONG, États) peuvent contribuer à une meilleure reconnaissance des troubles mentaux dans les politiques de développement. L'Afrique subsaharienne, encore largement marquée par une approche biomédicale centrée sur les maladies infectieuses, doit aujourd'hui faire face à un double défi : lutter contre la stigmatisation des troubles mentaux et garantir un accès équitable aux soins psychologiques pour les populations les plus vulnérables, en particulier les femmes rurales.

En termes de perspectives et recommandations structurelles, cette étude souligne l'importance d'une approche intersectorielle et multidimensionnelle. Premièrement, il est crucial de développer des infrastructures de santé mentale de proximité, intégrées aux soins primaires, pour garantir un accès aux services adaptés aux réalités rurales. Deuxièmement, la

formation des professionnels de santé et des acteurs communautaires doit être renforcée pour favoriser une meilleure compréhension des troubles mentaux et lutter contre la stigmatisation. Troisièmement, des programmes de sensibilisation à la santé mentale doivent être mis en place au sein des communautés, en s'appuyant sur les structures traditionnelles de solidarité féminine pour favoriser l'émergence de nouveaux espaces de parole et de soutien. Enfin, cette étude appelle à une réforme des politiques publiques de santé, en intégrant une approche intersectionnelle qui prenne en compte les dimensions de genre, de classe et de culture dans la construction des dispositifs de prise en charge des troubles psychologiques. Ce n'est qu'en articulant ces différentes dimensions que l'on pourra véritablement lutter contre l'invisibilisation des femmes rurales face aux troubles mentaux et garantir leur droit fondamental à la santé et au bien-être.

Bibliographie

BEDARD Emmanuelle & al., 2022. *Portrait de la santé mentale des femmes qui ont recours aux organismes communautaires d'une région québécoise*, Santé mentale du Québec, <https://shs.cairn.info/revue-sante-mentale-au-quebec-2022-1-page-241?lang=fr>

BOURDIEU Pierre, 1986. *Les formes du capital*, Actes de la recherche en sciences sociales, Vol. 31, Éditions de l'EHESS, Paris

CHODOROW Nancy, 1999. *The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*, University of California Press, Berkeley, Californie, 1978 (1^{re} édition), (édition révisée)

CONNELL Raewyn (anciennement Robert W. Connell), 2005. *Masculinities*, University of California, Press, Berkeley, Californie, 1995 (première édition), (édition révisée)

- FARMER Paul**, 1999. *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*, University of California Press, Berkeley, Californie
- FOUCAULT Michel**, 1961. *Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, Paris
- GILMOUR Heather**, 2014. *Santé mentale positive et maladie mentale*, Rapports sur la santé, vol. 25, no 9, p. 3 à 10, septembre, https://www.researchgate.net/profile/Heather-Gilmour-2/publication/280646303_Sante_mentale_positive_et_maladie_mentale/links/55c0bfa608aec0e5f447aa05/Sante-mentale-positive-et-maladie-mentale.pdf
- GOFFMAN Erving**, 1963. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey
- GUYON Louise**, 1980. *La santé mentale des femmes et le contexte québécois*, https://psychanalyse.com/pdf/sante_mentale_femmes.pdf
- KLEINMAN Arthur**, 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, Basic Books, New York
- MAHMOOD Saba**, 2005. *Politics of Piety: The Islamic Revival and the Feminist Subject*, Princeton University Press, Princeton, New Jersey
- TOUSIGNANT Michel**, 1988. *Soutien social et santé mentale : une revue de la littérature*. In: Sciences sociales et santé. Volume 6, n°1, pp. 77-106; doi : <https://doi.org/10.3406/sosan.1988.1087>
https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1988_num_6_1_1087
- TRONTO Joan**, 1993. *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*, Routledge, New York
- TRONTO Joan**, 2009. *Un monde vulnérable : Pour une politique du care*, La Découverte, Paris
- SAYEGH Liliane and LASRY Jean-Claude**, 1993. *Acculturation, stress et santé mentale chez des immigrants libanais à Montréal*, Santé mentale au Québec,

<https://www.erudit.org/en/journals/smq/1993-v18-n1-smq1820/032246ar.pdf>

SEN Amartya, 1999. *Development as Freedom* (Le développement comme liberté), Alfred A. Knopf, New York

SEVIGNY Robert, 1985, *Santé mentale et processus sociaux*, Sociologie et sociétés, Vol. XVII, P.5-14,

<https://www.erudit.org/en/journals/socsoc/1985-v17-n1-socsoc103/001697ar.pdf>