

Revue Ivoirienne de Géographie des Savanes



RIGES

ISSN: 2521-2125

**NUMERO
SPECIAL
JANVIER 2019**



Publiée par le Département de Géographie de l'Université Alassane OUATTARA de Bouaké

ADMINISTRATION DE LA REVUE

Direction

Arsène DJAKO, Professeur Titulaire à l'Université Alassane OUATTARA (UAO)

Secrétariat de rédaction

- Joseph P. ASSI-KAUDJHIS, Professeur Titulaire à l'UAO
- Konan KOUASSI, Maître-Assistant à l'UAO
- Dhédé Paul Eric KOUAME, Maître-Assistant à l'UAO
- Yao Jean-Aimé ASSUE, Maître-Assistant à l'UAO
- Zamblé Armand TRA BI, Maître-Assistant à l'UAO
- Kouakou Hermann Michel KANGA, Assistant à l'UAO

Comité scientifique

- HAUHOUOT Asseypo Antoine, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)
- ALOKO N'Guessan Jérôme, Directeur de Recherches, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)
- AKIBODÉ Koffi Ayéchoro, Professeur Titulaire, Université de Lomé (Togo)
- BOKO Michel, Professeur Titulaire, Université Abomey-Calavi (Benin)
- ANOH Kouassi Paul, Professeur Titulaire, Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire)
- MOTCHO Kokou Henri, Professeur Titulaire, Université de Zinder (Niger)
- DIOP Amadou, Professeur Titulaire, Université Cheick Anta Diop (Sénégal)
- SOW Amadou Abdoul, Professeur Titulaire, Université Cheick Anta Diop (Sénégal)
- DIOP Oumar, Professeur Titulaire, Université Gaston Berger Saint-Louis (Sénégal)
- WAKPONOU Anselme, Professeur HDR, Université de N'Gaoundéré (Cameroun)
- KOBY Assa Théophile, Maître de Conférences, UFHB (Côte d'Ivoire)
- SOKEMAWU Koudzo, Maître de Conférences, UL (Togo)

EDITORIAL

Un regard critique sur l'évolution du monde, depuis l'époque contemporaine, laisse transparaître une pluralité de crises de différents caractères, dans pratiquement tous les Etats en général, et dans ceux de l'Afrique subsaharienne en particulier.

D'abord dans les campagnes subsahariennes, l'agriculture est à un carrefour. Alors que les impacts du changement climatique sur la production alimentaire sont de loin négatifs, selon les scientifiques et les observateurs avisés, la demande agricole ne fait qu'augmentée avec la population. Ne pas la satisfaire, à la mesure de sa demande, renforcerait l'insécurité alimentaire, tandis que poursuivre sur le même rythme d'une agriculture itinérante sur brûlis associant l'utilisation mal contrôlée de pesticides accélérerait le réchauffement du climat. Les populations courent le risque de se retrouver dans une spirale de pauvreté – faim – dégradation de l'environnement – conflits, etc. Dès lors, la question de la sécurisation de l'agriculture subsaharienne se révèle être d'actualité.

Ailleurs, les villes subsahariennes occupent une place de premier plan dans le débat relatif aux enjeux environnementaux. Au fur et à mesure qu'elles se complexifient, en raison des activités relatives au développement socioéconomique qui se multiplient, elles sont susceptibles d'avoir des effets négatifs sur l'environnement. Face à leur étalement, conjuguée à la concentration démographique et à la production industrielle, les niveaux de pollution ne font que s'élever et la biodiversité court le risque de s'effriter. Parvenir à une absence de menaces contre l'environnement urbain, essentiel au bien-être des populations et au maintien de son intégrité fonctionnelle, s'avère nécessaire.

Il ne faut pas omettre l'actualité sanitaire de l'Afrique subsaharienne. La résurgence répétée de l'épidémie d'Ebola dans plusieurs pays, révèle par exemple que la sécurité sanitaire est menacée. Selon l'OMS (2017), 80% de la charge de morbidité due au paludisme pèse sur cette partie du globe. Pourtant, tous ces Etats, après leur indépendance, ont réussi à mettre en place, pour leurs populations, des systèmes de santé. Cependant, leur fonctionnement reste encore problématique. Se préserver des problèmes de santé passe par un renforcement de la capacité des pays à prévenir les menaces sanitaires actuelles et futures, à les détecter et à y répondre efficacement. Alors, comment parvenir à une sécurité sanitaire en Afrique subsaharienne ?

Ce tableau non exhaustif de la situation sanitaire, sécuritaire et socio-environnemental en l'Afrique subsaharienne révèle combien de fois il est plus qu'opportun de mener des réflexions actualisées sur les questions de sécurité

dans le contexte actuel des ODD. C'est dans ce cadre que s'inscrit ce numéro spécial de RIGES. Pour ce numéro spécial de janvier 2019, la Revue Ivoirienne de Géographie des Savanes (RIGES) a lancé un appel à contribution sur le thème : « Les questions de sécurité en Afrique subsaharienne » regroupé autour de ces axes suivants :

- Axe 1 : Développement agricole et sécurité alimentaire ;
- Axe 2 : Gouvernance foncière et sécurisation de la cohésion sociale ;
- Axe 3 : Milieu urbain et assainissement ;
- Axe 4 : Territoire, sécurité et enjeux de pouvoir ;
- Axe 5 : Société, environnement et sécurité sanitaires.

KANGA Kouakou Hermann M.

YEBOUE Konan Thiéry St Urbain

COMITE DE LECTURE

- KOFFI Brou Emile, Professeur Titulaire, UAO (Côte d'Ivoire)
- ASSI-KAUDJHIS Joseph P., Professeur Titulaire, UAO (Côte d'Ivoire)
- BECHI Grah Félix, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- MOUSSA Diakité, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- VEI Kpan Noël, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- LOUKOU Alain François, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- TOZAN Bi Zah Lazare, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- ASSI-KAUDJHIS Narcisse Bonaventure, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire)
- KOFFI Yao Jean Julius, Maître de Conférences, UAO (Côte d'Ivoire).

Sommaire

AXE 1 : DÉVELOPPEMENT AGRICOLE ET SÉCURITÉ ALIMENTAIRE	8
NASSIHOUNDE C. Blaise, HOUINSOU T. Auguste, GIBIGAYE Moussa, KPATOUKPA K. Bienvenu, DOSSOU GUEDEGBE V. Odile Contribution des marchés vivriers de la dépression d'Issaba au développement local des communes de Pobe, Ouinhi et Adja-Ouere au sud-est du Benin	9
Ayi Yves Césaire AJAVON Importances socio-économiques de la production des hypocotyles du ronier (<i>borassus aethiopum mart.</i>) dans la commune de Savé au centre du Benin (Afrique de l'ouest)	31
Kopeh Jean-Louis ASSI, Tchognenga Charles SORO, N'zué Pauline YAO, Joseph-P. ASSI-KAUDJHIS Approche SIG du potentiel agricole pour la production de l'ananas dans le département de Grand-Bassam	49
YEO Yakatienguelpou, YEO Siriki , ASSI-KAUDJHIS Joseph P. Les conflits liés à l'exploitation agricole et minière dans le département de Katiola (côte d'ivoire)	71
AXE 2 : GOUVERNANCE FONCIERE ET SECURISATION DE LA COHESION SOCIALE	85
Sidia Diaouma BADIANE Femmes et agriculture dans la forêt classée de mbao (Dakar) : contribution à la préservation d'une forêt classée et d'une zone de moyens d'existence	86
Guy Sourou NOUATIN, Omokunmi Floriane Sylfata OREYICHAN Conseil à l'exploitation familiale et autonomisation des femmes dans la commune de N'dali (nord du Benin)	101
SILUE N'wangboho Fousseni, KOFFI Brou Emile Gestion coutumière et accessibilité aux espaces agricoles urbains et périurbains dans la région de Gbêkê	126
AXE 3 : MILIEU URBAIN ET ASSAINISSEMENT	148
Kouacou Fohondi Constantin, Brenoum Kouakou David, Atta Koffi Lazare Impact de l'autoroute du nord sur la ville de Toumodi	149

KOUAME Konan Lopez, ASSIDJO Nogbou Emmanuel Simulation en regime temporel de la sedimentation de particules en suspension dans l'eau à SANIA_cie (Abidjan-Côte d'Ivoire)	174
Félix Grah BECHI Les déterminants du revers de l'harmonie urbaine dans l'espace communal de cocody (Abidjan - Côte d'Ivoire)	187
AXE 4 : TERRITOIRE, SÉCURITÉ ET ENJEUX DE POUVOIR	203
KOFFI Assoumou André Luc, GAHIÉ Gnantin Mathias, KOFFI Brou Émile, LOUKOU Alain François Services mobiles money et leurs retombées socioéconomiques pour les populations de la ville de Dimbokro	204
DJOMO Armel Konan Kouassi, KONÉ Kapiéfolo Julien, ADOU Bosson Camille, KOFFI Brou Émile, LOUKOU Alain François La problématique de l'e-participation citoyenne dans le district de yamoussoukro	218
KOFFI Kouassi Antoine, ASSI-KAUDJHIS Narcisse Bonaventure, ASSI-KAUDJHIS Joseph P. Les mutuelles de développement et l'habitat dans les villages de la commune de Bocanda	232
Alida Gwladys DIEME, Firmain Kouakou N'GUESSAN, Noel Kpan VEI, Émile Brou Koffi Production foncière à travers les lotissements villageois à Bouaké : quel bilan ?	251
KALOU Bi Kalou Didier, ZAH Bi Tozan Les bakor-bakors (mototaxis) : de nouvelles offres de transports collectifs à Vavoua (Côte d'Ivoire)	268
KOUADIO Kouakou Abraham, GOGBE Téré Potentialités et contraintes du développement du tourisme dans le département de Tiassalé (Côte d'Ivoire)	285
AXE 5 : SOCIÉTÉ, ENVIRONNEMENT ET SÉCURITÉ SANITAIRES	305
KOUASSI Konan, SREU Eric, KOUA Asseman Médard Les camps de prière : quelle soupape de sécurité sanitaire dans un désert d'offre de soins psychiatrique dans la région sanitaire de Gbêkê (Centre-Côte d'Ivoire) ?	306
Dr Hervé Bonaventure Métonmassé GBÉNAHOU Mécanismes de mobilisation des ressources financières face aux maladies sévères et faibles adhésions aux structures mutualistes (zou- Benin)	327

<p>Kouamé Sylvestre KOUASSI, Symphorien ONGOLO</p> <p>Politiques de conservation de la biodiversité, migrations et conflictualités en Côte d'Ivoire : l'exemple du parc national de la Marahoué</p>	340
<p>Rachad Kolawolé Foumilayo Mandus ALI</p> <p>Diversité et formes d'utilisations des plantes médicinales vendues dans le marché de Agbokou dans la commune de Porto-Novo au sud-est du Benin, Afrique de l'ouest</p>	358
<p>APPOH Kouassi Menzan Williams, ASSUÉ Yao Jean-Aimé, ASSI KAUDJHIS Joseph P.</p> <p>Difficultés d'accès aux soins modernes par les ruraux du département de Koun-fao</p>	378
<p>TOHOZIN Côovi Aimé Bernadin</p> <p>Contribution du sig pour le diagnostic des vallons et la lagune de Porto-Novo, Benin</p>	393
<p>Djibril Tenena YEO, Nambégué SORO, Marie-Solange TIEBRE</p> <p>Dynamique de l'occupation du sol de la «zone dense» de Korhogo de 2000 à 2015 (nord de la Côte d'Ivoire)</p>	405
<p>Pélagie Mongbo-Gbénahou, Gauthier Biaou</p> <p>Pauvreté et construction du self chez les enfants de 5-14 ans au sud du Benin</p>	424

LES CAMPS DE PRIERE : QUELLE SOUPE DE SECURITE SANITAIRE DANS
UN DESERT D'OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUE DANS LA REGION
SANITAIRE DE GBEKE (CENTRE-COTE D'IVOIRE) ?

KOUASSI Konan,
Maître-Assistant,
Département de Géographie, Université Alassane Ouattara - Bouaké,
kouassikonan50@yahoo.fr

SREU Eric,
Doctorant, Département de Géographie, Université Alassane Ouattara - Bouaké
sreueric@gmail.com

KOUA Asseman Médard,
Maître de Conférences agrégé, Département de Psychiatrie, UFR Science médicales,
Université Alassane Ouattara - Bouaké
koua_asseman01@yahoo.fr

RESUME

Le déficit d'offre de soins psychiatrique constitue l'une des caractéristiques de la région sanitaire de Gbêkê. En matière d'offre de soins psychiatrique, celle-ci est marquée par un désert sanitaire dans lequel foisonnent les camps de prière qui pourraient représenter des soupapes de sécurité sanitaire des populations. Cette étude vise à montrer l'apport des camps de prière dans la quête de sécurité sanitaire dans un contexte de désert d'offre de soins psychiatrique dans la région sanitaire de Gbêkê. Les résultats de cette étude reposent sur l'exploitation des données d'enquêtes de terrain qui se sont déroulées de mars à septembre 2018. Cette étude a permis de dénombrer 57 camps de prière à vocation curative dans la région sanitaire de Gbêkê. Il ressort de cette étude qu'environ 99% des localités se trouvent dans un désert régional d'offre psychiatrique. Les camps de prière constituent des territoires de refuges pour la plupart malades abandonnés. Ils garantissent la sécurité sanitaire des malades en leur offrant des possibilités d'hébergements, de traitements et de prière. Ils constituent le dernier recours de 10% de malades investigués. Dans leur logique d'implantation, ils gravitent autour des centres de santé. Ceux-ci privilégient également la proximité des voies routières et des rivières. Cette étude permet d'aboutir à la conclusion selon laquelle les camps de prière constituent des soupapes de sécurité sanitaire dans un désert d'offre de soins psychiatrique dans la région sanitaire de Gbêkê.

Mots clés : Camp de prière, Sécurité sanitaire, désert, soins psychiatrique, Gbêkê

ABSTRACT

The psychiatric deficit of offer care constitutes one of the characteristics of the medical area of Gbêkê. As regards psychiatric offer care, this one is marked by a medical desert in which the prayer camps abound and could represent valves of medical safety of the populations. This study aims at showing the contribution of the prayer camps in the search of medical safety in a context of desert of psychiatric offer care in the medical area of Gbêkê. The results of this study rest on the exploitation of the data of ground investigations, which proceeded from March to September 2018. This study made it possible to count 57 prayer camps to curative vocation in the medical area of Gbêkê. It comes out from this study that approximately 99% of the localities are in a regional desert of psychiatric care. The prayer camp constitute territories of refuges for the majority of abandoned patients. They guarantee the medical safety of the patients in their offering possibilities of lodgings, treatments and of prayer. They constitute the last recourse of 10 % of investigated patients. In their logic of establishment, they revolve around the camps of the health center. Those also privilege the proximity of the roadways and the rivers. This study leads to the conclusion that the prayer camps are sanitary safety valves in a desert offering psychiatric care in the Gbêké health region.

Key words: Prayer camp, Safety medical, desert, psychiatric care, Gbêkê

Introduction

Selon l'OMS (2008-2013), la charge des troubles mentaux s'accroît davantage à l'échelle mondiale. La charge de morbidité mondiale qui a été estimée à 12% en 2000 (OMS, 2001, p.20) est passée à 13% en 2004 (OMS, 2013, p.39), puis pourrait passer à 15% en 2020 (OMS, 2001, p.20). A l'échelle mondiale, 121 millions de personnes souffrent de dépression, 700 millions de problèmes liés à l'alcool, 24 millions de schizophrénies et 37 millions de démences (E. BEC, F. CAYALA, N. NATHALIE, 2017, p.4). Singulièrement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire environ quatre personnes sur cinq ayant besoin d'être prises en charge pour une pathologie mentale, neurologique ou liée à l'utilisation de substances psychoactives ne reçoivent aucun soin dans ce domaine (OMS, 2011, p.9). En Côte d'Ivoire, en particulier, la demande croissante des soins de santé mentale a été exacerbée par les différentes crises économiques qui perdurent depuis les années 1980 et la survenue des remous sociopolitiques et militaires (1999 et 2002) (Programme National de Santé Mentale, 2011, p.6). Faisant suite aux recommandations de l'OMS (priorisation des questions de santé mentale, intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaire), la Côte d'Ivoire s'est davantage engagée dans la promotion de la santé mentale (Programme National de Santé Mentale, 2011, p.11). Malgré la volonté d'améliorer l'accessibilité aux soins psychiatriques, les disparités territoriales de l'offre de soins

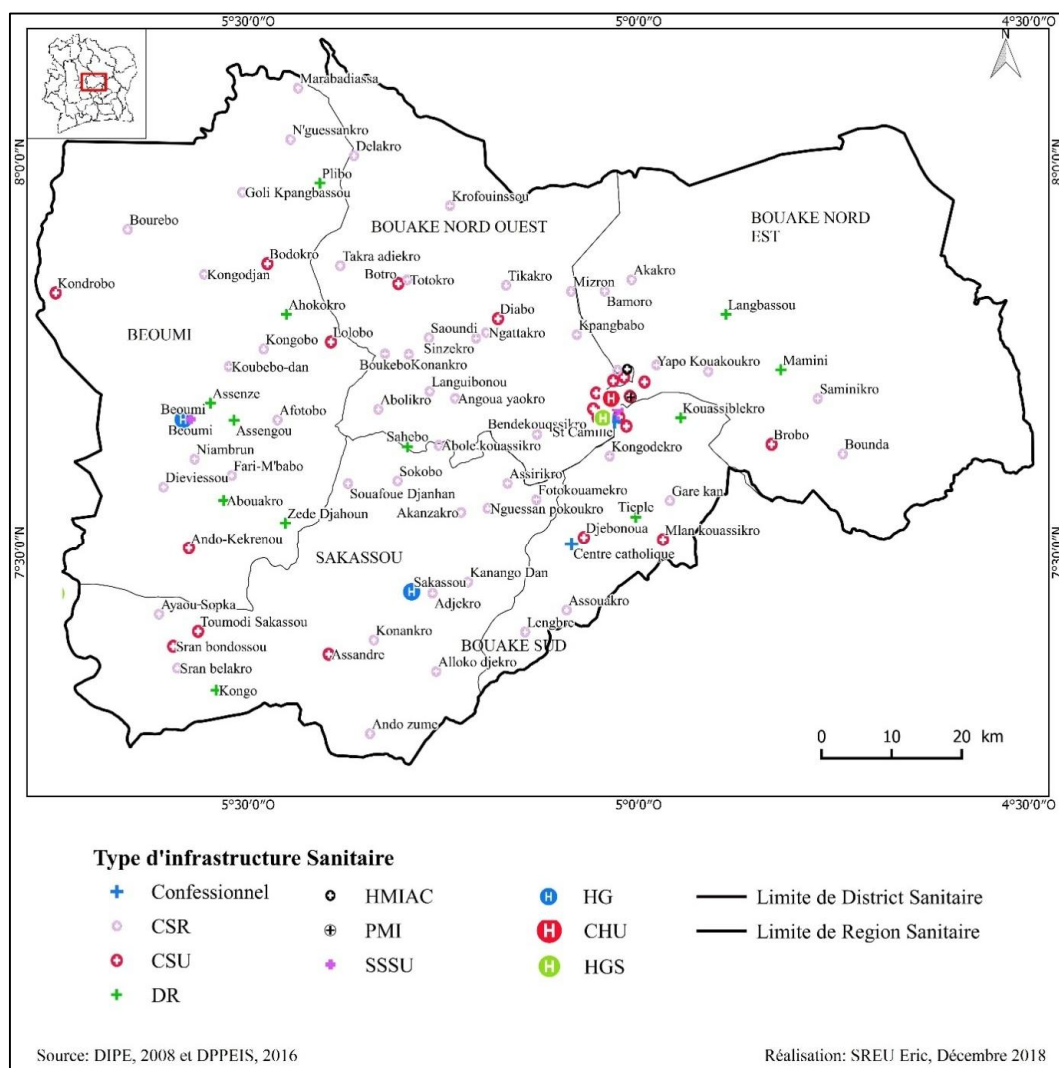
demeurent ainsi une caractéristique persistante de la psychiatrie ivoirienne. La décennie de crise militaro-politique de 2002, a eu des effets pervers sur la santé mentale dans la région sanitaire de Gbêkê. Malgré les efforts consentis (gratuité ciblée des soins, réhabilitation et équipement des infrastructures) dans l'amélioration de l'offre de soins dans un contexte post-crise afin de faciliter l'accès des populations aux soins de santé primaire, l'offre de soins psychiatrique dans la région de Gbêkê est désertique. Pour combler ce déficit, il s'observe un foisonnement hallucinatoire des initiatives religieuses. Dans un contexte de désert d'offre de soins psychiatrique, le paysage religieux chrétien de la région de Gbêkê est marqué par un foisonnement de camps de prière dont l'un des objectifs curatifs est de garantir la sécurité sanitaire aux populations souffrant de maladie mentale. De 1984 à 2018, un effectif cumulé de 57 camps de prière a été enregistré dans cette région. Du point de vue biomédical, l'expression « sécurité sanitaire » apparaît officiellement en France en décembre 1992 dans la discussion du projet de loi relatif à la sécurité en matière de transfusion sanguine. D. TABUTEAU (2007, p.87) définit comme la sécurité contre les risques liés au fonctionnement du système de santé. Elle s'étend ensuite à l'ensemble des produits de santé et aux pratiques thérapeutiques. La notion de sécurité sanitaire a inclus à la fin des années 1990, la protection contre les risques sanitaires dans les domaines de l'alimentation et de l'environnement (D. TABUTEAU, 2007, p.87). Dans la région de Gbêkê, face au désert d'offre de soins psychiatrique, les camps de prière apparaissent comme des soupapes de sécurité sanitaire. Il importe de savoir dans quelle mesure, les camps de prière constituent une soupape de sécurité sanitaire dans un désert régional d'offre de soins psychiatrique dans la région sanitaire de Gbêkê ? Cette étude qui vise à montrer l'apport des camps de prière dans la quête de sécurité sanitaire se structure en trois parties. La première analyse les caractéristiques du désert de l'offre de soins psychiatrique dans la région de Gbêkê. La seconde examine les logiques d'implantation des camps de prière. La troisième analyse le recours aux camps de prière pour les soins psychiatriques.

1- Matériel et Méthode

1.1 Présentation du cadre spatial d'étude

La région sanitaire de Gbêkê est située au centre de la Côte d'Ivoire. Elle est composée de cinq districts sanitaires que sont : le district sanitaire de Bouaké Sud, de Bouaké nord-est, de Bouaké nord-ouest, de Béoumi et celui de Sakassou (carte n°1).

Carte n°1 : Localisation et présentation de la région sanitaire de Gbêkê



La configuration en 2018 de la région sanitaire de Gbêkê est un effet induit du redécoupage administratif émanant du Décret n° 2011-263 du 28 septembre 2011. Cette région sanitaire couvre environ 1410 localités réparties sur une superficie d'environ 8996 km² (2,79% du territoire national ivoirien). Elle compte 1 082 958 habitants (DPPEIS, 2016, p 131.). La région sanitaire du Gbêkê disposait en 2016, d'une offre de 105 Etablissements sanitaires publics, dont 101 établissements sanitaires de premier contact (ESPC). Celle-ci dispose également de deux Hôpitaux Généraux, d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et un Hôpital Général Spécialisé (HGS) en offre de soins psychiatrique.

1.2 Collecte des données et leur traitement

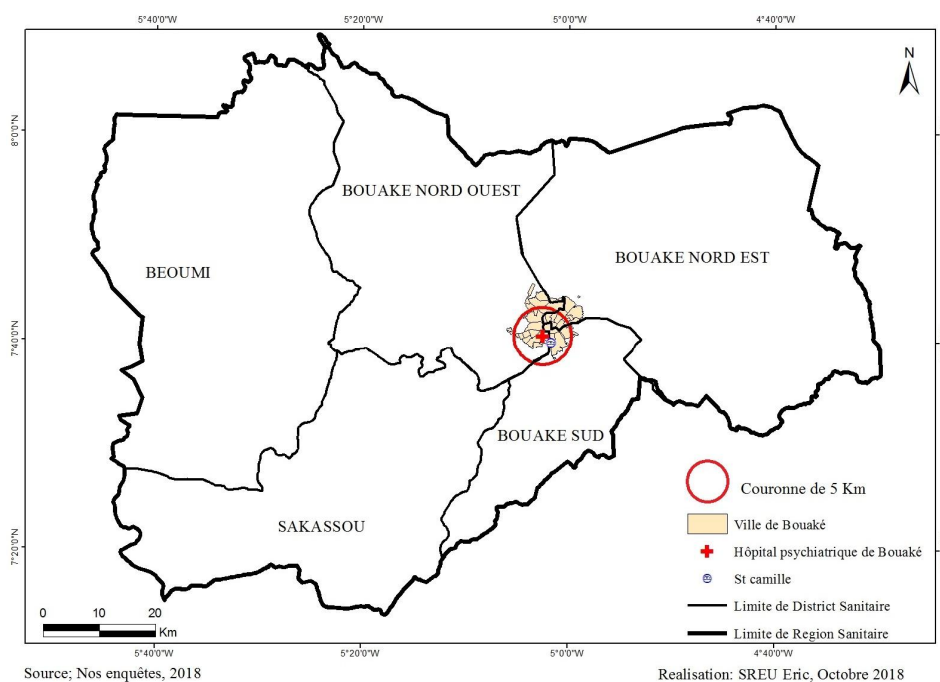
Le dénombrement des camps de prière dans la région sanitaire du Gbêkê s'est fait sur la période de Mars à Octobre 2018. Pour y parvenir, la technique d'enquête par effet de boule de neige a été utilisée. C'est une méthode dont l'échantillon est composé d'individus recommandés par des personnes déjà enquêtées (BAHOAYILA, 2016, p 16.). Des relevés de terrain avec le GPS Modèle Garmin S20, ont été réalisés durant ces observations pour aboutir à une cartographie régionale des camps de prière et de répartition de leur malade. Le dénombrement des malades mentaux dans les camps de prière s'est produit en même temps que le dénombrement des camps de prière à savoir la période de Mars à Octobre 2018. Des focus groupes ont été organisés dans la perspective d'échanger avec les responsables des camps de prière, les parents des malades afin de recueillir des informations sur la prise en charge des malades. Les cartes ont été réalisées à l'aide du logiciel QGIS 2.18.

2- Résultats

2.1 Caractérisation spatiale du désert sanitaire psychiatrique de la région sanitaire de Gbêkê

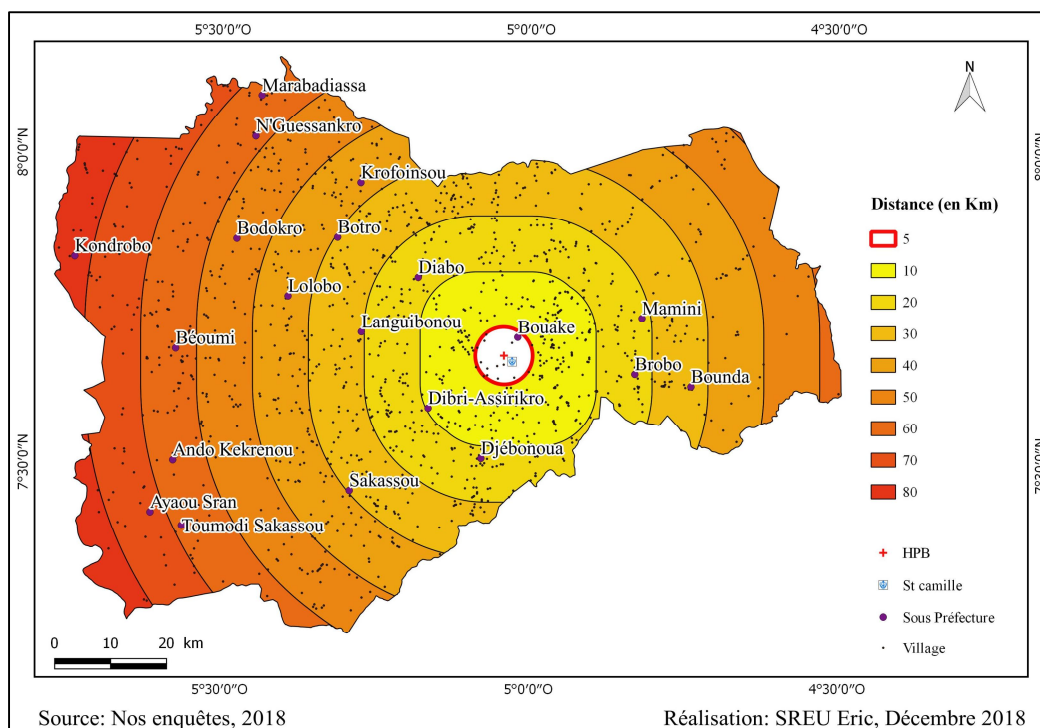
La région de Gbêkê est couverte par deux établissements sanitaires psychiatriques respectivement implantés dans la ville de Bouaké. Ce sont entre autres, l'Hôpital Psychiatrique de Bouaké et l'hôpital confessionnel saint Camille. En se référant aux normes d'accessibilité géographique recommandées par l'OMS (100% de la population doit être localisé à moins 5 km d'un centre de santé), peuvent être considérées comme désert sanitaire, les poches de territoire non couvertes par un rayon de 5 Km d'un établissement sanitaire de premier contact (BRISSY et al, 2018, p.89). Dans la région de Gbêkê, il s'observe un désert de soins psychiatrique autour de la ville de Bouaké. La carte n°2 en est une illustration.

Carte n°2: Désert sanitaire régional autour des services de soins psychiatriques de la ville de Bouaké



Environ 1410 localités gravitent autour de l'Hôpital Psychiatrique de Bouaké et l'Hôpital Saint Camille. Ces services de soins psychiatriques constituent principalement les nœuds de réception des populations malades. La carte n°3 indique la distribution des localités gravitant autour des services soins psychiatriques en fonction des distances euclidiennes.

Carte n°3: Répartition des localités gravitant autour des services soins psychiatriques en fonction des distances euclidiennes



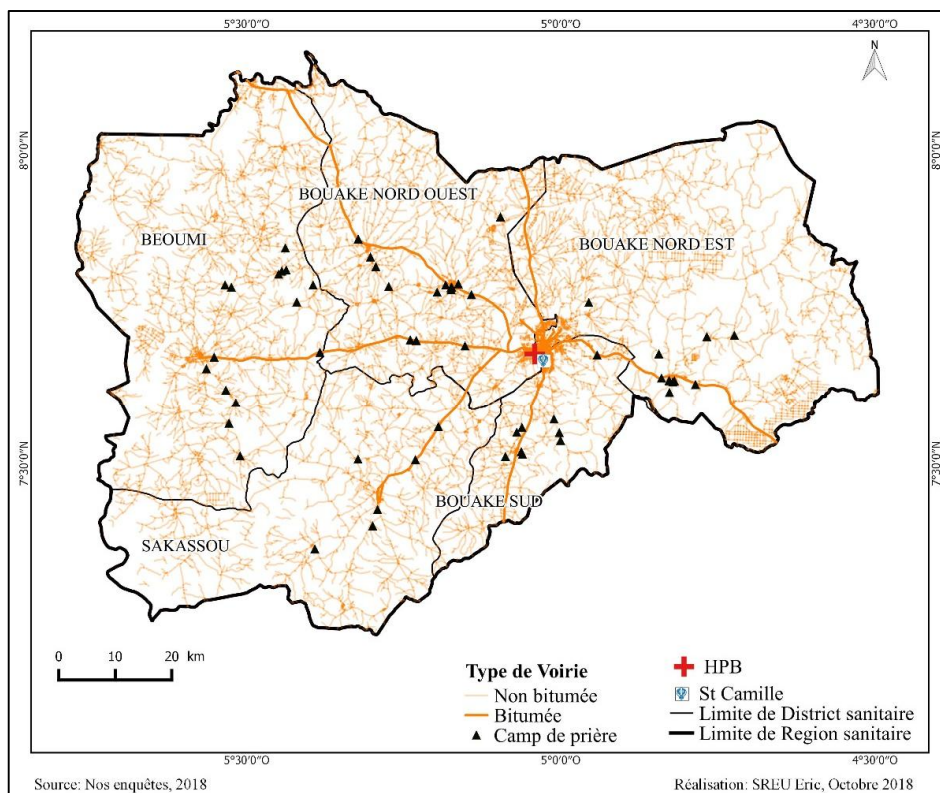
Environ 99% (1400 sur 1410) des localités de la région sont localisés à plus de 5 km d'un service de soins psychiatriques. Cette proportion révèle qu'environ 99% des localités se retrouve dans le désert sanitaire psychiatrique. Ce désert psychiatrique couvre majoritairement les localités rurales. Ainsi, les populations des localités rurales éprouvent d'énormes difficultés à accéder aux services de soins psychiatriques à cause de l'effet de l'éloignement.

2.2 Les logiques d'implantation des camps de prière dans la région sanitaire de Gbêkê

2.2.1 Une localisation à proximité des voies routières

L'organisation du réseau routier dans la région de Gbêkê joue un rôle structurant dans l'implantation des camps de prière. Elle contribue à l'orientation de la distribution des camps de prière. La carte n°4 en est un exemple édifiant.

Carte n°4 : Localisation des camps de prière par rapport au réseau routier dans la région sanitaire de Gbêkê



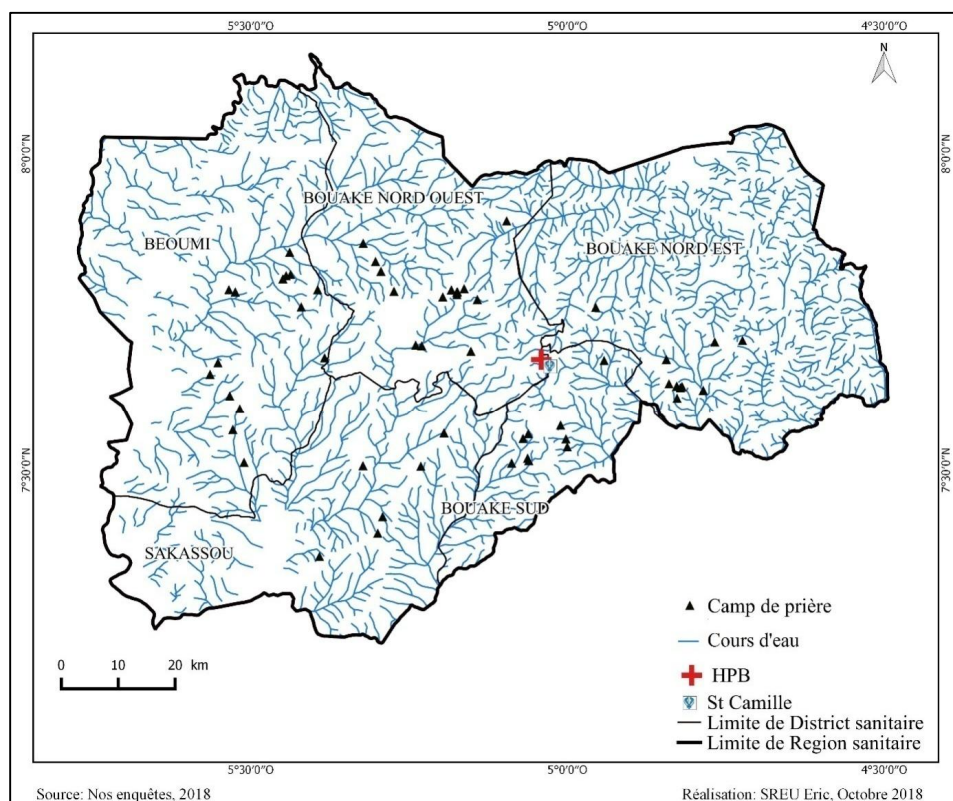
La carte laisse transparaître un réseau routier dense dans la région sanitaire de Gbêkê. Ce réseau est composé de voiries bitumées et non bitumées. Nos investigations révèlent une prédominance des camps de prière le long des voies non bitumées. Ces camps prolifèrent davantage dans les espaces ruraux marqués par un enclavement fonctionnel. Les transects non bitumés disposent environ 63 % des camps de prière. Ils sont généralement implantés à proximité (moins de 200 mètres)

des transects reliant les localités rurales. Mais ceux-ci sont par moment soumis à un isolement induit par l'enclavement temporaire résultant de l'impraticabilité des pistes rurales en saison de pluie. Dans l'optique de surmonter les contraintes d'enclavement fonctionnel, environ 33% des camps de prière préfèrent s'installer dans un rayon de 300 mètres des voies bitumées. Ils sont généralement implantés le long du transect Bouaké-Béoumi et Bouaké-Brobo. L'installation des camps de prière à proximité des voies asphaltées s'inscrit également dans une perspective de faciliter l'évacuation des malades vers les structures sanitaires psychiatriques urbaines en cas de rechute. En dehors du réseau routier, l'implantation des camps de prière dépend de l'organisation du réseau hydrographique.

2.2.2 Une localisation des camps de prière à proximité des cours d'eau

La région sanitaire de Gbêkê dispose d'un réseau hydrographique dense qui tient en partie sous sa dépendance la distribution des camps de prière. La carte n°5, indique la position des camps de prière par rapport aux cours d'eau qui parsèment la région sanitaire de Gbêkê.

Carte n°5: Localisation des camps de prière et des cours d'eau dans la région sanitaire de Gbêkê



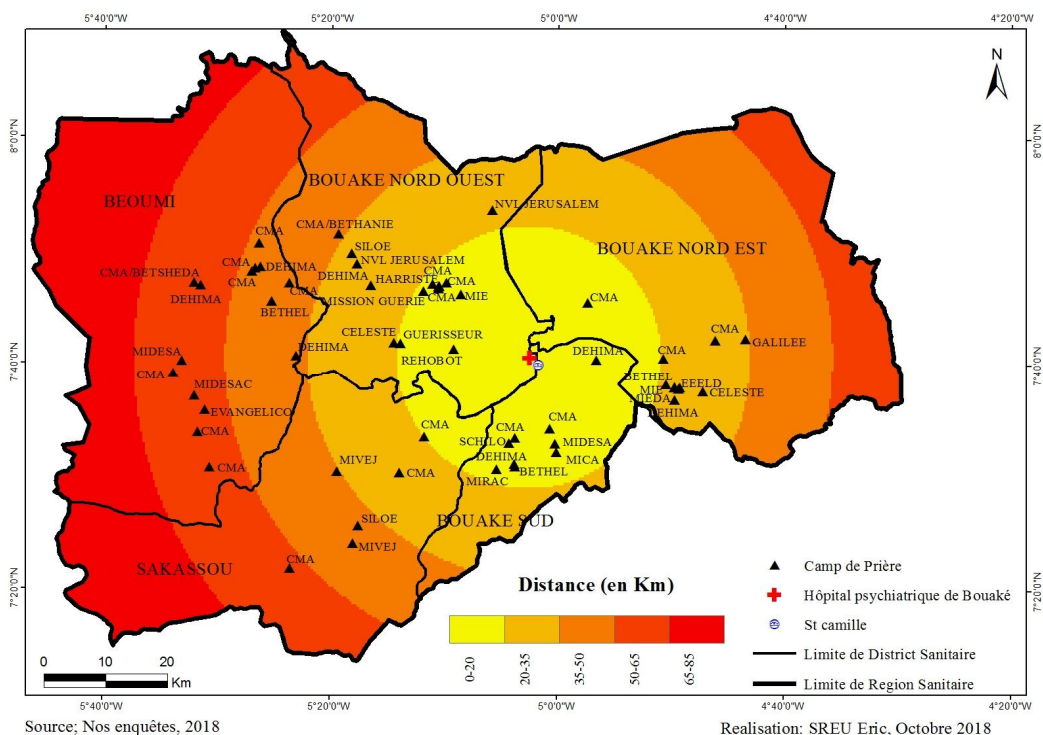
Environ 88,43 % des camps de prière sont implantés à moins de 250 mètres d'un cours d'eau. La recherche de la proximité avec cours d'eau répond à un besoin de consommation, de traitement, de pratique agricole et de prière. Ces cours d'eau servent de sources d'approvisionnement en eau de consommation. L'eau de ces

cours d'eau est utilisée pour les tâches domestiques telles que la lessive et la cuisine. Le choix de la proximité des cours d'eau vise également à stimuler les pratiques agricoles autour des camps de prière. Nos investigations révèlent qu'autour des camps de prière, il se pratique de plus en plus des cultures irriguées destinées à l'autoconsommation et à la commercialisation. En dehors de ces aspects, l'eau de rivière pour ces vertus qui pourraient être thérapeutiques est utilisée pour la préparation des médicaments des malades. La recherche de la proximité des cours d'eau dans l'implantation des camps de prière obéit à une logique spirituelle. Selon nos investigations, il a été fréquemment observé que les camps de prière ont été implantés soit après ou avant un cours d'eau. Selon les responsables des camps de prière, la traversée des cours d'eau par les malades pour se rendre au camp de prière est déjà un signe de victoire et de guérison. Ils perçoivent la traversée des cours d'eau comme des épreuves à surmonter pour les personnes en quête de guérison. Selon nos investigations, la bordure des cours d'eau constitue des sites de purification du malade et de prière.

2.2.3 Une recherche de proximité avec les services de soins

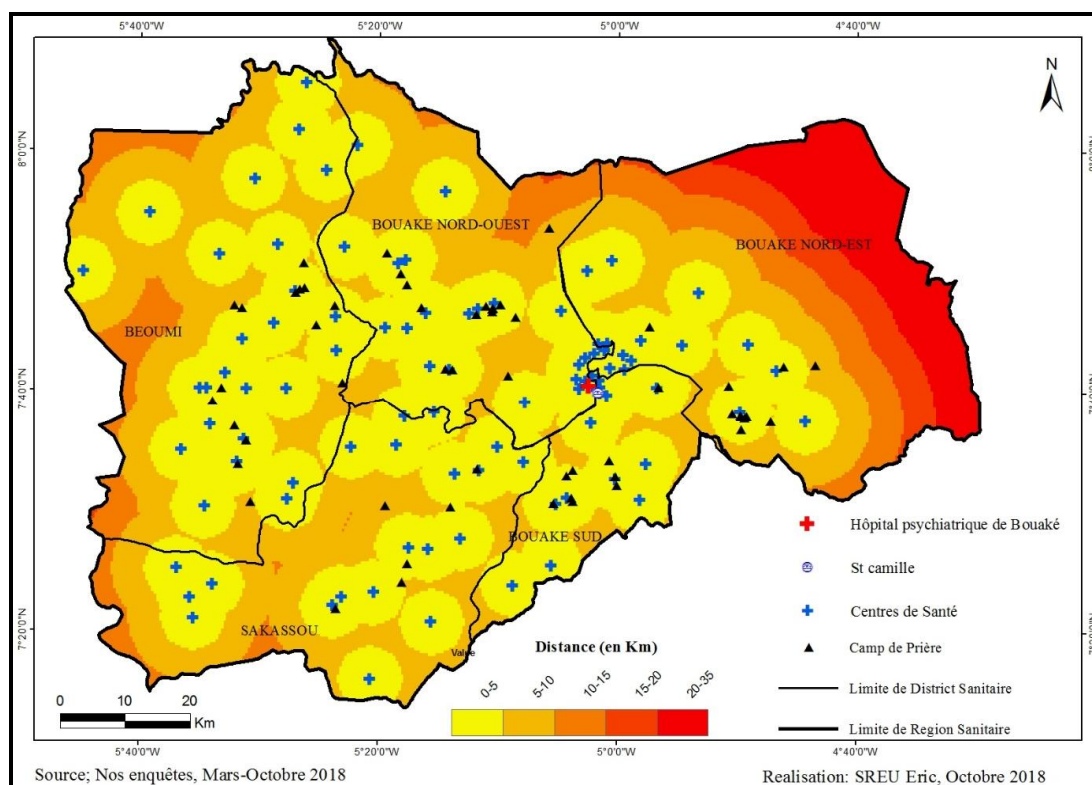
Les camps de prière dans la région sanitaire de Gbêkê offrent des soins de santé mentale aux populations. En milieu rural, ils agissent comme des « mailles d'une toile d'araignée » qui retiennent les malades mentaux dans leur quête de soins vers la ville de Bouaké. Ceux-ci gravitent autour de la ville de Bouaké qui abrite les services de soins psychiatriques de la région. La carte n°6 présente la position et les distances séparant les camps de prière des services de soins psychiatriques de la région de Gbêkê.

Carte n°6: Distribution des camps de prière gravitant autour des services de soins psychiatriques de la région sanitaire de Gbêkê



Les camps de prière sont implantés autour de la ville de Bouaké. L'effectif des camps de prière diminue au fur et à mesure qu'on s'éloigne des services de soins psychiatriques de la ville de Bouaké. Environ 68% des camps de prière sont installés dans la couronne de 0 à 35 Kilomètres des services de soins psychiatriques de la ville de Bouaké. Par contre, dans la couronne la couronne de 35 à 70 kilomètres concentre 32 % des camps. Les camps de prière se situent dans un intervalle de 16 kilomètres et de 62 kilomètres de l'hôpital psychiatrique de Bouaké et de l'hôpital confessionnel de la sainte Camille. Par ailleurs, il s'observe une forte concentration des camps de prière autour des établissements sanitaires de premier contact. La carte n°7 présente l'emplacement des camps de prière en fonction des centres de santé implantés dans la région sanitaire de Gbêkê.

Carte n°7 : Localisation des camps de prière par rapport aux ESPC dans la région sanitaire de Gbêkê



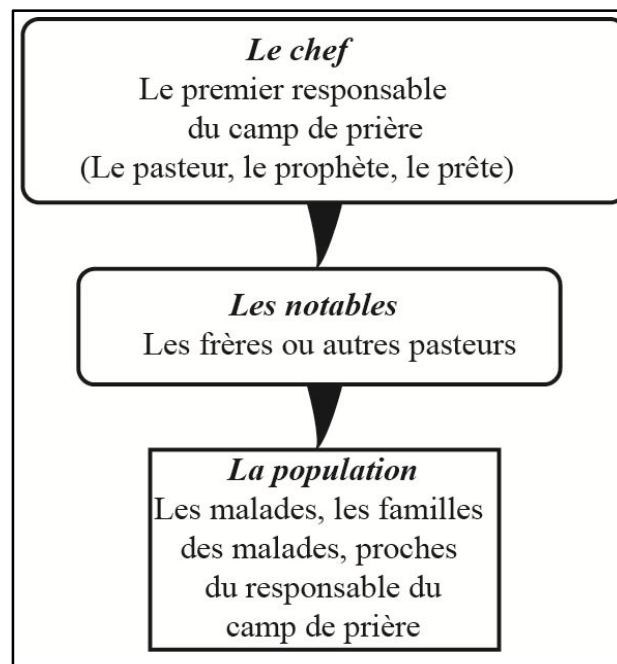
Environ 98,23 % des camps de prière sont implantés dans un rayon de 5 kilomètres d'un centre de santé. Cette concentration est plus marquée dans les districts sanitaires de Bouaké Nord-Est, de Bouaké Nord-Ouest et de Bouaké Sud. Nos investigations révèlent que l'implantation des camps de prière à proximité des centres de santé obéit à une rationalité spatiale visant à faciliter l'évacuation rapide des populations malades tout en minimisant les temps de parcours, les distances et les coûts de transport. Les centres de santé permettent de fournir des soins médicaux pour certaines pathologies qui revêtent une dimension plus clinique que spirituelle.

2.3 La contribution des camps de prière ou *Tchêlê bô* dans les soins psychiatriques dans la région sanitaire de Gbêkê

2.3.1 Les camps de prière ou villages thérapeutiques : acteurs d'un autre système de soins

La majeure partie des camps de prière exercent sans autorisation ou sans arrêté ministériel. Ceux-ci sont des micro-territoires sur lesquels sont bâties des habitations abritant les malades, les familles des malades et évidemment les responsables de camps de prière. Leur organisation est similaire à celle des communautés villageoises. La figure n°1 en schématise leur organisation.

Figure n°1 : Organisation des camps de prière



Dans les camps de prière, les responsables de camps jouent le rôle de chef de la communauté. Aucune décision ne peut être prise sans qu'il ne soit consulté et que son avis soit favorable. Il peut être soit le pasteur, le prophète et notamment le prêtre chez les Dehima. A la suite de ces acteurs, viennent les frères, les sœurs ou d'autres pasteurs qui jouent le rôle de notables auprès du prophète, responsable premier du camp de prière. Ils exécutent les tâches de secrétaires, de trésorier et de conseiller. Ils servent d'intermédiaire entre les visiteurs et le responsable du camp de prière. Enfin, on a la population qui occupe les camps de prière. Cette population est composée des malades, des familles des malades, des parents et des proches de la famille du responsable du camp de prière.

Les habitations dans les camps de prière de type rural gravitent autour du temple voire du lieu de culte du camp de prière. La photo n°1 et 2 présente des camps de prière.

Photo n°1: Camp de prière Dehima
à Djebonoua



Photo n°2 : Camp de prière MECOS
derrière Logbakro



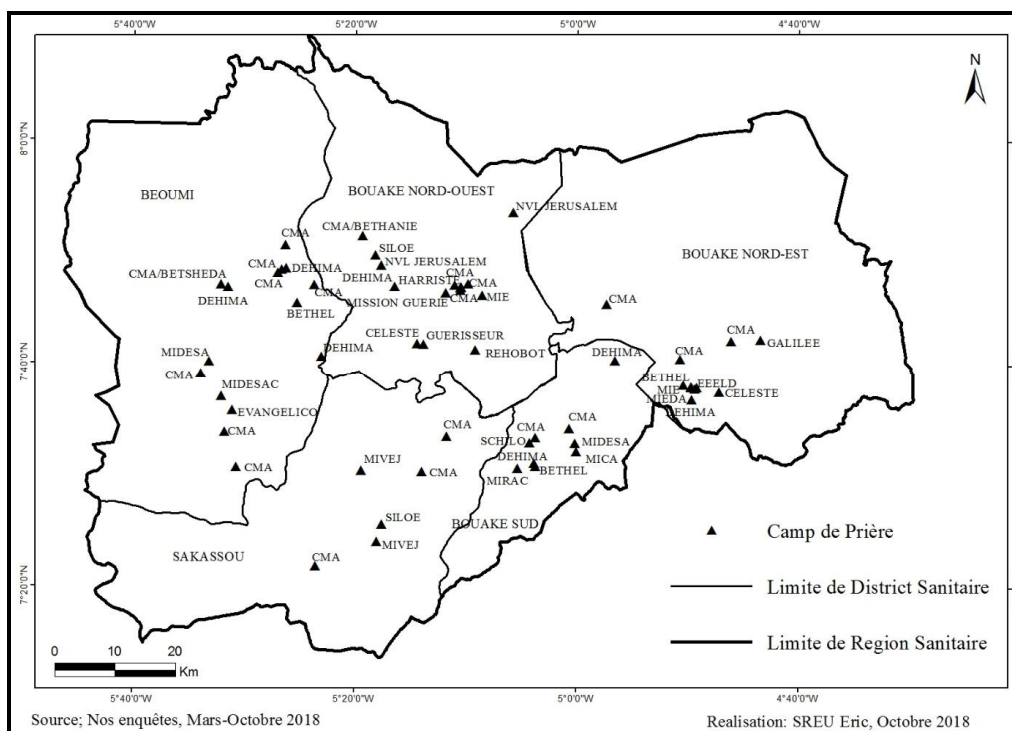
Clichés : SREU Eric, 2018

Les camps de prière accueillent une panoplie de malades parmi lesquels figurent les personnes atteintes d'insuffisance rénale, de diabète, de fibrome, de cataracte, de SIDA ainsi que des malades mentaux. Le plus souvent, certains malades bénéficient des soins ambulatoires. Par contre, certains sont hébergés dans les camps de prière dans le but de poursuivre leur traitement. Dans la région sanitaire de Gbêkê, les camps de prière ont été implantés par les missions chrétiennes évangéliques ou protestantes.

2.3.2 Les camps de prière à vocation curative, un apanage des églises ou missions chrétiennes évangéliques ou protestantes

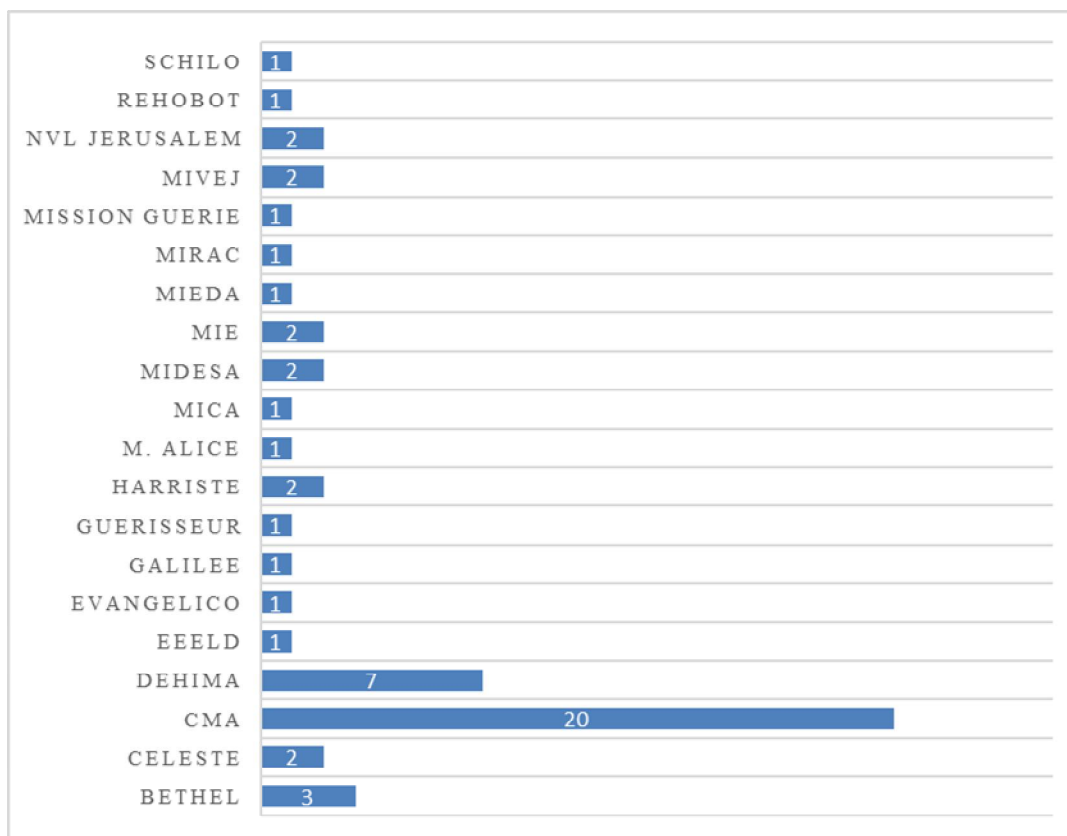
Nos investigations ont permis de dénombrer au total 57 camps de prière. Spatialement, ceux-ci sont inégalement répartis. Cette disparité est observée à travers la carte n°8.

Carte n°8: Répartition des camps de prière dans la région sanitaire de Gbêkê



Le District Sanitaire de Béoumi (15) dispose plus de camps prière que le District Sanitaire de Bouaké Nord-Ouest (14), Nord-Est (10), Sud (6) et de Sakassou (6). Le milieu rural constitue le territoire de prédilection pour l'implantation des camps de prière. Il concentre environ 78% de ces sites de prière. Tandis que le milieu urbain abrite environ 22% de ces camps de prière. Les camps de prière identifiés dans la région sanitaire de Gbêkê appartiennent spécifiquement aux églises évangéliques ou protestantes. Bien qu'exerçant des activités de soins curatifs sur leur territoire, les camps de prière ne se détournent pas de leur fonction première qui est celle d'exister en tant qu'un lieu de culte. Parmi ces camps de prière à vocation curative, 35% sont rattachés à l'église CMA (Christian and Missionary Alliance) et 12% au Dehima (missions chrétiennes pratiquant un syncrétisme chrétien). La figure n°2 indique la répartition des camps de prière selon le type d'église.

Figure n°2: Distribution des camps de prière selon le type d'église



Source : Nos enquêtes, 2018

La dominance des camps de prière CMA dans la région sanitaire de Gbêkê peut s'expliquer par le fait que les premières installations des missionnaires de l'église CMA ont été notamment implantées dans les localités de Tiebissou, Yamoussoukro, Bouaké et Béoumi. Nos investigations révèlent que l'église CMA a ouvert une école biblique le 19 avril 1944 à Bouaké. Cette école biblique avait pour spécificité de véhiculer le message biblique en langue locale *baoulé*. C'est cette raison qui justifie, la prédominance de la population baoulé dans les églises CMA de la région de Gbêkê. Les églises Dehima quant à elles existent depuis de nombreuses décennies en Côte d'Ivoire. Elles pratiquent du syncrétisme, un christianisme plongé dans les traditions africaines ou locales.

Les autres types de camps de prière appartiennent à d'autres missions évangéliques. A cet effet, il importe de souligner que les camps de prière évoluent comme des détachés des différentes missions chrétiennes évangéliques. Ils exercent sous la coupole d'un ministère évangélique dont la direction centrale est implantée dans les agglomérations urbaines. Le tableau n°1 indique les différentes localités qui abritent les directions centrales ou sièges des camps de prière implantés dans la région du Gbêkê.

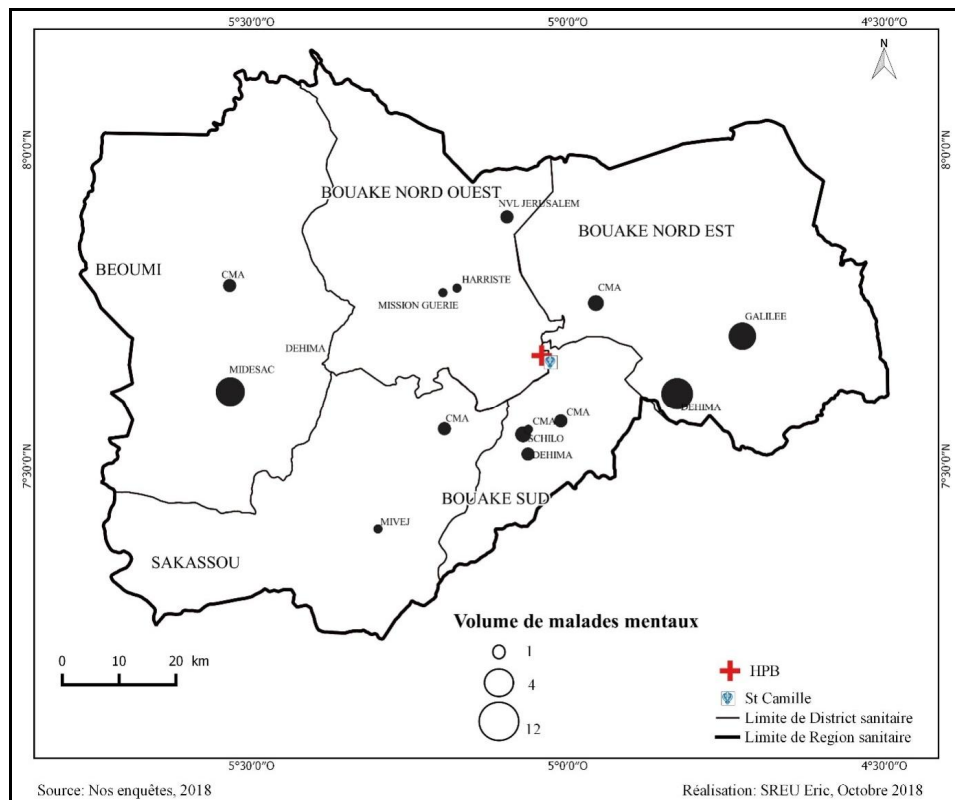
Tableau n°1: Les camps de prière et les localités abritant le siège ou la direction centrale

Camp de prière	Localité abritant le siège
CMA	Abidjan, Bouaké
MIDESA, SILOE	Vavoua
SCHILO	Abidjan (Abobo Ndotré)
HARRISTE	Abidjan

Source : Nos enquêtes, 2018

Les camps de prière constituent un maillon important de l'offre de soins psychiatrique dans la région sanitaire de Gbêkê. Ceux-ci offrent des soins ambulatoires ou des possibilités de séjour du malade. La carte n°9 indique la répartition des malades séjournant dans les camps de prière lors de nos investigations.

Carte n°9 : Distribution des malades mentaux dans les camps de prière de la région sanitaire de Gbêkê de mars à septembre 2018



Au total, 51 malades mentaux ont été dénombrés sur l'ensemble des différents sites de camp de prière dans la région sanitaire de Gbêkê. Ils constituent le dernier recours de 10% des malades observés au cours de l'étude. Spatialement, la population de

malades mentaux est inégalement répartie dans la région de Gbêkê. Celle-ci reste particulièrement élevée dans les camps de prière implantés dans le District Sanitaire de Bouaké Nord-Est. C'est le cas notamment du camp de prière Dehima et Mission Galilée qui hébergent respectivement 12 à 9 malades mentaux. Dans le District Sanitaire de Béoumi 12 malades ont été dénombrés dont 10 dans le camp de prière MIDESAC (10 malades) et 2 dans le camp CMA BETHESDA. A la différence de SCHILO (3), les camps de prière implantés dans le District Sanitaire de Bouaké Sud abritent respectivement 2 malades mentaux. Dans les districts sanitaires de Sakassou et de Bouaké nord-ouest, il a respectivement été dénombré un malade par camp de prière. Ces malades sont parfois accompagnés par leur famille ou un proche. Dans les camps de prière, les malades sont installés dans des abris de fortune qui représentent comparativement à la biomédecine des chambres d'hospitalisation. Ce sont généralement de petites cabanes construites en banco recouvert d'un toit de paille (photo n°3).

Photo n°3 : Maisonnette de fortune en Banco abritant les malades mentaux dans un camp de Prière CMA à Botro



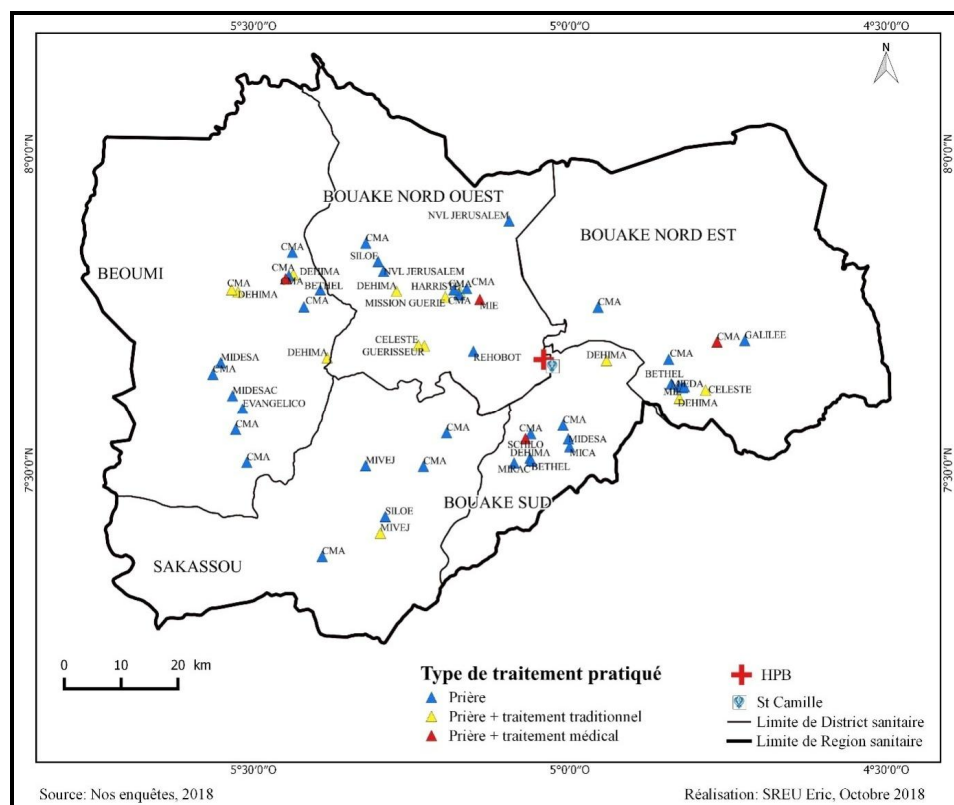
Cliché : SREU Eric, 2018

L'acceptation des malades dans les camps de prière peut être gratuite ou payante. Souvent, les malades sont invités à s'acquitter d'une somme variant entre 5000 FCFA et 10 000 FCFA comme droit d'inscription ou de « consultation ». Les parents des malades offrent par moment aux responsables des camps de prière des vivres, des sommes d'argent et autres bien matériels en guise de reconnaissance.

2.3.3 Une diversité de traitement utilisé dans les soins psychiatriques

Nos investigations, révèlent que les camps de prière ont recours à plusieurs types de traitement. La carte n°10 indique la répartition des camps de prière selon les types de traitement utilisés.

Carte n° 10: Distribution spatiale des camps de prière dans la région sanitaire de Gbêkê selon le type de traitement utilisé



Dans la région sanitaire de Gbêkê, 72% des camps de prière utilisent la thérapie de prière pour le traitement et la guérison des malades mentaux. Cependant, 21% d'entre eux associent la prière et le traitement traditionnel fait à base des plantes médicinales. Mais la complémentarité entre la prière et la médecine moderne est rare dans la région sanitaire de Gbêkê. Environ, 7% d'entre eux associent, les médicaments pharmaceutiques à la prière pour assurer le traitement des malades. Les camps de prière CMA ont la particularité de privilégier la thérapie de la prière au détriment de la thérapie traditionnelle et moderne. Par contre, les camps Dehima et Célestes ont pour spécificité d'associer la prière et les traitements traditionnels pour les soins psychiatriques.

Discussion

Le fardeau sanitaire, économique et social induit par les troubles mentaux a contribué à inscrire la santé mentale au premier rang des priorités de santé publique en France (A. CHEVANCE, R. GAILLARD, 2018, p.637). Cependant en Côte d'Ivoire, ce domaine est à la traîne. Ce n'est en 2007 qu'une Direction de coordination du Programme National de Santé Mentale a été mise en place sous l'injonction de l'OMS afin de faire face aux effets socio-sanitaires pervers de plus d'une décennie de crise que la Côte d'Ivoire a traversée (S. KOYATE, M. YMBA, p.99).

Dans la région sanitaire de Gbêkê, moins de 1% de la localité est implanté à moins de 5 Km d'un service de soins psychiatrique. Ces statistiques révèlent que les normes de l'OMS en matière d'accessibilité géographique de services de soins, qui recommande que 100% des localités soient couvert par un rayon de 5 km d'un centre de santé n'est pas satisfaisant dans le domaine de l'offre de soins psychiatriques. La région de Gbêkê est notamment caractérisée par un désert sanitaire en matière d'offre de soins psychiatrique. Ce déficit, est davantage pallié par l'offre des camps de prière.

Le camp de prière est dénommé *Tchêlê-bô* en baoulé. *Tchêlê-bô* qui peut signifier *territoire de longue vie, camp de longue vie* constitue une soupape de sécurité sanitaire pour les malades face au désert sanitaire psychiatrique. Dans ce contexte, on entend par sécurité sanitaire la possibilité d'avoir la protection divine voire d'aboutir une guérison à travers les effets positifs de la prière et des traitements offerts sur ces territoires de prière. La sécurité sanitaire dans ce contexte de foisonnement des camps de prière apparaît comme la capacité des camps de prière à guérir ou à réduire la fréquence des risques de rechutes des malades. Les prières visent à assurer la protection divine des malades contre les mauvais esprits. Dans leur approche étiologique, les camps de prière rattachent souvent la cause de la maladie mentale aux esprits des eaux.

Ce faisant, dans leur logique d'implantation, les camps de prière privilégient la proximité des rivières, des voies routières et des centres de santé. La localisation des camps de prière à proximité des voies routières obéit à une logique d'accessibilité géographique. Ce choix vise à surmonter les obstacles de l'enclavement physique et fonctionnel. Par contre, l'implantation des camps de prière à proximité des rivières obéit par moment à un déterminisme naturel. Les acteurs de ces choix de localisation mettent en avant l'influence fatale des cours d'eau sur la lutte contre la sorcellerie qui serait une cause de la schizophrénie. Pour eux, les génies à l'origine du caractère délirant du malade proviennent généralement de l'eau. Ces génies peuvent être facilement domptés en implantant les camps de prière thérapeutique à proximité des rivières. Certains confèrent à la rivière une vertu thérapeutique voire de purification. La rivière pourrait constituer une barrière naturelle à l'accentuation du caractère délirant des malades. Selon nos investigations, l'utilisation des cours d'eau pour la purification des malades dans les camps de prière serait relative à des faits de guérison opérés par des hommes de Dieu dans la bible. C'est ce qu'affirment certains prophètes ou responsables de camps de prière en ces termes : *« Toutes les maladies ont le plus souvent une origine. Les maladies sont causées par des esprits mauvais, des démons. Mais par la foi, nous consacrons des cours d'eau et nous procédons à la guérison ou la purification des malades (.....) cela nous a inspiré des différents miracles opérés avec l'eau pour guérir les malades comme ce fut le cas de la purification de Naaman le lépreux dans le*

fleuve Jourdain par le prophète Elisée dans le livre de 2 Rois 5 :14 sans oublier les miracles opérés dans l'eau de la piscine de Bethesda dans le livre de Jean 5 : 4. »

La maladie mentale revêt à la fois une connotation sociale et religieuse. L'étiologie de la maladie mentale est mystique et surnaturelle. Ainsi, les soins passent par la réconciliation avec l'être suprême ou le cosmos. La maladie mentale est perçue comme une punition suite au péché (P. M. N. KOYA, 2016, p.118). Le recours aux camps de prière et la biomédecine permet soigner à la fois le corps et l'âme. Ainsi, des fonctions complémentaires sont attribuées à la biomédecine et la prière confessée dans les camps de prière. Des actions rituelles relèvent du registre étiologique. Tandis que les actions médicales pragmatiques relèvent du traitement symptomatique. Des résultats similaires ont été obtenus par P. JOLY et al. (2005, p.561) à travers une étude menée sur les représentations culturelles, les itinéraires thérapeutiques et la santé mentale infantile en Guadeloupe. Face aux délires mystiques étroitement liés aux thèmes religieux ou surnaturels tels que la prière, le péché, la possession, la culpabilité, les esprits, les démons, l'ensorcellement, les forces mystiques, les fantômes et les sorciers, les malades mentaux sont isolés dans les camps de prière. Les transgressions sociales et spatiales souvent opérées par les malades révèlent que la maladie mentale apparaît comme un problème social. Celle-ci apparaît d'abord comme une déviance sociale, voire spatiale, avant d'être une affaire de la biomédecine. Le malade mental dans sa pratique spatiale privilégie les espaces publics au détriment des espaces domiciliaires. La maladie mentale se spécifie par les comportements transgressant à la fois les normes sociales et spatiales. Un acte relevant de la maladie mentale est un acte qui transgresse les normes acceptées dans une société (H. Dorvil, 1990, p.49). Ces normes sont à la fois spatiales et sociales. Le malaise constitué par la perturbation discursive et comportementale du malade dérange l'organisation sociale (H. Dorvil, 1990, p.50) voire les pratiques spatiales des populations.

Conclusion

Les camps de prière constituent une alternative de sécurité sanitaire dans un contexte de désert d'offre de soins psychiatrique dans la région de Gbêkê. Dans cette région sanitaire, l'implantation des camps de prière obéit à des logiques géographiques et spatiales particulières. Les voies routières, les cours d'eau et les centres de santé jouent un rôle structurant dans la répartition des camps de prière. Les camps de prière constituent des territoires de refuges pour les malades qui échappent au système de soins ivoirien dans la région sanitaire de Gbêkê. Ceux-ci se spécifient par leurs triples fonctions religieuses, curatives et de socialisation du malade. Ils apparaissent comme des milieux d'intégration sociale et de socialisation du malade. Tandis que le traitement biomédical s'occupe davantage de la maladie sans s'occuper convenablement du malade. La complémentarité entre l'offre de soins psychiatrique

moderne et l'offre de soins psychiatrique des camps de prière pourraient constituer des stratégies de prise en charge adéquate dans un désert d'offre de soins curative que constitue la région de Gbêkê.

Bibliographie

BRISSY Olga Adeline, KOUASSI Konan, SREU Eric, ASSI-KAUDJHIS Joseph P., 2018, Corrélation entre desserte médicale et l'utilisation des établissements sanitaires de premier contact du District Sanitaire de Bouaké Sud dans un contexte post-crise, in, *Regard Sud*, n°18, pp.84-101.

CHEVANCE Astrid, GAILLARD Raphaël, 2018, La dépression, du mal être à la maladie, in *Bulletin épidémiologique Hebdomadaire*, n°32-33, pp.636-637.

BAHOAYILA Milongo Chancel Bardin, 2016, Pratique des enquêtes, Institut Africain de la Statistique, Mémoire de Master, Congo-Brazzaville, pp.13-20.

BEC Emilie, CAYALA Françoise, BEL Nathalie, 2017, Santé mentale et organisation des soins, CREA-ORS, LANGUEDOC-ROUSSILLON, ORS MIDI-PYRENEES, 65p.

DORVILL Henri, 1990, La maladie mentale comme problème social, *Service social*, in, volume 39, n°2, pp.44-58. <https://doi.org/10.7202/706476ar>

JOLY Patricia, TAÏEB Olivier, ABBAL Tahar, BAUBET Thierry et MORO Marie Rose, 2005, Représentations culturelles, itinéraire thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe, in Presses Universitaires de France, « La psychiatrie de l'enfant », pp.537-575.

OMS, 2013, Plan d'action pour la santé mentale, 2013-2020, Genève, 50p.

OMS, 2001, La santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs, Genève, 182p.

Programme National de Santé Mentale, 2011, Analyse situationnelle de base des structures offrant des soins de Santé Mentale en Côte d'Ivoire, Abidjan, 71p.

KOYA Nfizi Mugisho Paul, 2016, Les aspects socio-culturels des troubles mentaux chez le peuple shi d'hier et d'aujourd'hui : quelle prise en charge efficace, in *L'Autre, cliniques, cultures et sociétés*, volume 17, n°1, pp.110-118.

KOYATTE Salikou, MAIMOUNA Ymba, 2018, 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*, Oct 2016, Oran, Algérie., pp.95-105.

TABUTEAU Didier, 2007, la sécurité sanitaire, réforme institutionnelle ou résurgence des politiques de santé publique ?, in, *Les Tribunes de la santé*, 2007/3 n° 16, p. 87-103. DOI : 10.3917/seve.016.0087