

Deviance Psychiatrique et Déterminants Psychosociaux : Au sujet de huit cas de l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville

Michel K. Gbagbo, M.C.-CAMES

Psychopathologie sociale, Laboratoire d'Etude et de Prévention de la Délinquance et des Violences (LEPDV). Faculté de Criminologie, Université FHB, Abidjan, Côte d'Ivoire

Kolotcholoma Issouf Soro

Département de Sociologie, Université Peleforo Gon Coulibaly, Côte d'Ivoire

[Doi:10.19044/esj.2024.v20n33p162](https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n33p162)

Submitted: 30 October 2024

Accepted: 28 November 2024

Published: 30 November 2024

Copyright 2024 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Gbagbo M.K.G. & Soro K.I. (2024). *Deviance Psychiatrique et Déterminants Psychosociaux : Au sujet de huit cas de l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville*. European Scientific Journal, ESJ, 20 (33), 162. <https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n33p162>

Résumé

En Côte d'Ivoire, la dangerosité psychiatrique, définie comme la probabilité qu'un individu souffrant d'un trouble mental adopte un comportement dangereux, soulève des enjeux importants liés à la stigmatisation et à l'exclusion sociale. Malgré les connaissances existantes, peu d'études ont exploré les déterminants psychosociaux de cette dangerosité dans un contexte ivoirien. L'objectif de cet article est d'analyser l'impact de facteurs tels que la stigmatisation sociale, l'isolement familial et l'absence de soutien sur l'émergence de comportements déviants chez des patients atteints de troubles mentaux. La méthodologie repose sur une étude qualitative menée auprès de huit patients de l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville, sélectionnés pour leurs antécédents de comportements déviants. Les données ont été collectées à travers des entretiens semi-structurés et une observation clinique, puis analysées selon une approche thématique à l'aide du logiciel NVivo. Les résultats montrent que la stigmatisation sociale et l'isolement familial exacerbent les comportements déviants, perçus par les patients comme des mécanismes de survie face à une souffrance psychologique persistante. Ces comportements incluent des actes de violence physique, verbale, ou d'automutilation, ainsi que des fugues et des vols, souvent liés à des

frustrations et à un manque de soutien. Ces observations soulignent la nécessité d'adopter une approche globale dans la prise en charge des troubles mentaux, en intégrant des interventions psychosociales visant à réduire la marginalisation et à renforcer les réseaux de soutien familial et communautaire.

Mots-clés: Dangerosité, stigmatisation, isolement, troubles mentaux, soutien

Psychiatric Deviance and Psychosocial Determinants : A Study of Eight Cases from Bingerville Psychiatric Hospital

Michel K. Gbagbo, M.C.-CAMES

Psychopathologie sociale, Laboratoire d'Etude et de Prévention de la Délinquance et des Violences (LEPDV). Faculté de Criminologie, Université FHB, Abidjan, Côte d'Ivoire

Kolotcholoma Issouf Soro

Département de Sociologie, Université Peleforo Gon Coulibaly, Côte d'Ivoire

Abstract

In Côte d'Ivoire, psychiatric dangerousness, defined as the likelihood that an individual suffering from a mental disorder will engage in dangerous behavior, raises significant issues related to stigma and social exclusion. Despite existing knowledge, few studies have explored the psychosocial determinants of this dangerousness in an Ivorian context. The aim of this article is to analyze the impact of factors such as social stigma, family isolation, and lack of support on the emergence of deviant behaviors among patients with mental disorders. The methodology is based on a qualitative study conducted with eight patients from the Bingerville Psychiatric Hospital, selected for their history of deviant behaviors. Data were collected through semi-structured interviews and clinical observations, and then analyzed thematically using NVivo software. The results show that social stigma and family isolation exacerbate deviant behaviors, which are perceived by patients as survival mechanisms in the face of persistent psychological distress. These behaviors include acts of physical and verbal violence, self-harm, as well as running away and theft, often linked to frustrations and lack of support. These observations highlight the need for a comprehensive approach to mental health care, integrating psychosocial interventions aimed at reducing marginalization and strengthening family and community support networks.

Keywords: Dangerousness, stigma, isolation, mental disorders, support

Introduction

La dangerosité criminologique englobe la dangerosité psychiatrique. Elle se réfère à la probabilité pour un individu (malade ou non) de commettre un acte délinquant, de nature infractionnelle, criminelle, délictuelle et contraventionnelle. Elle est liée à des facteurs comme les antécédents criminels, les comportements violents, les facteurs psychologiques (comme un trouble mental ou la non-maîtrise de soi) et les influences sociales ou environnementales. Les criminologues experts ainsi que les magistrats utilisent ces données pour évaluer la dangerosité du sujet, ses risques de récidive, et proposent ou mettent en place un programme de traitement adapté au cas spécifique du délinquant afin de prévenir la récidive (Coutanceau, 2012).

Quant à la dangerosité psychiatrique, elle désigne spécifiquement la probabilité qu'un individu pose un acte dangereux pour lui-même, autrui et les biens, sous l'impulsion d'un trouble mental, qu'il soit déjà ou non passé à l'acte. Elle est évaluée par des professionnels de la santé mentale, comme les experts psychiatres près des tribunaux. Cette dangerosité se base sur la nature des troubles mentaux, les antécédents psychiatriques du sujet et de sa famille, ses symptômes actuels, ses interrelations avec l'entourage, et les risques encourus pour lui et les autres. C'est cette évaluation qui permet de proposer, au magistrat ou à la famille, le traitement thérapeutique adapté pour réduire le risque de violence pathologique (Zagury, 1998). Par exemple, un sujet incarcéré pour agression sexuelle peut bénéficier d'une liberté provisoire tout en étant soumis à une obligation de soins.

En Côte d'Ivoire, la dangerosité psychiatrique représente un enjeu de santé publique peu étudié, bien qu'elle soit omniprésente dans les discours liés à la sécurité et à la santé mentale. Cette thématique est souvent perçue sous l'angle de la menace, au détriment de la compréhension des facteurs sociaux, psychologiques et économiques qui façonnent ces comportements. De plus, la stigmatisation sociale qui entoure les troubles mentaux et la marginalisation des personnes concernées amplifient les obstacles à leur prise en charge efficace.

Il est donc crucial d'explorer ces déterminants psychosociaux afin de combler les lacunes existantes dans la littérature scientifique locale et de proposer des solutions adaptées au contexte ivoirien. Cette étude vise non seulement à identifier les mécanismes sous-jacents à la déviance psychiatrique, mais aussi à fournir des recommandations pour améliorer les politiques de santé mentale et les pratiques de prise en charge. En adoptant une approche bio-psycho-sociale, elle ambitionne de replacer la souffrance individuelle et sociale au cœur des réflexions sur la dangerosité psychiatrique, en dépassant les approches centrées exclusivement sur la répression ou la sécurité.

L'État a une obligation de soins pour les individus atteints de troubles mentaux. Il doit protéger ces personnes, la société et les biens, ce qui peut nécessiter des soins sans consentement. En Côte d'Ivoire, on parle d'hospitalisation d'office sur décision d'un représentant de l'État.

Le dispositif légal ivoirien, encadré par une approche sécuritaire, repose sur les notions d'irresponsabilité pénale et d'hospitalisation d'office. Ces mécanismes visent à protéger la société tout en assurant une prise en charge adaptée des individus souffrant de troubles mentaux, conformément aux prescriptions du Code pénal. Par exemple, l'article 102 du Code pénal stipule qu'il n'y a pas de responsabilité pénale lorsque l'auteur des faits est atteint d'une altération de ses facultés mentales ou d'un retard anormal de son développement, rendant sa volonté abolie ou l'empêchant de comprendre le caractère illicite de son acte. Dans ces cas, l'individu peut être hospitalisé d'office. L'article 78 du Code pénal permet à l'État de détenir une personne présentant un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de troubles mentaux, même sans son consentement (LOIDICI.COM, *ibid.*).

Suite à cette hospitalisation, il est crucial de mettre en place un accompagnement médico-social complet pour faciliter la réintégration et la réinsertion de la personne dans la société (Gbagbo et Bazaré, 2018). Cependant, l'État se doit également de respecter les libertés fondamentales des citoyens, conformément à la Constitution, ce qui peut engendrer des tensions entre l'obligation de protection et la préservation de la liberté.

Cette tension constitue l'épicentre du débat sur l'éthique qu'induit la notion de dangerosité psychiatrique. Ce débat se situe au croisement de la psychiatrie et de la criminologie. Et l'Etat ne sait pas toujours quelles mesures adéquates prendre à l'égard de sujets souvent stigmatisés et plus vulnérables que dangereux. (Coutanceau, *Ibid.*).

Le croisement entre la psychologie et la criminologie s'avère fondamental pour comprendre et gérer cette dangerosité. La psychologie apporte une analyse fine des troubles mentaux et des mécanismes psychiques qui influencent les comportements déviants, tandis que la criminologie examine le passage à l'acte dans son contexte social, juridique et institutionnel. Cette approche interdisciplinaire permet de mieux cerner les liens entre troubles psychiques, comportements dangereux et cadre légal, tout en proposant des stratégies adaptées pour prévenir la récidive et favoriser la réinsertion sociale des individus concernés. Ainsi, le présent travail s'inscrit dans une perspective où ces deux disciplines dialoguent pour proposer une lecture holistique et opérationnelle de la dangerosité psychiatrique.

Les troubles mentaux associés à la dangerosité incluent en premier lieu les psychoses (schizophrénie, délire paranoïaque, troubles schizo-paranoïde, bouffées délirantes aiguës, autres troubles socio-affectifs et troubles de l'humeur). Celles-ci induisent de la déréalisation en cas de décompensation,

ce qui très souvent implique une abolition de la conscience au moment du passage à l'acte. Et en second lieu des troubles de la personnalité à potentiel dangereux, tels que le trouble de la personnalité anti-sociale, celui de la personnalité narcissique, la psychopathie, ou une paraphilie. Dans ces cas, l'individu est pleinement conscient de ses actes au moment de leur commission (Rossinelli, 2009).

Pour gérer l'ensemble de ce qui constitue la dangerosité psychiatrique en Côte d'Ivoire, il est nécessaire de fournir les soins thérapeutiques appropriés et spécifiques. À l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville notamment, les soins spécifiques à la dangerosité psychiatrique sont caractérisés par une approche globale et multidisciplinaire. Les patients sont évalués par des équipes de professionnels de la santé mentale, comprenant des psychiatres, des psychologues et des infirmiers spécialisés. Les soins se concentrent sur la gestion des symptômes psychiatriques, la prévention des comportements violents et l'ergothérapie conduite par des assistants sociaux. Les interventions incluent des thérapies individuelles et de groupe, des médicaments psychotropes et des programmes de réhabilitation sociale. L'objectif est de fournir un soutien psychosocial pour aider les patients à mieux gérer leur condition, retrouver leur autonomie et préparer leur sortie et leur rétablissement.

La contention est utilisée comme une mesure de dernier recours pour prévenir les comportements violents ou dangereux chez les patients. Elle est mise en place de manière contrôlée et supervisée, conformément aux protocoles médicaux et aux directives éthiques. Les mesures de contention, telles que l'utilisation de ceintures de contention ou de chambres de protection (dites d'isolation), sont toujours accompagnées d'une surveillance médicale rapprochée pour minimiser le risque de traumatismes physiques ou psychologiques. Le sujet est également isolé afin que les autres patients et leurs accompagnants ne soient pas traumatisés par la vue de son agitation ou de sa contention. Les professionnels de la santé mentale s'efforcent de réduire la nécessité de cette contention par des interventions thérapeutiques, médicamenteuses et psychosociales. Celles-ci visent à stabiliser l'état du patient – surtout à son arrivée – avant de débiter les psychothérapies proprement dites (Gbagbo, 2009).

La distinction entre la déviance psychiatrique et la criminalité psychiatrique est à son tour assez subtile mais non moins importante. La déviance psychiatrique se réfère à des comportements se présentant comme inappropriés ou dangereux, sous l'effet d'un trouble psychique, mais qui ne comportent pas obligatoirement de composante délinquente. C'est le cas par exemple du schizophrène qui soliloque, gesticule ou parle à haute voix et qui peut être perçu comme étrange et inquiétant. Ce sujet est tout juste déviant, puisqu'il ne suit pas les normes sociales, mais il ne commet aucune infraction.

Son comportement est le reflet de son trouble mental, ce qui nécessite une prise en charge thérapeutique (Di Vittorio, 2014).

En revanche, si l'on parle de criminalité psychiatrique, l'on se réfère nécessairement à des actes, criminels, commis par des individus souffrant de troubles mentaux. Le pédophile, le vampire clinique, la personne souffrant d'un trouble de la personnalité anti-sociale (TPA) qui passent à l'acte violent, doivent être jugés dans un cadre légal, mais la dimension psychiatrique de leur personnalité doit obligatoirement aussi être prise en compte. Cette prise en compte a un but essentiel pour le magistrat : l'aider à déterminer le niveau de responsabilité de l'infacteur, et les mesures de traitement qui seront le plus appropriées au cas individualisé (Zagury, *ibid.*).

En somme, la déviance psychiatrique s'avère plus large que la criminalité psychiatrique dont nous parlerons ici. Polymorphe, une telle dangerosité est éruptive et s'exprime contre tout objet (qu'il s'agisse de biens ou de personnes) et partout, y compris au sein même de l'hôpital. Elle traduit aussi l'existence de comportements autodestructeurs, comme les tentatives de suicide ou les automutilations. Ses déterminants sont maintenant connus : type de trouble mental, chronicité de la maladie, qualité de la prise en charge, arrêt du traitement, antécédents psychiatriques, consommations de substances psychoactives, licites ou non. Ce sont des facteurs dont la maîtrise permet d'améliorer la prévention et la gestion des situations à risque (Besnier & al. 2009 ; Coldéfy, 2007).

Il s'agit alors d'adapter la réponse judiciaire et médico-social, tout en respectant les droits fondamentaux des patients. Ainsi, en France, notre modèle de référence, les Unités pour Malades Difficiles (UMD) et les Services Médico-Psychologiques Régionaux rattachés aux prisons (les SMPR), lieux spécifiques où sont pris en charge des patients faisant l'objet d'une hospitalisation sous contrainte en raison de leur dangerosité, sont régulièrement supervisés par le Préfet. (Azoulay et al. 2020 ; Gbagbo et Bazaré, 2018).

Cependant, une telle dangerosité se manifeste aussi en dehors des structures de soins, un peu comme dans le cas de l'individu passant à l'acte sous l'effet d'une consommation alcoolique irrépressible et chronique. Cela signifie que la pathologie psychique possède une inexpugnable dimension sociale et que c'est au sein de la famille, lieu où se noue et se dénoue le nœud pathologique, que se créent les conditions d'un suivi efficient.

Dans un contexte de désinstitutionnalisation, elle, qui autrefois était perçue comme le problème, devient aujourd'hui la solution (Carpentier, 2001). Et à la question de savoir pourquoi cette chronicisation parfois, ces interruptions thérapeutiques, ces soudains éloignements, ce renfermement sur soi ou ces errances urbaines accompagnés de violence (par bris, vocalisations intempestives, dénudation), il est de plus en plus fréquent d'incriminer la niche

familiale, et plus largement encore, les facteurs psychosociaux de l'inobservation thérapeutique (Dequelson et al. 2015). Le rôle de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation dans la chute par rétroaction prend toute son importance ici, si l'on souhaite améliorer la conscience des troubles chez la personne et une diminution du risque de récurrence déviante.

La recherche actuelle souligne que l'isolement social et la marginalisation des individus atteints de troubles mentaux graves, souvent perçus comme imprévisibles et dangereux, favorisent un sentiment d'aliénation et de désespoir. Ces facteurs augmentent leur vulnérabilité au passage à l'acte (Gbagbo, 2024 ; Valéry, 2021). Les patients issus d'environnements familiaux dysfonctionnels, marqués par la violence, le rejet et l'absence de soutien émotionnel, sont particulièrement exposés à ce risque. En réponse à une souffrance psychologique persistante et non apaisée, ils développent plus fréquemment que d'autres des comportements déviants (Coulibaly & al., 2021 ; Gbagbo, 2015).

Elle indique aussi comment la précarité économique, associée à un accès limité aux demandes de soins en santé mentale, contribuerait à exacerber la chronicité des symptômes non traités et à favoriser une montée en puissance de la dangerosité (Degraft-Johnson & Yorke 2021). En Afrique noire, les conditions socio-économiques précaires, avec un accès limité aux services de santé mentale, accentuent ce phénomène, en particulier dans les zones rurales où les infrastructures psychiatriques sont quasi inexistantes (Kasler, 2011).

Dans ce contexte, cette étude vise à analyser les déterminants psychosociaux de la dangerosité psychiatrique, en mettant l'accent sur le rôle de la stigmatisation sociale, de l'isolement familial et de l'absence de soutien dans l'émergence de comportements déviants chez les patients atteints de troubles mentaux. À travers une approche qualitative, elle cherche à mieux comprendre ces interactions pour proposer des pistes d'intervention adaptées au contexte ivoirien

En outre, il existe des facteurs structurels dits institutionnels, antérieurs aux facteurs déclenchants du passage à l'acte, qui, eux aussi, impactent la dangerosité psychiatrique. Il s'agit de l'insuffisance des ressources humaines et matérielles en santé mentale et de ce qui se nomme la stigmatisation institutionnelle. Lorsque des patients se sentent marginalisés et maltraités au sein même des structures sanitaires, qu'ils ne bénéficient pas de réseau associatif de soutien, ils ont tendance, en Afrique noire notamment, à limiter leur demandes de soin en santé mentale. Or, une postcure non suivie et un arrêt du traitement peuvent conduire à une chronicité des affections mentales, ainsi qu'au développement de comportements violents (Bergot, 2020 ; Mercuel, 2012 ; Okasha, 2002).

Parmi ces facteurs structurels on trouve également la conception traditionnelle de la maladie mentale. La stigmatisation sociale en lien aux

troubles mentaux s'avère particulièrement forte dans plusieurs sociétés africaines, où le trouble psychique est vécue – encore aujourd'hui - comme une atteinte cardinale du lien ontologique de l'être au Cosmos anthropologique (Kpassagou, et Bansard, 2022).

Fréquemment expliqué par une exo-causalité d'essence spirituelle reposant sur une représentation moniste du monde où les sphères physiques et métaphysiques sont perçues comme expressions d'une même réalité fondamentale, le trouble mental est réputé insensible à la médecine « blanche », d'origine occidentale. Et davantage accessible par des psychothérapies réunissant des membres de la famille, y compris des Ancêtres et des génies (Gureje et al., 2005 ; Memel-Fotê et al., 1998)), et l'absorption de certains breuvages.

Au fond, dans cette vision unificatrice, le trouble à soigner exige une appréhension holistique du sujet. Le soin se porte alors et sur ses axes horizontaux (ses relations aux autres), et sur son phylum génétique vertical (son lien au Cosmos) et enfin sur son être physique ; le but étant de rétablir l'équilibre et l'harmonie entre l'homme et son univers pluriel.

Bien que des connaissances existent, les études précédentes nous semblent quelque peu abstraites. En particulier, les cas concrets de l'influence des déterminants psychosociaux sur l'émergence ou la consolidation de la dangerosité psychiatrique en Côte d'Ivoire et à Abidjan n'ont pas réellement été abordés. Cette étude aurait donc un double intérêt : combler cette lacune scientifique et essayer d'identifier les déterminants psychosociaux de la déviance mentale afin de mieux contrer la stigmatisation des PS2M (personnes souffrant de maladie mentale) et de proposer des formes de prévention plus efficace, basées sur autre chose que la simple répression.

Sur le plan théorique, cette étude s'appuiera sur le modèle bio-psycho-social d'Engel (1978 ; 1980). Ce modèle a été choisi car il offre une approche holistique, permettant d'aller au-delà des limites de l'approche biomédicale traditionnelle de la maladie mentale. En effet, là où le modèle biomédical se concentre principalement sur les dimensions biologiques et physiopathologiques du trouble, le modèle bio-psycho-social intègre également les dimensions psychosociales, telles que la stigmatisation, le rejet social et les interactions familiales.

Ce choix théorique est justifié par la complexité de la dangerosité psychiatrique, qui ne peut être réduite à une seule cause biologique ou psychologique. Les facteurs sociaux, comme l'isolement ou la marginalisation, interagissent de manière dynamique avec les aspects biologiques et psychologiques pour générer des comportements déviants. Par conséquent, le modèle bio-psycho-social est particulièrement adapté à cette étude, car il permet d'appréhender la dangerosité psychiatrique dans toute sa

multidimensionnalité, en tenant compte des influences combinées des contextes sociaux, familiaux et individuels.

La déviance psychiatrique, en tant que thématique interdisciplinaire, trouve un ancrage dans des études qui explorent ses déterminants psychosociaux, son lien avec la stigmatisation sociale et ses implications dans les systèmes de soins. Silcot (2006) met en évidence l'importance de la sociologie dans l'étude de la maladie mentale, en soulignant son rôle dans la construction des normes et des perceptions de déviance. Cette perspective est complétée par les travaux de Carpentier (ibid.), qui analyse l'évolution historique des relations entre la psychiatrie et les familles, mettant en lumière l'impact des environnements familiaux dysfonctionnels sur la prise en charge des troubles mentaux.

Les déterminants psychosociaux de la déviance psychiatrique sont abordés par Bazin et al. (2006), qui montrent comment la précarité économique et l'accès limité aux soins de santé amplifient la chronicité des troubles mentaux, surtout dans les zones urbaines défavorisées. Cette perspective trouve un écho dans les travaux de Forté (2001), qui analyse l'impact de facteurs psychosociaux tels que l'isolement social et le rejet sur les comportements de dépendance chez les adolescents, des éléments souvent associés à la déviance psychiatrique.

La stigmatisation sociale, facteur clé de notre thématique, est explorée par Gagnon et al. (2008), qui insistent sur les conséquences de l'exclusion sociale pour les personnes souffrant de handicaps psychosociaux. Les auteurs soulignent que la stigmatisation nuit à l'estime de soi et accentue les comportements déviants. Pariseau-Legault et al. (2019) prolongent cette réflexion en analysant les effets des décisions judiciaires imposant des soins, montrant comment ces mesures peuvent renforcer la rupture avec les systèmes de soutien, aggravant ainsi la marginalisation des patients.

Les interactions entre psychiatrie, justice et sécurité sont examinées par Gravier (2023), qui critique l'instrumentalisation sécuritaire de la psychiatrie forensique en Suisse. Ce point est renforcé par Laberge et Morin (1993), qui interrogent les liens entre troubles mentaux et judiciarisation en Amérique du Nord, illustrant les tensions entre réhabilitation et pénalisation des comportements déviants.

Enfin, la dimension humaniste du soin psychique, indispensable pour repenser la prise en charge, est défendue par Corcos et al. (2024), qui appellent à recentrer les pratiques psychiatriques sur les besoins spécifiques des patients. Cette réflexion s'inscrit dans une dynamique visant à dépasser les approches purement sécuritaires et à intégrer des interventions psychosociales globales

La littérature existante met en lumière plusieurs dimensions essentielles de la déviance psychiatrique et de ses déterminants psychosociaux. Elle souligne que les déterminants psychosociaux tels que la

précarité économique, l'isolement social et familial, et la stigmatisation jouent un rôle central dans l'apparition et la chronicité des comportements déviants (Bazin et al., *ibid.* ; Forté, *ibid.*). Les dynamiques justice-psychiatrie révèlent des tensions entre une approche sécuritaire et les objectifs de réhabilitation (Gravier, *ibid.* ; Laberge & Morin, *ibid.*). Enfin, des auteurs tels que Corcos et al. (*ibid.*) insistent sur la nécessité d'une approche humaniste et multidimensionnelle pour replacer les besoins des patients au centre des pratiques de soins

Malgré ces contributions, des lacunes importantes subsistent. La majorité des études se concentrent sur des contextes européens et nord-américains, laissant peu de place à des analyses spécifiques aux pays africains, comme la Côte d'Ivoire. Cela laisse subodorer un manque d'analyses contextuelles. En outre, les travaux existants n'explorent pas de manière détaillée comment des facteurs tels que la stigmatisation, le rejet familial et l'accès limité aux soins interagissent dans des contextes de vulnérabilité extrême, ce qui témoigne d'une absence de focalisation sur les interactions spécifiques. Enfin, la plupart des recherches sont quantitatives ou conceptuelles, négligeant les récits individuels et les expériences vécues, essentiels pour une compréhension approfondie des dynamiques psychosociales.

Notre article comble ces lacunes en proposant une analyse contextuelle inédite de la déviance psychiatrique en Côte d'Ivoire, basée sur une méthodologie qualitative. Il met en lumière les interactions complexes entre stigmatisation, isolement et précarité économique, tout en offrant des perspectives pour adapter les politiques de santé mentale à des réalités culturelles et économiques spécifiques. Dans une perspective exploratoire, cette étude propose une combinaison de facteurs médicaux, psychosociaux et économiques. Centrée sur huit cas colligés à l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville (HPB), l'étude utilise une analyse narrative et thématique pour explorer en profondeur les dynamiques rapportées.

I. Methodologie

1.1. Site, population et échantillon

L'étude s'est déroulée à l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville (HPB), l'un des principaux centres de prise en charge des troubles mentaux en Côte d'Ivoire. Cet hôpital reçoit des patients souffrant de divers types de troubles mentaux, offrant ainsi un cadre idéal pour étudier la relation entre ces troubles et les comportements déviants.

La population cible de l'étude comprend des patients souffrant de troubles mentaux ayant présenté des comportements déviants.

Plus spécifiquement, pour cette étude, une méthode d'échantillonnage non probabiliste, raisonnée et intentionnelle a été adoptée, conformément aux

exigences d'une recherche qualitative centrée sur des cas spécifiques. Les participants ont été sélectionnés parmi les patients de l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville (HPB), en tenant compte de plusieurs critères rigoureusement définis.

Les huit patients inclus dans l'étude devaient présenter un trouble mental diagnostiqué, avec une prédominance de psychoses pour homogénéiser l'échantillon. En outre, ils devaient avoir des antécédents de comportements déviants tels que la violence, les fugues ou les tentatives de suicide, afin de s'assurer que les comportements étudiés reflètent des exemples concrets de dangerosité psychiatrique. La disponibilité des participants pour des entretiens semi-structurés, ainsi que la sévérité et la chronicité des troubles, ont également été prises en compte, garantissant la pertinence des cas sélectionnés pour explorer les dynamiques psychosociales.

Le processus de sélection a été supervisé par le médecin-chef du service psychiatrique, dont l'expertise a permis d'identifier des patients représentatifs des problématiques étudiées.

L'échantillonnage a été complété jusqu'à atteindre un effet de saturation des données, c'est-à-dire le point où les entretiens ne révélaient plus d'informations nouvelles ou significatives. Ce principe a renforcé la validité des données collectées, en assurant que les cas retenus reflètent une diversité d'expériences et de contextes sociaux.

Bien que ce mode d'échantillonnage ne permette pas une généralisation des résultats à l'ensemble des patients psychiatriques en Côte d'Ivoire, il offre une richesse qualitative essentielle. Il permet d'approfondir la compréhension des déterminants psychosociaux de la déviance psychiatrique dans un contexte spécifique, tout en garantissant une représentativité minimale des profils étudiés. Ce choix méthodologique répond ainsi à l'objectif principal de l'étude, qui est de dégager les mécanismes complexes à l'origine de ces comportements.

1.2. Méthode et techniques de recueil et d'analyse des données

La collecte de données s'est faite à partir d'entretiens semi-structurés avec les patients. Ils visaient à recueillir des informations sur leurs parcours personnels, leurs interactions sociales, et leurs expériences de stigmatisation. Ces entretiens ont permis de documenter le rôle de facteurs psychosociaux et des interactions sociales et familiales dans la production de la déviance pathologique.

Les données recueillies ont été analysées de manière qualitative et thématique, à l'aide du logiciel NVivo. Cette méthode a permis d'identifier les thèmes clés tels que la stigmatisation, le soutien social, et l'isolement, tout en explorant leur interaction avec les troubles mentaux.

1.3. Fiabilité, validité et éthique

Pour assurer la fiabilité des données, l'échantillon a été sélectionné de manière à représenter divers profils de patients atteints de troubles mentaux. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits, et analysés selon une méthodologie rigoureuse pour éviter tout biais de subjectivité. Les données des entretiens ont été enregistrées, transcrites et consignées dans un journal de terrain manuscrit, permettant de capturer des observations détaillées et des réflexions personnelles tout au long de l'étude.

En termes de validité, les données ont été combinées aux dossiers médicaux des patients, ce qui a permis de croiser leurs différentes perspectives.

Sur le plan éthique, l'étude a respecté les principes de confidentialité et de consentement éclairé. Les participants ont été informés de la nature de l'étude et ont donné leur accord pour y participer. De plus, toutes les données personnelles ont été anonymisées afin de protéger l'identité des patients. Le comité d'éthique n'a pas été consulté dans le cadre de cette étude, car tous les entretiens ont été réalisés sous la supervision du médecin-chef de service. Nous avons mené les entretiens en sa présence, et c'est lui qui nous a introduit avant chaque entretien et a obtenu le consentement éclairé des patients et de leurs accompagnants. Au plan institutionnel, même si l'étude a été supervisée par le médecin-chef, une revue de nos résultats a été présentée au Directeur de l'hôpital, pour validation, avant que les résultats ne soient exploités. Cela a permis de fournir une couche supplémentaire de protection et d'assurance que toutes les considérations éthiques ont été respectées.

II. Présentation et Analyse des Résultats

2.1. Présentation des résultats des huit cas

L'étude a porté (cf. Tableau n°1 ci-dessous) sur huit exemples de personnes souffrant de troubles mentaux suivies à l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville. Les profils sociodémographiques des participants montrent une diversité d'âge, de sexe, et de niveau d'éducation, couvrant un large spectre de contextes sociaux et personnels. Les patients sont majoritairement des célibataires, âgés entre 26 et 55 ans, avec des niveaux d'éducation variés allant du primaire à l'enseignement secondaire. Plusieurs d'entre eux sont sans emploi, et certains vivent encore chez leurs parents ou dans des conditions précaires.

Tableau n°1 : Profils sociodémographiques des participants

Participant	Age	Sexe	Niveau d'éducation	Statut professionnel
Patient 1	30	Homme	Secondaire	Sans emploi
Patient 2	45	Femme	Primaires	Emploi précaire
Patient 3	26	Homme	Secondaire	Sans emploi
Patient 4	38	Femme	Primaires	Sans emploi
Patient 5	50	Homme	Secondaire	Emploi stable

Patient 6	35	Femme	Secondaire	Sans emploi
Patient 7	28	Homme	Primaires	Sans emploi
Patient 8	55	Femme	Secondaire	Emploi précaire

Source : Données d'enquête

Le tableau n°2 ci-dessous montre que les diagnostics varient selon les patients, mais que la majorité des sujets présente des troubles psychotiques et des troubles de la personnalité, notamment la psychose délirante, le trouble de personnalité *borderline* et des troubles liés à la consommation de substances psychoactives. Les comportements déviants observés incluent la violence physique et verbale, des tentatives de suicide, des actes de vol au sein du foyer familial, ainsi que des fugues et des menaces de mort.

Tableau n°2 : Types de troubles mentaux et des actes déviants

Participant	Trouble Mental	Actes Déviants
Patient 1	Psychose délirante	Violence verbale
Patient 2	Personnalité borderline	Fugues
Patient 3	Trouble psychotique	Violence physique
Patient 4	Trouble paranoïaque	Menaces de mort
Patient 5	Personnalité narcissique	Vols familiaux
Patient 6	Personnalité borderline	Tentatives de suicide
Patient 7	Dépendance aux substances	Consommation de drogues
Patient 8	Schizophrénie	Violence physique et fugues

Source : Données d'enquête

2.2. Présentation des thématiques aux entretiens

Les entretiens ont révélé plusieurs thématiques majeures, offrant une meilleure compréhension des déterminants psychosociaux des comportements déviants.

2.2.1. Stigmatisation et marginalisation sociale

La stigmatisation est un thème récurrent dans les récits des patients. Ils se sentent souvent rejetés par leur famille et la société. Par exemple, l'un des patients a confié : « Mes parents ont arrêté de me rendre visite après ma première crise. Ils pensent que je suis un danger pour eux. ». Ce sentiment d'isolement, ressenti après avoir été abandonné par ses proches, peut exacerber les sentiments de désespoir et de détresse émotionnelle. Un tel rejet de la part des proches peut aggraver la stigmatisation des sujets, les amenant à intérioriser un aperçu négatif d'eux-mêmes. Sans le soutien des proches, les sujets manquent alors de ressources économiques et émotionnelles pour gérer leurs crises et améliorer leurs conditions, ce qui peut les amener à un repli de type autistique ou au développement de comportements de défiance, exacerbant ainsi leur déviance. De tels facteurs combinés rendent la réintégration sociale encore plus difficile pour les patients, créant un cercle

vieux où isolement et déviance se renforcent mutuellement., comme l'indiquait ailleurs Coldefy, (2007).

2.2.2. Isolement familial et manque de soutien

Le manque de soutien familial constitue un thème récurrent dans le vécu des patients. Plusieurs d'entre eux expriment leur frustration face à l'absence de solidarité de leur entourage. Par exemple, un patient a déclaré : « Mon frère me dit toujours que je ne fais que leur causer des problèmes. Personne ne me soutient, alors je reste seul à l'hôpital. » Cette situation d'isolement accru, comme l'ont indiqué Gureje et al. (2005), augmente les risques de comportements déviants, souvent perçus comme des mécanismes de défense ou de protestation.

Ainsi, le rôle des familles est crucial dans la réhabilitation des individus souffrant de troubles mentaux. Sans le soutien familial, qui leur sert de « béquilles psychiques », ces personnes, privées de repères, de réconfort, de conseils, d'encouragements et de surveillance, peuvent rechuter et/ou développer des comportements inappropriés ou dangereux.

2.2.3. Perception de la violence

Certains patients ont évoqué des comportements violents en réponse à des sentiments de colère et de frustration. Un patient décrit : « Quand je suis en colère, je casse tout. C'est la seule façon pour moi de montrer que j'existe. ». Cette violence est souvent liée à un sentiment de perte de contrôle de leur vie et de leur environnement comme indiqué par Gbagbo, (2024). Ne pas être convié aux réunions de famille par exemple, ou voir les gens faire silence à son approche, est extrêmement perturbant et frustrant pour un ex-patient psychiatriqué. Celui-ci, en effet, a surtout besoin à ce stade de son parcours thérapeutique, de « renormaliser » ses relations et de se rétablir, dans sa famille, sa communauté, comme au sein du monde professionnel, s'il travaillait.

2.3. Analyse des résultats

L'analyse des entretiens menés avec les huit patients de l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville a révélé des thèmes récurrents qui permettent de mieux comprendre les déterminants psychosociaux des comportements déviants observés. Ces thématiques mettent en lumière les interactions complexes entre les troubles mentaux et les facteurs sociaux, notamment la stigmatisation, l'isolement, et les réponses individuelles à ces conditions.

2.3.1. Stigmatisation sociale et déviance

Nos résultats montrent que la stigmatisation des troubles mentaux est un facteur omniprésent qui contribue directement aux comportements déviants

des ex-patients hospitalisés réintégré dans leur famille, ce qui confirme les observations de Valéry en 2021. Les patients évoquent un profond sentiment de rejet, que ce soit au sein de leur famille ou dans la société. Ce rejet provoque en eux des sentiments d'hostilité et les pousse à adopter des comportements déviants.

2.3.2. Isolement familial et résilience pathologique

Le manque de soutien familial aggrave les sentiments d'exclusion des patients, poussant certains à adopter des comportements déviants pour attirer l'attention sur eux ou exprimer leur désespoir. Dans ce contexte, une résilience pathologique s'instaure. Celle-ci se caractérise par une adaptation aux circonstances défavorables et se manifeste par des comportements ou des mécanismes de défense potentiellement nuisibles. Le manque de soutien familial aggrave les sentiments d'exclusion des patients, les poussant en effet à adopter des comportements déviants pour attirer l'attention ou exprimer leur désespoir.

Au plan psychopathologique, Gbagbo (2015) a décrit ce phénomène comme étant une « chute par rétroaction » : le patient, au lieu de jouer le rôle du « fou de la ville » pour satisfaire les attentes de son environnement, ou de se conformer à une norme culturelle imposée qui le réduit à l'image populaire du fou ou de l'idiot du village — un individu marginal, irresponsable et irrécupérable — pourrait inconsciemment rechercher dans une maladie réifiée une forme d'identité souveraine, exprimée par des actes de violence verbale et physique.

Cette analyse se rapproche de ce que disait Okasha (2002), à savoir que la violence exprimée constituerait une réponse à l'isolement familial ressenti ainsi qu'à une certaine mise à distance. La violence devient alors le *medium* d'un lien recréé, peut être pathologique, mais bien réel. Il s'agirait alors souvent pour le sujet d'un moyen d'exprimer sa frustration, de réaffirmer son existence, dans un environnement à la fois compétitif et invisibilisant et de retrouver une forme de contrôle.

2.3.3. Comportements déviants comme mécanismes de survie

Les comportements déviants observés (propos acerbes, méfiance généralisée, susceptibilité, bris d'objets sous l'effet de la colère, insultes, crachats, trépignements...) ne sont pas simplement des manifestations d'émotions incontrôlées. Selon la théorie lacanienne, il s'agit d'une « montée en scène » de la violence, où des sujets cherchent à exprimer de manière dramatique leurs sentiments de frustration et de détresse. Ces actes constituent un passage à l'acte significatif, servant à communiquer une détresse profonde et une protestation face à la marginalisation et au manque de soutien.

Cette idée concorde également avec la théorie de Rosenberg (1979) sur certaines formes de déviance sociale. Celles-ci sont liées à une faible estime sociale et sont souvent contrées par des individus possédant une forte estime de soi. Dans ce contexte spécifique, la discordance entre l'estime sociale et l'estime de soi peut se manifester par une déviance sociale en réaction à la discrimination. L'individu utilise la déviance comme un mécanisme de survie distinctif, cherchant avant tout à obtenir des marques de respect, de considération et à retrouver une utilité reconnue au sein de la famille, de la communauté et/ou du monde professionnel.

En combinant ces perspectives, nous pouvons mieux comprendre comment les comportements déviants servent à réaffirmer une identité face à l'exclusion et au rejet. D'un point de vue psychanalytique, ces comportements peuvent être interprétés comme des mécanismes de défense face à une blessure narcissique. D'un point de vue psychosocial, ils sont également une forme de résistance à l'exclusion et une quête de reconnaissance sociale.

2.3.4. Adaptation matérielle et errance urbaine

Ces stratégies de survie incluent également une dimension matérielle. Certains patients recourent à la violence pour se protéger des railleries ou simplement survivre dans le « monde de la rue ». Le vol, les cris, la destruction de biens, la nudité (même due à un délire), la mendicité et l'appropriation de certaines zones urbaines sont autant de manifestations de leur nouveau mode d'adaptation, de leur désespoir et de leur errance dans des rues hostiles. De plus, ces individus, isolés au sein de la population, sont fréquemment affectés par des interruptions de leur traitement médicamenteux ou par un suivi thérapeutique inconsistant.

Nos observations et analyses corroborent les idées de Diagne (2016) et Gbagbo (2015), qui décrivent un processus de rupture et de désaffiliation sociale en quatre étapes : une prise en charge hospitalière de courte durée, un parcours thérapeutique paradoxal entre divers systèmes de soin et la famille, avec ou sans continuité médicamenteuse, une chronicisation de la maladie, et enfin une errance urbaine. Cette errance, qu'elle soit « fixe » ou « mobile », se manifeste principalement dans les zones densément peuplées et riches en étales, susceptibles de répondre aux besoins primaires des sujets.

Diagne (ibid.) souligne qu'il existe une logique de choix et d'appréciation des situations qui remet en question à la fois les systèmes de prise en charge de la maladie mentale et leurs représentations. Pour les familles économiquement défavorisées et les patients eux-mêmes, des choix pragmatiques émergent au fil de leur parcours. La gestion de l'agitation et de la violence chronique, ou la peur de leur survenue, dans un espace de vie restreint et chaud, limite les solidarités naturelles issues des traditions (Gbagbo, ibidem). Par conséquent, la fuite vers la rue devient la meilleure

option pour le malade, en réponse aux mauvais traitements, au retour forcé au village ou à une contention déshumanisante au village ou au sein même du domicile familial.

2.3.5. Culpabilité et regrets

Malgré leur comportements déviants, certains des ex-patients font remonter aussi un profond sentiment de culpabilité, reconnaissant les conséquences parfois négatives de leurs actions. Cela révèle une dimension humaine, émotionnelle, souvent minorée, et qui est pourtant bien reconnue par eux. Leur désir de réintégration sociale et leur estime de soi abimé s'accompagnent d'une reconnaissance des souffrances infligées à autrui. Les sujets ne donc pas déconnectés, complètement, du monde environnement, veulent s'y réintégrer, comprennent les sentiments d'autrui, toutes choses pouvant faciliter leur acceptation sociale.

La culpabilité ressentie par les anciens patients psychiatriques est souvent amplifiée par le jugement social, comme l'illustre Mercuel (2012) dans son analyse des sans-abri. Ces derniers, confrontés à des actes perçus comme déviants – tels que des comportements violents ou des crises publiques – expriment fréquemment des sentiments de regret et de honte lorsqu'ils reçoivent une aide. Ce sentiment est lié à la prise de conscience des conséquences de leurs actions, souvent exacerbées par un environnement hostile et l'absence de soutien social.

De manière similaire, les patients atteints de troubles psychiatriques graves ressentent une culpabilité intense lorsqu'ils reviennent sur leurs comportements passés, même si ces derniers étaient directement liés à leur état mental. Ce processus de regret, bien que douloureux, joue un rôle clé dans leur reconstruction identitaire. Il témoigne d'un désir de réintégration sociale et d'une volonté de regagner la confiance de leur entourage.

Cependant, comme le souligne Mercuel, (ibid.), cette culpabilité est également une réponse à la stigmatisation sociale. Lorsque leurs actions sont interprétées de manière négative, les patients se retrouvent à devoir non seulement gérer leurs troubles mais aussi à affronter le rejet ou la méfiance des autres. Ils doivent alors réapprendre à vivre en société tout en reconstruisant une image de soi positive, ce qui peut être un processus long et éprouvant.

III. Discussion

Les résultats de cette étude confirment que les comportements déviants observés chez les patients atteints de troubles psychiatriques sont étroitement liés à des déterminants psychosociaux. Parmi ces déterminants, la stigmatisation sociale, l'isolement familial, et la précarité économique jouent un rôle central. Les patients interrogés ont décrit des expériences d'exclusion,

de rejet et de marginalisation, exacerbées par des environnements familiaux dysfonctionnels et un accès limité aux soins. Les comportements déviants, tels que la violence physique et verbale ou les tentatives de suicide, apparaissent souvent comme des mécanismes de survie dans des contextes d'aliénation sociale. Ces observations s'inscrivent dans le cadre du modèle bio-psycho-social, qui permet d'explorer les interactions complexes entre les dimensions biologiques, psychologiques et sociales des troubles mentaux.

Les résultats confirment les conclusions de plusieurs auteurs, notamment Valéry (ibid.), qui souligne l'impact de la stigmatisation sociale sur le développement de comportements déviants, et Mercuel (ibid.), qui décrit la culpabilité comme un processus de reconstruction identitaire pour les patients marginalisés. De manière cohérente avec les travaux de Gbagbo (2015), les patients utilisent souvent la déviance comme un moyen de réaffirmer leur existence propre ou d'attirer l'attention sur leur détresse. Par ailleurs, les résultats enrichissent la perspective de Okasha (2002), selon laquelle la violence exprimée peut être interprétée comme un mécanisme maladroit mais significatif de création ou de restauration de liens sociaux.

Cependant, des spécificités contextuelles émergent de cette étude. Contrairement aux environnements occidentaux étudiés par Laberge & Morin (ibid.) ou Gravier (ibid.), où les systèmes de soutien institutionnels sont plus structurés, le cadre ivoirien est marqué par un manque de ressources en santé mentale et une stigmatisation institutionnelle accrue. La perception spirituelle des troubles mentaux, ancrée dans des croyances traditionnelles, constitue également un aspect distinctif, comme le soulignent Kpassagou & Bansard (ibid.) et Memel-Fotê et al. (1998).

Nos résultats confirment la pertinence du modèle biopsychosocial d'Engel (ibid.), en montrant comment les dimensions biologiques, psychologiques et sociales interagissent dans la construction des comportements déviants liés aux troubles psychiatriques. La stigmatisation sociale et l'isolement familial apparaissent comme des facteurs sociaux critiques, agissant comme des catalyseurs de la déviance en complément des dimensions biologiques (comme la nature des troubles mentaux) et psychologiques (tels que les mécanismes de *coping* défailants).

Cette étude enrichit les travaux sur la stigmatisation sociale, notamment en soulignant son rôle non seulement comme un facteur d'exclusion, mais aussi comme un moteur des comportements déviants. Les résultats montrent que la stigmatisation peut engendrer une double spirale négative : elle exacerbe les comportements déviants tout en renforçant l'isolement des patients.

Au sujet de l'interrelation entre les théories psychosociales de l'identité et les troubles psychiatriques, nos données révèlent que les comportements déviants, tels que la violence ou les fugues, peuvent être

interprétés comme des tentatives de réaffirmation d'une identité sociale dans un contexte de marginalisation. Cela offre une nouvelle perspective sur la manière dont les patients psychiatriques réagissent face à la perte de leur statut social.

Tout cela appelle à une révision du cadre criminologique : en effet, cette étude contribue à une réflexion sur le lien entre psychiatrie et criminologie, en soulignant l'importance d'une évaluation interdisciplinaire des comportements déviants. Elle invite les théoriciens du domaine criminologique à intégrer les dimensions psychosociales dans l'analyse de la récidive et de la dangerosité.

Cette étude se distingue par son approche qualitative approfondie, qui explore les récits individuels des patients, offrant une compréhension nuancée des déterminants psychosociaux de la déviance psychiatrique. Elle se concentre sur un contexte local inédit, celui de la Côte d'Ivoire, en intégrant des spécificités culturelles et sociales souvent négligées dans la littérature existante. Le recours au modèle bio-psycho-social d'Engel enrichit l'analyse en tenant compte des interactions entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. De plus, les huit cas présentés fournissent des exemples concrets et écologiquement valides, renforçant la pertinence des résultats. Enfin, l'étude propose des recommandations pratiques et applicables, tout en respectant une rigueur éthique notable, notamment à travers l'anonymisation des données et le consentement éclairé des participants. Ces éléments en font une contribution significative à la compréhension et à la gestion de la dangerosité psychiatrique dans un contexte sous-étudié.

Malgré ces forces, des limites sont évidentes. Celles-ci résident dans la taille restreinte de l'échantillon (biais d'échantillonnage) et le cadre unique de l'HPB (biais de sélection géographique) qui réduisent la généralisation des résultats. Une recherche future pourrait inclure un échantillon plus large et diversifié, tout en explorant les différences entre milieux urbains et ruraux. De plus, le fait d'avoir mené une étude qualitative peut lui aussi présenter certaines insuffisances : bien que riche en données narratives, l'approche qualitative ne permet pas en effet de quantifier l'impact des facteurs identifiés.

Aussi, parmi les pistes pour les recherches futures, une première serait de mener des études comparatives dans différentes régions de la Côte d'Ivoire, notamment dans les zones rurales, pour évaluer l'impact des contextes culturels et des infrastructures sanitaires identifiées sur la prise en charge des patients psychiatriques. De plus, des recherches longitudinales permettraient de suivre l'évolution des comportements déviants après la prise en charge, offrant des données sur l'efficacité des interventions thérapeutiques et psychosociales. Il serait également pertinent d'approfondir l'influence des croyances spirituelles et traditionnelles, souvent prégnantes dans le contexte ivoirien, sur la perception des troubles mentaux et l'observance des

traitements. Par ailleurs, des études quantitatives à plus grande échelle compléteraient les résultats qualitatifs, permettant une généralisation des conclusions et une meilleure compréhension des dynamiques observées. Les recherches futures pourraient également explorer davantage le rôle des familles dans la réhabilitation des patients, en identifiant les leviers et les obstacles à leur implication. Une approche intersectionnelle, prenant en compte le genre, l'âge, le statut socio-économique ou l'appartenance ethnique, enrichirait la compréhension des variations dans la stigmatisation et les comportements déviants. Enfin, une attention particulière pourrait être portée aux perceptions et besoins des soignants, pour mieux les accompagner dans leur travail. Tester dans une « recherche-action » des stratégies de sensibilisation communautaire et de réduction de la stigmatisation serait également crucial pour améliorer l'inclusion sociale des patients.

Conclusion

Cette étude visait à analyser les déterminants psychosociaux de la dangerosité psychiatrique, en s'appuyant sur l'exploration de huit cas issus de l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville (HPB). Les résultats ont permis de mettre en lumière plusieurs dynamiques cruciales.

Les principales données collectées montrent que les participants, âgés de 26 à 55 ans, souffrent principalement de troubles psychotiques et de troubles de la personnalité. Les comportements déviants observés incluent la violence physique et verbale, les tentatives de suicide, les fugues et les vols familiaux. Ces données, croisées avec les entretiens semi-structurés, ont révélé des facteurs récurrents comme la stigmatisation sociale, l'isolement familial et la précarité économique.

Les analyses thématiques ont mis en évidence que la stigmatisation sociale renforce le rejet des patients, aggravant leur souffrance psychologique et leur marginalisation. L'isolement familial, souvent associé à une absence de soutien émotionnel, pousse les patients à adopter des comportements déviants, interprétés comme des mécanismes de survie face à des environnements hostiles. Enfin, la précarité économique limite l'accès aux soins, favorisant une chronicité des symptômes non traités et l'aggravation des troubles. Ces résultats confirment les hypothèses initiales et s'alignent sur le modèle bio-psycho-social d'Engel, qui illustre l'interaction entre les dimensions biologiques, psychologiques et sociales.

En réponse à l'objectif de l'étude, ces résultats démontrent que la dangerosité psychiatrique ne peut être comprise uniquement comme une menace sécuritaire, mais comme une interaction complexe de facteurs psychosociaux et pathologiques. Cette compréhension élargie permet de mieux appréhender les comportements déviants et de proposer des stratégies adaptées pour améliorer la prise en charge des patients.

En conclusion, cette étude souligne la nécessité de dépasser une approche exclusivement biomédicale pour intégrer des interventions psychosociales ciblées. Réduire la stigmatisation, renforcer le soutien familial et adapter les politiques de santé mentale au contexte local sont des leviers essentiels pour améliorer la réhabilitation sociale des patients souffrant de troubles mentaux graves.

Déclaration pour les participants humains : Cette étude a été approuvée par l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville et les principes de la Déclaration d'Helsinki ont été respectés.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

References:

1. Azoulay, M., Raymond, S., Bouchard, J-P., Fau-Vincenti, V., & Gasman, I. (2020). Histoire et fonctions des Unités pour Malades Difficiles (1re partie). Du quartier de sûreté à l'Unité pour Malades Difficiles de Villejuif, plus d'un siècle de prise en charge. *Annales Médico-psychologiques revue psychiatrique*, 178(1), 72-80. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.11.002>
2. Bazin, F.D., Parizot, I. et Chauvin, P. (2006). Psychosocial determinants of the renouncing healthcare for financial reasons in five underprivileged urban areas of the Paris region in 2001, *Sciences sociales et santé* 24(3),11-31, <https://doi.org/10.3406/sosan.2006.1687>
3. Bergot, C. (2020). État des lieux de la Santé Mentale en Afrique de l'Ouest. *European Psychiatry, Volume 28* (Issue S2: Hors-série 1 – 5ème Congrès Français de Psychiatrie –Nice, novembre 2013), Cambridge University Press. <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/etat-des-lieux-de-la-sante-mentale-en-afrique-de-louest/00417EB73EA606EDA0FECED963A33528>
4. Besnier, N., Gavaudan, G., Navez, A., Adida, M., Jollant, F., Courtet, P., & Lançon, C. (2009). Approche clinique du suicide au cours de la schizophrénie. Identification des facteurs de risque. *Encéphale*, 35(2), 176-181. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.02.009>

5. Biadi-imhof, A. (2006). La santé mentale dans le rapport nord-sud. Présentation : contexte et enjeux. *Revue Tiers Monde*, 2006/3 (n° 187), 485-508. <https://doi.org/10.3917/rtm.187.0485>
6. Carpentier, N. (2001). Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle, *Sciences Sociales et Santé*, Année 2001, (19-1), 79-106, <https://doi.org/10.3406/sosan.2001.1514>
7. Coldefy, M. (2007). *La prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques*, La documentation française. <https://www.bnsp.insee.fr/ark:/12148/bc6p06w3jnb/f1.pdf>
8. Coulibaly, S.P., Maïga, F.I., Landouré, G., Dolo, H., Mounkoro, P.P., Dara, A.E., Traoré, J., Traoré, K., Kané, F., Diarra, Z., Yalcouyé, A., Taméga, A., Bocoum, A., Coulibaly, S., Guinto, C.O., & Togora, A. (2021). Facteurs associés aux troubles mentaux dans le service de psychiatrie du centre hospitalier universitaire du point G au Mali. *Mali Med.*, 36(1), 52-57. PMID: 34732974; PMCID: PMC8562494. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8562494/>
9. Coutanceau, R. (2012). Dangerosité criminologique et prévention de la récidive : évaluer la dangerosité sans stigmatiser l'homme. *L'Information psychiatrique*, 88, 641-646. <https://doi.org/10.1684/ipe.2012.0970>
10. Degraft-Johnson, G., & Yorke, E. (2021). Stigmatization of patients with mental health disorders by non-psychiatric health workers at a large teaching hospital in Accra. *East African Medical Journal*, 98(11), online. <https://www.ajol.info/index.php/eamj/article/view/219624>
11. Dequelson, A., Saloppé, X. & Bandinelli, A. (2015). Insight, Stigma et Auto-stigmatisation : l'intime conviction appliquée aux patients schizophrènes hospitalisés au sein d'un hôpital psychiatrique sécurisé, *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 173, (Issue 10), 913-915, <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.07.030>
12. Diagne, P. M. (2016). Soigner les malades mentaux errants dans l'agglomération dakaraise, *Anthropologie & Santé* [En ligne], 13 | 2016, mis en ligne le 29 novembre 2016, consulté le 04 octobre 2024. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2171> ; <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2171>
13. Di Vittotio, P. (2014). La psychiatrie et la santé mentale à l'épreuve du DSM. Fantômes de pureté, réalités hybrides, *Déviance et Société*, Vol. 38(1), 103-121. <https://doi.org/10.3917/ds.381.0103>.
14. Engel, G.L. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences*, June 1978, 169-181. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1978.tb22070.x>

15. Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>
16. Forté, D. (2001). Les déterminants psychosociaux de la consommation et de l'abus d'alcool chez les adolescents de deux commissions scolaires francophones de l'Ile de Montréal (Mémoire de maîtrise, Université de Montréal). https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/29054/Forte_Danielle_2001_memoire.pdf?sequence=1
17. Friard, D. (2010). Schizophrénie et dangerosité, les plus dangereux ne sont pas ceux qu'on pense. *Empan*, 2010/1(n° 77), 95-103. <https://doi.org/10.3917/empa.077.0095>
18. Gagnon, E., Pelchat, Y., & Edourad, R. (2008). Parlons d'inclusion sociale. La théorie et la recherche à propos des personnes aux prises avec des handicaps psychosociaux. In *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion: Action publique et justice sociale* (pp. 251-266). Presses de l'Université Laval. <https://doi.org/10.1515/9782763705422-017>
19. Gbagbo, M.K. (2009). Offre de soins en santé mentale à l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville : avancées et difficultés, *Revue Ivoirienne d'Histoire*, n°14, 82-100. ISSN: 1817-5627.
20. Gbagbo, M.K. (2015). *Quelle place pour les « fous guéris ? »*. L'Harmattan,
21. Gbagbo, M.K. (2024). Entre stigmates et soutiens : parcours thérapeutiques et perceptions de la santé mentale à Abidjan, *Revue Francophone*, 2(2), 147-166. <https://doi.10.5281/zenodo.11116998>
22. Gbagbo, M.K., Traore, M., & Bamba, S. (2017). Réflexions sur les enjeux sociétaux et psychiatriques de la maladie mentale dite dangereuse en Côte d'Ivoire : à propos du cas clinique de David R. *Revue Internationale de Recherches et d'Etudes pluridisciplinaires*, 25, 61-73. ISBN: 978-2-952-7687-4-0.
23. Gbagbo, M.K., & Bazaré, R.N. (2018). Pour une réforme de la prise en charge des états psychiatriques dangereux à Abidjan. *Psychologie clinique*, 45, 212-222. <https://doi.org/10.1051/psyc/201845212>
24. Gravier (2023). La psychiatrie forensique en Suisse : au risque de l'instrumentalisation sécuritaire et positiviste. *Déviance et Société*, Vol. 47(3), 435-475. <https://doi.org/10.3917/ds.473.0435>.
25. Gureje, O., Lasebikan, V.O., Ephraim-Oluwanuga, O., Olley, B.O., & Kola, L. (2005). Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *British Journal of Psychiatry*, 186(5), 436-441. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.5.436>

26. Kastler, F. (2011). La santé mentale en Afrique : un défi oublié ou une réponse institutionnelle inadaptée ? Dans Kerouédan, D. *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud* (pp. 166-177). Presses de Science-po.
27. Kpassagou, B. et Bansard, N. (2022) . Dynamique psychique des devins-guérisseurs dits « clairvoyants » chez les Nawdeba du Nord-Togo. *L'Autre, Volume 23(2), 126-137.* <https://doi.org/10.3917/lautr.068.0126>
28. Laberge, D. et Morin, D. (1993). Troubles mentaux et intervention pénale; questions entourant les évaluations de la judiciarisation en Amérique du Nord. *Déviance et Société, 1993 - Vol. 17 (- N°3).* 309-348. file:///C:/Users/HP/Downloads/ds_0378-7931_1993_num_17_3_1312.pdf
29. Laforcade, M. (2016). *Rapport relatif à la santé mentale*, Ministère des Affaires sociales et de la Santé. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/174000689.pdf>
30. LOIDICI.COM (2024). Loi n°2021-893 du 21 décembre 2021 modifiant la loi n°2019-574 du 26 juin 2019 portant Cpde Pénal, URL : <https://loidici.biz/2022/02/25/loi-n-2021-893-du-21-decembre-2021-modifiant-la-loi-n2019-574-du-26-juin-2019-portant-code-penal-2/non-classe/22896/naty/>
31. Memel-Fotê, H, Gadou, D et .M., Yao, Y.L., Boua, A., Silué, C., Coulibaly, D.A., Amalaman, K., Djôme, Y.S. et N'Guessan, A.A. (1998). *Les représentations de la santé et de la maladie chez les Ivoirines*. L'Harmattan.
32. Mercuel, A. (2012). *Souffrance psychique des sans-abri. Vivre ou survivre*. Odile Jacob.
33. Okasha, A. (2002). Mental health in Africa: the role of the WPA. *World Psychiatry, 1(1), 32-35.* PMID: 16946819; PMCID: PMC1489826. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489826/>
34. Pariseau-Legault, P., Goulet, M-H. et Crocker, A.G. (2019). Une analyse critique des effets de l'autorisation judiciaire de soins sur la dynamique relationnelle entre la personne visée et ses systèmes de soutien. *Aporia 11(1), 41-55,* <https://doi.org/10.18192/aporia.v11i1.4496>
35. Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. Basic Books.
36. Rossinelli, D. (2009). Dangersité et troubles mentaux. *Perspectives Psy, Vol. 48(1), 9-12,* <https://shs.cairn.info/revue-perspectives-psy-2009-1-page-9?lang=fr>.

37. Silcot, F. (2006). La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ? *Déviance et Société*, Vol. 30(2), 203-232. <https://doi.org/10.3917/ds.302.0203>
38. Valery, K.-M. (2021). *Réduction de la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale* [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux]. École doctorale Sociétés, Politique, Santé publique (SP2). https://theses.hal.science/tel-03564693v1/file/VALERY_KEVIN-MARC_2021.pdf
39. Zagury, D. (1998). *Modèles de normalité et psychopathologie*. L'Harmattan.