

## **Deviance Psychiatrique et Determinants Psychosociaux : Au sujet de huit cas de l'hôpital Psychiatrique de Bingerville (HPB)**

***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, Côte d'Ivoire

***Kolotcholoma Issouf Soro***

Département de Sociologie,

Université Peleforo Gon Coulibaly, Côte d'Ivoire

[Doi: 10.19044/esipreprint.11.2024.p161](https://doi.org/10.19044/esipreprint.11.2024.p161)

Approved: 07 November 2024

Posted: 09 November 2024

Copyright 2024 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

*Cite As:*

Gbagbo M.K. & Soro K.I. (2024). *Deviance Psychiatrique et Determinants Psychosociaux : Au sujet de huit cas de l'hôpital Psychiatrique de Bingerville (HPB)*. ESI Preprints.

<https://doi.org/10.19044/esipreprint.11.2024.p161>

### **Résumé**

Cet article explore la dangerosité psychiatrique, définie comme la probabilité qu'un individu souffrant d'un trouble mental pose un acte dangereux. L'objectif est d'analyser les déterminants psychosociaux de cette dangerosité à partir d'entretiens approfondis sur huit patients de l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville (HPB). On dénombre parmi eux une psychose délirante, trois personnalités borderline, un trouble psychotique, un troubles paranoïaque, une dépendance aux substances et une schizophrénie. Quatre sont des femmes, et quatre des hommes. Et leur âge est compris entre 26 et 55 ans. L'hypothèse avancée est que la stigmatisation sociale, l'isolement familial et l'absence de soutien sont des facteurs cruciaux dans l'apparition des comportements déviants. L'étude adopte une approche qualitative, reposant sur des entretiens semi-structurés et l'observation clinique. Le modèle bio-psycho-social d'Engel est mobilisé pour intégrer les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Les résultats montrent que la stigmatisation et l'isolement accentuent les comportements déviants, perçus par les patients comme des mécanismes de survie. Ces conclusions mettent

en lumière la nécessité d'une prise en charge qui va au-delà de la simple sécurité, en s'appuyant sur des interventions psychosociales pour réduire la marginalisation et améliorer l'intégration sociale des patients.

---

**Mots clés :** Dangereusité, 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, Côte d'Ivoire

*Kolotcholoma Issouf Soro*

Département de Sociologie,

Université Peleforo Gon Coulibaly, Côte d'Ivoire

---

### **Abstract**

This article examines psychiatric dangerousness, defined as the likelihood that an individual with a mental disorder may act dangerously. The objective is to analyze the psychosocial determinants of this dangerousness based on in-depth interviews with eight patients from the Bingerville Psychiatric Hospital (BPH). Among them, there is one case of delusional psychosis, three borderline personalities, one psychotic disorder, one paranoid disorder, one substance dependency, and one case of schizophrenia. Four are women, and four are men. Their ages range from 26 to 55 years. The hypothesis suggests that social stigma, family isolation, and lack of support are crucial factors in the emergence of deviant behaviors. The study adopts a qualitative approach, relying on semi-structured interviews and clinical observation. Engel's biopsychosocial model is used to integrate biological, psychological, and social factors. The results show that stigma and isolation exacerbate deviant behaviors, which patients perceive as survival mechanisms. These findings highlight the need for a care approach that goes beyond mere security, focusing on psychosocial interventions to reduce marginalization and improve patients' social reintegration.

---

**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-maitrise de soi) et les influences sociales ou environnementales. Les criminologiques 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 soin.

L'Etat 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. On parle en Côte d'Ivoire d'hospitalisation d'office sur décision d'un représentant de l'Etat. L'article 122-1 du Code pénal ivoirien dispose d'ailleurs dans son premier alinéa que « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes » ( LOIDICI.COM, 2024). Cependant, l'Etat doit également respecter les libertés fondamentales des citoyens, comme le stipule la Constitution, ce qui peut provoquer des conflits entre protection et liberté. Cette tension constitue l'épicentre problématique 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..).

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 psychopathies, 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. De plus il faut développer une approche sécuritaire bien encadrée. L'article 102 du Code pénal ivoirien 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. Cela permet à l'Etat, comme indiqué par l'article 78 du Code pénal, 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.*). Après cette hospitalisation, un accompagnement médico-social global est nécessaire pour aider le sujet à se réintégrer et se réinsérer dans la société (Gbagbo & Bazaré, 2018).

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'infracteur, 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 & al. 2020 ; Gbagbo & 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 & 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.

En mettant l'accent sur cet aspect, la recherche actuelle montre pour débiter comment l'isolement social et la marginalisation des individus atteints de troubles mentaux graves et perçus comme imprévisibles et dangereux, mènent ces derniers à éprouver un sentiment d'aliénation et de désespoir susceptible d'augmenter chez eux une vulnérabilité au passage à

l'acte (Gbagbo, 2024 ; Valéry, 2021). Les sujets vivant dans des environnements familiaux dysfonctionnels marqués de violence, de rejet et d'absence de soutien émotionnel présentent en effet un risque accru de développer des comportements déviants en réponse à une souffrance psychologique sans cesse excipée et non assoupiée (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).

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 posture 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, & 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 & al., 2005), 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 son être physique ; le but étant de rétablir l'équilibre et l'harmonie.

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 de Engel (1978 ; 1980). Ce modèle permet d'aller au-delà de l'approche biomédicale traditionnelle de la maladie mentale, en intégrant la stigmatisation, le rejet social, et d'autres déterminants psychosociaux. Ces facteurs interagissent avec les aspects biologiques et psychiques du trouble pour engendrer la déviance pathologique.

Dans une perspective exploratoire, cette étude proposera une combinaison de facteurs, médicaux, psychosociaux et économiques. L'étude, de nature qualitative, sera centrée sur huit cas colligés à l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville (HPB). A travers une analyse narrative et thématique, elle explorera en profondeur les dynamiques rapportés. La structure de l'article se composera de quatre points : 1. Introduction. 2. Méthodologie. 3. Présentation et analyse des résultats. 4. Discussion et conclusion.

## **I. Methodologie**

### **I.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. L'HPB 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. Un échantillon de huit sujets – tous souffrant de psychose afin d'homogénéiser l'échantillon - a été sélectionné par le médecin-chef du service, lequel a aussi tenu compte d'autres critères tels que la disponibilité et la sévérité des troubles, la récurrence des comportements déviants, et la disponibilité des patients pour participer aux entretiens. La taille de cet échantillon a été établie dès qu'est apparu un effet de saturation des données. L'étude elle-même s'est étendue sur deux mois.

## **I.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.

## **I.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. 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.

## **II. Présentation et Analyse des Résultats**

### **II.1. Présentation des résultats des huit cas**

L'étude a porté (cf. Tableau 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

**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

Le tableau 2 ci-dessus 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.

## II.2. Présentation des thématiques aux entretiens

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

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

### **II.2.2. Isolement familial et manque de soutien**

Le manque de soutien familial est un autre thème récurrent. Plusieurs patients expriment leur frustration face à l'absence de solidarité familiale. 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. ». Comme l'ont indiqué Gureje & al., (2005), cet isolement accru augmente les risques de comportements déviants. De tels comportements apparaissent être comme des mécanismes de défense, voire de protestation. C'est pourquoi les familles jouent un rôle crucial dans la réhabilitation des personnes souffrant de troubles mentaux. Sans son soutien qui sert de « béquilles psychiques », les personnes, sans repère ni réconfort, et qui sont privées de conseils, d'encouragement et de surveillance, peuvent développer des comportements inappropriés ou dangereux.

### **II.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 (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 renormalisation et de reconsolidation de liens familiaux distendus pendant les phases aigus du troubles.

## **II.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.

### **II.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 réintégrés 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.

### **II.3.2. Isolement familial et absence de soutien**

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. Gbagbo (2015) avait évoqué cela en parlant de « chute par rétroaction » : le patient, plutôt que de jouer au « fou de la ville » afin de complaire à son environnement, plutôt que de se soumettre à une norme culturelle « assignée » voulant qu'il corresponde à l'image populaire et assignée du fou ou de l'idiote du village, sorte d'individu marginal, irresponsable et irrécupérable, pourrait inconsciemment rechercher dans une maladie ratifiée une sorte d'identité souveraine exprimée dans la violence des mots et des gestes.

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 celui-là. Il s'agirait alors souvent pour le sujet d'un moyen d'exprimer sa frustration ou de réaffirmer son existence dans un environnement à la fois compétitif et invisibilisant. Cette violence, bien qu'inadaptée, est perçue par les patients comme un moyen de retrouver une forme de contrôle, conclut-il.

### **II.3.3. Comportements déviants comme mécanismes de survie**

Les attitudes déviantes relevées (propos acerbes, méfiance généralisée, susceptibilité, bris d'objets sous l'effet de moments de colère, insultes, crachats, trépignements...), ne sont pas de simples exploits d'émotions incontrôlées. Ils font sens car ils portent un message et constituent un passage à l'acte interpellatif. Il s'agit, au sens lacanien, d'une montée en scène de la violence. Et, pour des sujets - désireux de se réintégrer - d'exprimer des sentiments de frustration de manière dramatique. Leurs actes servent à communiquer un message de détresse autant que de protestation face à la marginalisation et au manque de soutien.

Pour certains des patients anciennement psychiatisés, ces comportements peuvent être une manière de regagner une certaine estime de soi. En exprimant leurs frustrations et leur colère de manière visible, ils

revendiquent une forme de reconnaissance et de validation de leur être et de leur expérience. Une manière pour chacun d'eux de dire « je compte ! », « j'existe ! ». Par cette violence, nous entrevoyons un dépassement, un exercice de pouvoir contre la mise à l'écart, et un moyen de réaffirmer son identité et sa valeur personnelle. Cela ne signifie pas d'emblée que de tels comportements soient sains et constructifs, mais qu'ils existent, et peuvent éventuellement constituer une forme de retrouver estime de soi et contrôle sur sa vie.

Cette idée s'aligne avec la conception de Rosenberg (1979). concernant certaines déviances sociales qui sont liée à une faible estime sociale et que combat un individu doté d'une forte estime de soi. Dans ce contexte restreint, la discordance entre estime sociale et estime de soi peut se traduire par une déviance sociale en réaction à la discrimination. Le sujet utilise en effet la déviance comme une forme toute particulière de survie, car ce qu'il cherche est avant tout des marques de respect, de considération, et une utilité à nouveau reconnue dans la famille, la communauté et/ou le monde professionnel, une fonction sociale donc.

Ces stratégies de survie possèdent également une dimension matérielle. Certains patients qui ont recours à la violence le font pour se protéger, contre les railleries ou pour simplement survivre dans le monde de la rue. Le vol, le cri, la destruction de biens, la nudité, même due à un délire, la mendicité, l'accaparement d'une portion de la ville, sont autant de manifestation de leur nouveau mode d'adaptation, de leur désespoir et de leur errance à travers des rues inamicales. De plus, ces individus – isolés parmi les autres - sont trop souvent affectés par une interruption de leur traitement médicamenteux, ou par un suivi thérapeutique vacillant.

Nos observations et analyses confirment les idées avancées par 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 (PTP) entre divers systèmes de soin et la famille, avec ou sans continuité médicamenteuse, une chronicisation du mal, et pour finir une errance dans la ville. Cette errance, qu'elle soit « fixe » ou « mobile », se manifeste principalement dans les zones à forte densité de population et d'étals, susceptibles de pouvoir 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 ses représentations. Pour les familles économiquement faibles 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 même 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 dans la rue devient-elle la meilleure option pour le malade, en réponse aux mauvais traitements, au retour forcé au village ou à une contention déshumanisante ?

#### **II.3.4. 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 sont donc pas déconnectés, complètement, du monde environnement, veulent s'y réintégrer, comprennent les sentiments d'autrui, toutes choses pouvant faciliter leur acceptation sociale.

Cette problématique souligne les défis de la réhabilitation sociale post-traitement psychiatrique, comme l'a montré Mercuel (2012). La culpabilité ressentie par les patients est souvent liée au jugement social. En voyant leurs actions passées de manière négative, alors qu'elles étaient liées à leur état mental, les anciens patients entament un processus de reconstruction identitaire et se projettent sur les modes nouveaux de gestion de leurs relations ordinaires à venir. Cela signifie qu'il lui faut non seulement apprendre à (re)vivre au milieu des autres, mais aussi à gérer leurs perceptions de lui.

### **III. Discussion et Conclusion**

Les résultats de cette étude montrent que les déterminants psychosociaux jouent un rôle crucial dans l'émergence et la manifestation des comportements déviants chez les patients souffrant de troubles mentaux. L'objectif principal était d'examiner ces déterminants à partir des témoignages de huit patients de l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville. Les résultats clés indiquent que des facteurs tels que la stigmatisation sociale, l'isolement familial et les comportements déviants comme mécanismes de survie sont au cœur de la déviance observée chez ces individus. En lien avec nos hypothèses, nous avons constaté que ces facteurs psychosociaux exacerbent la marginalisation et favorisent l'apparition de comportements hostiles, voire violents, chez les patients.

Ces résultats confirment aussi les observations précédentes de Valéry (2021) et Gbagbo (2015) selon lesquelles la stigmatisation et l'isolement sont des déterminants majeurs de la déviance chez les personnes atteintes de troubles mentaux. Ils rejoignent également les conclusions de Rosenberg (1979) sur la relation entre estime sociale, estime de soi et comportement déviant.

La stigmatisation sociale et l'isolement familial ressortent comme des facteurs universels qui influencent négativement les patients, comme observé dans d'autres contextes. A Abidjan, en Côte d'Ivoire, ces impacts sont amplifiés par des spécificités culturelles et des contraintes économiques. Les croyances traditionnelles attribuent les troubles mentaux souvent à des causes spirituelles, ou surnaturelles, ce qui renforce la stigmatisation et mène à des pratiques d'exclusion. De plus, l'absence de soutien institutionnel efficace aggrave la situation, les structures publiques de santé mentales étant souvent sous financées et inadaptées par rapport à la demande. De telles dynamiques créent un environnement où les PS2M sont marginalisées et où les familles, déjà économiquement vulnérables, peinent à fournir un soutien responsable.

Les résultats renforcent le modèle bio-psycho-social d'Engel (1978) en montrant comment des facteurs sociaux, comme la stigmatisation et l'isolement, interagissent avec les dimensions biologiques et psychologiques pour influencer la déviance. Les comportements déviants ne devraient donc pas être uniquement perçus comme des signes de dangerosité, mais également comme des mécanismes d'adaptation à des conditions de vie intolérables, mettant en lumière la complexité de l'identité souveraine face à l'exclusion, comme l'ont évoqué Diagne (2016) et Gbagbo (2015).

Les politiques de santé mentale devraient inclure des programmes visant à réduire la stigmatisation sociale et à renforcer le soutien familial pour diminuer la marginalisation des patients. De même, les praticiens devraient adapter leurs interventions en intégrant une prise en charge psychosociale pour renforcer l'estime de soi des patients et les aider à se réinsérer socialement.

La taille restreinte de l'échantillon, limitée à huit participants, refreine sans doute la généralisation des résultats à l'ensemble de la population des personnes souffrant de troubles mentaux en Côte d'Ivoire. De plus, la méthodologie qualitative ne permet pas de quantifier l'impact des différents facteurs de manière précise. L'étude s'est déroulée dans un seul centre hospitalier, ce qui pourrait également ne pas représenter les variations contextuelles d'autres régions du pays ou des contextes ruraux versus urbains. Ces limitations pourraient affecter l'interprétation des résultats, en particulier concernant la généralisation des conclusions.

Pour les recherches futures, les liens entre stigmatisation, estime de soi, et comportements déviants méritent d'être explorés davantage pour comprendre comment des interventions ciblées pourraient rompre ce cercle vicieux. Une étude longitudinale avec un échantillon plus large et des patients issus de divers contextes socio-culturels permettrait d'élargir la portée des conclusions. De même que la question de la réhabilitation sociale,

notamment l'insertion professionnelle des patients, devrait être explorée en profondeur.

En définitive, la dangerosité psychiatrique ne doit pas être envisagée uniquement comme une menace sécuritaire. Elle est avant tout l'expression d'une souffrance sociale et individuelle, amplifiée par un contexte de stigmatisation, d'isolement et de manque de soutien. Il est essentiel de repenser l'accompagnement des personnes souffrant de troubles mentaux en intégrant une perspective plus humaniste et multidimensionnelle, tenant compte de la dignité des patients et de leur besoin fondamental de reconnaissance et de soutien social.

**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. 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>
3. 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>
4. 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>
5. 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, pp. 79-106, <https://doi.org/10.3406/sosan.2001.1514>*
6. Coldefy, M. (2007). *La prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques*, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES), Paris : La documentation française. <https://www.bnsp.insee.fr/ark:/12148/bc6p06w3jnb/fl.pdf>
  7. 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/>
  8. 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>
  9. 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>
  10. 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, 2015,913-915, <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.07.030>
  11. 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>
  12. 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>.
  13. 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>



14. 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>
15. 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>
16. 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.
17. Gbagbo, M.K. (2015). *Quelle place pour les « 'fous guéris ? »*. Paris: L'Harmattan,
18. 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>
19. 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.
20. 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>
21. 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>
22. 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*, Paris : Presses de Science-po, 166-177.
23. Kpassagou, B. & 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>
24. 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>
25. 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/>

26. Mercuel, A. (2012). *Souffrance psychique des sans-abri. Vivre ou survivre*. Paris: Odile Jacob.
27. 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/>
28. Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*, New York : Basic Books.
29. Rossinelli, D. (2009). Dangerosité et troubles mentaux. *Perspectives Psy*, Vol. 48(1), 9-12, <https://shs.cairn.info/revue-perspectives-psy-2009-1-page-9?lang=fr>.
30. 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](https://theses.hal.science/tel-03564693v1/file/VALERY_KEVIN-MARC_2021.pdf)
31. Zagury, D. (1998). *Modèles de normalité et psychopathologie*. Paris : L'Harmattan.