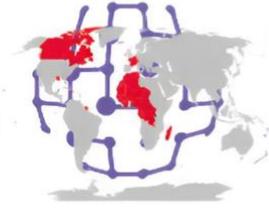


Revue **Francophone**



**DEFAILLANCES SYSTEMIQUES ET VULNERABILITES CRIMINOLOGIQUES :
COMPRENDRE L'ECHEC DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE A
BINGERVILLE**

**SYSTEMIC FAILURES AND CRIMINOLOGICAL VULNERABILITIES:
UNDERSTANDING THE FAILURE OF PSYCHIATRIC CARE IN BINGERVILLE**

Michel K. GBAGBO^a

Zézé Jonas KOUYO^b

^a M.C.-CAMES. Psychopathologie sociale, Laboratoire d'Étude et de Prévention de la Délinquance et des Violences (LEPDV). Faculté de Criminologie, Université FHB, Abidjan, Côte d'Ivoire

^b Doctorant en criminologie. Laboratoire d'Étude et de Prévention de la Délinquance et des Violences (LEPDV). Faculté de Criminologie, Université FHB, Abidjan, Côte d'Ivoire

Les auteurs acceptent que cet article reste en libre accès en permanence selon les termes de la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0



Résumé

Cette étude examine les défaillances dans la prise en charge psychiatrique à l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville (HPB) en Côte d'Ivoire, un environnement confronté à des contraintes importantes : manque de ressources et forte stigmatisation des troubles mentaux. S'appuyant sur une approche qualitative, elle combine des entretiens semi-directifs avec des professionnels de la santé et des proches de patients, ainsi qu'une observation participante des dynamiques au sein de l'hôpital. L'échantillon comprend 40 personnes. L'analyse met en lumière quatre thématiques principales : la stigmatisation sociale des patients, les carences financières et institutionnelles, la qualité des relations soignant-patient, et l'implication des familles dans le parcours de soin. Ces lacunes engendrent une prise en charge fragmentée, favorisant les rechutes et augmentant la vulnérabilité des patients face à la criminalisation et à la victimisation. En réponse, l'étude propose des stratégies pour améliorer les infrastructures, renforcer la sensibilisation communautaire, et établir une collaboration plus étroite entre les secteurs de la santé mentale et de la justice.

Mots clés : Santé mentale ; stigmatisation ; ressources institutionnelles ; criminalisation ; Côte d'Ivoire.

Abstract

This study examines the shortcomings in psychiatric care at the Bingerville Psychiatric Hospital (HPB) in Côte d'Ivoire, a setting marked by resource constraints and significant stigma surrounding mental disorders. Using a qualitative approach, it combines semi-structured interviews with healthcare professionals and patients' families, alongside participant observation of hospital dynamics. The sample includes 40 people. The analysis highlights four main themes: social stigma affecting patients, financial and institutional resource deficiencies, the quality of caregiver-patient relationships, and family involvement in the care process. These gaps result in fragmented care, increasing the risk of patient relapse and heightening their vulnerability to criminalization and victimization. In response, the study proposes strategies to improve infrastructure, enhance community awareness, and foster closer collaboration between mental health and justice sectors.

Keywords: Mental health ; stigma ; institutional resources ; criminalization ; Côte d'Ivoire

Introduction

La santé mentale est un pilier essentiel du bien-être global et du développement socio-économique des sociétés contemporaines. Près d'un milliard de personnes dans le monde souffrent de troubles mentaux (OMS, 2019). Dans le contexte de l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville (HPB), une ville située en Côte d'Ivoire, près de la capitale économique, Abidjan, les défis liés à la prise en charge psychiatrique sont devenus une préoccupation majeure. Historiquement, les systèmes de santé mentale dans la région ont souffert d'un manque de ressources adéquates, de personnel qualifié et de soutien institutionnel (Fournier et al., 2001). Ces défaillances systémiques ont conduit à une prise en charge insuffisante des patients souffrant de troubles mentaux, exacerbant ainsi les vulnérabilités criminologiques (Gbagbo, 2018). La stigmatisation sociale associée aux troubles mentaux, combinée à l'inefficacité des infrastructures de santé, a contribué, comme ailleurs, à une augmentation des comportements antisociaux et criminels (Patel et al., 2023). Comprendre les causes profondes de cet échec est crucial pour proposer des solutions viables et améliorer la situation.

Ce sujet est important parce qu'appréhender l'échec de telles prises en charge psychiatrique questionne des implications profondes pour la société et sa gestion, tant des individualités (Gbagbo, 2024a), que la solidarité communautaire. En mettant en lumière les défaillances systémiques du système de santé mentale, cet article vise à comprendre les vulnérabilités criminologiques qui en découlent. Ce qui permet d'identifier des solutions pour renforcer les structures de soutien, réduire les comportements antisociaux et prévenir la criminalité liée à ces troubles. Les enjeux ici sont importants, puisque touchant à l'élaboration de politiques de santé mentale plus efficaces, à la promotion d'une justice sociale équitable et à l'amélioration possible de la qualité de vie des personnes impactées.

La problématique de cette étude est de savoir pourquoi le système de prise en charge psychiatrique à Bingerville échoue-t-il à fournir des soins adéquats aux personnes souffrant de troubles mentaux. La question est donc posée de savoir comment les défaillances relevées contribuent-elles à la vulnérabilité criminologique ? Elle vise à explorer les causes sous-jacentes aux échecs thérapeutiques, en mettant en lumière les défis structurels et contextuels identifiés.

Par « échec thérapeutique », on entend, dans le cadre de cet article, la condition d'individus qui, malgré les interventions thérapeutiques reçues, continuent de souffrir de leurs troubles psychiatriques sans amélioration significative, et qui peuvent connaître des rechutes après leur

déshospitalisations. Et par « vulnérabilité criminologique », au sens d'Hirschelmann-Ambrosi (2006), les caractéristiques et conditions individuelles ou contextuelles qui rendent certaines personnes plus susceptibles de devenir des victimes ou des auteurs de comportements criminels. Ce second lexème permet d'examiner comment une combinaison de facteurs personnels, (notamment pathologiques) et environnementaux (mauvaise qualité des soins, rejet familial, stigmatisation...) est susceptible d'influencer les comportements criminels et la victimisation de personnes en situation d'échec thérapeutique.

Notre objectif principal est donc d'analyser les liens entre les échecs thérapeutiques (leurs causes sont-ils de nature institutionnelles, collectives, individuelles ?) et la vulnérabilité criminologique. L'étude est également l'occasion de proposer des recommandations concrètes pour améliorer la prise en charge psychiatrique de ces patients.

Partant, notre revue de littérature commence par rappeler Coutanceau (2012). Celui-ci distingue deux types de dangerosité : psychiatrique, liée à des troubles mentaux pouvant influencer la responsabilité pénale, et criminologique, concernant des individus juridiquement responsables mais présentant des troubles de la personnalité. Pour prévenir la récidive, l'auteur propose des mesures telles que l'obligation de soins, des traitements médicamenteux, et une surveillance structurée. Il prône une évaluation probabiliste combinant outils quantitatifs et analyse qualitative pour adapter les mesures de prévention tout en respectant la dignité des individus.

Pour comprendre la pertinence de telles propositions ici, il faut se souvenir comment, au fond, les systèmes de santé mentale dans les pays en développement sont confrontés à une série de défis structurels qui entravent la qualité et l'efficacité de la prise en charge des troubles mentaux. Parmi les obstacles les plus significatifs figure la stigmatisation sociale des troubles mentaux, qui limite l'accès aux soins. Cette stigmatisation est souvent enracinée dans des croyances culturelles et des préjugés, ce qui aggrave l'isolement des patients et leur réticence à chercher de l'aide. En outre, les ressources disponibles pour la santé mentale sont chroniquement insuffisantes, caractérisés par un manque critique de personnel qualifié, d'infrastructures adéquates et de médicaments essentiels. Les services sociaux sont démunis. Ils ne peuvent, c'est en l'occurrence le cas en Côte d'Ivoire, faire preuve de prodigalité au-delà de 48 heures pour un patient indigent. Cette pénurie de ressources est exacerbée par des politiques publiques souvent inadaptées ou sous-financées, qui ne priorisent pas la santé mentale. Ces défis créent un environnement où les systèmes de santé mentale sont incapables de répondre de manière adéquate aux besoins d'une population en accroissement constant, ce qui contribue à

l'aggravation des troubles mentaux et à l'augmentation de potentielles vulnérabilités criminologiques (Bartoli et al., 2019 ; Fournier et al. *ibid.* ; Meessen & Van Damme, 2011). La maladie mentale, au sens d'Orvalien du terme, se prend donc comme « problème social ».

Le système de santé mentale en Côte d'Ivoire reflète en fait les défis communs rencontrés dans de nombreux pays en développement. La prise en charge psychiatrique y a historiquement été négligée au profit d'autres priorités de santé publique, ce qui a conduit à une infrastructure inadaptée et insuffisante. L'HPB, premier et principal centre depuis les Indépendances, illustre bien ces lacunes. Malgré son rôle central, il souffre de sous-financements chroniques, d'un manque de personnel qualifié et d'infrastructures inadéquates pour répondre aux besoins croissants des patients (Zumofen, 2007).

Ces défis sont exacerbés par une stigmatisation persistante des troubles mentaux. Associée à la pauvreté, celle-ci dissuade les accompagnants et les personnes en souffrance de chercher de l'aide ou de recontacter l'institution, ce qui renforce la marginalisation de ces derniers. En conséquence, l'accès aux soins psychiatriques reste inégal et souvent limité, avec des impacts significatifs sur les populations vulnérables : nombre de patients « disparaissent » une fois sortis, avant de revenir pour certains parfois après un passage dans la rue dans un état d'aggravation ou de chronicisation parfois difficilement rattrapable (Gbagbo, 2015).

Ces dynamiques sociales créent des entraves aux efforts de réintégration sociale, augmentant les souffrances des individus touchés. La stigmatisation empêche non seulement les patients d'accéder aux soins nécessaires, mais elle complique également la mise en œuvre de politiques de santé publique efficaces et inclusives (Gbagbo, 2024b ; Gbagbo & Soro, 2024 ; N'Goran & Zoldan, 2023). Enfin, les efforts pour améliorer les services de santé mentale en Côte d'Ivoire, bien que présents, sont souvent fragmentés et insuffisamment coordonnés, entravant le développement d'une prise en charge efficace et durable (Koné et al., 2008 ; Traoré, 2021 ; Vé et al., 2010 ; Zumofen, *ibid.*).

En l'absence de soins psychiatriques appropriés, certains patients peuvent adopter des comportements impulsifs ou violents, les exposant à des conflits avec la loi. Parallèlement, leur marginalisation sociale les rend plus susceptibles d'être victimes d'abus ou d'exploitation (Beaurepaire, 2012 ; Coste Vetro, 2019 ; Gbagbo et al. 2017 ; Gbagbo, 2018 ; Rieder et al., 2010). En sus, les systèmes pénaux, souvent mal équipés pour gérer ces populations vulnérables, contribuent à un cycle où la récidive et l'exclusion sociale deviennent inévitables (Weston & Trebilcock, 2019).

En synthèse, les systèmes de santé mentale dans les pays en développement sont confrontés à des défis structurels majeurs, tels que la stigmatisation sociale des troubles mentaux, le manque de ressources et des politiques publiques inadéquates, qui limitent l'accès et la qualité des soins. En Côte d'Ivoire, l'HPB illustre bien ces problématiques, avec un sous-financement chronique, un manque de personnel qualifié, et des infrastructures inadéquates, exacerbées par une stigmatisation persistante. Ces défis entraînent une prise en charge insuffisante, augmentant les vulnérabilités criminologiques et rendant les patients plus susceptibles d'être marginalisés.

Retenons que les études convoquées tendent à fournir des données globales - sans *focus* spécifique sur les thématiques essentielles liées à la réceptivité familiale, à la stigmatisation sociale et au potentiel criminogènes des patients. Ce que nous entendons faire ici. Par ailleurs, elles sont souvent dénuées de véritable dimension pratique, car peu fournies en propositions. Au contraire, l'étude actuelle présente une analyse détaillée des défaillances systémiques et des vulnérabilités criminologiques, examine comment la stigmatisation des troubles mentaux influence l'accès aux soins et marginalise les patients, et propose des recommandations concrètes pour améliorer leur prise en charge, offrant des *insights* précieux pour les politiques de santé et de justice.

Elle se base sur un modèle intégré qui combine quatre théories différentes. En premier lieu, la théorie de l'étiquetage apparaît comme fondement de la stigmatisation sociale. Cette dernière crée en effet un isolement et une marginalisation des patients, limitant leur accès aux soins et exacerbant leur état (Best, 2008). Un tel manque est amplifié par des ressources insuffisantes et des politiques publiques inadaptées, ce qu'indique en second lieu la théorie des tensions selon laquelle les individus, victimes « d'anomie institutionnelle », peuvent alors adopter des comportements criminels (Messner & Rosenfeld, 2013). Pour la théorie de la désorganisation sociale justement, et en troisième lieu, ces dynamiques créent un environnement propice aux comportements déviants (Sampson, 2012). Enfin, le modèle de vulnérabilité sociale montre quatrièmement comment ces facteurs – à la fois individuels et collectifs - interagissent pour accroître la vulnérabilité des individus à la criminalisation et à la victimisation, soulignant l'urgence d'une intégration systémique et d'un soutien institutionnel pour améliorer la prise en charge psychiatrique et réduire les risques criminologiques (Burton et al., 2018).

Nous avançons alors comme proposition que les défaillances systémiques du modèle de santé mentale à l'HPB contribuent directement à la vulnérabilité criminologique des patients mentaux non adéquatement pris en charge. Il apparaît que la stigmatisation sociale et le manque de

ressources institutionnelles aggravent la marginalisation des patients, augmentant ainsi leur risque de comportements criminels et de victimisation.

Enfin l'étude adopte une approche qualitative et exploratoire. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de patients, de leurs familles et des professionnels de santé (en tout 40 personnes) afin d'explorer leurs perceptions et expériences. Ces entretiens ont été complétés par une observation participante sur une période de quatre semaines, permettant de saisir les dynamiques quotidiennes et les interactions au sein de l'institution. Les données collectées ont été analysées de manière thématique pour identifier les facteurs clés et proposer des pistes d'amélioration.

Cet article s'articule de la manière qui suit : l'introduction contextualise le problème et présente les objectifs de l'étude ; la méthodologie détaille les approches qualitatives adoptées pour collecter et analyser les données ; les résultats mettent en évidence les déterminants clés de l'échec de la prise en charge, tandis que les parties discussion et conclusion confrontent les données recueillies à l'état de la littérature et aux théories convoquées, proposent des solutions concrètes au phénomène, synthétise les implications pratiques et présentent des perspectives pour l'avenir.

1. Méthodologie

1.1. Justification du choix du terrain d'étude

L'HPB a été choisi pour cette étude en raison du fait qu'il est le principal centre d'accueil de patients psychiatriés en Côte d'Ivoire. Cet établissement historique, reconnu, est doté d'équipes pluridisciplinaires, offrant un cadre idéal pour une recherche approfondie. En accueillant une population diversifiée de patients souffrant de troubles psychiatriques, il permet une analyse comparative riche. De plus, la coopération étroite avec le personnel soignant et les procédures éthiques en place garantissent une conduite de recherche respectueuse et rigoureuse. Ces éléments font de l'HPB un choix pertinent et justifié pour mener à bien cette étude.

1.2. Justification du type de recherche

Notre recherche est qualitative, exploratoire et analytique ; elle vise à comprendre les déterminants des échecs thérapeutiques à l'H.P.B conduisant à la vulnérabilité criminologique. L'approche qualitative se justifie ici car elle permet une exploration détaillée des perceptions, expériences et interactions des individus dans leur contexte, comme le préconisent Creswell &

Creswell (2024). Elle s'avère idéale pour analyser les perspectives, tant des soignants, que des patients et de membres de leur famille (les accompagnants), au sujet des défis rencontrés dans le long et délicat processus de prise en charge psychiatrique.

1.3.Population et échantillon

La population cible comprend les patients hospitalisés de l'HPB, leurs accompagnants et les professionnels de santé (psychiatres, infirmiers et travailleurs sociaux). L'échantillon a été sélectionné selon un échantillonnage purposif, une stratégie qui permet de recruter des participants capables d'apporter des informations riches et pertinentes sur le sujet (Patton, 2002). Au total, 20 patients hospitalisés, 10 membres de leur famille, et 10 professionnels de santé ont été interrogés. Les critères d'inclusion étaient les suivants : a) Patients diagnostiqués avec une schizophrénie ayant fait au moins une rechute après une hospitalisation à l'HPB ; b) Membres de la famille directement impliqués dans le suivi des patients ; et c) Professionnels de santé ayant travaillé à l'HPB depuis au moins trois ans. L'échantillon a été calibré en raison de la saturation des données : des entretiens supplémentaires avec d'autres participants n'ont pas révélé de nouvelles informations pertinentes, ce qui a confirmé que le volume des données collectées était suffisant pour répondre aux objectifs de l'étude.

Pour assurer une homogénéisation de l'échantillon, tous les patients inclus dans cette étude étaient diagnostiqués avec une schizophrénie. Les entretiens, conçus pour être approfondis tout en respectant les capacités d'engagement des divers types de participants, se sont déroulés au cours d'une durée maximale de 45 minutes.

1.4.Techniques de recueil des données

Deux techniques ont été utilisées pour le recueil des données : les entretiens semi-directifs et l'observation participante. Les entretiens semi-directifs ont été conduits avec les trois groupes de participants. Ces entretiens ont permis d'explorer les perceptions des participants sur les défis liés à la prise en charge psychiatrique et les facteurs contributifs aux récurrences. Ce type d'entretien est idéal pour comprendre les significations attribuées par les individus à leurs expériences (Creswell & Creswell, *ibid.*).

Parallèlement, une observation participante a été réalisée au sein de l'HPB pendant une période de quatre semaines. Il s'est agi d'une observation des interactions entre les patients et le personnel médical, ainsi que des traitements administrés. Elle a porté sur six thématiques prédéfinies : 1. Compréhension des interactions quotidiennes. 2. Identification des défis et des

opportunités. 3. Évaluation des réponses émotionnelles et comportementales. 4. *Feedback* des participants. 5. Contexte culturel et social. 6. Relations entre les intervenants et les personnes hospitalisées.

Cette méthode a permis de recueillir des données sur les interactions entre patients, soignants et familles dans un cadre réel. L'observation participante offre, en effet, une opportunité unique de capturer des dynamiques sociales complexes qui échappent parfois aux entretiens formels (Jorgensen, 2015).

1.5. Techniques d'analyse des données

Les données ont été analysées en utilisant l'analyse thématique, une méthode systématique pour identifier, analyser et rapporter des motifs (thèmes) dans les données qualitatives (Braun & Clarke, 2006). Le processus d'analyse a comporté plusieurs étapes : 1. Familiarisation avec les données : transcription des entretiens et lecture répétée des notes d'observation. 2. Codage initial : identification des unités de sens pertinentes dans les données. 3. Construction des thèmes : regroupement des codes similaires pour développer des thèmes reflétant les déterminants clés de l'échec de la prise en charge. 4. Revue des thèmes : vérification de la cohérence interne et externe des thèmes. 5. Interprétation et rédaction : intégration des thèmes dans une narrative cohérente pour répondre aux questions de recherche.

L'analyse combinée des résultats issus des entretiens semi-directifs et des observations participantes a été réalisée en mobilisant NVivo, un logiciel de recherche qualitative permettant d'organiser et de croiser des données textuelles variées. Ce choix s'explique par la capacité de NVivo à établir des relations entre différents types de données, tout en produisant des visualisations telles que des tableaux. Cette méthode a permis d'identifier les thèmes récurrents et leurs interconnexions, tout en justifiant la priorisation de quatre thèmes principaux.

1.6. Éthique

Cette étude a respecté les principes éthiques fondamentaux en recherche. Le consentement éclairé a été obtenu de tous les participants, et leur anonymat a été garanti. Les données collectées ont été traitées de manière confidentielle et utilisées exclusivement à des fins académiques. Cette recherche a également reçu l'approbation du Comité d'éthique de l'HPB, conformément aux normes éthiques internationales établies par la Déclaration d'Helsinki (AMM, 1964, 2024).

2. Résultats

2.1. Présentation et analyse thématique de contenu

L'analyse thématique a permis d'identifier plusieurs thèmes récurrents à partir des entretiens semi-directifs conduits avec les patients, leurs familles et les professionnels de santé. Ces thèmes reflètent les principaux déterminants de l'échec thérapeutique à l'HPB.

Les discours des participants révèlent un fort niveau de stigmatisation associé aux troubles mentaux. Cette stigmatisation peut être définie comme un processus social par lequel certains individus ou groupes, en raison de caractéristiques spécifiques comme les troubles mentaux, sont étiquetés, discriminés, et marginalisés. Les familles interrogées ont souvent exprimé leur honte et leur crainte d'être jugées par leur voisinage. Par exemple, un parent a déclaré : « Les gens disent que nous avons un sorcier dans la famille, et cela rend difficile pour nous de demander de l'aide » (Parent d'un patient, entretien 3). Cette perception, profondément enracinée dans des croyances culturelles, limite le soutien familial et la réinsertion des patients dans leur environnement social. Ce type de stigmatisation crée un cercle vicieux, empêchant les patients de rechercher des soins par peur du rejet ou de l'exclusion.

Le coût des soins psychiatriques représente aussi une barrière majeure pour les patients et leurs familles. Les patients rapportent des difficultés à poursuivre leur traitement après leur sortie, en raison du prix élevé des médicaments. Un patient a confié : « Parfois, je dois choisir entre manger et acheter mes médicaments » (Patient, entretien 7).

Les professionnels de santé ont souligné le manque de personnel qualifié et la surcharge de travail. Cela se traduit par une qualité de soins inférieure et un manque d'attention individuelle pour les patients. Un infirmier a expliqué : « Nous sommes trop peu nombreux pour gérer tous les patients. Certains ne reçoivent pas l'attention dont ils ont besoin » (Professionnel de santé, entretien 5). De leurs aveux, les situations d'échec thérapeutique peuvent résulter du type de pathologie et de sa gravité, de soins inadaptés, de traitements inefficaces, ou de l'absence de suivi et de soutien nécessaires pour stabiliser durablement les sujets et enfin du manque d'empathie des familles.

Les participants ont également mentionné des problèmes organisationnels au sein de l'hôpital, notamment le manque de coordination entre les différents services et une mauvaise gestion des dossiers des patients. Un médecin a indiqué : « Il arrive que nous perdions des informations importantes parce que les dossiers ne sont pas bien tenus » (Professionnel de santé, entretien 2).

Un thème récurrent concerne aussi le rôle critique de la famille dans la stabilisation des patients. Les familles qui participent activement au suivi des patients rapportent de meilleurs résultats. Cependant, de nombreuses familles éprouvent des difficultés à cause du manque de ressources ou de la stigmatisation. Une mère a déclaré : « Je fais de mon mieux, mais c'est dur de tout faire seule. Les autres membres de ma famille m'ont tourné le dos » (Parent d'un patient, entretien 8).

L'analyse thématique a aussi permis de révéler plusieurs éléments d'éclairage sur les vulnérabilités criminologiques associées à la prise en charge psychiatrique insuffisante à l'HPB. Ces vulnérabilités peuvent être regroupées en trois dimensions principales :

Comportements impulsifs et transgressifs : Plusieurs patients interrogés ont décrit des épisodes de comportement impulsif, souvent conséquence de l'absence de suivi psychiatrique régulier. Un participant a déclaré : « Lorsque je me sens débordé, je ne sais pas comment réagir, et parfois je fais des choses que je regrette après, comme m'emporter avec mes voisins » (Patient, entretien 12). Ces comportements augmentent leur exposition à des conflits sociaux et à la criminalisation.

Marginalisation sociale et victimisation : Les patients psychiatriques sont perçus comme des individus dangereux ou imprévisibles, ce qui les expose à des abus. Une mère de famille a rapporté : « Mon fils a été battu parce qu'il était en crise dans la rue. Ils pensaient qu'il était une menace, mais il avait juste besoin d'aide ». (Mère de famille, entretien 9). Ces dynamiques renforcent leur exclusion sociale. La crainte de revivre cette situation habite les membres de la famille.

Cycle de rechutes et interactions pénales : Les patients en situation de rechute sont souvent confrontés à des problèmes judiciaires. Des professionnels ont souligné l'absence de protocoles spécifiques pour traiter les patients psychiatriques en conflit avec la loi, ce qui conduit parfois à des décisions pénales non adaptées, les familles se montrant lasses, et incapables de combattre efficacement le système judiciaire.

2.2. Présentation et analyse de l'observation participante

L'observation participante, réalisée sur une période de quatre semaines, a permis de capturer des dynamiques importantes concernant les interactions quotidiennes et les pratiques institutionnelles.

Les interactions entre patients et soignants sont souvent formelles, mais manquent de profondeur émotionnelle. Par exemple, lors des consultations, les soignants se concentrent

principalement sur les symptômes médicaux, négligeant parfois les besoins psychosociaux des patients. Une patiente a réagi : « Ils écoutent ce que je dis, mais je ne pense pas qu'ils comprennent ce que je ressens » (Observation, semaine 2).

Plusieurs défis institutionnels ont été observés, notamment l'absence d'espaces récréatifs et la rareté des activités de groupe pour les patients. Cependant, des opportunités existent, telles que la possibilité de renforcer les activités communautaires et de collaboration entre familles et soignants. La même patiente que précédemment avoue : « Je m'ennuie. Il n'y a rien à faire ici. Je m'ennuie ! ».

Les patients présentent aussi des émotions variées, allant de la gratitude envers les soignants à la frustration face au manque de suivi individuel. Un patient a été observé pleurant après avoir reçu une visite de sa famille, disant : « Ils m'ont manqué. J'aurais aimé qu'ils viennent plus souvent » (Observation, semaine 3).

Les familles et les soignants ont exprimé des opinions variées sur la qualité des soins. Un membre de famille a noté : « Les soignants font ce qu'ils peuvent, mais ils sont débordés. Nous devons également faire notre part » (Observation, semaine 4). Les soignants, quant à eux, ont mis en avant leur désir d'avoir plus de formations et de ressources. Certains se sentent gênés de devoir utiliser la contention chimique, mesure privative de liberté. Ils veillent à ne le faire qu'en dernier recours, et uniquement sur instruction de l'infirmier-major ou du médecin traitant.

Enfin, le contexte culturel influe fortement sur la perception des troubles mentaux. Dans certaines familles, les troubles psychiatriques sont associés à des croyances mystiques, ce qui complique la collaboration avec les soignants. Un membre de famille a rapporté : « Nous avons d'abord consulté un tradithérapeute avant de venir ici, mais cela n'a pas marché. Comme ça s'est aggravé là, on est là... il y avait la honte sur nous au quartier » (Observation, semaine 1).

Les relations entre soignants et patients sont globalement respectueuses, bien que parfois marquées par des tensions dues à des incompréhensions. Les patients qui bénéficient de relations stables avec leurs soignants montrent des signes d'amélioration plus rapides. Un soignant a noté : « Si je viens brutalement, il n'y a pas de confiance ; Si je viens avec la discussion, ils se calment, les patients sont plus ouverts et leur famille aussi et donc ils suivent mieux les traitements » (Observation, semaine 3).

2.3. Analyse combinée des résultats à l'aide de NVivo

L'analyse combinée des résultats issus des entretiens semi-directifs et des observations participantes a été réalisée en mobilisant NVivo, un logiciel de recherche qualitative permettant

d'organiser et de croiser des données qualitatives variées. Ce choix a été tout trouvé. En effet, NVIVO a la capacité d'établir des relations entre différents types de données textuelles, tout en produisant des visualisations telles que des tableaux de codage croisé et des réseaux thématiques (Miles et al., 2014). Cette méthode a permis d'identifier cinq thèmes récurrents et leurs interconnexions : la stigmatisation sociale, le manque de ressources financières et institutionnelles, les relations entre les intervenants et les patients, les *Feedbacks* entre familles et soignants et la vulnérabilité criminologique.

Ces thèmes ont été choisis en raison de leur fréquence dans les discours, de leur transversalité dans les deux types de données (entretiens et observations), de leur impact sur la compréhension globale des déterminants de l'échec de la prise en charge psychiatrique et subséquemment de leur capacité à offrir des perspectives pratiques en vue de l'amélioration de cette prise en charge. Stigmatisation sociale. Les entretiens montrent que la stigmatisation est un frein majeur à la réinsertion des patients. Par exemple, un parent a déclaré : « Les gens disent que nous avons un "sorcier" dans la famille ». Cette perception culturelle a été corroborée par les observations où les familles étaient réticentes à participer aux discussions avec les soignants. NVIVO a permis de relier ces discours à des pratiques observées, comme l'auto-stigmatisation (enfermement du patient dans un endroit de la maison) et recours à des tradithérapeutes avant, pendant ou après l'hospitalière.

Manque de ressources financières et institutionnelles. Dans les entretiens, des patients ont mentionné leurs difficultés financières : « Parfois, je dois choisir entre manger et acheter mes médicaments ». L'observation participante a renforcé cette analyse en montrant le manque d'espaces récréatifs et d'activités pour les patients. Là aussi, NVivo a permis de croiser ces données pour mettre en évidence une relation entre la rareté des ressources et la surcharge de travail des soignants.

Relations entre les intervenants et les patients. Bien que la confiance mutuelle ait été citée comme essentielle, certaines familles ont exprimé des réserves sur la rudesse de certains infirmiers. Ces derniers semblent parfois apeurés face à certains patients, se promenant alors avec un bâton pour se protéger. Cela suscite des interrogations parmi les familles qui se demandent ce qui se passe en leur absence. Ces pratiques, bien que semblant justifiées par un contexte de surcharge de travail et de gestion des crises, renforcent les tensions entre patients, familles et soignants.

Feedbacks des familles et soignants. Les *feedbacks* ont permis d'identifier des besoins communs : les familles demandent un soutien plus éducatif, tandis que les soignants souhaitent des formations supplémentaires. Une famille a noté : « Les soignants font ce qu'ils peuvent, mais ils sont débordés. ».

Vulnérabilité criminologique. L'on fait référence ici à la susceptibilité d'un individu à commettre des infractions criminelles (ou à en être victime) en raison de divers facteurs, ces facteurs incluant notamment des troubles psychiatriques non traités ou mal traités, des conditions socio-économiques défavorables, et un manque de soutien social ou familial. Il existe une scène où trois acteurs jouent un rôle : un hôpital limité dans son intervention au-delà de ses murs, une famille financièrement restreinte et non adhérente au principe que la médecine « blanche » soit indiquée dans ce cas, et un patient connaissant une chute par rétroaction, ce qui entraîne un comportement déviant où la vulnérabilité apparente signe l'échec thérapeutique.

Ainsi que le montre le tableau ci-dessous, les défaillances systémiques, les dynamiques sociales identifiées et les facteurs individuels (type de pathologie et gravité) interagissent pour limiter la qualité de la prise en charge et favoriser la vulnérabilité criminologique.

Tableau
Titre : Synthèse des thèmes identifiés

Thème	Exemple illustratif
Stigmatisation sociale	« Les gens disent que nous avons un sorcier dans la famille. »
Manque de ressources financières	« Parfois, je dois choisir entre manger et acheter mes médicaments. »
Relations soignant-patient	« Lorsque nous établissons une confiance mutuelle, les patients suivent mieux les traitements. »
Feedbacks des familles et soignants	« Les soignants font ce qu'ils peuvent, mais ils sont débordés. »
Vulnérabilité criminologique	« Mon fils a été battu parce qu'il était en crise dans la rue. Parfois, je me demande comment ça se passe ici »

Source : Gbagbo & Kouyo (2025)

Les défaillances systémiques, telles que le manque de ressources financières, d'infrastructures adaptées et de personnel qualifié, représentent des obstacles institutionnels majeurs. Ces insuffisances créent un vide dans les services de soutien, augmentant la probabilité que les patients non pris en charge soient marginalisés ou se retrouvent en conflit avec la loi.

Simultanément, les dynamiques sociales, telles que la stigmatisation sociale et les insuffisances dans les relations soignant-patient, aggravent les difficultés rencontrées par les patients et leurs familles. La stigmatisation sociale contribue à l'évitement des soins et à l'isolement des patients, augmentant leur vulnérabilité à la criminalisation et à la victimisation. Les familles,

souvent mal informées ou démunies, ne peuvent offrir un soutien suffisant, ce qui les rend encore plus dépendantes d'un système institutionnel pourtant défaillant.

Ces interactions entre les défaillances systémiques et les dynamiques sociales contribuent à un cycle de vulnérabilité criminologique : les patients non pris en charge sont plus susceptibles de se retrouver impliqués dans des situations de conflit social ou judiciaire, tandis que leur marginalisation les expose également à des abus ou à l'exploitation. Cela souligne la nécessité d'une approche systémique intégrant des mécanismes de prévention ciblés sur les risques criminologiques

3. Discussion

Le premier apport de cette étude se trouve au niveau de ses résultats. Ceux-ci mettent en effet en évidence cinq thèmes principaux influençant l'échec de la prise en charge psychiatrique à l'HPB : la stigmatisation sociale, le manque de ressources financières et institutionnelles, les relations entre les soignants et les patients, les *feedbacks* des familles aux soignants et la vulnérabilité criminologique.

Les résultats de cette étude confirment et enrichissent secondairement plusieurs éléments de la littérature existante. Par exemple, Traoré (ibid.) souligne l'impact néfaste de la stigmatisation sociale sur l'accès aux soins psychiatriques. Nos observations corroborent cette dynamique, notamment à travers les réticences des familles à chercher de l'aide en raison des croyances mystiques persistantes et leur tendance à embrasser un parcours thérapeutique paradoxal comme l'a indiqué Gbagbo (ibid.). De même, Zunofen (ibid.) et Vé et al. (ibid.), ainsi que Gbagbo (ibid.), ont bien montré, comme il apparaît ici, que le sous-financement chronique des établissements psychiatriques en Côte d'Ivoire constitue, associé à la fragilité économique des familles, un facteur de rechute par rétroaction, et donc d'échec thérapeutique.

Nos résultats mettent surtout, et troisièmement, en évidence un lien peu abordé à Abidjan ; celui du couple conceptuel « échec thérapeutique – vulnérabilité criminologique ». Les thématiques liées à la victimisation et au cycle de rechutes ne figurent pas explicitement ensemble dans nombre d'études convoquées, ce qui illustre la nécessité d'approfondir cette perspective.

Les résultats de cette étude s'alignent également, quatrièmement, avec plusieurs aspects des théories mobilisées. La stigmatisation sociale des troubles mentaux agit en effet, comme annoncée par la théorie de l'étiquetage de Best (ibid.), à la manière d'un processus d'étiquetage : marginalisés, les patients limitent conséquemment leur accès aux soins. Le manque de ressources institutionnelles crée également une « tension » structurelle qui pousse

certain patients à adopter, comme le laisse supposer Messner & Rosenfeld (ibid.), des comportements transgressifs (cris, crachats, replis autistiques...) qu'on qualifierait de réactifs. De plus, les interactions chaotiques entre soignants, familles et institutions semblent refléter une certaine « désorganisation sociale » (Sampson, ibid.), reflet de la vulnérabilité des patients. Une telle vulnérabilité se confirme avec Burton et al., (ibid.), lequel annonce comment les patients en situation de crise se présentent à nous comme particulièrement exposés à la victimisation, en raison du triple rejet, institutionnel, social et familial.

Les limites de cette étude incluent la taille de l'échantillon, qui pourrait limiter la généralisation des résultats, et la durée de l'observation participante (quatre semaines), insuffisante pour capturer toutes les dynamiques institutionnelles. De plus, se concentrer sur un seul établissement limite les comparaisons entre différents contextes institutionnels.

Pour approfondir les résultats, plusieurs pistes de recherche avec une dimension criminologique explicite sont proposées. Une étude comparative entre plusieurs établissements psychiatriques en Côte d'Ivoire pourrait identifier les bonnes pratiques institutionnelles, notamment pour prévenir les comportements antisociaux et gérer les patients psychiatriques difficiles. Une analyse longitudinale évaluerait l'évolution des facteurs de risque criminologique, tels que la récidive et la victimisation, en lien avec les défaillances systémiques et les dynamiques sociales. Une étude quantitative mesurerait l'ampleur des phénomènes observés, comme le taux de rechute et de réhospitalisations. Enfin, une comparaison internationale dans la zone ouest-africaine permettrait d'étudier les différences et similitudes en matière de prise en charge psychiatrique et de gestion des vulnérabilités criminologiques, afin d'identifier des stratégies adaptées et transposables.

Conclusion

S'il est vrai que peu d'études combinent efficacement des observations directes et des perceptions déclarées pour analyser la prise en charge psychiatrique, cette étude a dérogé à cette règle. Ici, l'intégration des deux méthodes a permis de capturer à la fois les dynamiques institutionnelles (observation) et les expériences individuelles (entretiens). Mais on dira que le deuxième point fort de cette recherche a été de formuler des propositions adaptées et réalistes au contexte ivoirien, et particulièrement abidjanais.

Premièrement, un renforcement des ressources et des infrastructures est essentiel. Une refonte du Programme National de Santé Mentale (PNSM) incluant une augmentation du financement, le recrutement et la formation de personnel qualifié, ainsi que l'amélioration des infrastructures,

permettrait de réduire la surcharge de travail et d'améliorer la qualité des soins. Ces mesures constitueraient une base solide pour une prise en charge efficace et durable.

Deuxièmement, la sensibilisation communautaire est cruciale pour lutter contre la stigmatisation sociale et promouvoir une meilleure compréhension des troubles mentaux. Des campagnes ciblées au sein des écoles, des lieux de travail et des communautés pourraient démystifier les troubles mentaux et favoriser une intégration sociale accrue des patients.

Troisièmement, le soutien familial doit être renforcé. La création de centres psychiatriques de proximité proposant des hospitalisations de courte durée, ainsi que des programmes de formation pour les familles, permettrait à ces dernières de mieux accompagner les patients dans leur traitement et leur réinsertion. Ce soutien est un élément clé pour éviter les rechutes.

Par ailleurs, des mesures visant à contrôler les risques de victimisation et de récidive criminelle sont impératives. L'établissement de protocoles spécifiques pour les patients psychiatriques « en conflit avec la loi », ainsi que la mise en place de centres de soins spécialisés, permettraient de prévenir leur marginalisation tout en répondant à leurs besoins médicaux et psychosociaux.

En outre, une approche collaborative au sein des hôpitaux est à encourager. Une meilleure communication entre les familles, les soignants et les institutions favoriserait une prise en charge holistique, répondant aux besoins multiples des patients. Cette collaboration intra-institutionnelle est essentielle pour maximiser les chances de succès des traitements.

Enfin, il est nécessaire de renforcer la collaboration intersectorielle entre les secteurs de la santé mentale et de la justice. Une telle synergie permettrait de traiter les conséquences des défaillances systémiques sur la sécurité publique et les droits des patients, tout en évitant la criminalisation des troubles mentaux.

En définitive, cette étude met en évidence la nécessité institutionnelle de conduire une étude exhaustive pour standardiser l'évaluation de l'échec thérapeutique et de la vulnérabilité criminologique.

BIBLIOGRAPHIE

- Association Médicale Mondiale (AMM) (1964, 2024). Déclaration d'Helsinki de l'AMM – Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des participants humains. Disponible à : <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-dhelsinki-de-lamm-principes-ethiques-applicables-a-la-recherche-medicale-impliquant-des-etres-humains/>
- Beaurepaire, C. de. (2012). La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison. *Revue du MAUSS*, 40(2), 125-146. <https://doi.org/10.3917/rdm.040.0125>
- Best, J. (2008). *Stat-Spotting: A Field Guide to Identifying Dubious Data*. University of California Press
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Burton, C., Rufat, S., & Tate, E. (2018). 4. Social vulnerability. In Fuchs, S. & Thale, T. (éds.), *Vulnerability and Resilience to Natural Hazards*, 53-81.
- Coste Vetro, M. (2019) . Vulnérabilités explicites ou induites dans la justice pénale. *Les Cahiers de la Justice*, N° 4(4), 641-647. <https://doi.org/10.3917/cdlj.1904.0641>.
- Coutanceau, R. (2012) . Dangersité criminologique et prévention de la récidive : évaluer la dangersité sans stigmatiser l'homme. *L'information psychiatrique*, Volume 88(8), 641-646. <https://doi.org/10.1684/ipe.2012.0970>.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2024). *Conception de la recherche: approches qualitatives, quantitatives et mixtes*, Sage Publication
- Fournier, P., Haddad, S., & Mantoura, P. (2001). Réformes des systèmes de santé dans les pays en développement : l'irrésistible emprise des agences internationales et les dangers de la pensée unique. In J.-D. Rainhorn & M.-J. Burnier (éds.), *La santé au risque du marché* (pp. 71-84). Graduate Institute Publications. <https://doi.org/10.4000/books.iheid.2523>
- Bartoli, A., Gozlan, G., & Sebai, J. (2019). 05. Vers de nouvelles formes de prise en charge en santé mentale : quels freins et conditions de réussite ? *Politiques & management public*, 36(2), 199-22, <https://doi.org/10.3166/pmp.36.2019.00013>
- Gbagbo M. K. (2015) : Quelle place pour les « fous guéris ? ». Paris. L'Harmattan, Collection Etats, Pouvoirs et Sociétés. ISBN : 978-2-343-05717-0.
- Gbagbo, M.K., Traoré, 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, n°25/2017, 61-73, ISBN : 978-2-952-7687-4-0 / EAN : 9782952768740.

Gbagbo, M.K. (2018). Pour une réforme de la prise en charge des états psychiatriques dangereux à Abidjan, *Psychologie Clinique, Section Actualités internationales, numéro 45, janvier 2018*, 212-222, <https://doi.org/10.1051/psyc/201845212>

Gbagbo, M. K. (2024a). La centralité du « je » en sciences humaines et en psychopathologie sociale. *Revue Internationale du Chercheur*, 5(1), 1026-1044. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10850860>

Gbagbo, M.K. (2024b). Entre stigmates et soutiens : parcours thérapeutiques et perceptions de la santé mentale à Abidjan, *Revue Francophone*, 2(2), 147-166, <https://doi.org/10.5281/zenodo.11116998>

Gbagbo, M. K., & Soro, K. I. (2024). Deviance Psychiatrique et Determinants Psychosociaux : Au sujet de huit cas de l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville. *European Scientific Journal*, 20(33), 162-175. <https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n33p162>

Hirschelmann-Ambrosi, A. (2006). Risques et dangers. *Bulletin de psychologie, Numéro 481(1)*, 47-55. <https://doi.org/10.3917/bupsy.481.0047>

Jorgensen, D. L. (2015). Participant observation. In R. Scott & S. Kosslyn (Éds.), *Emerging trends in the social and behavioral sciences* (pp. 123-130). John Wiley & Sons, In

Koné, D., VE, D., Ve-Tano, A., Assi-Sedji, C., Ettien, M. et Koua, A. (2008). Les facteurs de réadmissions à l'hôpital psychiatrique de Bingerville après une première hospitalisation pour troubles mentaux de la maternité. *Perspectives Psy, Vol. 47(2)*, 126-136. <https://shs.cairn.info/revue-perspectives-psy-2008-2-page-126?lang=fr>.

Meessen, B. et Van Damme, W. (2005) . Systèmes de santé des pays à faible revenu : vers une révision des configurations institutionnelles ? *Mondes en développement, no 131(3)*, 59-73. <https://doi.org/10.3917/med.131.0059>

Messner, S. F., & Rosenfeld, R. (2013). *Crime and the American Dream* (5th ed.). Cengage Learning.

Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). Sage Publications.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2019). *Rapport mondial sur la santé mentale 2019. Organisation mondiale de la Santé*. Disponible à <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>

- N’Goran, N. et Zoldan, Y. (2022) . Représentation culturelle de la dépression et du suicide chez les Francophones ouest-africains du Québec et de Côte d’Ivoire. *L’Autre, Volume 23*(3), 321-325. <https://doi.org/10.3917/lautr.069.0321>.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Kohrt, B., Kieling, C., Sunkel, C., Kola, L., Chang, O., Charlson, F., O’Neill, K., & Herrman, H. (2023). Transforming mental health systems globally: Principles and policy recommendations. *The Lancet*, 402(10402), 656–666. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00918-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00918-2)
- Patton, M.Q. (2002). Two decades of developments in qualitative inquiry: a personal, experiential perspective, *Qualitative Social Work* 1(3) :261-283, <https://doi.org/10.1177/1473325002001003636>
- Rieder, J.-P., Gravier, B., Bertrand, D., & Pasche, C. (2010). Vulnérabilité et santé en milieu pénitentiaire : vulnérabilité partagée entre détenus et professionnels de la santé. *Revue Médicale Suisse*, 6, 1462-1465 <https://atasp.be/wp/wp-content/uploads/2014/01/RIEDER-JP-et-al-sant%c3%a9-p%c3%a9nitentiare.pdf>
- Sampson, R. J. (2012). *Great American City: Chicago and the Enduring Neighborhood Effect*. University of Chicago Press.
- Traoré, M. (2021, 02 03). Santé mentale : la Côte d’Ivoire mise sur la complémentarité dans la prise en charge, *SciDevNet*. Disponible sur : <https://www.scidev.net/afrique-sub-saharienne/sante-mentale-la-cote-divoire-mise-sur-la-complementarite-dans-la-prise-en-charge/>
- Vé, D., Kone D., Ipou Y.S, Amani, N., Ve-Tano, A. & Koua A. (2010). Facteurs associés aux réadmissions psychiatriques des patients hospitalisés pour la première fois à Bingerville en 2001 (Cote d’Ivoire), *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168 (8), October 2010, 571-577, <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.03.025>
- Weston, S., & Trebilcock, J. (2019). *Mental Health and Offending: Care, Coercion and Control*. Routledge.
- Zumofen, M. (2016). *Côte d’Ivoire Soins de santé mentale à Abidjan*, Swiss Refugee Council, 14 December 2016, <https://www.refworld.org/reference/countryrep/swissrc/2016/en/114212> [accessed 17 January 2025].