

REVUE AFRICAINE DE CRIMINOLOGIE



**REVUE SEMESTRIELLE
ISSN/1819-0650**

N°34 - Juin - 2024



**Editions Universitaires
de Côte d'Ivoire**

REVUE publiée par l'UFR CRIMINOLOGIE-Université Félix Houphouët Boigny de Cocody/Abidjan

REVUE AFRICAINE DE CRIMINOLOGIE

N°34 – Juin 2024

ISSN/ 1819-0650

ADMINISTRATION

DIRECTEURS SCIENTIFIQUES : Pr. Alain SISSOKO
(Responsable pédagogique de l'UFR Criminologie),
Pr. Raymond KOUDOU Kessié (Responsable scientifique de
l'UFR Criminologie).

COMITÉ SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE :

Pr. Alain SISSOKO, Sociologue - UFR Criminologie ;
Pr. Raymond KOUDOU Kessié, Psychologue - UFR
Criminologie ;
Pr. Mélédje DJEDJERO, Droit - UFR des Sciences Juridiques,
Administratives et Politiques ;
Dr. Bourahima GBANÉ, Droit - UFR des Sciences Juridiques,
Administratives et Politiques ;
Pr. Opadou KOUDOU, Psychologue - ENS d'Abidjan ;
Pr. Alphonse YAPI Diahou, Géographe - ENS d'Abidjan ;
Pr. Robert CARIO, Criminologue - Université de Pau et des
pays de l'Adour-France ;
Pr. Maurice CUSSON, Criminologue - Université de Montréal.

DIRECTEUR DE PUBLICATION: Pr. Opadou KOUDOU,
ENS d'Abidjan.

SECRETARIAT DE REDACTION :

Dr. Lucie Koko N'GORAN, Maître de Conférences, UFR Criminologie, Université Félix
Houphouët Boigny, [ngorankokoluci@yahoo.fr.](mailto:ngorankokoluci@yahoo.fr),

ADRESSE : Revue africaine de Criminologie UFR Criminologie

www.rirep.org

Tél : 05 09 92 60 / 05 00 80 46 / 07 08 55 61

BP V 34 UNIVERSITÉ F. H. B. de Cocody

Revue Africaine de Criminologie N° 34 – Juin 2024

ÉDITEUR : *Editions Universitaires de Côte d'Ivoire (EDUCI)*. Université F. H. B.
de cocody,
BP V 34.

educiadj@yahoo.fr www.educiadj@yahoo.fr

© ; Editions Universitaires de Côte d'Ivoire (EDUCI)

Dépôt légal : Édition N° 3557, Septembre 1994.

ABONNEMENT ET VENTE

Abonnement à la revue : parution semestrielle.

Les abonnements partent de Janvier à Décembre (1) an pour
deux (2) numéros

	ABONNEMENT	VENTE
Côte d'Ivoire	10 000 FCFA	5 000 FCFA / N°
Afrique occidentale	12 000 FCFA	6 000 FCFA / N°
Ailleurs en Afrique	14 000 FCFA	7 000 FCFA / N°
Europe et autre	17 000 FCFA	9 000 FCFA / N°

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

1. Auteur 1, Auteur 2

Institution de rattachement

Adresse postale

Adresse électronique

2. Présentation

Le corps de texte est composé en Times New Roman 12, avec un interligne simple ne dépassant pas vingt (20) pages bibliographie y comprise. Un espace de six points est défini après chaque paragraphe, aucun avant. Le style correspondant à un style « normal ». Les paragraphes sont justifiés.

3. Format

La première page du texte propose : un titre ; éventuellement un sous-titre ; le nom du ou des auteurs, ainsi que la mention de leur appartenance institutionnelle, de leur adresse et d'une adresse électronique de contact pour chacun d'entre eux ; un résumé du texte en Times New Roman 11.

3.1 Marges et format

Les marges sont définies de la manière suivante :

– Gauche, Droite, Haut & bas : 2 cm

– Executive (18,415 x 26,67)

4. Figures et tableaux

Les figures, illustrations et tableaux doivent être incorporés au texte. Les figures et illustrations sont numérotées de 1 à n à l'intérieur de l'article, les tableaux également. Des légendes explicites les accompagnent, composées en Times corps 10 justifiées, sans alinéa, Figure x en romain gras suivi d'un point gras, texte en italique maigre.

5. Soumission des textes

Les textes doivent parvenir à la rédaction sous forme de fichier électronique (en format Word ou RTF) envoyé à rac@rirep.org ou racirep@gmail.com. Un accusé de réception électronique suivra la réception du document

6. Références citées dans le texte

- Ne pas citer les renseignements bibliographiques en entier dans le texte ou en notes infrapaginales. Il suffit d'indiquer, entre parenthèses, le nom de l'auteur suivi de l'année de publication. S'il y a lieu, indiquer les pages auxquelles on se réfère en les faisant précéder d'un deux-points. Ex : (Boileau, 1991 : 312-313).
- Si le nom de l'auteur est déjà mentionné dans le texte, le faire suivre par l'année (et les pages s'il y a lieu) entre parenthèses. Ex : Boileau (1991).
- Lorsqu'un auteur a plus d'un ouvrage publié la même année, les distinguer par les lettres a, b, c, etc., ajoutées à l'année. Ex : (Boileau, 1991a).
- Si plusieurs auteurs sont mentionnés, les indiquer par ordre croissant d'année de publication et les séparer par un point-virgule. Ex : (Fagnan, 1991; Dupuis, 1995; Tardif, 1998).
- Si un ouvrage compte deux auteurs, mentionner les deux noms.
- Si un ouvrage compte plus de deux auteurs, ne mentionner que le premier nom suivi de " *et al.* " en italique. Ex : (Bourbonnais *et al.*, 1997).
- Les références complètes devront apparaître dans la liste des références, à la fin du texte.

6.1. Liste des références (Bibliographie)

La liste des références doit être présentée à la fin du texte dans une section intitulée " Références " en Times New Roman 11.

Lorsque plusieurs références se rapportent à un même auteur, les présenter en ordre croissant d'année de publication.

Lorsque qu'une référence comporte plusieurs auteurs, tous les noms doivent être mentionnés. Ne pas utiliser *et al.* dans la liste des références.

6.2. Normes à suivre pour la présentation des références (normes de l'APA)

Les noms des auteurs sont saisis en petites capitales.

6.3. Livre

Sanders, D.H., Murph, A.F., & Eng, R.J. (1984). *Les statistiques, une approche nouvelle*. Montréal : McGraw-Hill Éditeurs.

Article

Brillon, Y. (1986). L'opinion publique et les politiques criminelles. *Criminologie*, 19 (1), 227- 238.

Chapitre d'un livre.

Lasvergnes, I. (1987). La théorie et la compréhension du social. In B.

Gauthier (ed.), *Recherche sociale* (111-173). Sillery : Presses de l'Université du Québec.

Sources électroniques

1) Périodique en ligne

Auteur, S. (Année). Titre de l'article. *Titre du périodique*, VV, NN. Consulté le jour, mois, année, URL. Ex. : Smith, C. A. & Ireland, T. O. (2005). Les conséquences développementales de la maltraitance des filles. *Criminologie*, 38, 1. Consulté le 23 février 2006,

<http://www.erudit.org/revue/crimino/2005/v38/n1/011486ar.pdf>.

2) Document en ligne

Auteur, A. (Année). *Titre du document*. Consulté le jour, mois, année, URL. Ex.: APA Online (2001). *Electronic References*. Consulté le 23 février 2006, <http://www.apastyle.org/elecgeneral.html>.

NB : Les opinions exprimées dans les articles n'engagent que leurs auteurs; la reproduction, même partielle, sous toute forme, est interdite sans autorisation

REVUE AFRICAINE DE CRIMINOLOGIE

ISSN 1819-0650

REVUE SEMESTRIELLE

N° 34 — Juin — 2024

SOMMAIRE

LA JURIDICISATION DU DROIT PENAL CAMEROUNAIS Par EDWIGE FLORE DONFACK- NGUETSOP SOBGOM	9
CONFLITS ENTRE LA CIE ET LES USAGERS DANS LA COMMUNE DE YOPOUGON Par GNINION WILFRIED GUELA	38
MISE EN ŒUVRE DE LA JUSTICE APPLICABLE AUX ENFANTS EN CONFLIT AVEC LA LOI DANS CINQ LOCALITES DE COTE D'IVOIRE : ABIDJAN, ABOISSO, ADZOPE, AGBOVILLE ET TIASSALE Par ABA ROMARIC NARCISSE SOUKOU	51
LE PORT AUTONOME D'ABIDJAN, DYNAMIQUE ECONOMIQUE ET ETHIQUE Par BAOUA CHRISTIAN LOPEZ	67
STIGMATISATION ET AUTO-STIGMATISATION : UNE NECESSAIRE REVUE DE LA LITTERATURE Par MICHEL K. GBAGBO	85
LA DESTRUCTION DES QUARTIERS PRÉCAIRES ET L'INSÉCURITÉ À ABIDJAN Par N'GUESSAN KODJO RODRIGUE et FEGBO DAGO PIERRE.....	101
DYNAMIQUES FAMILIALES ET PRATIQUE DES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT CHEZ DES ADOLESCENTS IVOIRIENS Par DADJE KOBLI PATRICE	115

AFRICAN REVIEW OF CRIMINOLOGY

ISSN 1819-0650

SEMI-ANNUAL REVIEW

N° 34 - June - 2024

SUMMARY

THE JURIDICISATION OF CAMEROONIAN CRIMINAL LAW By EDWIGE FLORE DONFACK- NGUETSOP SOBGOUM	9
CONFLICTS BETWEEN THE CIE AND USERS IN THE COMMUNITY OF YOPOUGON By GNINION WILFRIED GUELA	38
IMPLEMENTATION OF JUSTICE APPLICABLE TO CHILDREN IN CONFLICT WITH THE LAW IN FIVE LOCALITIES IN COTE D'IVOIRE: ABIDJAN, ABOISSO, ADZOPE, AGBOVILLE AND TIASSALE By ABA ROMARIC NARCISSE SOUKOU	51
THE AUTONOMOUS PORT OF ABIDJAN, ECONOMIC AND ETHICAL DYNAMIC By BAOUA CHRISTIAN LOPEZ	67
STIGMA AND SELF-STIGMA: A NECESSARY REVIEW OF THE LITERATURE By MICHEL K. GBAGBO	85
THE DESTRUCTION OF PRECARIOUS NEIGHBORHOODS AND INSECURITY IN ABIDJAN By N'GUESSAN KODJO RODRIGUE et FEGBO DAGO PIERRE.....	101
FAMILY DYNAMICS AND GAMBLING AMONG Ivorian ADOLESCENTS By DADJE KOBLI PATRICE	115

**STIGMATISATION ET AUTO-STIGMATISATION : UNE NECESSAIRE REVUE
DE LA LITTERATURE**

STIGMA AND SELF-STIGMA : A NECESSARY LITERATURE REVIEW

Michel K. GBAGBO

Dr en Psychopathologie sociale (MC),
Laboratoire d'Etude et de Prévention de la Délinquance et des Violences (LEPDV),
Faculté de Criminologie, Université FHB, Abidjan,
michelgbagbo@hotmail.com

RESUME

La stigmatisation sociale entraîne des conséquences négatives sur la santé mentale, telles que la dépression et l'anxiété, et dissuade les individus de chercher des traitements. En criminologie, la société crée des déviants en attribuant des étiquettes négatives à certains comportements, et l'auto-stigmatisation peut renforcer ces comportements en intégrant la honte et la perte d'estime de soi. Comprendre la stigmatisation permet de développer des programmes de prévention et de réhabilitation plus efficaces. Ces dynamiques s'appliquent également à d'autres groupes marginalisés, comme les toxicomanes, les prostituées, les délinquants et les personnes vivant avec le VIH. Cette revue de la littérature vise à fournir un aperçu des connaissances actuelles et à développer des stratégies de soutien efficaces pour les personnes stigmatisées.

Mots-clés : Stigmatisation-Auto-stigmatisation-Santé mentale-Discrimination-Réhabilitation

ABSTRACT

Social stigma leads to negative mental health outcomes, such as depression and anxiety, and discourages individuals from seeking treatment. In criminology, society creates deviants by labeling certain behaviors negatively, and self-stigma can reinforce these behaviors by integrating shame and loss of self-esteem. Understanding stigma allows for the development of more effective prevention and rehabilitation programs. These dynamics also apply to other marginalized groups, such as drug addicts, sex workers, criminals, and people living with HIV. This literature review aims to provide an overview of current knowledge and to develop effective support strategies for stigmatized individuals.

Keywords : Stigma-Self-stigma-Mental health-Discrimination-Rehabilitation

INTRODUCTION

La notion de stigmatisation, développée par Goffman dans son ouvrage fondateur « Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity » (1963), se réfère à la disqualification sociale d'individus en raison de caractéristiques perçues comme indésirables. Cette stigmatisation, qui se manifeste par des attitudes négatives, des préjugés et des comportements discriminatoires, touche divers groupes, dont les minorités ethniques, les personnes LGBTQ+ et les individus atteints de maladies mentales. Pour Corrigan et Watson (2002), l'auto-stigmatisation survient lorsque les individus internalisent ces stéréotypes négatifs associés à leur groupe, ce qui réduit leur estime de soi et leurs aspirations personnelles. Foucault, dans « Surveiller et punir » (1975), montre que la stigmatisation sert de moyen de contrôle social.

Link et Phelan (2001) expliquent que la stigmatisation sociale peut mener à des résultats négatifs sur la santé mentale, tels que la dépression et l'anxiété. L'auto-stigmatisation, comme le montre Rüsçh et al. (2010), affecte le bien-être psychologique et la volonté de chercher de l'aide. Corrigan (2004) souligne que la stigmatisation perçue peut dissuader les individus de chercher un traitement, créant des obstacles significatifs à l'accès aux soins de santé mentale.

En criminologie, Becker (1963) postule que la société crée des déviants en attribuant des étiquettes négatives à certains comportements. Braithwaite (1989) explique que l'auto-stigmatisation peut renforcer les comportements criminels en intégrant la honte et la perte d'estime de soi. Maruna (2001) explore comment les ex-délinquants peuvent surmonter la stigmatisation et se réhabiliter grâce à la narration personnelle et au soutien communautaire.

La compréhension de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation permet de développer des programmes de prévention et de réhabilitation plus efficaces. Garland (2001) montre que réduire la stigmatisation institutionnelle peut aider à diminuer les taux de récidive et améliorer la réintégration des anciens délinquants.

Cette étude se concentre sur la stigmatisation et l'auto-stigmatisation des malades mentaux, mais ces dynamiques s'appliquent également à d'autres groupes marginalisés, tels que les toxicomanes, les prostituées, les délinquants et les personnes vivant avec le VIH (PPHIV). En comprenant pleinement ces concepts, nous pouvons mieux appréhender les expériences de divers groupes minoritaire/marginalisés et développer des interventions plus efficaces pour lutter contre les préjugés et les discriminations.

La stigmatisation des maladies mentales constitue un obstacle majeur à l'inclusion sociale et au bien-être des personnes affectées. Cette stigmatisation se manifeste par des attitudes négatives, des croyances préjudiciables et des comportements discriminatoires (Gbagbo, 2015).

L'auto-stigmatisation, quant à elle, est l'intériorisation de ces attitudes négatives par les personnes concernées, ce qui peut avoir des conséquences dévastatrices sur leur estime de soi et leur qualité de vie (Watson et al., 2007).

Depuis l'Antiquité, les maladies mentales ont souvent été mal comprises et associées à des superstitions, entraînant la marginalisation des personnes affectées (Foucault, 1961). Historiquement, les malades mentaux étaient souvent ostracisés et traités de manière inhumaine. Bien que les traitements aient évolué, la stigmatisation persiste (Link et Phelan, 2001). À l'échelle mondiale, les troubles mentaux affectent des millions de personnes, mais beaucoup hésitent à chercher de l'aide en raison de la stigmatisation (WHO, 2019). Cette hésitation aggrave souvent les conditions, entraînant des conséquences négatives sur la santé publique (Thornicroft et al., 2016).

En Afrique de l'Ouest, et particulièrement en Côte d'Ivoire, la stigmatisation des maladies mentales est encore très prononcée (Gbagbo, *ibid.*). Les croyances traditionnelles et le manque de sensibilisation contribuent à cette situation (Gureje et al., 2005).

La stigmatisation se définit comme un processus de dévaluation sociale basé sur des caractéristiques perçues comme indésirables ou déviantes (Goffman, *ibid.*). L'auto-stigmatisation est le processus par lequel les individus internalisent les attitudes négatives de la société, menant à une diminution de l'estime de soi et à un sentiment de honte (Corrigan et Watson, 2002). Comprendre ces différences est essentiel pour développer des stratégies de soutien efficaces (Ritsher et Phelan, 2004).

La question de recherche de cette étude est : quels sont les mécanismes et les impacts de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation liées à la maladie mentale – et quel est l'état de la recherche sur ce sujet aujourd'hui ? L'hypothèse est que la stigmatisation et l'auto-stigmatisation ont des impacts négatifs significatifs sur la santé mentale et le bien-être des individus, influençant leur accès aux soins et leur intégration sociale. L'objectif est d'examiner la littérature existante sur la stigmatisation et l'auto-stigmatisation liées à la maladie mentale, en mettant en

STIGMATISATION ET AUTO-STIGMATISATION : UNE NECESSAIRE REVUE DE LA LITTÉRATURE

lumière les principales recherches, leurs résultats et les implications pour la pratique clinique et les politiques publiques.

Cette revue de la littérature s'appuiera sur une analyse circonstanciée de documents fondamentaux référencés pour leur contribution largement reconnue à la compréhension du sujet, afin de fournir une vue d'ensemble des connaissances actuelles sur la stigmatisation et l'auto-stigmatisation liées à la maladie mentale. Dans cet article de recension d'ouvrages fondateurs, les auteurs seront présentés dans leurs références anciennes, ce qui permet de préserver l'intégrité historique, la fidélité aux sources, et de fournir une base solide pour l'analyse critique et comparative des idées et théories avancées (Merton, 1973).

La stigmatisation est un processus de dévaluation sociale où certains individus ou groupes sont étiquetés, stéréotypés, discriminés et marginalisés en raison de caractéristiques perçues comme indésirables ou déviantes (Lampropoulos et Apostolidis, 2019). Selon Link et Phelan (2001), la stigmatisation comprend quatre composantes : l'étiquetage, le stéréotypage, la séparation et la discrimination. L'étiquetage identifie des différences et les nomme. Le stéréotypage associe ces différences à des caractéristiques négatives. La séparation crée une distinction entre « nous » et « eux », et la discrimination engendre un traitement injuste basé sur ces stéréotypes.

L'auto-stigmatisation, ou stigmatisation internalisée, est le processus par lequel les individus adoptent les attitudes négatives et les stéréotypes de la société à leur propre égard (Corrigan et Watson, 2002). Ce phénomène réduit l'estime de soi, engendre un sentiment de honte et diminue la motivation à chercher de l'aide ou à participer à la vie sociale (Ritsher et Phelan, 2004). Les individus atteints de troubles mentaux peuvent se percevoir comme moins valables ou capables en raison des messages négatifs qu'ils ont internalisés. Livingston et Boyd (2010) notent que l'auto-stigmatisation exacerbe les symptômes dépressifs et anxieux.

La stigmatisation peut prendre plusieurs formes avec des implications spécifiques pour les individus et les groupes affectés. La stigmatisation publique concerne les attitudes négatives et les comportements discriminatoires de la société envers les personnes atteintes de troubles mentaux, incluant les insultes, l'isolement social et les discriminations dans l'emploi, le logement et les soins de santé. La stigmatisation structurelle se réfère aux politiques et normes institutionnelles qui désavantagent systématiquement les personnes atteintes de troubles mentaux, comme l'exclusion des soins de santé mentale des régimes d'assurance maladie (Héas et Dargère, 2014).

La stigmatisation associative concerne les préjugés dirigés contre les proches des personnes atteintes de troubles mentaux, pouvant les isoler socialement (Crocker et Major, 1989). La stigmatisation institutionnelle inclut les attitudes et comportements discriminatoires au sein des institutions de santé, des écoles et des services sociaux, entraînant une qualité de soins inférieure et une exclusion des opportunités éducatives et professionnelles (Thornicroft et al., 2007). La stigmatisation auto-infligée est le processus par lequel les individus internalisent les stéréotypes et attitudes négatives de la société, menant à des comportements d'auto-discrimination, tels que le refus de rechercher des soins ou de participer à des activités sociales (Corrigan et Watson, 2002).

Ces formes de stigmatisation créent un environnement hostile pour les personnes atteintes de troubles mentaux, compliquant leur rétablissement et leur intégration sociale (Sartorius, 2007). Les processus psychosociaux qui engendrent la stigmatisation commencent par la catégorisation sociale, où les individus sont classés en groupes basés sur des caractéristiques visibles ou perçues. Ce processus naturel et souvent inconscient peut conduire à la formation de stéréotypes, qui sont des croyances généralisées et souvent simplifiées sur les membres de ces groupes (Tajfel, 1981). Les stéréotypes peuvent se transformer en préjugés, des attitudes émotionnellement chargées, souvent négatives, à l'égard des membres du groupe stigmatisé (Allport, 1954). Ces préjugés peuvent ensuite se manifester en comportements discriminatoires et en actes de stigmatisation, tels que l'exclusion sociale, les insultes ou la violence (Dovidio et Gaertner, 2000).

La stigmatisation va au-delà de la stéréotypie en impliquant des comportements discriminatoires et des attitudes de rejet. Alors que la stéréotypie peut rester une croyance interne, la stigmatisation se manifeste par des actions et des politiques désavantageant les individus stigmatisés (Link et Phelan, *ibid.*). Elle engendre des conséquences négatives profondes, telles que l'exclusion sociale, la discrimination dans les domaines de l'emploi, du logement et des soins de santé, et des effets délétères sur la santé mentale des personnes concernées. Par exemple, la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux peut limiter leur accès à des opportunités économiques et sociales, aggravant ainsi leur marginalisation.

Quant au processus d'auto-stigmatisation, il comprend plusieurs étapes : la conscience des stéréotypes, la mise en accord avec ces derniers, leur application et leur impact comportemental,

lequel se traduit par des actes d'auto-discrimination tels que le retrait social et le refus de rechercher des soins (Yanos et al., 2008). Les conséquences de l'auto-stigmatisation incluent une détérioration de la santé mentale, une faible estime de soi, une augmentation de l'isolement social et une réduction de l'adhésion aux traitements. Par exemple, un individu atteint de dépression qui s'auto-stigmatise peut croire qu'il est faible ou inutile, ce qui l'empêche de chercher de l'aide et aggrave son état (Corrigan et Watson, *ibid.*; Livingston et Boyd, 2010).

I. Histoire et dynamique de la stigmatisation liée à la maladie mentale

L'histoire de la stigmatisation liée à la maladie mentale est marquée par des attitudes et des traitements souvent cruels, résultant de l'ignorance et de la peur. Dans l'Antiquité, les maladies mentales étaient souvent perçues comme des manifestations de forces surnaturelles ou divines. Les individus atteints de troubles mentaux étaient parfois vénérés comme des prophètes, mais plus souvent considérés comme possédés par des esprits maléfiques (Foucault, 1961). Les traitements incluaient des rituels d'exorcisme pour expulser les « démons ».

Au Moyen Âge, ces croyances se sont consolidées, et les personnes atteintes de maladies mentales étaient souvent isolées, emprisonnées ou même exécutées, la folie étant associée à la sorcellerie et à la déviance morale (Porter, 2002). La Renaissance a vu un déplacement de perspective avec des tentatives de compréhension médicale, mais les traitements restaient brutaux, incluant la saignée et la purge. Les asiles, tels que Bedlam à Londres, devinrent des lieux d'internement souvent déplorables (Scull, 2011).

Durant l'époque des Lumières, Philippe Pinel en France plaida pour des traitements plus humains, libérant les patients de leurs chaînes à la Salpêtrière (Foucault, *ibid.*). Le XIX^e siècle vit la croissance des institutions psychiatriques, mais la stigmatisation persistait, renforcée par des théories pseudo-scientifiques associant la maladie mentale à la dégénérescence et à l'immoralité (Rodler, 2012). Au début du XX^e siècle, les traitements restaient rudimentaires, incluant l'électrochoc et la lobotomie, et la stigmatisation était omniprésente (Porter, 2002).

Le milieu du XX^e siècle apporta des avancées avec l'introduction des médicaments psychotropes et des thérapies plus efficaces. Cependant, la stigmatisation n'a pas disparu. Des mouvements de défense des droits des patients ont émergé, plaidant pour la déstigmatisation et l'intégration des personnes atteintes de troubles mentaux dans la société (Corrigan et Watson, 2002). Des campagnes de sensibilisation et des réformes législatives ont cherché à réduire la stigmatisation, mais les préjugés persistent. Les médias jouent un rôle crucial, parfois en

renforçant les stéréotypes, mais aussi en offrant des plateformes pour des représentations plus nuancées (Thornicroft et al., 2016).

Dans l'Afrique Noire traditionnelle, (A.N.T.), les maladies mentales étaient souvent perçues à travers des croyances spirituelles et des pratiques rituelles, attribuées à des causes surnaturelles comme la sorcellerie ou la possession (Ngubane, 1977). Les guérisseurs traditionnels jouaient un rôle central dans le traitement, utilisant des rituels et des plantes médicinales. La transition vers les cités africaines contemporaines a entraîné des changements, mais la stigmatisation reste prégnante, exacerbée par le manque de sensibilisation et de ressources (Kleinman, 1988).

En Côte d'Ivoire, la stigmatisation des maladies mentales est renforcée par le manque de sensibilisation et de ressources. Les patients sont souvent isolés ou cachés par leurs familles, et l'accès aux soins psychiatriques est limité (Sankoh, Sevalie et Weston, 2018). Malgré ces défis, des efforts sont faits pour intégrer les soins de santé mentale dans les systèmes de santé publique, avec des initiatives visant à former des professionnels de santé et à sensibiliser le public (Gbagbo, 2024).

La différence de compréhension des troubles mentaux entre le monde occidental et l'Afrique Noire traditionnelle influence les processus de stigmatisation contemporains. En Occident, les troubles mentaux sont considérés comme des conditions médicales pouvant être diagnostiquées et traitées par des thérapies et des médicaments (Rosenfield, 1997). En revanche, en Afrique Noire traditionnelle, les troubles mentaux sont souvent vus comme résultant de forces surnaturelles ou de malédictions, ce qui engendre une stigmatisation différente (Ngubane, 1977). Ces différences culturelles créent une double stigmatisation : celle de la société moderne et celle des croyances traditionnelles (Sankoh, Sevalie et Weston, *ibid.*).

Corrigan et al. (2005) examinent dans « Structural Stigma in State Legislation » comment les lois et les politiques publiques contribuent à la stigmatisation structurelle des maladies mentales. Les législations discriminatoires augmentent la marginalisation des personnes atteintes de troubles mentaux, limitent leur accès aux soins et exacerbent les inégalités sociales. Link et Phelan (2001) proposent un cadre théorique de la stigmatisation en quatre composantes : l'étiquetage, le stéréotypage, la séparation et la discrimination, soulignant l'importance des rapports de pouvoir.

STIGMATISATION ET AUTO-STIGMATISATION : UNE NECESSAIRE REVUE DE LA LITTÉRATURE

Thornicroft et al. (2016), identifient des stratégies efficaces pour réduire la stigmatisation liée à la maladie mentale, telles que l'éducation, le contact direct avec les personnes atteintes de troubles mentaux et les campagnes de sensibilisation. Les interventions éducatives et basées sur le contact sont les plus efficaces pour améliorer les attitudes publiques.

Robert Murphy, (1987), explore la « liminalité » et la stigmatisation, offrant des perspectives sur la stigmatisation des troubles mentaux. La liminalité, concept de transition entre deux phases, montre comment les individus en position liminaire sont marginalisés et perçus comme n'appartenant pleinement à aucun groupe. Cette perspective est transférable à la compréhension de la stigmatisation des troubles mentaux, où les individus sont vus comme ni totalement malades ni totalement sains, exacerbant leur stigmatisation et leur exclusion sociale.

Murphy, dans son étude ethnographique sur les personnes atteintes de handicaps physiques, explore comment les individus sont placés en position de liminalité en raison de leur condition. Cette position liminaire les situe entre deux états : celui d'être reconnu comme pleinement capable et celui d'être perçu comme complètement invalide.

Cette perspective est en réalité transférable à la compréhension de la stigmatisation des troubles mentaux. En effet, l'auteur observe que les individus en position de liminalité sont souvent marginalisés, perçus comme n'appartenant pleinement à aucun groupe. Cela crée une zone d'ambiguïté identitaire où elles ne sont ni complètement acceptées ni complètement rejetées. Le « fou du village » par exemple, est bien reconnu adulte, mais ne sera pas consulté pour des prises de décision engageant la communauté. Une telle ambiguïté d'identité traduit l'idée d'un rite de passage inachevé, l'individu reflétant l'image d'un adulte non initié que la société tolère. Celui-ci vit un « entre-deux ». Le sujet est vu comme étant en traitement permanent, jamais intégré dans la rationalité du vivant, car jamais complètement « guéri » ; il vit, mais maintenu en un état de transition perpétuelle.

Corrigan et Watson (2002), explorent l'auto-stigmatisation et son impact sur les individus atteints de maladies mentales, proposant un modèle qui distingue entre stigmatisation publique, auto-stigmatisation et résistance à la stigmatisation. L'auto-stigmatisation conduit à une diminution de l'estime de soi et de l'auto-efficacité, exacerbant les symptômes des troubles mentaux. Certains individus développent des mécanismes de résistance pour rejeter les stigmates sociétaux.

Livingston et Boyd (2010), montrent que l'auto-stigmatisation est associée à une détresse psychologique élevée, une faible estime de soi et une réduction de l'adhésion aux traitements. Ritsher et Phelan (2004), développent une échelle de mesure de l'auto-stigmatisation, montrant que celle-ci prédit une érosion du moral chez les patients psychiatriques.

Sibitz et al. (2011), comparent la stigmatisation perçue et l'auto-stigmatisation chez des patients en Autriche et au Japon. Les résultats montrent que les différences culturelles influencent la manière dont les stigmatisés sont internalisés et gérés. Yanos et al. (2008), proposent un modèle intégratif de l'auto-stigmatisation, montrant ses effets négatifs sur la maîtrise, l'espoir pour l'avenir et la capacité à établir des relations interpersonnelles significatives. Les interventions psychosociales ciblant l'auto-stigmatisation peuvent améliorer ces aspects et réduire les effets négatifs.

II. Résultats

La stigmatisation et l'auto-stigmatisation sont liées à une détérioration significative de la santé mentale. Ces formes de stigmatisation exacerbent les symptômes de dépression et d'anxiété, aggravant les troubles mentaux (Livingston et Boyd, 2010). Les individus stigmatisés présentent souvent une faible estime de soi, et l'auto-stigmatisation est particulièrement associée à une diminution de l'estime de soi et à un sentiment d'inefficacité personnelle (Corrigan et Watson, 2002). La stigmatisation conduit fréquemment à l'isolement social, les personnes atteintes de troubles mentaux se retirant des interactions sociales par peur de rejet ou de discrimination, ce qui aggrave leur état de santé mentale (Ritsher et Phelan, 2004).

Elle réduit également la probabilité que les individus cherchent et adhèrent aux traitements médicaux. La peur de la stigmatisation empêche souvent les personnes de consulter des professionnels de santé, retardant ainsi leur rétablissement (Yanos et al., 2008). Les études comparatives révèlent que les facteurs culturels jouent un rôle crucial dans la manière dont la stigmatisation et l'auto-stigmatisation sont vécues. Les croyances et pratiques culturelles influencent la perception et la gestion des troubles mentaux, nécessitant des stratégies adaptées culturellement (Sibitz et al., 2011). La stigmatisation exacerbe les troubles mentaux, augmentant la détresse psychologique et retardant le rétablissement. Les individus stigmatisés peuvent développer des sentiments de honte et de désespoir, aggravant leurs symptômes et réduisant leur qualité de vie (Livingston et Boyd, 2010).

STIGMATISATION ET AUTO-STIGMATISATION : UNE NECESSAIRE REVUE DE LA LITTERATURE

De plus, les personnes stigmatisées sont moins susceptibles de rechercher des soins médicaux ou de suivre des traitements prescrits, entraînant une détérioration de leur état de santé et prolongeant leur souffrance (Corrigan et al., 2005). La stigmatisation réduit également les opportunités d'emploi et de progression professionnelle, conduisant à des inégalités économiques. Les individus stigmatisés peuvent être confrontés à la discrimination sur le lieu de travail, limitant ainsi leurs perspectives économiques (Thornicroft et al., 2016). Cette stigmatisation entraîne souvent l'isolement social et l'exclusion, affectant les relations personnelles et familiales. Les individus stigmatisés peuvent se sentir rejetés et incompris, ce qui affecte leur bien-être émotionnel et social (Link et Phelan, 2001).

La stigmatisation entraîne aussi des coûts économiques importants, incluant la perte de productivité, l'augmentation des dépenses de santé et les coûts associés au chômage et à l'incapacité. Les sociétés doivent investir dans des interventions pour réduire la stigmatisation afin de minimiser ces coûts (Thornicroft et al., 2016). Elle perpétue les inégalités sociales en maintenant des barrières systémiques empêchant les personnes atteintes de troubles mentaux d'accéder aux mêmes opportunités que le reste de la population. Les politiques doivent être réformées pour éliminer ces barrières et promouvoir l'inclusion (Corrigan et al., 2005).

Les attitudes stigmatisantes au sein même des institutions de santé peuvent entraîner une qualité de soins inférieure, des diagnostics erronés et un traitement inadéquat. Il est crucial de former les professionnels de santé à reconnaître et à combattre la stigmatisation pour améliorer la qualité des soins (Sartorius, 2007). En termes de cohésion sociale, la stigmatisation des maladies mentales nuit à la cohésion sociale en excluant des segments entiers de la population. Une société inclusive et compréhensive est nécessaire pour promouvoir la solidarité et la coopération communautaire (Link et Phelan, 2001).

La perspective murphyenne, élevée à la dignité de « théorie » de psychopathologie sociale, offre un cadre pour comprendre comment la stigmatisation place les individus dans une position de transition ambiguë et marginalisée. En étant perçus comme ni totalement malades ni totalement sains, les individus atteints de troubles mentaux sont souvent piégés dans une position liminaire, exacerbant leur stigmatisation et leur exclusion sociale. La position liminaire décrite par Murphy (1987) montre comment les individus atteints de troubles mentaux peuvent être perçus comme ni totalement intégrés ni totalement exclus, ce qui renforce leur sentiment d'ambiguïté et d'invisibilité sociale. Cela conduit à une marginalisation continue et à des difficultés accrues

pour naviguer dans les systèmes de soutien. Pour contrer ces effets, des initiatives visant à compléter les « rites de passage » et à faciliter une pleine inclusion sociale sont essentielles.

III. Discussion et conclusion

La stigmatisation et l'auto-stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux ont des impacts significatifs sur leur santé mentale, leur intégration sociale et leur accès aux soins. Ces dynamiques s'étendent également à d'autres groupes minoritaires stigmatisés, tels que les personnes vivant avec le VIH (PPVIH), les toxicomanes, les personnes porteuses d'un handicap, les criminels et les consommateurs de drogues, entravant leur réhabilitation et leur réintégration sociale. Les PPVIH, par exemple, sont souvent confrontées à des préjugés et des discriminations qui affectent leur qualité de vie et leur accès aux soins. La stigmatisation peut mener à l'isolement social, à la dépression et à l'auto-stigmatisation, aggravant leur condition (Goffman, *ibid.*). Comprendre ces dynamiques est essentiel pour développer des programmes de soutien et de sensibilisation afin d'améliorer l'inclusion et la santé publique.

De manière similaire, les toxicomanes et les consommateurs de drogues subissent une forte stigmatisation sociale. Cela peut les dissuader de chercher de l'aide ou des traitements, les enfermant dans un cycle de dépendance (Link & Phelan, *ibid.*). La reconnaissance de l'auto-stigmatisation chez ces individus peut mener à des approches plus compassionnelles et efficaces dans les politiques de santé publique et les programmes de réhabilitation. Les criminels, notamment les ex-détenus, font face à une stigmatisation intense qui complique leur réintégration dans la société. Cette stigmatisation peut alimenter un cycle de récidive, car les individus se sentent rejetés et sans autre option (Maruna, 2001). Comprendre les processus de stigmatisation et d'auto-stigmatisation dans ce contexte peut aider à concevoir des politiques de réintégration favorisant la réhabilitation plutôt que la punition.

Intégrer une compréhension approfondie des phénomènes de stigmatisation et d'auto-stigmatisation dans les sciences criminelles peut transformer les approches de la prévention du crime et de la désintégration sociale. Plutôt que de se concentrer uniquement sur des mesures répressives, il est possible de développer des politiques de prévention situationnelle (Koudou, 2009). Ces politiques peuvent inclure des programmes de réhabilitation intégrative offrant des services de soutien psychologique, d'éducation et de formation professionnelle pour faciliter la réintégration sociale des individus stigmatisés. Promouvoir des campagnes de sensibilisation

STIGMATISATION ET AUTO-STIGMATISATION : UNE NECESSAIRE REVUE DE LA LITTERATURE

pour réduire les préjugés et les stéréotypes négatifs associés aux groupes minoritaires stigmatisés est également crucial.

Pour lutter contre la stigmatisation des troubles mentaux, il apparaît clairement la nécessité de développer des stratégies multidimensionnelles impliquant les médias, les représentations culturelles, les systèmes de santé et les politiques publiques. Les médias jouent un rôle crucial dans la formation des opinions publiques. En promouvant des représentations positives et nuancées des personnes atteintes de troubles mentaux, les médias peuvent contribuer à réduire les stéréotypes négatifs et à encourager l'inclusion sociale (Corrigan & Watson, *ibid.*). Les campagnes de sensibilisation, les reportages équilibrés et les histoires de rétablissement sont autant de moyens pour les médias de combattre la stigmatisation.

Les croyances et les pratiques culturelles influencent fortement la perception des troubles mentaux. Travailler avec les leaders communautaires et les figures d'autorité culturelle pour promouvoir des attitudes positives et combattre les mythes peut aider à réduire la stigmatisation (Kleinman, 1988). L'intégration de la santé mentale dans les discours culturels et religieux peut également faciliter une meilleure compréhension et acceptation des troubles mentaux. Quant aux systèmes de santé, les professionnels ont un rôle clé à jouer dans la réduction de la stigmatisation. Former les prestataires de soins à reconnaître et à combattre leurs propres préjugés, ainsi qu'à fournir des soins empathiques et respectueux, est crucial. De plus, l'intégration des services de santé mentale dans les soins primaires peut améliorer l'accès aux traitements et réduire la marginalisation des patients (Sow, 2020).

Des réformes politiques sont donc essentielles pour créer un cadre légal et institutionnel qui soutienne la déstigmatisation. Cela inclut l'élaboration de lois anti-discrimination, le financement adéquat des services de santé mentale, et la mise en place de programmes de soutien pour les personnes atteintes de troubles mentaux (Thornicroft, 2006). Les politiques publiques doivent également viser à améliorer les opportunités économiques et sociales pour ces individus, en facilitant leur accès à l'emploi, à l'éducation et au logement. En combinant ces stratégies, il est possible de créer une société plus inclusive et compréhensive, où les personnes atteintes de troubles mentaux et d'autres groupes minoritaires stigmatisés peuvent vivre sans la crainte de la stigmatisation et de la discrimination. Cela offre des alternatives plus humaines et efficaces à la répression, améliorant ainsi la lutte contre la criminalité et favorisant la cohésion sociale.

Références :

Allport, G. W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Addison-Wesley.
https://archive.org/stream/in.ernet.dli.2015.188638/2015.188638.The-Nature-Of-Prejudice_djvu.txt

Becker, H. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. The Free Press (FP).
https://monoskop.org/images/2/2b/Becker_Howard_Outsiders_Studies_In_The_Sociogy_Of_Deviance_1963.pdf

Braithwaite, J. (1989). *Crime, Shame and Reintegration*. Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511804618>

Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>

Corrigan, P. W., et Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>

Corrigan, P.W., Watson, A.C., Heyrman, M.L., Warpinski, A., Gracia, G., Slopen, N, et Hall, L.L. (2005). Structural stigma in state legislation. *Psychiatr Serv*. 2005 May;56(5), 557-563.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.5.557>

Crocker, J., et Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 96(4), 608-630. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295x.96.4.608>

Dovidio, J. F., et Gaertner, S. L. (2000). Aversive racism and selection decisions: 1989 and 1999. *Psychological Science*, 11(4), 315-319.
http://cpi.stanford.edu/_media/pdf/Reference%20Media/Dovidio_Gaertner_2000_Discriminat ion.pdf

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Gallimard.

STIGMATISATION ET AUTO-STIGMATISATION : UNE NECESSAIRE REVUE DE LA LITTÉRATURE

Garland, D. (2001). *The Culture of Control: Crime and Social Order in Contemporary Society*. The University of Chicago Press.

Gbagbo, M. (2015). *Quelle place pour les « fous guéris » ?* L'Harmattan.

Gbagbo, M. (2024). 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>

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Touchstone.

Gureje, O., Lasebikan, V. O., Ephraim-Oluwanuga, O., Olley, B. O., et Kola, L. (2005). Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 436-441. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.5.436>

Héas, S., et Dargère, C. (Dir.). (2014). *Les porteurs de stigmates. Entre expériences intimes, contraintes institutionnelles et expressions collectives*. L'Harmattan.

Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience*. Free Press.

Koudou, O. (2009). Insécurité urbaine, analyse criminologique et prévention situationnelle intégrée. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, 3(2), 68-79. https://www.vittimologia.it/rivista/articolo_koudou_2009-02.pdf

Lampropoulos, D., Fonte, D., et Apostolidis, T. (2019). La stigmatisation sociale des personnes vivant avec la schizophrénie : une revue systématique de la littérature. *L'Évolution Psychiatrique*, 84(2), 346-363. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2018.09.002>

Link, B. G., et Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Livingston, J. D., et Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>

Maruna, S. (2001). Making good: How ex-convicts reform and rebuild their lives. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/10430-000>

Merton, R. K. (1973). *The Sociology of Science: Theoretical and Empirical Investigations*. University of Chicago Press.

Ngubane, H. (1977). *Body and mind in Zulu medicine: An Ethnography of Health and Disease in Nyuswa-Zulu Thought and Practice*. Academic Press.

Porter, R. (2002). *Madness: A Brief History*. Oxford University Press.

Ritsher, J. B., et Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129(3), 257-265. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003>

Rodler, L. (2012). L'homme criminel de Cesare Lombroso : entre science et littérature. *Criminocorpus [En ligne], Histoire de la criminologie. Autour des Archives d'anthropologie criminelle 1886-1914*. <https://doi.org/10.4000/criminocorpus.1893>

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., et Corrigan, P. W. (2010). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>

Sankoh, O., Sevalie, S., et Weston, M. (2018). Mental health in Africa. *The Lancet Global Health*, 6(9), 954-955. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30303-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30303-6)

Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *The Lancet Global*, 370(9590), 810-811. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61245-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61245-8)

Scull, A. (2011). *Madness: A Very Short Introduction*. Oxford University Press.

Sibitz, I., Amering, M., Unger, A., Seyringer, M. E., Bachmann, A., Schrank, B., Benesch, T., Schulze, B., et Woppmann, A. (2011). The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 26(1), 28-33. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.08.010>

STIGMATISATION ET AUTO-STIGMATISATION : UNE NECESSAIRE REVUE DE LA LITTÉRATURE

Sow, A., Criel, B., Branger, B., Roland, M., et De Spiegelaere, M. (2020). Expérience d'intégration de la santé mentale en première ligne de soins en Guinée. *Pan African Medical Journal*, 37. (Online). <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.107.20351>

Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories: Studies in social psychology*. Cambridge University Press.

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., et Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123-1132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)

World Health Organization [WHO]. (2019). Mental health in the workplace: Information sheet. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/mental-health-in-the-workplace>

Yanos, P. T., Roe, D., et Lysaker, P. H. (2008). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(3), 245-269. <https://doi.org/10.1080/15487761003756860>

REVUE AFRICAINE DE CRIMINOLOGIE

N° 34 - Juin - 2024

ISSN /1819-0650