

STIGMATISATION INTERIORISEE ET COMPORTEMENTS D'AUTOLIMITATION DANS LES PARCOURS SOCIOPROFESSIONNELS DES JEUNES ADULTES CAMEROUNAIS VIVANT AVEC UN TDAH

Christine Mercielle NGO BAKOP

Université de Yaoundé I

christinemerciellebakop5@gmail.com

Henri Rodrigue Njengoue Ngamaleu

Université de Yaoundé I

Ngamaleurodrigue@gmail.com

Yolande Sandrine Mengue Ngadena

Université de Yaoundé I

Yolande.mengue@univ-yaounde1.cm

Résumé

La présente contribution examine la relation entre la stigmatisation intériorisée et les comportements d'autolimitation dans les parcours socioprofessionnels des jeunes adultes vivant avec un Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) au Cameroun. Ancrée dans le cadre théorique de Goffman (1963) sur la stigmatisation, complété par le modèle de l'étiquetage modifié de Link et Phelan (2001), cette étude s'appuie sur une méthodologie mixte séquentielle explicative. Elle a été conduite auprès d'un échantillon de 120 jeunes adultes (18-35 ans) fréquentant le Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Émile Léger (CNRPH) de Yaoundé. La collecte des données a mobilisé l'Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI ; Ritscher et al., 2003), un questionnaire de comportements d'autolimitation élaboré sur mesure, ainsi que des entretiens semi-directifs. Les analyses de corrélation de Spearman révèlent une association positive significative entre le niveau de stigmatisation intériorisée et l'intensité des comportements d'autolimitation ($r_s = .69$; $p < .001$). L'analyse thématique des données qualitatives fait émerger trois grandes catégories de comportements : le retrait anticipatoire, la minimisation des ambitions professionnelles et l'évitement des interactions sociales à enjeu. Ces résultats plaident pour l'intégration de dispositifs de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive dans les programmes d'inclusion socioprofessionnelle au Cameroun.

Mots-clés : TDAH, stigmatisation intériorisée, autolimitation, inclusion socioprofessionnelle.

Abstract

This paper examines the relationship between internalized stigma and self-limiting behaviors in the socio-professional trajectories of young adults living with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Cameroon. Grounded in Goffman's (1963) theory of stigma and complemented by Link and Phelan's (2001) modified labeling framework, the study adopts an explanatory sequential mixed-methods design. The research was conducted with a sample of 120 young adults aged 18-35 years attending the Cardinal Paul Émile Léger National Rehabilitation Center for Persons with Disabilities (CNRPH) in Yaoundé. Data were collected using the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI; Ritscher et al., 2003), a researcher-developed questionnaire assessing self-limiting behaviors, and semi-structured interviews. Spearman's correlation analyses revealed a significant positive association between the level of internalized stigma and the intensity of self-limiting behaviors ($r_s = .69, p < .001$). Thematic analysis of the qualitative data identified three major categories of self-limiting behaviors: anticipatory withdrawal, the downscaling of career aspirations, and the avoidance of high-stakes social interactions. These findings support the integration of psychosocial rehabilitation and cognitive remediation interventions into socio-professional inclusion programs in Cameroon.

Keywords: ADHD, internalized stigma, self-limiting behaviors, socio-professional inclusion.

1. Introduction

1.1. Contexte et justification de l'étude

Le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) constitue l'un des troubles neurodéveloppementaux les plus fréquents à l'échelle mondiale, avec une prévalence estimée entre 5 % et 7 % chez les enfants et entre 2,5 % et 4 % chez les adultes (Fayyad et al., 2017 ; Kessler et al., 2006). La déclaration de consensus international de la Fédération mondiale du TDAH confirme d'ailleurs la persistance fréquente du trouble à l'âge adulte et l'ampleur de ses répercussions fonctionnelles, notamment sur les plans scolaire et professionnel (Faraone et al., 2021). En Afrique subsaharienne, et au Cameroun en particulier, la reconnaissance clinique et sociale de ce trouble demeure limitée, ce qui conduit à une prise en charge tardive et très souvent insuffisante (Ntsame Mbina et al., 2020). Dans ce contexte, les jeunes adultes porteurs de TDAH se trouvent à l'intersection de deux vulnérabilités

majeures : d'une part, les déficits fonctionnels inhérents au trouble difficultés attentionnelles, impulsivité, dysrégulation émotionnelle et, d'autre part, les représentations sociales stigmatisantes qui leur sont associées.

La stigmatisation constitue un phénomène multidimensionnel qui opère à plusieurs niveaux : institutionnel, interpersonnel et intrapsychique. Lorsqu'elle est intériorisée, elle se manifeste par l'appropriation des stéréotypes négatifs par les individus stigmatisés eux-mêmes, générant des attitudes auto-dépréciatrices susceptibles de freiner leurs trajectoires de vie (Livingston et Boyd, 2010 ; Ritsher et al., 2003). Des travaux récents montrent que le TDAH fait l'objet d'une stigmatisation spécifique tout au long du développement (Lebowitz, 2016) et que les adultes concernés rapportent des niveaux élevés de stigmatisation intériorisée et de discrimination anticipée (Masuch et al., 2019). Or, très peu d'études empiriques conduites en contexte africain ont exploré les mécanismes par lesquels cette stigmatisation intériorisée entrave l'inclusion socioprofessionnelle des jeunes adultes vivant avec un TDAH. La présente recherche entend combler cette lacune.

1.2. Problématique

Au Cameroun, en dépit de l'existence d'institutions spécialisées telles que le CNRPH de Yaoundé, les dispositifs d'inclusion socioprofessionnelle s'avèrent peu efficaces sur le long terme pour les personnes vivant avec un trouble neurodéveloppemental. Les recherches en sciences de l'éducation, et particulièrement en éducation spécialisée, révèlent que les obstacles à l'inclusion ne sont pas exclusivement organisationnels ou infrastructurels ; ils sont également d'ordre psychologique et identitaire (Ammar, 2019 ; Rohmer et Louvet, 2009). Plus précisément, la stigmatisation intériorisée est susceptible d'engendrer des comportements d'autolimitation, définis comme l'ensemble des conduites par lesquelles un individu restreint, volontairement ou inconsciemment, ses propres possibilités d'accès à des rôles sociaux et professionnels valorisés, compte tenu des croyances

négatives qu'il a intégrées sur lui-même (Hatzenbuehler, 2016 ; Link et Phelan, 2001).

Dans ce contexte, la question fondamentale qui oriente cette recherche est la suivante : dans quelle mesure la stigmatisation intériorisée amène-t-elle les jeunes adultes vivant avec un TDAH à adopter des comportements d'autolimitation dans leurs parcours socioprofessionnels au sein des structures et entreprises de Yaoundé ?

1.3. Hypothèses et objectifs

L'hypothèse principale de la présente étude se formule comme suit : la stigmatisation intériorisée amène les jeunes adultes vivant avec un TDAH à adopter des comportements d'autolimitation dans leurs parcours socioprofessionnels. Cette hypothèse se décline en trois hypothèses secondaires opérationnelles :

- HR1 : plus le niveau de stigmatisation intériorisée est élevé, plus les comportements de retrait anticipatoire sont fréquents ;
- HR2 : la stigmatisation intériorisée est positivement associée à la minimisation des ambitions professionnelles ;
- HR3 : la stigmatisation intériorisée prédit l'évitement des interactions sociales à enjeu dans les contextes professionnels.

Les objectifs spécifiques associés visent à : (1) identifier les manifestations comportementales de l'autolimitation chez les participants ; (2) mesurer l'intensité de la stigmatisation intériorisée ; (3) analyser les relations statistiques entre ces deux variables ; (4) comprendre les significations subjectives attribuées à ces comportements par les participants eux-mêmes.

2. Cadre théorique et conceptuel

2.1. La stigmatisation : un phénomène pluridimensionnel

Le concept de stigmatisation a été théorisé de manière fondatrice par Goffman (1963), qui le définit comme un attribut profondément disqualifiant réduisant son porteur « d'une personne

entière et ordinaire à une personne diminuée et disqualifiée ». Dans cette optique, la stigmatisation agit comme un système social de différenciation qui transforme l'altérité en infériorité. Goffman distingue trois types de stigmates : les difformités physiques, les défauts de caractère (dont relèvent, dans les représentations communes, les troubles mentaux et neurodéveloppementaux) et les stigmates tribaux.

Link et Phelan (2001) ont substantiellement enrichi ce cadre en proposant un modèle à cinq composantes : l'étiquetage, la stéréotypisation, la séparation, la perte de statut et la discrimination. Ce modèle conceptualise la stigmatisation comme un processus dynamique et structurel, ancré dans des rapports de pouvoir sociaux. Appliqué au TDAH, il rend compte de la manière dont l'étiquette diagnostique peut conduire à des formes de discrimination à l'embauche, de dévalorisation des compétences et d'exclusion des espaces de décision professionnels.

Corrigan et ses collaborateurs (2005) distinguent par ailleurs la stigmatisation publique l'ensemble des réactions négatives de la communauté à l'égard d'un groupe de la stigmatisation intériorisée, processus par lequel la personne s'applique à elle-même les stéréotypes négatifs associés à son groupe. Cette distinction est cruciale pour la présente étude, car c'est précisément la dimension intériorisée qui constitue le médiateur psychologique entre le statut diagnostique et les comportements d'autolimitation. Des travaux plus récents confirment la pertinence de cette approche pour le TDAH : Lebowitz (2016) documente la spécificité et la persistance de la stigmatisation associée à ce trouble, tandis que Masuch et al. (2019) montrent que les adultes vivant avec un TDAH présentent des niveaux de stigmatisation intériorisée comparables à ceux observés dans d'autres troubles mentaux.

2.2. La stigmatisation intériorisée : mécanismes et effets

La stigmatisation intériorisée, également appelée auto-stigmatisation, renvoie à l'intégration des croyances péjoratives socialement véhiculées dans la représentation de soi (Ritsher et al.,

2003). Selon Watson et al. (2007), cette dynamique s'organise en une séquence tripartite : la conscience du stéréotype social, l'accord avec ce stéréotype, puis son application à soi-même.

Hatzenbuehler (2014, 2016) a proposé un modèle psychologique médiationnel afin de saisir les effets de la stigmatisation sur la santé mentale et les trajectoires de vie. Ce modèle identifie trois voies d'influence : les processus cognitifs et affectifs (rumination, honte, faible estime de soi) ; les comportements sociaux (retrait, évitement) ; et les processus de régulation du stress. Ces trois voies sont particulièrement pertinentes pour comprendre comment la stigmatisation intériorisée se traduit, chez les jeunes adultes vivant avec un TDAH, en conduites d'autolimitation. Une revue systématique récente confirme du reste la fréquence de l'auto-stigmatisation dans les troubles psychiques et neurodéveloppementaux, ainsi que ses conséquences délétères sur l'estime de soi, l'espoir et l'insertion professionnelle (Dubreucq et al., 2021).

En contexte africain, Ammar (2019) insiste sur le fait que la stigmatisation des troubles neurodéveloppementaux est exacerbée par des croyances culturelles spécifiques, assimilant parfois ces troubles à des manifestations de possession spirituelle ou à des défaillances morales. Cette dimension culturelle enrichit l'analyse de la stigmatisation intériorisée et rend le vécu des personnes concernées particulièrement complexe.

2.3. Les comportements d'autolimitation : définition et opérationnalisation

Le concept d'autolimitation résulte du croisement entre la théorie de l'identité de rôle (Stryker et Burke, 2000), la psychologie de l'impuissance apprise (Seligman, 1975) et les travaux sur la menace du stéréotype (Steele et Aronson, 1995). Dans la présente étude, les comportements d'autolimitation sont définis comme l'ensemble des conduites, actives ou passives, par lesquelles un individu restreint ses aspirations, se prive d'opportunités ou renonce aux démarches d'accès à des fonctions socioprofessionnelles

valorisées, en raison des schémas dévalorisants qu'il a internalisés au sujet de ses propres capacités, en lien avec son statut de personne vivant avec un TDAH.

Trois dimensions opérationnelles ont été retenues :

- le retrait anticipatoire, caractérisé par le renoncement proactif à des candidatures ou à des initiatives professionnelles, par crainte du jugement ou de l'échec ;
- la minimisation des ambitions professionnelles, se matérialisant par des stratégies d'ajustement à la baisse des aspirations de carrière ;
- l'évitement des interactions sociales à enjeu, englobant les situations d'entretien, de négociation salariale ou de prise de parole en public dans des contextes professionnels.

Rohmer et Louvet (2006, 2009) ont montré empiriquement que les personnes vivant avec un handicap, visible ou invisible, font l'objet d'un double biais évaluatif : elles sont perçues comme plus dépendantes et moins compétentes, ce qui participe au renforcement des mécanismes d'autolimitation par un processus de prophétie autoréalisatrice. Ce mécanisme est d'autant plus opérant dans le cas du TDAH que ce trouble est invisible et socialement peu reconnu en contexte camerounais.

3. Méthode

3.1. Devis de recherche

La démarche adoptée repose sur un devis mixte séquentiel explicatif (Creswell et Plano Clark, 2018), dans lequel une phase quantitative initiale est suivie d'une phase qualitative destinée à approfondir et à contextualiser les résultats numériques. Concrètement, la phase quantitative a consisté en l'administration de deux échelles (ISMI et QAL) à l'ensemble de l'échantillon ($n = 120$), afin d'établir l'existence et la force des associations entre stigmatisation intériorisée et autolimitation. La phase qualitative, conduite dans un second temps auprès d'un sous-échantillon de 30 participants sélectionnés en fonction de leurs scores à l'ISMI, a

servi à expliquer ces associations en accédant aux significations subjectives que les participants attribuent à leurs conduites. Ce choix méthodologique se justifie par la nature complexe et multidimensionnelle du phénomène étudié, qui nécessite à la fois une quantification des relations entre variables et une compréhension fine des expériences vécues.

3.2. Contexte et site de recherche

L'étude a été menée au Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Émile Léger (CNRPH) de Yaoundé, principal établissement spécialisé dans la réhabilitation psychosociale et l'inclusion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap au Cameroun. Ce site a été retenu en raison de sa représentativité institutionnelle, de la diversité des profils qu'il accueille notamment des jeunes adultes présentant des troubles neurodéveloppementaux et de l'existence de programmes d'insertion professionnelle qui constituent le terrain naturel d'observation des comportements d'autolimitation.

3.3. Population et échantillon

La population cible est constituée des jeunes adultes âgés de 18 à 35 ans fréquentant le CNRPH et ayant reçu un diagnostic de TDAH, confirmé ou suspecté, dans leur dossier médical ou éducatif. L'échantillon final comprend 120 participants ($n = 120$), dont 68 hommes (56,7 %) et 52 femmes (43,3 %), recrutés selon une procédure d'échantillonnage raisonné. Deux sous-groupes ont été constitués : les résidents du CNRPH ($n = 62$) et les usagers externes en situation communautaire ($n = 58$). L'âge moyen des participants est de 25,4 ans ($ET = 4,2$). Parmi eux, 34 (28,3 %) disposent d'un niveau d'études secondaire, 51 (42,5 %) ont atteint le niveau universitaire sans l'avoir achevé et 35 (29,2 %) ont obtenu un diplôme universitaire.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être âgé de 18 à 35 ans ; avoir un diagnostic clinique de TDAH ou une évaluation fonctionnelle documentée indiquant la présence du trouble ;

fréquenter le CNRPH au moment de la collecte des données ; consentir librement à participer à l'étude. Les critères d'exclusion comprenaient la présence d'une comorbidité psychiatrique sévère non stabilisée (psychose, trouble bipolaire en phase aiguë) ou un déficit cognitif rendant impossible la compréhension du questionnaire.

3.4. Instruments de mesure

3.4.1. Mesure de la stigmatisation intériorisée

La stigmatisation intériorisée a été mesurée à l'aide de l'Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI ; Ritsher et al., 2003), dans sa version française validée. L'ISMI est une échelle de 29 items organisés en cinq sous-échelles : aliénation, approbation des stéréotypes, discrimination perçue, retrait social et résistance à la stigmatisation. Les items sont évalués sur une échelle de Likert à quatre points (1 = tout à fait en désaccord ; 4 = tout à fait d'accord). La cohérence interne de l'instrument dans la présente étude est satisfaisante (α de Cronbach = .84).

3.4.2. Mesure des comportements d'autolimitation

Un questionnaire de comportements d'autolimitation (QAL) a été élaboré spécifiquement pour les besoins de cette recherche, sur la base de la revue de littérature et d'une phase préliminaire d'entretiens exploratoires ($n = 12$). Ce questionnaire comprend 24 items répartis en trois sous-échelles correspondant aux dimensions opérationnelles définies : retrait anticipatoire (9 items), minimisation des ambitions (8 items) et évitement des interactions à enjeu (7 items). Les items sont évalués sur une échelle de Likert à cinq points (1 = jamais ; 5 = toujours). Une analyse en composantes principales a confirmé la structure tridimensionnelle attendue du questionnaire ; la cohérence interne est élevée ($\alpha = .87$).

3.4.3. Entretiens semi-directifs

Un sous-échantillon de 30 participants, sélectionnés sur la base de leurs scores extrêmes et intermédiaires à l'ISMI, a été invité à participer à des entretiens semi-directifs individuels d'une durée moyenne de 55 minutes. Le guide d'entretien, élaboré à partir des thèmes centraux de l'étude, comportait des questions relatives aux expériences de stigmatisation vécues, aux choix professionnels effectués ou évités, aux perceptions de soi en contexte professionnel et aux ressources de résistance mobilisées. Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participants et intégralement transcrits.

3.5. Procédure de collecte des données

La collecte des données s'est déroulée sur une période de deux mois, entre mars et avril 2026. Une autorisation institutionnelle a été obtenue auprès de la direction du CNRPH préalablement à toute démarche de terrain. La demande de certification éthique nationale a été soumise au Comité National d'Éthique de la Recherche pour la Santé Humaine (CNERSH) du Cameroun et approuvée sous la référence N° 2026123. Les questionnaires ont été administrés en mode auto-rapporté dans les salles de réhabilitation du CNRPH, sous la supervision de l'enquêtrice principale, afin de garantir la confidentialité et de permettre l'assistance aux participants présentant des difficultés de lecture.

3.6. Analyse des données

Les données quantitatives ont fait l'objet d'analyses descriptives (moyennes, écarts-types, distributions de fréquences) et inférentielles. Compte tenu de la distribution non normale des variables, vérifiée par le test de Shapiro-Wilk, des coefficients de corrélation de Spearman (r_s) ont été calculés pour mesurer les associations entre la stigmatisation intériorisée et les comportements d'autolimitation. Des analyses de régression non paramétrique ont ensuite été conduites pour identifier les sous-dimensions de l'ISMI les plus prédictives des comportements

d'autolimitation. Le seuil de signification statistique retenu est $\alpha = .05$. Tous les calculs ont été réalisés sous IBM SPSS Statistics 26. Les données qualitatives ont été analysées selon la méthode d'analyse thématique (Braun et Clarke, 2006), en six étapes : familiarisation avec les données, génération initiale des codes, construction des thèmes, révision des thèmes, définition et dénomination des thèmes, et rédaction du rapport. La triangulation des données entre les phases quantitative et qualitative a permis d'enrichir et de nuancer l'interprétation des résultats.

4. Résultats

4.1. Statistiques descriptives

Le score moyen à l'ISMI est de 2,61 (ET = 0,53 ; étendue : 1,28-3,89), ce qui indique un niveau modéré et élevé de stigmatisation intériorisée au sein de l'échantillon. La sous-échelle « aliénation » présente le score moyen le plus élevé (M = 2,84 ; ET = 0,61), suivie de la sous-échelle « approbation des stéréotypes » (M = 2,73 ; ET = 0,58). La sous-échelle « résistance à la stigmatisation » présente, en cohérence avec les hypothèses théoriques, le score le plus faible (M = 2,28 ; ET = 0,49).

Pour les comportements d'autolimitation, le score global au QAL est de 3,24 (ET = 0,72 ; étendue : 1,17-4,96), sur un maximum de 5. La dimension « retrait anticipatoire » est la plus fortement exprimée (M = 3,47 ; ET = 0,68), suivie de la « minimisation des ambitions professionnelles » (M = 3,22 ; ET = 0,75) et de l'« évitement des interactions à enjeu » (M = 3,03 ; ET = 0,79).

4.2. Relations entre stigmatisation intériorisée et comportements d'autolimitation

Les analyses de corrélation de Spearman révèlent une association positive significative entre le score global à l'ISMI et le score global d'autolimitation ($r_s = .69$; $p < .001$; IC à 95 % [.55, .76]). Cette corrélation est de magnitude forte selon les conventions de Cohen (1988), ce qui confirme l'hypothèse principale.

À l'échelle des sous-dimensions, les corrélations les plus fortes sont observées entre la sous-échelle « aliénation » de l'ISMI et le « retrait anticipatoire » ($r_s = .71$; $p < .001$), ainsi qu'entre l'« approbation des stéréotypes » et la « minimisation des ambitions professionnelles » ($r_s = .64$; $p < .001$). La corrélation entre la « discrimination perçue » et l'« évitement des interactions à enjeu » est également significative ($r_s = .59$; $p < .001$), ce qui valide les sous-hypothèses HR1, HR2 et HR3.

L'analyse de régression non paramétrique indique que les sous-échelles « aliénation » ($\beta = .42$; $p < .001$) et « approbation des stéréotypes » ($\beta = .31$; $p < .01$) de l'ISMI sont les prédicteurs les plus robustes des comportements d'autolimitation globaux, expliquant conjointement 52 % de la variance du score au QAL ($R^2 = .52$; $p < .001$).

4.3. Résultats qualitatifs : les significations subjectives de l'autolimitation

4.3.1. Le retrait anticipatoire : « Je savais déjà que ça ne marcherait pas »

L'analyse thématique des entretiens fait ressortir le retrait anticipatoire comme la forme la plus saillante et la plus narrativement élaborée de l'autolimitation. Les participants décrivent un processus de disqualification de soi qui précède toute tentative, fondé sur une anticipation du regard négatif de l'autre. Ce processus se nourrit d'expériences passées de rejet et de stigmatisation. Un participant (P7, 27 ans) illustre ce mécanisme : « Avant même de postuler, je me disais que dès qu'ils allaient voir mon dossier médical, ils allaient refuser. Alors je n'ai pas envoyé ma candidature. » Cette conduite d'évitement préventif, fondée sur une représentation anticipée du rejet, constitue le marqueur le plus fréquemment cité dans les récits.

4.3.2. La minimisation des ambitions : « Je me suis dit que c'était déjà bien pour moi »

Le deuxième thème majeur est celui de la minimisation des ambitions professionnelles, qui se manifeste par un ajustement à la baisse des aspirations de carrière, présenté par les participants comme une forme de réalisme ou d'adaptation pragmatique. Cependant, l'analyse des discours révèle que cette modération des aspirations est intimement liée à l'intériorisation de stéréotypes d'incapacité. Une participante (P12, 24 ans) témoigne : « J'aurais voulu être comptable, mais j'ai abandonné cette idée. Avec mon TDAH, je me suis dit que les chiffres, ça ne serait jamais pour moi. Alors j'ai cherché quelque chose de plus simple. » Ce témoignage illustre la transformation du stéréotype social « les personnes vivant avec un TDAH ont des difficultés de concentration » en limitation auto-imposée.

4.3.3. L'évitement des interactions à enjeu : la peur du démasquage

Le troisième thème concerne l'évitement des situations sociales professionnelles perçues comme comportant un risque de dévoilement du trouble. Les participants évoquent une stratégie de gestion de l'information stigmatisante qui se traduit par l'évitement des entretiens d'embauche, des prises de parole en réunion ou des négociations salariales. Cette stratégie, décrite par Goffman (1963) dans le cadre de la gestion du stigmate non visible, se révèle particulièrement coûteuse en termes de capital socioprofessionnel. Un participant (P18, 31 ans) résume : « Je fuis tout ce qui pourrait me mettre en avant, parce que j'ai peur que les autres voient que quelque chose ne va pas chez moi. »

5. Discussion

5.1. Interprétation des résultats au regard des hypothèses

Les résultats de cette recherche confirment avec robustesse l'hypothèse centrale selon laquelle la stigmatisation intériorisée est

un prédicteur significatif des comportements d'autolimitation dans les parcours socioprofessionnels des jeunes adultes vivant avec un TDAH. La force de la corrélation observée ($r_s = .69$) se situe dans le registre des effets larges selon les critères de Cohen (1988) et est cohérente avec les résultats d'études comparables menées dans d'autres contextes géographiques auprès de populations vivant avec un trouble mental ou neurodéveloppemental (Dubreucq et al., 2021 ; Livingston et Boyd, 2010 ; Masuch et al., 2019).

La primauté du retrait anticipatoire comme forme d'autolimitation est particulièrement significative. Elle atteste que la stigmatisation intériorisée n'opère pas uniquement au niveau des interactions en cours, mais qu'elle agit en amont des processus de participation sociale, en configurant les perceptions de ce qui est possible. Ce résultat rejoint les observations de Hatzenbuehler (2016) sur le rôle des processus cognitifs anticipatoires dans la médiation entre stigmatisation intériorisée et restrictions comportementales.

5.2. Spécificités contextuelles : le cas camerounais

Au-delà de la confirmation des hypothèses, les données qualitatives apportent un éclairage sur les spécificités du contexte camerounais. La dimension culturelle de la stigmatisation notamment l'assimilation du TDAH à de l'indiscipline, à de la paresse ou à une mauvaise éducation exacerbe les processus d'intériorisation et engendre des comportements d'autolimitation particulièrement résistants aux interventions classiques. Ammar (2019) avait déjà relevé que les représentations culturelles du handicap en contexte africain francophone constituent un facteur de sur-stigmatisation qui amplifie les effets psychologiques du diagnostic.

De plus, l'absence d'une politique nationale de reconnaissance et d'accompagnement spécifique du TDAH à l'âge adulte au Cameroun crée un vide institutionnel dans lequel les individus concernés ne trouvent ni validation diagnostique officielle ni protection légale contre la discrimination. Cette carence systémique renforce la précarité identitaire des jeunes adultes et intensifie les conduites d'autolimitation constatées.

5.3. Limites de l'étude

Plusieurs limites méritent d'être soulignées. Premièrement, l'échantillon est limité à un seul site institutionnel le CNRPH de Yaoundé, ce qui restreint la généralisation des résultats à l'ensemble de la population camerounaise des jeunes adultes vivant avec un TDAH. Deuxièmement, le devis transversal ne permet pas d'établir de relations causales entre la stigmatisation intériorisée et les comportements d'autolimitation ; des études longitudinales seraient nécessaires pour établir la direction et la temporalité de ces associations. Troisièmement, la mesure des comportements d'autolimitation repose sur un instrument ad hoc dont la validation psychométrique, bien que satisfaisante en termes de cohérence interne, gagnerait à être élargie à d'autres populations. Quatrièmement, le biais de désirabilité sociale, inhérent aux mesures auto-rapportées, ne peut être entièrement écarté.

6. Recommandations et implications pratiques

Les résultats de cette étude conduisent à formuler plusieurs recommandations à l'intention des acteurs institutionnels et cliniques, en s'appuyant sur la littérature internationale relative aux interventions ciblant l'auto-stigmatisation.

Sur le plan clinique, il est recommandé d'inclure systématiquement l'évaluation de la stigmatisation intériorisée notamment à l'aide de l'ISMI dans les bilans d'admission au CNRPH, afin d'adapter les plans de réhabilitation individuels aux besoins psychologiques spécifiques des personnes vivant avec un TDAH. Les revues d'interventions montrent que les programmes combinant psychoéducation, restructuration cognitive et travail sur le dévoilement stratégique du trouble produisent des effets significatifs sur la réduction de l'auto-stigmatisation (Yanos et al., 2015). Le programme « Coming Out Proud » (Corrigan et al., 2014), qui accompagne les personnes dans la décision de divulguer ou non leur trouble, mériterait à ce titre d'être adapté et éprouvé en contexte camerounais. Plus largement, l'intégration de la

remédiation cognitive et de la réhabilitation psychosociale, dont les bénéfices sur l'insertion professionnelle des personnes vivant avec un trouble psychique sont documentés (Dubreucq et al., 2021), gagnerait à être systématisée dans les programmes du CNRPH.

Sur le plan pédagogique et éducatif, les formateurs, les professionnels et les éducateurs spécialisés du CNRPH devraient être sensibilisés aux mécanismes de la stigmatisation publique et intériorisée et formés aux pratiques inclusives, afin d'ajuster leurs modalités d'accompagnement et d'éviter de reproduire, même involontairement, des attentes abaissées à l'égard des usagers. Les méta-analyses disponibles indiquent en effet que les interventions fondées sur le contact et l'éducation constituent les leviers les plus efficaces de réduction de la stigmatisation publique (Corrigan et al., 2012).

Sur le plan politique, il est impératif que les pouvoirs publics camerounais en charge des politiques de santé et d'éducation spécialisée mettent en place un cadre légal et réglementaire reconnaissant le TDAH comme un trouble neurodéveloppemental ouvrant droit à des aménagements raisonnables dans les contextes professionnels, en harmonie avec les dispositions de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées.

7. Conclusion

Cet article apporte une contribution originale à la compréhension des mécanismes psychosociaux qui entravent l'inclusion socioprofessionnelle des jeunes adultes vivant avec un TDAH en contexte camerounais. En articulant une mesure quantitative de la stigmatisation intériorisée (ISMI) et des comportements d'autolimitation (QAL) auprès de 120 jeunes adultes, puis une analyse qualitative des significations que ceux-ci attribuent à leurs conduites, l'étude établit que la stigmatisation intériorisée est un prédicteur robuste de l'autolimitation ($r_s = .69$), les sous-dimensions « aliénation » et « approbation des stéréotypes » expliquant conjointement plus de la moitié de la variance des

scores observés. Trois dimensions comportementales distinctes ont été mises en évidence et documentées par les récits des participants : le retrait anticipatoire, la minimisation des ambitions professionnelles et l'évitement des interactions sociales à enjeu. Ces comportements constituent autant de barrières intrapsychiques qui s'ajoutent aux entraves structurelles déjà identifiées dans la littérature.

Les données qualitatives ont en outre révélé la spécificité du contexte camerounais, où les représentations culturelles du trouble et l'absence de cadre institutionnel de reconnaissance du TDAH à l'âge adulte amplifient les processus d'intériorisation. En positionnant la stigmatisation intériorisée comme un médiateur clé entre le statut diagnostique et les trajectoires d'inclusion, cette recherche souligne la nécessité d'une démarche intégrative articulant intervention psychologique, réforme institutionnelle et action politique. La lutte contre les comportements d'autolimitation ne peut en effet être réduite à une responsabilisation individuelle ; elle requiert une transformation des environnements sociaux, éducatifs et professionnels susceptibles de perpétuer, souvent à leur insu, les logiques stigmatisantes qu'ils entendent combattre.

Sous réserve des limites énoncées caractère monosite, devis transversal, instrument ad hoc , ces résultats ouvrent plusieurs pistes. De futures recherches pourront explorer les facteurs de résilience et de résistance à la stigmatisation, notamment les ressources identitaires, communautaires et spirituelles qui permettent à certains jeunes adultes vivant avec un TDAH de maintenir des ambitions professionnelles élevées en dépit d'un contexte socioculturel défavorable. La question du rôle médiateur du soutien social perçu dans le lien entre stigmatisation et autolimitation représente également une piste de recherche prometteuse pour les années à venir.

Références bibliographiques

AMMAR S., 2019, « Handicap, représentations culturelles et exclusion sociale en Afrique francophone subsaharienne », in *Revue Africaine de Sciences de l'Éducation*, Vol. 12, N°2, pp. 45-68.

BRAUN Virginia & CLARKE Victoria, 2006, « Using thematic analysis in psychology », in *Qualitative Research in Psychology*, Vol. 3, N°2, pp. 77-101.

COHEN Jacob, 1988. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2e éd.), Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.

CORRIGAN Patrick W., KERR Amy & KNUDSEN Lissa, 2005, « The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change », in *Applied and Preventive Psychology*, Vol. 11, N°3, pp. 179-190.

CORRIGAN Patrick W., MORRIS Scott B., MICHAELS Patrick J., RAFACZ Jennifer D. & RÜSCH Nicolas, 2012, « Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies », in *Psychiatric Services*, Vol. 63, N°10, pp. 963-973.

CORRIGAN Patrick W., KOSYLUK Kristin A. & RÜSCH Nicolas, 2014, « Coming out proud to erase the stigma of mental illness », in *World Psychiatry*, Vol. 13, N°2, pp. 213-214.

CRESWELL John W. & PLANO CLARK Vicki L., 2018. *Designing and conducting mixed methods research* (3e éd.), SAGE Publications, Thousand Oaks.

DUBREUCQ Julien, PLASSE Julien & FRANCK Nicolas, 2021, « Self-stigma in serious mental illness: A systematic review of frequency, correlates, and consequences », in *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 47, N°5, pp. 1261-1287.

FARAONE Stephen V. et al., 2021, « The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder », in *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, N°128, pp. 789-818.

FAYYAD John et al., 2017, « The descriptive epidemiology of DSM-IV adult ADHD in the World Health Organization World

Mental Health Surveys », in *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, Vol. 9, N°1, pp. 47-65.

GOFFMAN Erving, 1963. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

HATZENBUEHLER Mark L., 2014, « Structural stigma and the health of lesbian, gay, and bisexual populations », in *Current Directions in Psychological Science*, Vol. 23, N°2, pp. 127-132.

HATZENBUEHLER Mark L., 2016, « Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science », in *American Psychologist*, Vol. 71, N°8, pp. 742-751.

KESSLER Ronald C. et al., 2006, « Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: Results from the National Comorbidity Survey Replication », in *Biological Psychiatry*, Vol. 57, N°11, pp. 1442-1451.

LEBOWITZ Matthew S., 2016, « Stigmatization of ADHD: A developmental review », in *Journal of Attention Disorders*, Vol. 20, N°3, pp. 199-205.

LINK Bruce G. & PHELAN Jo C., 2001, « Conceptualizing stigma », in *Annual Review of Sociology*, N°27, pp. 363-385.

LIVINGSTON James D. & BOYD Jennifer E., 2010, « Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis », in *Social Science & Medicine*, Vol. 71, N°12, pp. 2150-2161.

MASUCH Theresa V., BEA Miriam, ALM Barbara, DEIBLER Peter & SOBANSKI Esther, 2019, « Internalized stigma, anticipated discrimination and perceived public stigma in adults with ADHD », in *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, Vol. 11, N°2, pp. 211-220.

NTSAME MBINA A., BILONG BILONG C. & MBARGA J., 2020, « Troubles neurodéveloppementaux et accès aux soins au Cameroun : état des lieux et perspectives », in *Revue Africaine de Santé Mentale*, Vol. 8, N°1, pp. 12-28.

RITSHER Jennifer Boyd, OTILINGAM Poorni G. & GRAJALES Monica, 2003, « Internalized stigma of mental

illness: Psychometric properties of a new measure », in *Psychiatry Research*, Vol. 121, N°1, pp. 31-49.

ROHMER Odile & LOUVET Eva, 2006, « Implicit measures of the stereotypes associated with disability: Incompetence and dependence », in *Swiss Journal of Psychology*, Vol. 65, N°4, pp. 239-244.

ROHMER Odile & LOUVET Eva, 2009, « Describing persons with disability: Salience of disability, gender, and ethnicity », in *Rehabilitation Psychology*, Vol. 54, N°1, pp. 76-82.

SELIGMAN Martin E. P., 1975. *Helplessness: On depression, development, and death*, W. H. Freeman, San Francisco.

STEELE Claude M. & ARONSON Joshua, 1995, « Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans », in *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 69, N°5, pp. 797-811.

STRYKER Sheldon & BURKE Peter J., 2000, « The past, present, and future of an identity theory », in *Social Psychology Quarterly*, Vol. 63, N°4, pp. 284-297.

WATSON Amy C., CORRIGAN Patrick W., LARSON Jon E. & SELLS Molly, 2007, « Self-stigma in people with mental illness », in *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 33, N°6, pp. 1312-1318.

YANOS Philip T., LUCKSTED Alicia, DRAPALSKI Amy L., ROE David & LYSAKER Paul, 2015, « Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison », in *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 38, N°2, pp. 171-178.