

RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE.
UNIVERSITÉ MENTOURI-CONSTANTINE
FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET DES SCIENCES SOCIALES
DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION

N° d'ordre:

Série:

THESE

Présentée pour l'obtention du diplôme de doctorat d'État en psychologie clinique.

TITRE:

REPRÉSENTATION, ET COMMUNICATION CHEZ LES PROCHES PARENTS DES MALADES MENTAUX.

Tome 1.

Présentée par:

MEZLAH Mohamed

Sous la direction de:

HAROUNI Moussa,

Professeur au département
de psychologie.

MEMBRES DU JURY:

Président: MASMOUDI Zine Eddine, Professeur, Oum El Bouaghi

Rapporteur: HAROUNI Moussa, Professeur U.M, Constantine

Examineurs:

BOUTAGHANE Mohamed-Tahar, Maître de Conférence U.M, Constantine

BOUDERSA Leulmi, Maître de Conférence U.B M, Annaba

KERBOUCHE Abdelhamid, Maître de Conférence U.M, Constantine

LIFA Nacer-Eddine, Maître de Conférence U.M, Constantine

Date de soutenance: 11/12/2007

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2006-2007

SOMMAIRE

Tome

Sommaire.....	1
Remerciements, et dédicaces.....	4
<u>INTRODUCTION GENERALE</u>	5
<u>PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE</u>	10
- Hypothèses générale, et de travail.....	16
<u>PREMIERE PARTIE: PARTIE CONCEPTUELLE</u>	17
Introduction.....	18
<u>Chapitre I: Le biculturalisme, l'acculturation, la crise, et/ou la construction de l'identité culturelle du sujet algérien.</u>	19
1- Les notions de base de la personnalité du sujet algérien.....	19
- La notion de l'arabité.....	19
- La notion de l'islamité.....	20
- La notion de berbérité.....	21
2- L'acculturation dans le monde arabo-musulman, et en Algérie.....	23
- L'acculturation dans le contexte arabo-musulman.....	23
- L'acculturation dans le contexte algérien.....	26
3- Quelques signes révélateurs de l'acculturation en Algérie, aujourd'hui.....	31
a- Les contextes biculturels chez la femme, l'homme, et l'enfant.....	31
- La femme, la mère, et l'épouse.....	31
- L'homme, le père, et le mari.....	34
- L'enfant, le fils, et la fille.....	37
b- La recrudescence de la maladie mentale.....	41

c- Persistance, ou résurgence, des rites magiques, et maraboutiques.....	45
4- L'acculturation, la crise, et/ou la construction de l'identité culturelle du sujet algérien	48
<u>Chapitre II: Historique, et évolution, du concept de la maladie mentale dans le monde arabo-musulman, en occident, et en Algérie contemporaine.....</u>	61
1- Les peuples anciens, et la maladie mentale.....	66
- L'Egypte.....	66
- Les perses.....	66
- Les Grecs.....	67
2- Les arabes, les berbères, et la maladie mentale.....	68
- L'esprit magico-religieux, et la médecine empirique.....	68
- La période de l'après Islam.....	69
3- L'Europe, et la maladie mentale.....	77
4- L'Algérie contemporaine, et la maladie mentale.....	91
Conclusion.....	96
<u>DEUXIEME PARTIE: ASPECTS METHODOLOGIQUES DE LA RECHERCHE.....</u>	100
Introduction.....	101
<u>Chapitre III: Pré enquête, et enquête proprement dite.</u>	
1- Pré enquête.....	102
- Lieu de l'enquête: Les institutions psychiatriques de Djebel El-Ouahch, et d'Oued El Athmania.	
- Les contraintes liées au terrain.....	109
- Le choix de la piste de la recherche.....	111
- Bilan de la pré enquête.....	115
a- Les thèmes dégagés de nos entretiens avec les familles des malades mentaux.....	115
b- Isolement des familles des malades mentaux.....	118
2- L'enquête proprement dite.....	119
- Caractéristiques de l'échantillon.....	119
- L'outil d'investigation.....	122

- Repères sur l'élaboration du guide de l'entretien semi directif.....122
- Le guide de l'entretien semi directif..... 127
- Recueil des données.....131
- a- Les conditions d'application des entretiens semi directifs..... 131
- b- La transcription des entretiens semi directifs de l'oral (du magnétophone) à l'écrit..... 132
- c- La traduction des entretiens semi directifs de la langue arabe dialectale à la langue française.133
- d- Méthodes d'analyse: Les analyses thématique, et clinique..... 135

Chapitre IV: Analyses thématique, et clinique, des discours des proches parents des malades mentaux.....137

- A- Analyse thématique des discours des proches parents des malades mentaux.....138
 - 1- Premier thème principal: Les images, et communication, que les proches ont avec le malade mental par rapport au contexte biculturel traditionnel/moderne.....139
 - a- Premier sous thème: Les images du malade mental, et contexte biculturel.....138
 - b- Deuxième sous thème: Les images insupportables du malade, et contexte biculturel 276
 - c- Troisième sous thème: Communication avec le malade, et contexte biculturel...312
 - d- Quatrième sous thème: Le voisinage, et le contexte biculturel..... 366

Tome 2

- 2- Deuxième thème principal: Prise en charge du malade mental par rapport au contexte biculturel traditionnel/moderne..... **404**
 - a- Premier sous thème: Les causes de la maladie mentale, et le contexte biculturel. 405
 - b- Deuxième sous thème: Les modes de prise en charge, et le contexte biculturel..... 428
 - c- Troisième sous thème: Espoir/ désespoir, et le contexte biculturel..... 512
- B- Analyse clinique des discours de 12 cas des proches parents des malades mentaux... 561
- C- Synthèse des résultats des analyses thématique, et clinique..... 636

CONCLUSION DE LA RECHERCHE..... 671

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... 676

Tome 3

Annexes

ANNEXE I: Cinq entretiens semi directifs avec les épouses (catégorie des femmes).....	1
ANNEXE II: Cinq entretiens semi directifs avec les époux (catégorie des hommes).....	37
ANNEXE III: Vingt entretiens semi directifs avec les mères (catégorie des femmes).....	69
- Mères des filles enfants malades mentales.....	69
- Mères des filles adultes malades mentales.....	104
- Mères des fils enfants malades mentaux.....	134
- Mères des fils adultes malades mentaux.....	173
ANNEXE IV: Vingt entretiens semi directifs avec les pères (catégorie des hommes).....	203
- Pères des filles enfants malades mentales.....	203
- Pères des filles adultes malades mentales.....	237
- Pères des fils enfants malades mentaux.....	261
- Pères des fils adultes malades mentaux.....	290
ANNEXE V	
Lexique de mots spécifiques arabes, et arabes dialectales, rencontrés dans les entretiens semi directifs avec les proches parents des malades mentaux.....	322

Remerciements:

Je tiens à remercier vivement mon directeur de recherche Mr Harouni Moussa, Professeur au département de psychologie, Université Mentouri de Constantine, pour son aide conséquente, et ses conseils utiles, durant l'élaboration de cette thèse d'Etat. Ses conseils théoriques, et méthodologiques, m'ont été très utiles pour la mise en œuvre de cette thèse. Je lui souhaite beaucoup de succès dans sa vie familiale, et professionnelle.

Mes remerciements vont, également, à Mr Boutaghane Tahar, Maître de Conférence au département de psychologie, Université Mentouri de Constantine, d'avoir accepté la lecture, et la correction, de cette thèse. Je n'oublierai jamais ses conseils, ainsi que le temps consacrés à la discussion de la thèse.

Je tiens, également, à remercier énormément Mr Lifa Nacer-Eddine, Maître de Conférence au département de psychologie, Université Mentouri de Constantine, pour avoir voulu me consacrer de son temps, et de sa compétence, afin de mener à bien cette recherche.

Je remercie les docteurs Bahchachi Tahar, et Boulahia Saïd, ainsi que Mr Laraba, pour la précieuse aide qui m'ont fourni, afin d'achever ce travail.

Dédicaces:

Sans l'aide de ma famille, de mon épouse, et de mes enfants, Nassim, Amine, et Achraf, je n'aurais jamais terminé cette recherche. Je tiens à les remercier pour l'attention, le respect, et l'affection, qu'ils m'ont accordés, durant tout ce temps de l'élaboration de cette thèse. Je leur souhaite bonne santé, et longue vie.

Je tiens à dédier ce modeste travail à tout ceux qui m'ont aidé de près, ou de loin, à la mise en œuvre de cette thèse.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

INTRODUCTION GENERALE:

Notre thèse, qui s'intitule "REPRESENTATION, ET COMMUNICATION CHEZ LES PROCHEES PARENTS DES MALADES MENTAUX", est un projet de recherche, qui peut s'inscrire dans le domaine de l'anthropologie culturelle, s'il est orienté plus vers la compréhension des rapports entre la culture d'origine arabo-musulmane, ou certains aspects saillants de cette culture, et la personnalité du sujet algérien. Beaucoup de régions rurales en Algérie, ou de régions considérées comme terroirs de la présence de certaines habitudes culturelles, à forte prégnance traditionnelle, peuvent être objet d'étude de l'anthropologie culturelle, afin de montrer les spécificités de certaines institutions culturelles sur la personnalité. Donc, "Cette école culturaliste, comme le souligne Rivière C, dans le dictionnaire de sociologie, sous la direction de Akoun A, et Ansart P, focalise l'attention sur les liens entre culture et personnalité et se préoccupe de montrer comment s'opère inconsciemment ou consciemment le façonnement de la personnalité par la culture à travers ses institutions et par le jeu de modèles <patterns> qui peuvent être des règles ou des pratiques habituelles" <1999 p.125>.

Beaucoup de travaux récents, faisant abstraction du phénomène présent de l'acculturation, et de son influence ravageur sur la culture d'origine, comme, entre autres, les ouvrages: de Babès L, "L'islam intérieur" <2000>, de Chebel M, "Dictionnaire des symboles musulmans"<1995>, ou encore la revue Confluences, "Sexualité et sociétés arabes" <2002>, se sont plutôt attachés à montrer les spécificités, et les valeurs, fondamentales de la culture d'origine, que nous dénommons, communément, par les appellations "Arabo-Musulmane", "Arabe", "Musulmane", "Arabo-Berbères"... L'importance de ces travaux, par ces chercheurs, qui se sont attelés à démontrer la valeur de certaines institutions culturelles traditionnelles, se situe, évidemment, dans ce contexte ambiguë, conscient, parfois, aussi, inconscient, que ce qui existent, encore aujourd'hui, d'habitudes, de modèles de comportements, d'institutions, à fortes prégnances traditionnelles, peuvent être, également, combinés au mode de vie culturel moderne, ou urbain. Ce qui dénote que ces travaux peuvent, aussi, relever d'un autre type d'étude, celui d'anthropologie interculturelle, ou de psychologie interculturelle, du moment que les sujets algériens, indépendamment de leur origine sociale rurale, et urbaine, peuvent être, aussi bien, influencés, à des degrés, certes, différents, par leur culture d'origine complexe Arabe, Berbères, et Musulmane, que par la culture moderne occidentale, très prégnante dans le mode de vie actuel.

Notre thèse, donc, s'inscrit dans cette deuxième perspective, c'est-à-dire, qu'en plus, de cet objectif de vouloir décrire le quotidien, ainsi que certains rites essentiels du sujet algérien, relatifs à son vécu biculturel, elle se veut, également, comme axe de recherche, comprendre l'intérêt que ces sujets ont à former, dans leur élan de juguler les crises de valeurs, qu'ils rencontrent, ces conduites complexes biculturelles, appelées par Camilleri C "stratégies identitaires" <1973>. Pour y arriver, nous

avons pensé élaborer, dans la partie conceptuelle, tout d'abord, un historique des éléments essentiels constituant ce qu'on appelle, communément, la culture arabo-berbères-musulmane, qui est conçue à partir de la symbiose de trois importantes cultures, les cultures berbères, arabe, et musulmane. Il est évident que rendre compte des éléments essentiels de l'histoire socioculturelle des sujets algériens, c'est arrivé, en partie, à comprendre leur culture d'origine, et leur identité culturelle. Beaucoup d'auteurs algériens, et étrangers, se sont intéressés à ce triplet que constituent les notions de l'arabité, de l'islamité, et de la berbérité. Ils pensent qu'en dévoilant le contenu de chaque notion, en s'y référant à ses aspects historique, et socioculturelle, on arriverait, jusqu'à une certaine mesure, à appréhender la personnalité complexe du sujet algérien.

Nous donnons, également, une priorité à certaines autres notions comme l'acculturation, le biculturel, la crise de l'identité culturelle, la formation de l'identité culturelle..., qui forment, de toute évidence, notre univers conceptuel de la recherche. C'est dans ce contexte de définition, et de compréhension, de cette recherche conceptuelle, que nous abordons le phénomène de l'acculturation dans les espaces arabo-musulman, et algérien. Un bref historique sur l'acculturation dans le monde arabe nous permettrait de comprendre que ce n'est pas un phénomène aussi récent, et aussi moderne, qu'on le croit. Cela, pour dire, comme l'ont dit avant nous d'éminents auteurs, à l'image d'Ibn Khaldoun, G.E. Von Grunebaum, ou encore Fitouri C, que toute culture est menacée de dysfonctionnement, voire de disparition, si elle ne procède pas au renouvellement de ses capacités linguistiques, langagières, et de connaissances. La langue arabe, par exemple, en comparaison avec les langues européennes, en ces périodes de croissance, a profité, énormément, de ses contacts avec les langues des régions, qu'elle a envahies, ce qui a fait d'elle une langue très riche. L'histoire coloniale de l'Algérie nous permettrait de comprendre pourquoi ce pays, comme tant d'autres pays arabes, qui ont souffert, souvent, du colonialisme, n'arrive t-il pas, encore, à cause des régressions, des imperfections, et bien d'autres raisons encore, à lever le défi du développement social, et culturel ? C'est dans ce contexte difficile d'une modernisation accélérée, plus imposée, que désirée, que nous essayons de revoir le phénomène de l'acculturation vécu à la manière algérienne. Nous aborderons, ainsi, les quelques signes révélateurs de cette acculturation sur les sujets algériens, que sont la femme, l'homme, et l'enfant. Bien évidemment, aussi, nous considérons que la maladie mentale, ainsi que la persistance, ou la résurgence, de certains rites religieux, magiques, et maraboutiques, sont les signes révélateurs d'une acculturation mal vécue, et mal intériorisée. Les auteurs, qui se sont penchés sur ce phénomène de l'acculturation, ne lui accordent pas la même interprétation: Alors que la plupart des auteurs maghrébins le considèrent comme un phénomène engendrant des ravages importants sur le plan de l'identité culturelle, puisqu'il reflète, plus ou moins, cette crise sociale massive, ou ce vécu conflictuel entre deux cultures contradictoires, d'autres auteurs, majoritairement des étrangers, parmi eux Camilleri C, s'accordent à dire que c'est un phénomène, tout à fait, normal, parce qu'il donne l'occasion, aux sujets qui sont confrontés,

d'entreprendre un pas vers le changement. Les conflits, pour ce second courant, sont banalisés, puisqu'ils sont considérés comme des conduites, tout à fait, normales, entrant dans le processus de changement. C'est, ainsi, qu'ils sont nommés, par ces auteurs, de "parades", ou de "stratégies identitaires". Le sujet, ou la société, confronté à une double culture aboutirait, un jour, par le biais de ces changements, à construire une identité culturelle, plus ou moins, élaborée, qui prendrait en compte les éléments essentiels de cette vie, et de cette existence interculturelle.

Le deuxième chapitre de cette partie conceptuelle intitulée: "Historique, et évolution, du concept de la maladie mentale dans le monde arabo-musulman, en occident, et en Algérie contemporaine", nous permettrait, par le biais de l'historique de la maladie mentale, d'appréhender les éléments fondamentaux de la culture arabo-musulmane, qui était à son summum, il y a dix siècles, de voir comment cette culture, qui est né du néant, était-elle arrivé à tenir tête à des empires puissants comme la perse..., et, d'entretenir, son évolution à partir de ces contacts permanents avec ces cultures étrangères ? Ce chapitre nous conduirait, également, à comprendre que toute société appelée à chercher le savoir, et le modernisme, est obligée de laisser une partie de son identité culturelle propre. Cela nous permettrait, à la même occasion, d'appréhender comment ces sociétés ont-elles pu être confrontées à ces éléments antinomiques, que sont la magie, la religion, le sacré, et le savoir, ou le modernisme ? L'objectif de notre thèse étant, en fin de parcours, d'arriver à parler de ces éléments chez les proches parents des malades mentaux, et de montrer comment, dans les circonstances que nous connaissons aujourd'hui, arrivent-ils à les jumeler, et à en faire une référence dans leur existence face à la folie ?

La deuxième partie de la thèse est consacrée "aux aspects méthodologiques de la recherche". Notre présence dans les institutions psychiatriques de Djebel El Ouahch, et d'Oued El athménia, pendant plus de deux ans, nous a confrontée au monde complexe de la maladie mentale, dans ces différentes dimensions, et contextes. C'est dans cet espace de la maladie mentale, un espace qualifié de souffrance, et d'angoisse, que nous avons rencontré nos sujets de la recherche, les proches parents des malades mentaux. Le choix de ces sujets n'est pas venu par hasard, puisque nous considérons que ces derniers sont au cœur des conflits familiaux, identitaires, et interculturels. L'espace de la maladie mentale, que nous offre le vécu des proches parents des malades mentaux, est, donc, un lieu idéal, pour comprendre cette problématique de la gestion de la symbiose de deux cultures paradoxales, les cultures traditionnelle, et moderne.

C'est, également, dans cette deuxième partie de la recherche, que nous avons élaboré la pré enquête, et l'enquête proprement dite. C'est par rapport à cette pré enquête, que nous avons mené

dans les institutions psychiatriques de la région Constantinoise, auprès des médecins, des paramédicaux, des malades, et de leurs familles, que le thème de la recherche a pris naissance. Et c'est, bien évidemment, dans l'enquête proprement dite, que nous avons mis en œuvre, à l'aide du bilan de la pré enquête, et des consignes de la psychologie d'inspiration rogérienne, les cinquante entretiens semi directifs avec les proches parents des malades mentaux. C'est, à travers ces 50 discours des proches parents des malades mentaux, que nous avons procédé aux analyses thématique, et clinique, de la recherche.

Les annexes I, II, III, IV, et V, que nous avons mis dans un fascicule à part, constituent, bien évidemment, ces 50 entretiens menés avec les proches parents des malades mentaux, des proches parents composés de 25 femmes, et de 25 hommes.

L'annexe I contient les 5 entretiens semi directifs avec les épouses, catégorie des femmes.

L'annexe II contient les 5 entretiens semi directifs avec les époux, catégorie des hommes.

L'annexe III indique les 20 entretiens semi directifs avec les mères, catégorie des femmes, dont

- 5 entretiens avec les mères des filles enfants malades mentales,
- 5 entretiens avec les mères des filles adultes malades mentales,
- 5 entretiens avec les mères des fils enfants malades mentaux,
- 5 entretiens avec les mères des fils adultes malades mentaux.

L'annexe IV indique les 20 entretiens semi directifs avec les pères, catégorie des hommes, dont

- 5 entretiens avec les pères des filles malades mentales,
- 5 entretiens avec les pères des filles malades mentales,
- 5 entretiens avec les pères des fils enfants malades mentaux,
- 5 entretiens avec les pères des fils adultes malades mentaux.

L'annexe V contient un lexique de mots spécifiques arabes, et arabes dialectales, rencontrés dans les entretiens semi directifs avec les proches parents des malades mentaux.

PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE

PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE.

On s'est souvent réjoui d'entendre, en tant que citoyen algérien, dans les discours médiatique, culturel, social, économique, politique..., des paroles nationalistes, de glorification de la personnalité de l'homme algérien, ou arabe, de glorification de ses qualités de mélange, en tant qu'homme musulman, arabe, berbère, moderne, universel, etc. Cette attitude consciente, et/ou inconsciente, de glorification de l'homme algérien nous a bien servi, dans le passé, à un certain moment, pour nous défendre contre l'étranger, et afin de sauvegarder notre personnalité, et notre identité culturelle "algérienne". Qu'en est-il maintenant de la vraie identité culturelle des sujets algériens, à un moment où on a plus besoin de se cacher derrière ce rempart de glorification de la personnalité, et de l'identité culturelle, algérienne ? Cette citation de C. Camilleri, et de Cohen-Emerique M, qui va dans le même sens que notre pensée, lorsqu'ils disent "On a souvent traité, en psychologie sociale, de ce "moi idéal" que se fabrique une collectivité, qui apparaît par exemple dans ses manuels d'histoire, dans son panthéon de valeurs officielles, plus ou moins éloignées de celles effectivement pratiquées" (1989 p. 381), a attiré notre attention, parce qu'elle rend compte, bien, de ce écart existant entre le discours formel, officiel, théorique, livresque, et le discours réel, et populaire, c'est à dire ce discours incarnant, vraiment, l'intériorité du sujet, celui dont nous avons besoin pour définir, et comprendre, exactement les enjeux culturels auxquels est confronté actuellement le sujet algérien dans sa vie quotidienne, sachant pertinemment, que ce dernier n'a plus de choix de se mouvoir librement face à une culture "mondialiste" de plus en plus présente, aujourd'hui.

Nous pensons, qu'en générale, la chronicité dans laquelle le malade mental est confinée, son état dangereux, son instabilité, ainsi que les difficultés insurmontables du vécu avec ce dernier, vont sûrement susciter chez ses proches parents (les épouses, les mères, les époux, et les pères), un cortège de comportement, de sentiment, et d'image, qu'il est intéressant de recenser, de connaître, et de définir, afin de procéder, par la suite, à analyser la manière dont ces proches parents vivent leurs conflits interculturels, leurs crises de l'identité culturelle. Nous pensons que le thème de la maladie mentale, ou de la "folie", comme le désigne le commun des mortels, est, le terrain de recherche le plus propice pour aborder les rapports conflictuels interculturels, et les crises de l'identité culturelle. La recrudescence de la "folie", ainsi que bien d'autres pathologies sociales, ne sont-elles pas souvent vues comme des produits du phénomène de cette acculturation, des produits de ce "choc culturel", que vit le monde arabe, et bien entendu notre pays, face au monde occidental. Il s'en dégage, ainsi, du choix de la pathologie de la "folie", dans le contexte que connaît notre pays l'Algérie, actuellement, comme un terrain idéal pour aborder la problématique du biculturalisme, et ses conséquences sur l'identité culturelle.

Nous pouvons, bien entendu, nous pencher, aussi, sur ce qui peut différencier les hommes <époux, et pères>, des femmes <épouses, et mères>, sur cette question de l'usage des produits biculturels contradictoires, dans leurs comportements quotidiens, et dans leurs rituels. Chacun des proches parents du malade mental,

hommes <époux, et pères>, et femmes <épouses, et mères>, auront, probablement, à disposer dans leurs représentations, et dans leurs conduites, des points de vue spécifiques, en raison de leurs positions socioculturelles, et historiques, différentes. La femme, n'a-t-elle pas vécu, la plupart du temps, dans la société traditionnelle, et dans son propre histoire, en tant que sujet différent de l'homme, parce que démunie de tous ses droits ? L'homme, au contraire, n'avait-il pas tous les privilèges, et tous les droits, dans cette société dite traditionnelle, le droit à l'autorité, au pouvoir, à la décision, qui lui revenait, de droit, de cette forme d'organisation sociale patriarcale ? Qu'en est-il de cette femme <épouse, et mère>, et de cet homme <époux, et père>, aujourd'hui, après avoir été confronté à une culture étrangère, dite moderne, différente dans ses valeurs, et ses conceptions, de la culture d'origine ? Il est bien évident, alors, qu'il est intéressant de connaître le vécu, et le quotidien, de ces hommes <époux, et pères>, et de ces femmes <épouses, et mères>, par rapport à cette problématique interculturelle, pour mieux comprendre ce qu'ils sont devenus, aujourd'hui. Le critère du personnage du malade mental, pour ces proches parents, est, également, intéressant à prendre en considération dans cette recherche, étant donné que les différences de représentations interculturelles, chez ces derniers, existent réellement, quant on a affaire à un enfant, ou à un adulte malade mental, qu'il soit de sexe masculin, ou féminin. Les proches parents, vont à partir du personnage du malade mental, tel que nous l'avons défini ci-dessus, s'inspirer de leurs histoires avec ce dernier, pour parler de leurs représentations interculturelles.

Pour comprendre le sens du "choc culturel", auquel nous faisons référence dans cette recherche, nous devons, ainsi, faire connaître les deux modèles de pensées culturelles, traditionnel, et moderne, auxquels les sujets algériens, et, bien évidemment, aussi bien l'homme <époux, et père>, que la femme <épouse, et mère>, sont confrontés bien souvent dans leurs quotidiens, afin de montrer qu'ils ne sont pas seulement des personnes qui respectent les traditions, mais aussi qu'ils aspirent à un avenir moderne, et civilisé. Beaucoup de comportements, constatés chez le sujet algérien, quelque soit son statut, époux, épouse, père, ou mère, sont donc issus, à la fois, de la pensée "arabo-musulmane", et de la pensée moderne, dite occidentale, ce qui fait qu'il est souvent confronté aux contradictions, et aux paradoxes, des valeurs de ces deux modèles de pensées. Beaucoup de valeurs venant du système de pensée traditionnel, ou de la pensée "arabo-musulmane" sont en train de se modifier, ou de disparaître carrément, face aux valeurs occidentales. L'une de ces valeurs, dirions-nous, importantes, et positives, pour ne citer que celle-ci, qu'ait connu le modèle de pensée traditionnel, est cette tendance à ne pas abandonner si facilement son malade mental, ou son "fou". Il est intéressant, donc, de savoir dans ce cas précis, par exemple, jusqu'à quel point, les proches, aussi bien les hommes <époux, et pères>, que les femmes <épouses, et mères>, ayant à leur charge un malade mental, résistent-ils aux difficultés connues, et insupportables, de la maladie mentale ? Et, donc, de savoir, également, jusqu'à quel point n'abandonnent-ils pas leurs malades, sachant qu'il ont, aussi, choisi les valeurs occidentales, qui sont souvent opposées à leurs valeurs d'origine ? Nous allons sûrement trouver parmi ces personnes, celles qui se sont sacrifiées corps, et âmes, pour le bien être de leurs malades, pour essayer de les faire sortir de la détresse, et la mort psychologiques, et, aussi, celles qui n'ont fourni aucun effort devant leurs malades. Il s'agit, en effet, de se dire pourquoi existent-ils ces différences au sein de ces proches parents du malade mental, qui appartiennent pourtant à la même société ? Ces

différences dans ces conduites ne reflètent-elles pas ces contradictions, et ces ambiguïtés, dont on a souvent relevé l'existence chez le sujet, et la société, algérienne ? Il serait intéressant de comparer, entre les premières personnes, et les secondes, les modes d'appréhensions de la maladie mentale, leurs conceptions philosophiques, culturelles, et religieuses. Il est notoirement important, comme nous venons de le souligner, ci-dessus, de parler du poids de certaines croyances traditionnelles sur le discours des proches, et sur leurs comportements, dans le contexte de la folie. On a souvent dit, et écrit, que l'entourage du malade mental a tendance à faire usage d'un rite, et d'une pensée nommée "magico-maraboutique", dans l'intention d'écarter ce vécu angoissant de la maladie mentale. Certains auteurs algériens, entre autres Boucebci, et Bensmaïl, de formation psychiatrique, y voient, dans ce comportement de l'usage magique, un mécanisme de défense, de désangoisse, et d'adaptation, contre la "folie". En reprenant les discours, les représentations, et les conduites, des proches parents des malades mentaux, sur ce sujet-là, nous allons disposer des multiples pratiques thérapeutiques en rapport avec le phénomène "magico-maraboutique", et, ainsi, probablement, comprendre le sens caché de ces pratiques par rapport à la folie, et par rapport à la conjoncture d'acculturation qui existe dans notre pays. Beaucoup de questions trouvent leurs réponses, ainsi, sur les motifs d'existence de ces rites aujourd'hui, pourtant hétérodoxes, au sein de la société algérienne. Pourquoi ont-ils suivi les mêmes modes d'actions rituelles hétérodoxes ? Les proches parents des malades mentaux ont-ils recouru les uns, et les autres, aux mêmes rites de prise en charge du "fou" ? Ont-ils manifesté à l'égard du médecin, du taleb, et de toutes les personnes, pouvant les aider, un même rapport ? Ont-ils introduit d'autres façons de regarder, et de prendre en charge, le malade mental, ou le "fou" ? Pourquoi ? Que représente-t-il, réellement, pour eux ce personnage du "fou", du "taleb", et du médecin ? Pourquoi vont-ils voir encore le "taleb", alors qu'il se proclame le plus souvent citoyens modernes ? Comment pouvons-nous expliquer cela, par rapport à la conjoncture d'acculturation, que vivent essentiellement les proches parents du malade mental ? Il est intéressant de voir comment les proches parents des malades mentaux arrivent-ils à se représenter la folie, par rapport au biculturalisme que sont le traditionnel, et le moderne, et comment utilisent-ils ces références dans leurs quotidiens ?

La "folie" est, probablement, l'espace où s'exercent, et où cohabitent, les paradoxes les plus insensés, les contradictions les plus inimaginables, et aussi les angoisses les plus déstructurantes, c'est donc dans cet espace-là, que nous espérons rencontrer les crises de l'identité familiale, et culturelle. La "folie" est sans aucun doute, aussi, un symptôme très significatif pour les proches du malade mental, pour parler de leurs angoisses vis à vis de ce symptôme-là, et des conflits interculturels. Une chose est sûre, c'est que tous les sujets algériens vivent ce "choc culturel", et essayent, d'une manière ou d'une autre, à s'y adapter, et à s'y habituer, en utilisant la "parade", et le "mécanisme modérateur" le plus approprié (Camilleri C in préface de Religion, rites, et mutations. Toualbi N, 1984, p. 9). Mais la question qui se pose, alors, dans notre thèse, est qu'en est-il de ces sujets, de ces proches, qui vivent au sein même du champ de la "folie", où le moi d'un membre de la famille est menacée de désintégration, et de déstructuration totale ? C'est probablement par rapport à ce sujet de la "folie", qu'on se sent le plus touché dans son moi, et qu'on se sent le plus désarmé dans son identité culturelle face à un monde extérieur qui n'est plus le nôtre. Un proverbe Arabe ne dit-il pas, à juste titre: "Que ne ressentant la braise que la personne, qui a les pieds

posé dessus". Il devient évident, que si les proches du malade mental tiennent un discours des plus angoissants, et des plus contradictoires, c'est que ces personnes-là sont très proches du vécu douloureux, et déroutant, de la maladie mentale, et par conséquent, aussi, de cette crise identitaire culturelle, à laquelle nous faisons référence. Il est intéressant de connaître le discours, donc la représentation de la "folie" des proches parents (les épouses, les mères, les époux, et les pères), qui ont la charge du malade mental, ainsi que la communication qu'ils sont tenus à effectuer avec lui, afin d'arriver en fin de compte à comprendre l'usage de la fonction du "fou", que ce font ces derniers, pour pouvoir vivre non seulement leurs propres angoisses vis-à-vis de la folie, mais aussi de la crise identitaire culturelle.

La thèse, que nous voulons, élaborer se positionne, justement, dans cette direction, puisqu'elle veut comprendre, à partir des proches parents du malade mental, comment que ces derniers arrivent-ils à gérer, dans leurs quotidiens, et à partir des rituels thérapeutiques de la maladie, ces contradictions, ces conflits, et ces angoisses, provenant de la combinaison des deux cultures que sont le traditionnel, et le moderne ?

La réponse à toutes ces questions, que nous venons de poser, sur le quotidien, et les rituels thérapeutiques abordés par les proches parents des malades mentaux, rentrent, bien évidemment, dans le cadre de notre question principale de la recherche qui est:

La folie, dans la conjoncture d'acculturation que connaît le pays, induit un discours, et des pratiques, des plus contradictoires.

Nous proposons la reconduction de certains repères des entretiens que nous avons eu avec les familles dans la pré enquête, que nous considérons, également, comme les thèmes principaux du vécu quotidien avec la maladie mentale. Ces thèmes, bien évidemment, feront l'objet d'investigation dans ce projet de recherche, et constitueront pour cette problématique, un moyen de construction des hypothèses de terrain. Nous avons, ainsi, pu découvrir, que les familles avec lesquelles nous nous sommes entretenues, se représentaient leurs quotidiens avec la maladie mentale de la manière suivante:

- 1- Elles avaient tendance à décrire, assez souvent, les images du fou,
- 2- A décrire les modes de communication, qu'elles avaient avec lui,
- 3- A parler des pratiques thérapeutiques, pour sa prise en charge,
- 4- A mentionner les causes de la maladie mentale,
- 5- A parler, fréquemment, de la représentation négative des autres sur le "fou",
- 6- A s'intéresser à l'avenir, et au bilan, de la maladie mental.

Nous objectif, dans cette recherche, est, également, de nous servir de ces repères ci-dessus mentionnés, pour construire un guide d'entretien, avec lequel nous pouvons accéder au quotidien complexe de ces familles, leurs passes temps avec la maladie mentale, ainsi que leurs rituels thérapeutiques spécifiques. L'analyse thématique de l'ensemble des discours des proches parents des malades mentaux nous permettra d'accéder à une lecture de

l'usage des valeurs des deux systèmes de pensée traditionnel, et moderne, dans cet espace que représente le vécu avec la folie. Cette analyse thématique, réalisée à travers tous les discours des proches parents des malades mentaux, sera, pour cette recherche, d'une grande utilité, pour recenser, connaître, et définir, toutes les représentations, et les conduites, en rapport avec la folie, et avec les deux systèmes de pensées contradictoires, le traditionnel, et le moderne.

La combinaison d'une analyse clinique à l'analyse thématique, viserait, comme l'ont expressément soulignés A Akoun, et P Ansart, "à prendre en compte la personne dans sa totalité en écoutant le vécu de sa souffrance" (1999 p. 82). Cette analyse clinique va nous permettre de faire connaissance des différentes histoires du vécu des proches parents avec la "folie". Ces histoires provenant des proches, que sont l'épouse, la mère, l'époux, et le père, vont nous permettre de saisir la singularité de leurs quotidiens, et de leurs rituels thérapeutiques, avec la "folie", dans le contexte des valeurs des deux systèmes de pensées contradictoires ? Il est bien évident, donc, qu'à travers ces proches parents, qui sont confrontés, en même temps, à l'irrationalité de la folie, et aux paradoxes des deux modèles de pensées, nous voulons, essentiellement, lever le voile sur le vécu de chaque cas choisi. Nous voulons, ainsi, connaître leurs histoires singulières à vivre et à surmonter, les conflits, et les paradoxes, provenant de la folie, et de la conjonction des deux modèles de pensées, que sont le traditionnel, et le moderne, auxquels ils sont confrontés.

- Hypothèse générale.

- La folie, dans la conjoncture de l'acculturation, aujourd'hui, induit chez les proches parents des malades mentaux un discours, et des pratiques, des plus contradictoires.

- Hypothèses de travail:

- 1- La folie, dans la conjoncture de l'acculturation, aujourd'hui, provoque chez les proches parents des malades mentaux des images discordantes du fou.
- 2- La folie, dans la conjoncture de l'acculturation, aujourd'hui, induit chez les proches parents des malades mentaux des modes de communication les plus paradoxaux.
- 3- La folie, dans la conjoncture de l'acculturation, aujourd'hui, induit chez les proches parents des malades mentaux des discours les plus paradoxaux sur le voisinage.
- 4- La folie, dans la conjoncture de l'acculturation, aujourd'hui, entraîne chez les proches parents des malades mentaux des interprétations les plus confuses sur l'étiologie de la maladie.
- 5- La folie, dans la conjoncture de l'acculturation, aujourd'hui, provoque chez les proches parents des malades mentaux des modes de prise en charge les plus paradoxaux.
- 6- La folie, dans la conjoncture de l'acculturation, aujourd'hui, entraîne chez les proches parents des malades mentaux les projets de la prise en charge de la maladie mentale les plus discordants.

PREMIERE PARTIE: PARTIE CONCEPTUELLE.

Introduction

Chapitre I: Le biculturalisme, l'acculturation, la crise, et/ ou la construction de l'identité culturelle du sujet algérien.

1- Les notions de base de la personnalité du sujet algérien.

- La notion de l'arabité.
- La notion de l'islamité.
- La notion de la berbérité.

2- L'acculturation dans le monde Arabo-musulman, et en Algérie.

- a) L'acculturation dans le contexte Arabo-musulman.
- b) L'acculturation dans le contexte algérien.

3- Quelques signes révélateurs de l'acculturation en Algérie, aujourd'hui.

- a) Les contextes biculturels chez la femme, l'homme, et l'enfant.
 - La femme, la mère, et l'épouse.
 - L'homme, le père, et le mari.
 - L'enfant, le fils, et la fille.
- b) La recrudescence de la maladie mentale.
- c) Persistance, ou résurgence, des rites magiques, et maraboutiques.

4- L'acculturation, la crise, et/ou la construction, de l'identité du sujet algérien.

Introduction.

Dans cette partie conceptuelle, nous aborderons deux chapitres, le premier s'intitulant "Le biculturalisme, l'acculturation, la crise, et/ou la construction de l'identité culturelle du sujet algérien", le deuxième a pour titre "L'historique, et l'évolution de la maladie mentale dans le monde Arabo-musulman, l'Europe, et en Algérie contemporaine". Nous voulons dans le premier chapitre essayer d'approcher les notions de base de la personnalité du sujet algérien, lesquelles, comme nous le savons, lui proviennent de son histoire très mouvementée dans ce territoire, qu'est l'Afrique du Nord. En second lieu, nous proposons d'analyser, dans la conjoncture, que nous connaissons aujourd'hui, comment s'effectue-t-il l'accommodation du sujet algérien face à une acculturation de plus en plus déstructurante ? Quand on sait, qu'en plus, l'individu, et la société algérienne, vivent actuellement une remise en cause de tous les constituants de l'identité originelle, nous comprendrons probablement l'impasse dans lequel se trouve et l'individu, et la société. Le second chapitre qui traite de "l'historique, et l'évolution, du concept de la maladie mentale dans le monde Arabo-musulman, en Europe, et en Algérie contemporaine" nous permettra de connaître les diverses représentations historiques de la maladie mentale, ou de ce qu'on appelle communément la "folie", et, par la même occasion, de comprendre le cheminement que l'esprit rationnel, et le savoir, ont pris, dans la société, pour être institutionnalisés, définitivement, et prendre le dessus sur l'esprit erroné de la magie, et de l'irrationnel. Les deux chapitres peuvent être complémentaires, dans le sens, où ils nous permettent d'appréhender l'histoire socioculturelle du sujet algérien par rapport aux provenances de ses origines culturelles complexes, que sont l'arabité, l'islamité, et la berbérité, leurs combinaisons à la conjoncture de l'acculturation, qui existe aujourd'hui, et aux acquisitions, et aux représentations, historiques succédant du cheminement de l'esprit de la magie, à l'esprit du savoir. Le second chapitre, traitant du sujet des diverses représentations de la maladie mentale à travers les temps, nous permettra justement d'appréhender ce passage de l'esprit erroné de la magie, de l'irrationnel, à l'esprit du savoir, et de la rationalité.

Chapitre I: Le biculturalisme, l'acculturation, la crise, et/ ou la construction de l'identité culturelle du sujet algérien.

1- Les notions de base de la personnalité du sujet algérien.

-La notion de l'arabité:

L'objet de ce chapitre est de nous faire connaissance du phénomène du biculturalisme, et les rapports qu'il entretient, encore aujourd'hui, avec l'acculturation, et la crise identitaire du sujet algérien. Pour arriver à cela, nous devons tout d'abord connaître l'origine de certaines caractéristiques des rôles des membres principaux de la famille, c'est à dire la mère, et le père, telles qu'elles étaient conçues tout d'abord chez la femme, et l'homme, dans les contextes culturels arabe, et berbère. Nous devons dire que la définition des rôles de la femme, et de l'homme, au sein de la famille actuelle est conçue, actuellement encore, selon des images anciennes, et ancestrales, telles qu'elles étaient décrites chez ces tribus très anciennes dans la péninsule arabique, et dans toutes ces régions de l'Afrique du Nord. Avec la venue des colons français, beaucoup d'auteurs ont essayé de décrire les aspects forts de la société "indigène" de l'époque, c'est à dire après l'envahissement des territoires algériens en 1830. Villot dans son ouvrage intitulé "moeurs, coutumes et institutions des indigènes" décrit la famille de la façon suivante: "L'état de la famille des Musulmans est le patriarcat, qui a pour principales manifestations l'extension indéfinie de la famille, l'autorité paternelle absolue, le droit d'aînesse, l'atténuation des castes, le maintien de l'esclavage en même temps que son adoucissement" (Villot E 1888, p. 237). Dans le même sillage, l'auteur, parlant du célibat, rend compte de l'importance de l'aspect de l'esprit de la famille dans la société "indigène", l'individu ne peut exister, donc, que par rapport à la famille. "Le célibat, écrit-il, pour la femme, et aussi pour l'homme, est considéré comme une honte dans la société Musulmane" (Ibid. p. 240).

Comme nous l'avons dit ci-dessus, beaucoup de caractéristiques dans la famille algérienne contemporaine, nous laisse penser que cette dernière, en dépit de son évolution vers d'autres modes d'existence plus modernes, n'a pas perdu de ses traits ancestraux, concernant aussi bien l'individu, femme, et homme, que le groupe familial. Quelques types de caractères, par exemple, des personnages de l'homme, et de la femme, dans la société contemporaine algérienne, nous sont parvenus, précisément, de la péninsule arabique, de cette époque dite la "jâhiliyya" (Pruvost L 2002, p. 63), c'est à dire bien avant l'avènement de l'Islam. Traditionnellement, et méthodologiquement aussi, pour identifier ces caractères propres aux personnages de l'homme, et de la femme, des époques très anciennes, les auteurs, quelques soient leurs spécialités, ont souvent utilisé plusieurs moyens, entre autres l'étude de la littérature sous toutes ses formes, (comme celle que nous a laissé, par exemple, l'histoire de l'époque de la "jâhiliyya" dans la péninsule arabe), tels que les contes des mille et une nuits, les contes populaires, la poésie, et, également, l'étude de la religion islamique, l'étude du Coran, etc.

Les caractères identifiés, d'après ces analyses littéraires, sociologiques, ou autres, définissent l'homme comme étant le personnage fort, viril, le guerrier, le dominant, et par conséquent, le chef de la famille, le patriarche de la tribu. La femme, elle, c'est, tout à fait l'inverse de l'homme, c'est ce personnage délicat, faible, émotive, soumise, dominé, appelé à des fonctions intérieures de la famille, etc. C'est, donc, cette organisation patriarcale, comme aimerait l'appeler l'anthropologue, qui domine dans ces contrées, où se trouvent les premières

tribus, et les ancêtres des arabes, dans "la péninsule Arabique" (Chebel M 1995, p. 47). Il va de soi, donc, que chacun, l'homme, et la femme, avaient un rôle bien défini dans ces tribus, vivants dans des contrées, souvent, désertiques de l'Arabie préislamique. Le déshonneur de la famille, et de la tribu, ne peut venir que de la femme, et pour éviter justement cela les tribus Arabes de la "jâhiliyya" pratiquaient l'extermination de cette dernière, en mettant systématiquement toutes les filles, qui venaient de naître, sous terre.

Il est mentionné dans l'encyclopédie de l'Islam que: "Tout en attribuant à la "Jâhiliyya" les défauts stigmatisés par le Coran, les musulmans ne manquent pas de reconnaître aux anciens Arabes un certain nombre de vertus telles que le sentiment de l'honneur (ird), la générosité (karam), le courage et la dignité (muruwwa), l'hospitalité (dayf)" (Lewis B, Pellat Ch, et Schacht J 1934, P. 394). D'autres auteurs pensent que cet aspect de l'organisation de la famille dite patriarcale n'est pas spécifique aux cultures arabes, mais s'étend à tout le pourtour de la méditerranée, c'est à dire chez toutes les populations qui habitent à proximité de la mer. L'article de M. Rodinson, qui a pour titre "Dynamique de l'évolution interne et des influences externes dans l'histoire culturelle de la méditerranée" (Rodinson M 1973, pp. 21-30), nous donne des explications fort intéressantes sur l'interférence des cultures des pays qui entourent la mer méditerranée, et qui expliquent, sans aucun doute, les raisons de l'étendu de l'esprit patriarcal dans ces régions. Cette étude centre sa recherche, bien entendu, sur les mécanismes du concept "d'emprunt".

-La notion de l'islamité:

L'islam, religion des Arabes apparue quelques siècles après J-C, est venue, par la suite, mettre un certain ordre social dans ces tribus. Parmi les préceptes proclamés par la religion musulmane, en faveur de la femme, le droit à être considéré comme une personne au même titre que l'homme, le droit à la dot, le droit à l'instruction, le droit à l'héritage, etc. La religion musulmane donne, cependant, à l'homme une certaine supériorité, sans pour autant léser la femme, afin de rendre la gestion du couple, et plus tard, la famille, possible. Des auteurs comme L. Pruvost (2002), M. Charfi (2000), F. Benslama, et N. Tazi (1998) pensent que l'esprit de la société patriarcale, et derrière elle des penseurs religieux musulmans, qui ont exploité ces traditions ancestrales en faveur de l'esprit patriarcal (qui étaient déjà initialement répondues à travers les tribus Arabes, avant que ne vienne l'islam), ont essayé d'expliquer les versets du Coran par rapport à cet esprit-là, et à ces traditions. Donc, le résultat que l'on voit actuellement, selon eux, sur l'explication du Coran, tout ce qui est dit a tendance à favoriser beaucoup plus l'homme que la femme.

Ainsi, devant les défis, que vit actuellement le monde Arabe, et musulman, il est souhaitable, pensent les auteurs de cette théorie, que l'on revoie ces interprétations, et ces lectures, afin de donner l'image vraie, que le Coran, et l'islam, ont de la femme, de l'homme, de la relation entre eux, de la paix, de la justice, de la science, etc. Ainsi, nous constatons, qu'il existe aujourd'hui dans le monde Arabe, et Musulman, des tendances multiples de représentation de la place de la religion dans la société, et par conséquent de la place de la femme, et de l'homme, dans cette dernière, allant de ceux, qui plaident pour une nouvelle re-lecture de la religion Musulmane, suivie d'une ouverture sur la modernité, telle qu'on la voit dans l'occident, à ceux qui sont pour l'usage

incontournable de la lecture du Coran, et de la pratique de la religion dans la société, telle qu'elle a été conçue depuis des siècles, par des penseurs religieux (trop attaché à certaines traditions ancestrales patriarcales).

Sans entrer dans ces débats d'actualités de la religion, et de la société, et de la place qu'occupe réellement l'homme, et la femme, dans cette dernière, aussi bien en Algérie, que dans le monde Arabe, maintenant, qui dépassent notre compétence, nous pouvons dire qu'il est nécessaire, comme vient de le souligner M. Charfi, F. Benslama, N. Tazi, et bien d'autres auteurs encore, que les penseurs musulmans de toutes les tendances, et de toutes les spécialités, doivent d'entreprendre des recherches sur ce sujet, afin de permettre aux sociétés Arabes de faire face aux exigences de la modernité. Les conséquences de l'inertie des gouvernements, et des penseurs arabes, et musulmans, devant ce sujet d'actualité, et bien d'autres sujets de la vie moderne, a plongé les sociétés arabes dans des conflits, des régressions, des inadaptations, et des crises d'identité culturelles.

-La notion de berbérité:

La notion de berbérité, elle, est une notion propre non seulement à l'Algérie, mais à tous les pays du Maghreb. K. Taleb-Ibrahimi a essayé, dans un article intitulé "L'Algérie: langues, cultures et identité", de cerner cette notion en recourant aux dialectes berbères encore utilisés en Algérie. Elle pense que "l'aire berbérophone s'étend de l'Égypte au Maroc, et de l'Algérie au Niger" pour montrer justement que l'identité berbère est bel et bien l'identité originale des populations originaires de l'Afrique du Nord. "Et face à l'islamisation et à l'arabisation du Maghreb, les parlers berbères-amazigh ont reculé et se sont réfugiés dans les contrées au relief et à l'accès difficile: Aurès, Djurdjura (Kabylie), Gouraya, Hoggar et M'zab" (Taleb Ibrahimi K 2000, p. 24).

Quelques études d'auteurs algériens, et étrangers, ont montré les spécificités, et les différences entre elles, des cultures berbères dans les domaines de la vie sociale, et par rapport à certaines personnes de la famille comme l'homme, et la femme. P. Bourdieu, par exemple, dans son ouvrage sur "La sociologie de L'Algérie" ne manque pas de souligner quelques paradoxes de la vie conjugale du couple Chaoui, qui "Si au début du mariage, la situation de fait, de la femme, est conforme à sa situation de droit (soumission entière à son mari qui peut exercer sur elle le "droit de correction" et ne lui fait aucune place dans les décisions importantes), elle acquiert très rapidement une influence considérable. Elle ne tolère ni la polygamie, ni l'infidélité et préfère le divorce. Dans le ménage, les époux sont en fait égaux; la femme a voix consultative, sinon décisive dans les affaires domestiques... On voit même les femmes intervenir dans les conflits politiques (querelles entre moitiés)" (Bourdieu P 1980, p. 29). Ces faits, sur la vie conjugale, relevés par P. Bourdieu, qui corroborent avec ceux qui ont été constatés par M. Gaudry, dans son ouvrage publié en 1929 sur "La femme Chaouia de l'Aurès" (republié par la maison d'Édition Chihab en 1998), est un trait culturel spécifique à la société Chaouia. La situation de la femme Kabyle, par exemple, diffère complètement de celle de la femme Chaouia, puisqu'elle ne possède pas dans la vie conjugale avec son mari, les privilèges qu'on vient de mentionner chez la femme Chaouia.

Mais, il reste à dire que l'interférence des cultures berbères, et arabe, depuis l'islamisation de l'Afrique du Nord, a laissé les cultures berbères adoptées certaines pratiques, et certaines représentations, par rapport à l'homme, à la femme, et à la société. Dans son article "Le berbère est une culture et une langue plus vivantes qu'on ne croit" T. Tassadit écrit que "beaucoup de berbères sont bilingues (parlant l'arabe et le berbère), et

jusqu'à preuve du contraire, les berbères sont musulmans" (Panoramique 2001, p. 117). Un peu plus loin, il écrit qu' "On répète trop souvent que les berbères sont insuffisamment islamisés en oubliant qu'ils ont joué un rôle important dans l'islamisation de l'Afrique du Nord, de l'Andalousie et de l'Afrique" (Ibid. p. 117). Les débats de l'interférence des cultures arabo-musulmane, et berbères, ont toujours attirés les chercheurs algériens, et étrangers, afin de dégager, non seulement la dynamique positive, qui s'est construite, au fil des siècles, entre elles, mais aussi les confrontations, et conflits, qui n'ont pas disparu avec l'histoire.

2- L'acculturation dans le monde Arabo-musulman, et en Algérie.

a) L'acculturation dans le contexte Arabo-musulman.

Une définition du concept d'acculturation rapportée par C. Camilleri et M. Cohen Emerique du memorandum du Social Science Research Council de 1936 est toujours d'actualité: "L'ensemble des phénomènes résultant du contact direct est contenu entre des groupes d'individus de cultures différentes, avec des changements subséquents dans les types de culture originaux de l'un ou des deux groupes" (1989, p. 29). Le concept d'acculturation, vu son actualité encore aujourd'hui, est devenu l'un des concepts clés pour la compréhension des rapports entre les cultures. À y voir de plus près, et d'après les études récentes sur l'interculturel, comme nous pouvons le juger à la fin de ce chapitre, le phénomène de l'acculturation est des plus "normaux", puisqu'il est vécu par tous les pays, mais à différentes manières.

Déjà, dans le contexte Arabo-musulman, la notion d'acculturation a, de tout temps, attirée les penseurs dans leurs travaux, parce qu'ils ont trouvé dans celle-ci un terrain très fertile pour saisir l'état complexe dans lequel sont arrivés la plupart des pays du monde Arabe. D'après le célèbre islamologue G.E. Von Grunebaum, "un humaniste viennois implanté en Californie"(1937, p. VIII), selon une expression de J. Berque, mentionné dans la préface du même ouvrage de cet islamologue, les arabes, pendant leurs confrontations historiques avec les grecs, les iraniens et l'Inde "n'ont jamais montré la moindre résistance ou complexe devant leurs cultures"(Ibid. p. 13). Au contraire, ces périodes, entre autre la période abbasside, qualifiés de summum par les historiens, avaient montré que les arabes étaient capables de se confronter à des cultures différentes sans montrer une quelconque faiblesse, ou complexe. G.E. Von Grunebaum pensait que les arabes, pendant ces périodes-là, se sentaient "maîtres de leurs destin"(Ibid. p. 14), et c'est, ainsi, qu'ils n'avaient montré aucun problème devant les grandes cultures de l'époque.

Le même auteur, G.E. Von Grunebaum, a révélé, par la suite, à partir des faits historiques, que les arabo-musulmans ont vécu, la période d'occidentalisation, réticents devant la réactualisation de leurs traditions, parce qu'au lieu de "fructifier leur héritage, ils ont éliminé ce qui leur paraissait une infériorité; et cette infériorité les blessait surtout dans le domaine politique"(Ibid. p. 14). Dans son chapitre sur l'acculturation (Ibid. p. 183), ce thème, qui semble prendre une variété de nuance chez les auteurs de la littérature Arabe contemporaine, G.E. Von Grunebaum pense que ce phénomène existe réellement, encore, dans le vécu socioculturel des populations arabo-musulmanes.

Ces analyses socio-historiques n'étaient pas inconnues des penseurs arabes, puisque, déjà, dans son temps, Ibn Khaldoun a fait mention dans ses "prolégomènes" de la réflexion sur "la naissance, la croissance, et la mort des cultures"(1978). Les gouvernements, et les penseurs Arabes, depuis, n'ont jamais su bénéficier de ces réflexions sur leur façon de voir, et de changer, leur culture arabo-musulmane.

Plus proche de nous, l'auteur Tunisien C. Fitouri, dans une excellente étude sur "le biculturalisme, le bilinguisme et l'éducation" a essayé de démontrer que l'éducation a bel et bien été, comme tout autre domaine, prise dans l'engrenage "d'une acculturation imposée, non une acculturation recherchée ou acceptée" (1983, p. 25). Tout au long de son travail, l'auteur Tunisien a, ainsi, essayé d'analyser les raisons objectives qui ont laissé se répandre, à travers l'histoire, et la société, cette acculturation imposée, et "désintégratrice" (Ibid. p. 39). Cette "acculturation imposée, et désintégratrice" est en nous, parce qu'on a pas pu produire, ou innover de nouvelles valeurs, comme laissent entrevoir la démarche, qu'ont suivi certains pays, comme le Japon, qui ont vécu, aussi, comme nous, le phénomène de l'acculturation. S'inspirant de l'auteur Paolo Freire, C. Fitouri trouve que l'origine principale de cette orientation semble venir de la démarche que le pays a suivie en matière d'évolution. En méprisant la culture traditionnelle, et toutes les valeurs arabo-musulmanes, et en s'orientant littéralement vers les valeurs occidentales, les gouvernants ne laissent aucune initiative à la société pour contribuer à la production de nouvelles valeurs, et, par conséquent, impose par cette façon de faire "la modernisation plutôt que le développement"(Ibid. p. 43).

Nous traiterons dans les points qui vont suivre, la situation de la famille, et de la société, par rapport à ces sujets d'actualités, que nous connaissons maintenant, tels que la place, par exemple, de la tradition, et de la modernité, dans la vie des individus, le défi relevé jusqu'ici par les sociétés maghrébines, et arabes, et l'échec, qui s'en est suivi, souvent, dans cette entreprise. Quelques exemples relevés par certains auteurs algériens, et maghrébines, vivants en France comme J-F. Clément (Panoramique 2001, pp. 85-87), A. Maalouf (Panoramique 2001, pp. 207-214), et bien d'autres auteurs, encore, nous expliquent comment les sociétés arabes immigrés, par exemple, essayent, plus ou moins, de vivre les problèmes posés quotidiennement par rapport à leur culture d'origine, et celle d'accueil.

L'actualité en France, par exemple, avec ces problèmes caractéristiques, et ces vérités parfois malheureuses, pour les sociétés maghrébines, et arabes, exige, aussi bien de l'individu, que de ces sociétés, de changer sa conception de voir sa propre culture, et celles des autres. Dans le monde, où nous vivons actuellement, il n'est plus permis à l'individu, et aux sociétés maghrébines, et arabes, d'exclure les autres cultures, et les autres religions. Les immigrés arabes, par exemple, commencent à s'en rendre compte, qu'il faut, par rapport à la situation à laquelle ils sont en Europe, ou ailleurs, plutôt accepter une intégration positive, donc faire sienne la culture d'accueil, afin de pouvoir vivre normalement dans ces pays étrangers. Ce qui fait que nos sociétés arabes d'ici, ou ailleurs, n'ont pas d'autres alternatives, que celle qu'il leur est présenté, cette alternative qui les oblige, comme l'a justement exprimé Rhéda Malek dans un de ses chapitres, " à s'insérer dans la mondialité ou périr" (2001, p. 189).

Nous devons, avant de procéder à la description des personnages de la femme, de l'homme, et de l'enfant, tels qu'ils se présentent dans la société algérienne contemporaine, d'éclaircir ce phénomène de changement, ou de mutation, des valeurs socioculturelles auxquelles l'individu, et la société, se trouvent confrontés, actuellement. Beaucoup d'autres auteurs ont insisté sur le fait que "Nous vivons tous l'interculturel..., parce qu'au cours de l'histoire, les peuples n'ont jamais cessé de s'influencer les uns les autres, que ce soit par la guerre, le commerce, le snobisme, l'imitation, ou la rivalité" (Vermees G., 1993, p. 10).

La référence à des ouvrages de base d'auteurs algériens, et étrangers, par rapport à ces sujets d'actualités, que sont la co-existence des cultures d'origines, et occidentales, la confrontation des valeurs traditionnelles et modernes..., nous permettra d'expliquer cette "transition" complexe, à laquelle toutes les sociétés, sans exception, algérienne, maghrébine, et arabe, sont confrontés. Il est évident que ce phénomène de "transition", ou de "changement", de la société, ne suit pas la même trajectoire dans les pays Maghrébins, et Arabes, parce que, bien évidemment, chacun de ces derniers suit sa propre conception, et sa propre histoire, de "développement" vers la modernité. L'ouvrage de P. Balta, et de C. Rulleau, sur "Le grand Maghreb" (1990), aborde justement les différences des projets de "développement" de ces pays maghrébins en matière politique, sociale, et culturelle. Il reste, tout de même, à dire que les sociétés algérienne, maghrébine, et arabe, ont vécu les mêmes crises d'identité culturelle, puisqu'ils ont suivi beaucoup plus, comme l'a souligné l'auteur tunisien C. Fitouri, la politique de la modernisation, que la politique du développement. L'acculturation, par conséquence, qu'ont vécu ces sociétés, a été des plus difficile, et des plus complexe.

b) L'acculturation dans le contexte algérien.

Étant donné que l'Algérie fait partie du monde arabo-musulman, nous pouvons transférer, sans risque de se tromper, les données de ces études socio-historiques des grands penseurs Ibn Khaldoun, G.E. Von Gunebaum, ou encore, de C. Fitouri, plus proche de nous, à notre pays. La société algérienne actuelle, entrant de plein pied dans cette "acculturation imposée", qui touche l'économique, le social, et le culturel, présente d'importantes prédispositions à développer toutes sortes de désintégrations sociales, ou de pathologies mentales. Le changement culturel, qu'à connu la totalité de la société, depuis l'indépendance jusqu'ici, est passé par plusieurs formes d'ouverture au monde occidental. Nous connaissons, à titre d'exemple, depuis maintenant deux décennies, une ouverture sans précédent, aux masses médias occidentales, représentées essentiellement par deux moyens révolutionnaires de communication: la parabole liée aux satellites, et, tout récemment, l'internet.

Nous n'avons qu'à interroger l'histoire pour se convaincre que dans l'évolution de la culture algérienne co-existaient, et co-existent encore, deux représentations, deux pensées antagonistes, diamétralement opposées, l'une afférente à toutes ces valeurs qui nous sont parvenues des traditions, et des moeurs, de la famille ancestrale, l'autre, elle, est liée à tout ce qui nous est venue de l'extérieur du pays, et de la culture occidentale. La vie sociale, et culturelle, des algériens a tout le temps subi cette confrontation perpétuelle produite par le flux, et le reflux,

incessant de la culture occidentale. Nous n'avons, également, qu'à observer la vie courante des algériens, pour s'assurer de cette co-existence des cultures algérienne, et occidentale, et aussi, de l'incompatibilité, souvent signalé par les auteurs, de leurs modes de représentation, et de pensée. Les exemples, pour appréhender ce choc interculturel, vu, par certains auteurs, comme un "jumelage positif" (Déjeux J., 1994), sont nombreux dans la vie quotidienne des sujets algériens. Ces exemples de "jumelage" représentent les différents positionnements culturels des individus, ou des groupes sociaux, appartenant à la société, des positionnements allant de la plus extrême de l'application de la modernisation, à la plus extrême de l'application du traditionalisme.

C. Camilleri, dans son étude sur "La culture et l'identité culturelle", pense que le sujet a le choix de se situer entre les deux attitudes extrêmes que sont "l'imperméabilité à la culture étrangère ou l'assimilation à celle-ci" (Camilleri C, et Cohen Emerique M., 1989, pp. 21-77). On assiste, ainsi, à des attitudes différentes, et contradictoires, de la part des sujets, et des groupes sociaux, de la société algérienne, par rapport à la culture étrangère, et à la culture traditionnelle, donc à des usages variés des codes culturels produits à partir des mélanges de ces deux cultures. L'étude de ces exemples serait donc possible dans le cadre de la recherche interculturelle, que s'engagerait à faire le chercheur auprès des sujets, et des groupes sociaux, algériens, où il serait appelé à situer, à définir, et à analyser la position, et la représentation culturelle de chaque sujet, qu'il soit homme, ou femme, et de chaque groupe social, par rapport à ces deux cultures, que sont la culture traditionnelle, et la culture moderne.

Il serait intéressant de voir comment ces sujets, ou ces groupes sociaux, arriveraient-ils à se représenter les deux cultures antagonistes, et essayer de comprendre comment les utiliseraient-ils comme une référence permanente dans leurs vies courantes ? Par la même occasion, il serait intéressant d'aborder la question principale de l'étude, celle qui cherche à savoir comment les sujets, ou les groupes sociaux, arriveraient-ils à vivre un tel conflit interculturel ? Ces interrogations relatives aux problèmes interculturels de la société algérienne, sont présentées ici pour illustrer à quel point tout le monde sans exception est affecté par ce conflit interculturel. Il est évident que cette situation que vit notre société algérienne, depuis maintenant l'indépendance, n'est pas spécifique à notre société seulement, car beaucoup d'autres sociétés, à travers le monde arabo-musulman, vivent le même phénomène.

Le constat, qu'on peut faire avec les auteurs qui ont étudiés ces sociétés en Algérie, et en Europe, est que ces dernières vivent de manière très complexe les cultures d'origine, et occidentale, auxquelles elles sont confrontées. Il est clair que les sujets qui vivent en Algérie, ou ceux qui se sont immigrés en Europe, ou d'ailleurs, doivent, pour s'y adapter à la complexité de la confrontation des deux cultures, user de beaucoup de stratégie, et de compromis, pour les combiner. Par conséquent, ils sont obligés de faire beaucoup de concessions au détriment de leur propre culture, et de leurs propres valeurs. La question qui est posée, justement, est-ce que ces compromis, et ces concessions, exercés par ces sujets algériens, n'impliquent-ils pas des crises au niveau de l'identité culturelle ? Nous aurons l'occasion de répondre à cette question, ultérieurement, dans le chapitre qui traite du sujet de la crise de l'identité culturelle, et, également, dans les analyses thématiques, et cliniques, que nous avons à élaborer dans cette recherche.

Beaucoup de chercheurs pensent que le mélange de cultures, et les compromis, qui s'y rattachent forcément, ne sont pas vécus de manière harmonieuse par les sujets qui sont impliqués profondément dans le problème. Comme nous pouvons le remarquer, les propos des auteurs, par rapport à ce sujet de confrontation des cultures, restent controversés. Les constatations, et les résultats, auxquels sont arrivés des auteurs algériens, et français, par exemple, affirment que l'enjeu culturel des sujets, et des sociétés algériennes, n'est pas facile à cerner, si on ne cherche pas à comprendre leurs représentations à l'égard des cultures en jeux, et la manière dont ils s'y prennent pour les combiner, et les "jumeler".

Les chercheurs algériens, quels que soient leurs spécialités, ont toujours souligné à la base l'existence d'une relation, ou d'une confrontation difficile entre les valeurs traditionnelles, et modernes. C'est ainsi que M. Boutefnouchet, sociologue algérien, dans son étude fort intéressante sur la famille algérienne en 1980, est arrivé à la constatation suivante: "Notre recherche a abouti au fait que l'évolution se réalise sous une double tension sociale: le respect de la tradition et l'aspiration à la modernité, ou esprit de libération" (1980, p. 205). Selon-lui "La dynamique évolutionnaire s'effectue selon le principe de structuration, de déstructuration, de restructuration... Conflits au sein de l'institution familiale: il y en aura; mais le conflit est le moment social où se déclare le phénomène d'adaptation" (1980, p. 279). N. Toualbi, psychologue algérien, lui, a centré ses études plus sur certains comportements ambivalents, et discordants, constatés chez les sujets algériens d'origine citadine, surtout, confrontés dans leurs quotidiens aux valeurs opposées des deux cultures, traditionnelle, et moderne (1984). Il écrit, à ce titre: "Il apparaît que le "sacré sauvage" gagne de plus en plus le terrain citadin..." (1980, p. 203). Par le terme "sacré sauvage", il sous entend, bien évidemment, cette tendance à faire usage de rite, ou de méthode hétérodoxe, donc contraire au rite orthodoxe, ou religieux, admis le plus souvent socialement en Algérie.

Et pour mieux expliquer cette conduite contraignante à respecter les deux valeurs opposées chez le sujet confronté aux deux systèmes de pensée traditionnel, et moderne, N. Toualbi écrit ceci: "Et cette oeuvre de réadhésion "éclatante" à l'originel (Glock Ch. Y., T.F., 1965) (festivité par exemple du rite de la circoncision) n'autorise t-elle pas de surcroît le désir moderniste à se perpétuer dans l'enjeu anémique de la société nouvelle: la compétition ?" (1980 p. 189). Le désir du sujet, selon l'auteur, de combiner les deux valeurs, mêmes si elles sont opposées, confirme la tendance de ce dernier à faire usage de conduite discordante. L'auteur reporte la manière dont les sujets d'origine citadine répondent à la problématique interculturelle à laquelle ils sont confrontés: "Mes investissements sont à la mesure de mes convictions. Ils surpassent les vôtres aussi bien en qualité qu'en quantité. Le fait est que je vous suis supérieur tant dans l'amour dévolu à l'ancien (culturel) que dans celui consenti au nouveau" (1980 p. 189).

Dans le registre européen, les points de vue des auteurs qui ont étudié les sociétés d'immigrés d'origine algérienne, ou maghrébine, restent dans l'ensemble controversés. Une recherche effectuée en France intitulée "Problématique culturelle concernant les enfants de couples franco-maghrébins", C. Philip-Asdih rapporte dans son travail les conclusions des travaux de Hochet, de Barbara, et de Streiff-Fenart, qui semblent contrarier les points de vues positifs des confrontations des cultures, où ils affirment, entre autre, que chaque groupe social vit cette problématique culturelle de façon "indéterminée", donc non harmonieuse. L'auteur relève dans les conclusions de ces travaux que "les enfants de couples mixtes n'ont pas de place pré-établie sur le plan social, leur

position serait indéterminée et oscillerait entre le choix exclusif d'une culture: "l'une ou l'autre", et la prise en compte de "l'une et l'autre" et l'élaboration d'un passage des représentations, des attitudes, des valeurs de l'une à l'autre et de "ni l'une ni l'autre" (Philip Asdih C., 1994, p. 262-266). Un peu plus loin, C. Philip-Asdih relève que la mixité culturelle dans laquelle vivent les enfants d'immigrés leur ouvre la voie à être plus inventif, parce que la vie dans une double culture est vécu comme un enrichissement et un épanouissement de la personnalité, de part justement la confrontation à cette "existence de plusieurs codes culturels et de sous codes implicites produits par les parents" (Ibid. p. 265).

Dans le même ordre d'idée, J. Déjeux à travers son article intitulé "Le couple mixte et ses représentations dans la littérature maghrébine de langue française" montre à quel point les rapports franco-maghrébins sont sources de conflits, et d'enrichissements (Ibid. p. 275). Rejoignant sur beaucoup de points l'auteur précédent, J. Déjeux remarque, à travers les nombreux écrits de langue française, les multiples itinéraires de vie des personnes imaginaires et littéraires de cette problématique de la mixité culturelle. Il relate ainsi des cas très différents, qui vont de l'échec total du mariage entre couples mixtes, donc de la mixité culturelle, à la réussite extraordinaire du jumelage des cultures algérienne et française, il pense que "tous sont porteurs de cultures plurielles" (Ibid. p. 275), mais à chacun sa façon de jumeler ces cultures, et de les rendre compatibles, ou pas.

Il semble que ces points de vue des auteurs, dans leurs études, ont essayé de démontrer, en même temps, l'aspect négatif de l'impact de l'acculturation, que son aspect positif. Ce qui a fait dire à certains auteurs, comme J. Déjeux par exemple, que "la problématique de la mixité culturelle" est vécue différemment par les sujets immigrés d'origine maghrébine. Évidemment, les études, qui ont été élaborés le plus souvent jusqu'ici en Algérie, ont visé l'aspect négatif du phénomène de l'acculturation, vu que nos sociétés, comme, d'ailleurs, celles des autres pays du Maghreb, n'ont rencontré dans leurs histoires que des conflits, des régressions, et des inadaptations. Comme nous venons de le souligner ci-dessus, les raisons, tout d'abord, invoquées, pour expliquer ces états d'échec social, politique, et culturel, de la société, relèvent des faits sociohistoriques, que les peuples, et leurs gouvernants, n'ont pas pu se défaire, aussi, facilement.

Nous avons évoqué ce "complexe" par rapport aux autres cultures, surtout à la culture occidentale, que les Arabes, et les Algériens, aussi, ont traîné avec eux des siècles, et des siècles, et qui ne leur a donné que des déboires, et des malheurs. Les Arabes dans l'ensemble, et, également, les algériens, gardent, encore, jusqu'à maintenant, dans leur être, et leur esprit, cette nostalgie du pouvoir, et de l'épanouissement, de leur culture arabo-musulmane, qu'ils avaient construit des siècles, auparavant. A. Meddeb, lui, à ce propos, utilise l'expression de "l'Islam inconsolé de sa destitution" (2002, p. 7) dans son intéressant ouvrage intitulé "La maladie de l'Islam". Le problème réside justement dans cette prise de conscience que les Arabes, et aussi les algériens, doivent faire, afin de faire confiance à leur propre culture, et à leur propre capacité. Wil fred Cantwell Smith Consacre tout un chapitre dans son ouvrage "L'Islam moderne" sur le sujet de la "crise islamique" (1962, p. 126). Cette "crise islamique" nous semble encore vivace de nos jours chez les sujets, et les sociétés, algériennes.

T. Chentouf, dans son ouvrage sur le "Maghreb au présent", cite, justement, le cas de l'Algérie, où il pense que la crise que passe ce pays "est loin d'être économique, elle est sociale et culturelle: les origines du niveau

actuel de la production et de la productivité sont d'abord sociales et culturelles" (2003, p. 98). Allant plus loin dans ses analyses, l'auteur pense que la crise que vit l'Algérie "résulte des interactions et des interférences entre le nouveau système techno-économique et les structures socioculturelles antérieures" (Ibid. p. 101). Notre pays l'Algérie, et la région de l'Afrique du Nord, ont passé une histoire caractérisée par les guerres, les colonisations répétées, l'involution individuelle, et sociale, les mauvais chemins souvent pris par nos gouvernants, les complexes, par rapport aux autres cultures, souvent erronés, traînés avec soi des siècles durant, le manque de confiance en ses capacités et ses valeur, etc, qui fait que ses sociétés sont restées loin des confrontations positives des cultures, et qui s'est traduit, donc, comme l'a, expressément, montré le même auteur, par "une impréparation historique et une inadaptation des cultures et des comportements" (Ibid. p. 102) aux nouvelles formes de vies modernes.

Les gouvernants antérieurs, dans leurs itinéraires adoptés dans le fonctionnement de l'État, et les penseurs indifférents, ou isolés, ont laissé nos sociétés algériennes livrées à elles-mêmes. L'état d'ignorance, par rapport à ce que ces sociétés possèdent de valeurs culturelles réelles, et l'état, également, de faiblesse, par rapport à ce qu'il leur vient de l'occident, les laissent adopter la solution la plus simple du mimétisme, de l'incompréhension, et de "la violence" (Meddeb A., 2002). Nous n'avons pas, ainsi, révélé à nos sociétés la voie de la création, la voie de la confirmation de ce que nous possédons comme différent, la voie de notre culture rénovée, les valeurs réelles des cultures berbères, et arabo-musulmane, etc.

3- Quelques signes révélateurs de l'acculturation en Algérie, aujourd'hui.

a) Les contextes biculturels chez la femme, l'homme, et l'enfant.

-La femme, la mère, et l'épouse.

Nous avons, dans ce qui vient de suivre, centré nos analyses sur certains repères de ce qui peut constituer la "base de la personnalité" de l'individu algérien, et nous avons pour cela insister sur les notions de l'Arabité, de l'Islamité, et de la berbérité. Nous avons cependant vu que ces notions, pour des raisons, comme on l'a souligné, socio-historiques, se sont vu, dirions-nous, altérées, modifiées, ou, peut être, encore, selon les cas, rénovées. Ceci, bien entendu, comme on a essayé de l'expliquer, entre, dans un processus, pour certains, qui sont contre, appelé "acculturation", et pour d'autres, ceux qui sont pour, appelé "emprunt", "influence", ou "interférence". Nous pouvons dire que l'acculturation, telle qu'elle a été vécue par les Arabes, et les algériens, a été particulièrement complexe, vu que ces derniers, à la base déjà, se sont trop souvent confrontés à un héritage des plus problématique, en raison de ces interprétations erronées, pendant l'histoire, du message islamique, et la dévalorisation de ses valeurs. L'héritage culturel arabo-islamique, et berbère, que nous avons eu, s'est, bien évidemment, répercuté sur notre façon de se représenter notre culture, la femme, et bien entendu, la mère, l'épouse, l'homme, et derrière lui, le père, l'époux, l'enfant, et bien entendu, le fils, la fille. Cet héritage s'est répercuté, également, sur la façon de se représenter la culture des autres, etc.

Nous avons hérité d'une certaine image de la femme suivant ce contexte traditionnel, et suivant, également, ce complexe culturel "arabo-berbère-islamique". Beaucoup d'images négatives de la femme, nous sont parvenues

de l'histoire, et qui constituent encore la cause de notre incompréhension avec cette dernière, et une entrave à toute relation saine avec elle. Ces images négatives qui considèrent encore la femme comme un être faible, immature, irresponsable, objet sexuel, démon, sorcière, etc, sont courantes dans notre manière de parler, et de se comporter. L'image de la femme, par contre, que veut instaurer le nouvel ordre culturel en Algérie, depuis l'indépendance, est une image très positive, puisqu'il projette de faire de la femme l'égale de l'homme, sur tous les plans. Effectivement, officiellement, la femme est considérée, sur tous les plans, comme l'égale de l'homme. La femme, actuellement, a accédé à tous les postes de travail, et elle occupe, bien souvent, des places bien situées dans la hiérarchie des travailleurs, parce que tout simplement l'État, et derrière lui, les institutions publiques, à commencer par l'école, sont bien décidés de lui donner ce rôle d'individu majeur, autonome, et responsable, contrairement, au rôle de mineur, et d'irresponsable, qu'elle avait traditionnellement.

Certains auteurs, comme L. Pruvost (Op. cit. 2002), et M. Charfi ((2000), qui ont tenté d'étudier la place qu'occupe encore la femme actuellement dans la famille, voient que cette dernière souffre toujours de certaines injustices de son mari, puisqu'elle est, souvent, selon eux, menacé de répudiation, ou de voir son mari en prendre une seconde concubine. Ils trouvent, également, la règle du "Wali" qu'adopte, encore, le Cadi, devant la femme, que l'on doit marier, une règle à rénover, parce qu'ils pensent que celle-ci est parfois contraignante, quand le Wali exerce "son pouvoir de contraindre un mariage" (Pruvost L 2002). E. Villot dans son ouvrage sur les sociétés "indigènes", déjà, dans les années 1888, qui ont succédé à la colonisation de l'Algérie par la France (1830), a relevé ce phénomène de Wali chez ces sociétés. Il écrit que "Le représentant, Wali, est le fondé de pouvoirs sur la femme; celui qui a le droit de contracter pour elle et qui a pour mission de conclure le mariage en son nom, qu'elle soit vierge, veuve, ou femme divorcée" (Op. cit. p. 65).

La même auteure, L. Pruvost, a trouvé honteux que certaines coutumes Kabyles "immobilisent les femmes répudiées", et elle pense que ces "femmes-là, qui sont suspendues au cou de leurs maris", doivent avoir "le droit de s'insurger" (2002, p. 205). Comme nous l'avons souligné ci-dessus, le vide laissé par les gouvernants, et penseurs Arabes, par rapport à ces questions-là, par rapport à ce que nous sommes aujourd'hui, place la société devant des problèmes des plus insolubles. Il est temps, donc, que les spécialistes, dans ces questions, qu'elles soient dans la religion, dans le droit moderne, dans la sociologie, ou dans les autres sciences humaines, essayent de trouver des solutions à ces problèmes.

Mais, lorsqu'on voit les étapes que la femme algérienne a franchit depuis la lutte de libération, et l'indépendance de l'Algérie en 1962, grâce, dirions-nous, à certains événements inévitables, qu'a connu l'histoire des sociétés algériennes, ou étrangères, on comprendra que le rôle, et le statut, nouveaux de la femme ont été arrachés, non offerts. S. Ramzi-Abadir dans son ouvrage "la femme Arabe au Maghreb et au Machrek. Fiction et réalités.", a brossé un tableau exhaustif sur l'évolution de la femme algérienne, et arabe. Elle décrit, à partir de l'analyse des romans, les images de la femme dans la société traditionnelle. Elle décrit la femme traditionnelle comme "l'éternelle mineure, la mineure économiquement, intellectuellement, sexuellement, et socialement. Elle la décrit, donc, comme étant la femme entretenue économiquement, la prostituée, la répudiée, la femme acceptant la polygamie, la femme dans son rôle domestique, la femme qui n'a pas le droit à la parole, recourant à la sorcellerie, la femme objet, procréatrice, frustrée, etc" (1986, pp. 89-167).

Les événements fort importants de l'histoire en Algérie, et partout ailleurs, par lesquelles, aussi bien la femme que l'homme, ont passé, ont fait naître des images, et des rôles, modernes. La femme, alors, "acquiert sa majorité après l'éclatement des vieilles structures sociales" (Ibid. pp. 89-167). Les règles, bien entendu, des vieilles structures sociales, entres autres, la tribu, et la grande famille, lesquelles, avec l'évolution, et son éclatement, ne trouvent plus raison d'exister, sont ces règles ancestrales: "la cohésion, la noblesse, le prestige, la descendance, l'alliance, le commandement, etc" (Boutefnouchet M 1980). La femme, selon Ramzi-Abadir S, acquiert, avec la majorité, "la femme majeure économiquement, intellectuellement, et socialement. Elle acquiert le droit à l'instruction, le droit au travail, le droit et l'accès à l'espace public, la prise de conscience de son rôle de citoyenne, la découverte de sa valeur, par rapport à elle, et au couple" (1986, pp. 173-224).

Nous pouvons dire que la persistance de certaines représentations de l'image traditionnelle de la femme existe toujours dans certains milieux citadins, et certaines contrées rurales. L'évolution, et la liberté, de la femme sont toujours objets de discussions de nos jours, de discussions parfois passionnées, parce que, semble t-il, cette dite évolution, ou cette dite liberté, ont été expliqués par certains comme trop rapide, ou parce qu'elles ont été, aussi, probablement, jugées comme engendrées loin des principes, et des valeurs, de la culture arabo-berbère-musulmane, c'est à dire de la culture propre des algériens. Nos sociétés algériennes ne gardent, peut être, plus à l'esprit, ou ne connaissent, peut être, plus, les points forts de l'histoire de la culture arabo-berbère-musulmane. Beaucoup d'événements historiques sont venus les déformer, les altérer, ou les oublier, d'après les auteurs qui ont traité ce sujet. C'est spécialement dans la culture arabo-musulmane, qu'est né le droit à l'humanité, le droit au dialogue, le droit à la différence, le droit à l'épanouissement de la femme (la femme du prophète Mohamed n'était-elle pas commerçante ?), etc. Beaucoup d'ouvrages, avec des analyses fort intéressantes (Benslama F, et Tazi N 1998) (Charfi M 2000) (Meddeb A 2002), montrent justement comment les Arabes, au vivant du prophète Mohamed, et des califes, pratiquèrent dans la vie sociale musulmane de l'époque le droit de l'homme, le dialogue, le droit à la différence, etc, ces mêmes points qu'on rencontre actuellement dans les pays les plus développés. Cet héritage culturel arabo-musulman, existant à cette époque-là, a été par la suite déformé par les interprètes ignorants, ou fanatiques.

La femme, l'épouse, dans le contexte d'aujourd'hui, par rapport à son mari, est tiraillée entre ce qu'elle était dans la société traditionnelle, et ce qu'elle est maintenant. Elle vit, parfois, avec les différents membres de sa famille, particulièrement son mari, la résurgence de certaines représentations, et comportements, de la société tribale. Le mari veut bien que son épouse lui soit soumise, parce qu'il a appris cela de ses parents, ou de ses grands parents, ce qui place la femme, souvent, dans des conflits entre le rôle traditionnel, et le rôle moderne. Parfois, aussi, elle arrive à vivre les deux rôles ambivalents, par exemple le rôle de l'épouse soumise à son mari, et le rôle de la femme égale, ou supérieure à l'homme, par sa compétence dans son travail. La mère vit, au même titre que la femme en générale, avec ses enfants, les mêmes représentations ancestrales. De ce point de vue, nous pouvons dire que la mère garde toujours dans son esprit quelques représentations ancestrales, qui lui permettent d'assurer son rôle de génitrice, et de procréatrice. Le poids, certes, de ces représentations a diminué d'intensité, mais il reste toujours d'actualité, dans certains sujets, comme le sujet de la femme stérile, qui est toujours mal vue. La femme, qui n'a mis au monde que des filles, elle est plus ou moins acceptée par son mari, et la famille de celui-ci.

Elle n'est plus menacée de répudiation, ou de se voir évincer par une deuxième concubine, comme dans les grandes familles des vieilles sociétés traditionnelles. Ces représentations ancestrales n'ont pas pour autant disparues complètement de nos régions, surtout les régions qualifiées de rurales, ou de traditionnelles.

La relation de la mère avec ces enfants, garçons et filles, reste toujours marquée par certaines images ancestrales, puisque le garçon est souvent préféré de la mère. La fille, pour des raisons, liées souvent à son évolution sociale, doit connaître de la part de sa mère, plus de considérations, et de valeurs. Mais, il n'est pas inévitable de voir resurgir les anciennes images dévalorisantes, et cela, dirions-nous, devant certains handicaps comme l'illettrisme, la maladie mentale, etc. Le regard que pourrait bien porter, par exemple, actuellement, l'épouse à l'égard du mari atteint de la maladie mentale peut très bien être entaché d'images opposées, et contradictoires. D'une part, par rapport aux valeurs traditionnelles, l'image du mari est souvent positivée par son rôle de leader, et d'agent actif, dans les milieux aussi bien familial que social, d'autre part, dans sa nouvelle image de mari, aujourd'hui, affectée d'handicap mental, où il est maladif, et n'a plus "d'esprit". Ces images opposées pourraient contribuer fortement à la naissance de conflits culturels, et d'angoisse, chez l'épouse. Comment va-t-elle vivre la combinaison des deux systèmes de pensée, traditionnel, et moderne ? Comment va-t-elle utiliser l'événement de la "folie" de son mari, afin de résoudre la crise d'identité culturelle dans laquelle elle se trouve ? La désintégration, que vit le malade mental dans la famille, et dans la société, est déjà expliquée comme le produit d'une certaine aggravation des conflits ambivalents interculturels ?

-L'homme, le père, et le mari.

L'époux, par exemple, en parlant de l'handicap, ou de la maladie mentale, de son épouse, peut se spécifier en se plaçant justement dans sa position sociale, et culturelle, suivant les habitudes, et les valeurs, héritées d'un certain modèle, appelées "Arabo-Musulman". Il est bien évident que le système de pensée "Arabo-Musulman", dans notre contexte algérien, hérité traditionnellement, se différencie, souvent, des "règles Arabo-Musulmanes" réelles proclamées par le Prophète Mohamed. La pensée Musulmane est venue, tout d'abord dans la péninsule Arabe, avant de se propager ensuite dans les pays limitrophes, pour instaurer la paix, et la justice, entre les hommes, et entre les hommes, et les femmes, et aussi entre les peuples. Tous les auteurs, sans exception, qui ont abordé le sujet de l'Islam, confirment effectivement que les valeurs arabo-musulmanes, les vraies, ont été tout le temps, à travers l'histoire, objet d'interprétation erronée, influencé la plupart du temps par cet esprit patriarcal abusif. À y voir la trajectoire de l'histoire du monde arabo-musulman, il semble que la pensée musulmane, la vraie, telle qu'elle a existé chez le prophète Mohamed, et dicté par lui, a été, de tout temps confronté à cet obstacle, à ce esprit patriarcal hérité non seulement de la péninsule Arabique, mais aussi du pourtour méditerranéen.

Aujourd'hui, encore, on peut, donc, s'attendre à ce que le mari manifeste à l'égard de son épouse saine, ou handicapée, une attitude patriarcale, dont l'esprit, comme nous le connaissons, vient de ces habitudes ancestrales masculines, où le pouvoir, et la décision, appartiennent uniquement à l'homme, qui se traduit donc par la fermeté absolue, la répulsion, voire l'abandon. On peut s'attendre, bien évidemment aussi, à voir le contraire de ce qu'on vient de dire pour, probablement, des raisons de "mutations", ou de "changements", socioculturelles. On pourrait s'attendre donc que le discours du mari, ou son comportement, à l'égard de l'épouse, prendrait plus de souplesse,

et plus de compréhension, pour se démarquer totalement du modèle de pensée "Arabo-musulman", auquel il avait l'habitude de se référer dans la société traditionnelle. On aimerait bien savoir, rien que pour cet exemple, comment le mari arrive-t-il à trouver un compromis entre les deux modèles de systèmes de pensée, le traditionnel, et le moderne ? Et jusqu'à quel point, est-il engagé, dans sa relation avec son épouse, la malade, à chercher la bonne solution à ce dilemme ? Nous devons probablement le souligner, comme nous venons de le dire ci-dessus, que la société, dans les pays arabes musulmans, ainsi que toutes les sociétés du pourtour de la mer méditerranée, ont de tout temps subi l'influence de l'esprit patriarcal dans leur histoire. En tenant compte de la variante de l'histoire de la société traditionnelle algérienne, nous pouvons très bien dire que l'époux est fortement influencé par cet aspect de l'esprit patriarcal. L'époux a souvent manifesté une tendance à l'autorité absolue compte tenu du rôle complémentaire de personne "soumise" de l'épouse dans la cellule familiale traditionnelle. La femme saine d'esprit, et de corps, a souvent manifesté d'après les habitudes héritées d'un certain modèle "Arabo-Musulman", une certaine résignation face à l'ordre patriarcal de l'époux.

Aujourd'hui, dans notre cas, au facteur de rôle de personne "soumise", pourrait s'y ajouter d'autres facteurs non moins importants relatifs à la maladie mentale elle-même, comme l'handicap mental, et ses conséquences sur l'activité de la femme dans son foyer, l'handicap mental, et sa répercussion sur le caractère féminin de l'épouse, etc. Ces facteurs pourraient bien pousser le mari, s'il se sent toujours influencé par ces valeurs ancestrales, à prendre une seconde concubine, parce que l'homme étant, culturellement, un sujet polygame. L'époux pourrait bien, au contraire, montrer, pour des considérations, et de valeurs, occidentales, un discours, et un comportement, compréhensifs vis à vis de sa femme malade mentale, et, au lieu de l'abandonner, il va se sacrifier pour elle. Quel comportement, quelle valeur traditionnelle, ou moderne, ou les deux à la fois, va-t-il choisir, actuellement, pour réduire l'intensité de la crise de l'identité culturelle à laquelle il est confronté ?

La majeure partie des hommes, des maris surtout, ont toujours trouvé ces questions de débats, par rapport à la femme, tabous, car ils pensent que personne n'a le droit de s'immiscer dans les affaires internes de la famille. Le mari est, donc, le seul juge devant certaines questions de la vie familiale: laisser sa femme travailler, ou pas; adopter la manière unilatérale de gouverner les affaires de la famille; se remarier, s'il en a les moyens, divorcer, s'il ne veut plus de cette femme, si sa femme le désobéit, etc. Même les gouvernements, qui se sont succédés depuis l'indépendance de l'Algérie, ne se sont jamais prononcés sur d'éventuels changements par rapport au rôle, et au statut, de la femme à l'intérieur de la famille. Les rénovations, et les changements, du rôle, et du statut, de la femme ont touché souvent les aspects social, et politique. Ces faits démontrent à quel point le sujet de la femme est particulier, lorsqu'il est situé au sein de la famille, parce qu'il touche le côté personnel, et intime, non seulement du mari, mais aussi du groupe familial.

L'homme, ou le mari, semble avoir tout le pouvoir à lui, mais la réalité des contraintes, et les difficultés socio-économiques de la vie, le laisse choisir plutôt de gouverner le foyer avec sa femme. Il est évident que l'évolution de la femme, que nous venons de décrire les caractéristiques, ne s'est pas faite indépendamment de celui de l'homme. Ils ont vécu tous les deux les événements socio-historiques, qu'a connus l'Algérie, depuis sa lutte d'indépendance, et le recouvrement de sa souveraineté, et par conséquent, ils sont tous les deux, avec quelques différences, cependant, victimes du même phénomène de l'acculturation. La femme a, semble-t-il, tendance, et

intérêt, plus que l'homme, peut être, à vouloir sortir, de son rôle de personne "soumise et cloîtrée". L'homme, en revanche, dans cette évolution "imposée", a connu, lui, une remise en cause de toutes ces qualités phallogocentriques, surtout celles héritées de la société traditionnelle. Il a perdu, ainsi, par rapport à la femme, son tout pouvoir économique, politique, et social. Il n'est plus "le seigneur de l'espace, le despote, celui qui, seul, a droit à la parole, celui qui détient le regard dominateur sur la femme, etc", comme l'a dit Ramzi Abadir S dans son ouvrage (1986).

Cette attitude chez l'homme, et chez le père, dans le milieu familial a laissé L. Bendiouis, psychiatre de formation, s'interroger "Si l'autoritarisme n'est-il pas une névrose masculine ?" (2003, p. 177). Dans le même sens, S. Khodja dans son ouvrage sur "Les femmes du quotidien" trouve injuste l'esprit de deux poids deux mesures, qui règne dans la société actuelle algérienne, car "Il apparaît que si un homme peut transgresser un interdit religieux, la bonne éducation empêche la femme de l'imiter" (1985, p. 100). Nous pouvons dire que la situation nouvelle, à laquelle l'homme, le mari surtout, est confronté, ne lui cause que des difficultés, parce qu'il est obligé, à chaque fois qu'il se retrouve en face de la femme, son épouse, de paraître plus compréhensif, plus communicatif, plus souple, plus dépendant d'elle, etc. Le rôle, et le statut, du partenaire femme a changé plus ou moins socialement, et l'homme doit montrer plus de dialogue, plus de compréhension, que ne l'ont montré son père, ou son grand-père, avec leurs femmes respectives, antérieurement. Mais, il est intéressant de voir comment le mari va-t-il vivre le dilemme entre les deux valeurs traditionnelles, et modernes, opposées ? Comment parvient-il, et par quel mécanisme, arrive-t-il à joindre les deux systèmes de pensée contradictoires ? Beaucoup d'exemples dans nos entretiens semi-directifs vont, à partir du quotidien des époux, nous apporter certainement la réponse à ces questions.

-L'enfant, le fils, et la fille.

Ce qu'était l'enfant, le fils, ou la fille, chez le père, selon l'esprit traditionnel:

L'enfant a été, souvent, selon les habitudes héritées d'un certain modèle "Arabo-Musulman", ou d'un certain esprit traditionnel, un personnage mis en valeur, aussi bien par le groupe familial, que social. La société, la famille, et le père, confient à l'enfant le rôle du renforcement de la filiation de nom du père. Il est mis en valeur pour d'autres raisons, également, comme, par exemple, parce qu'il incarne la véracité du père, l'assurance-vie pour les vieux jours du père. Le regard que pourrait porter le père, par exemple, vis à vis de son enfant malade, ou handicapé, est très affecté. L'engagement pour faire sortir son fils de là est probablement très intense chez le père, où les enjeux placés dans l'enfant sont très vivaces sur le plan traditionnel. Le père porte ses ambitions sociales surtout sur son jeune fils. On pourrait s'attendre à voir dans les rapports entre le père, et son enfant, plus que de l'amour, de la passion.

Le père, traditionnellement, à l'inverse, ne semble pas intéressé par le personnage de la fille, alors aucun projet, et aucun investissement n'est porté à son sujet. L'intérêt, qu'a le père sur la fille, se limite uniquement à son rôle de protecteur. Cette façon de voir l'image de la fille, selon l'esprit traditionnel, est encore plus négative s'il arrive que la fille soit atteinte par un handicap, ou une maladie mentale, par exemple. Il est clair, que s'il ne s'engagerait pas fortement dans le soutien moral, et matériel, de sa fille, il va céder la place à sa femme, parce

qu'il ne voudrait surtout pas qu'il soit vu comme un père démissionnaire. À côté, donc, de l'effort diminué du père, qui, peut être, remarqué, comme nous l'avons signalé, dans ses modes de pensées, et d'actions, il est évident qu'il va se faire remplacer totalement par la mère de la fille, qui, par la présence, selon les traditions, de fortes affinités avec elle, va se consacrer définitivement à elle. Avec tous les sous-entendus culturels traditionnels, le père pourrait très bien abandonner sa fille à son sort, que son fils. La fille, dans les normes, a été souvent très proche de sa mère que son père. Le facteur de l'handicap, ou de la maladie mentale, va renforcer plus le rapprochement avec la mère. En plus de ça, le père a souvent déclaré son incompetence dans les affaires du "monde féminin". C'est une raison valable pour la laisser à sa mère, parce qu'il sait peu de choses, par exemple, à la pensée, et au rite "magico-maraboutique", pour pouvoir s'occuper de la maladie de sa fille. L'image d'un fils handicapé est, probablement, beaucoup plus cruelle qu'une fille handicapée. Tous les projets, qu'aspire le fils, et derrière lui son père, sont restés lettres mortes. Le père, en face de l'handicap de son fils, par exemple, peut se montrer très engagé pour essayer de le faire sortir de là. La mère est, probablement, la personne vers laquelle le père se retournerait pour retrouver plus d'aide, et d'espoir, puisqu'elle, aussi, a une bonne image du garçon.

Ce qu'était l'enfant, ou le fils, chez la mère, selon l'esprit traditionnel:

Si l'on veut appréhender l'image que porte la mère de son fils, il nous semble important de revenir à l'image de l'enfant tel qu'il est conçu par l'esprit traditionnel. Dans nos habitudes héritées du modèle culturel "Arabo-Musulman", la mère est, peut être, la seule à obtenir les images les plus riches, et les plus passionnées, sur son fils, dépassant, ainsi, de très loin le père. La mère accorde de la valeur à son fils plus que tous les membres de la famille réunis, parce qu'il représente pour elle "la monnaie d'échange", pour avoir obtenu le statut d'épouse à part entière, et de mère ensuite. Sans la présence de l'enfant de sexe masculin, elle n'aurait jamais, probablement, obtenu le statut d'épouse d'abord, et le statut de mère ensuite. Tant de femmes ont été, pour des raisons de stérilité, renvoyées chez leurs parents, et remplacées par des concubines plus fécondes. Ce conditionnement familial, et social, a laissé la femme à la recherche d'un enfant de sexe masculin pour elle-même, et pour son époux. On peut résumer ce qui suit en disant que la femme obtient son statut de mère après avoir donné ce même enfant de sexe masculin à son époux. L'épouse est donc obligée de fournir à son mari la preuve concrète de sa fécondité, c'est à dire l'enfant de sexe masculin. Le regard que porte la mère à son fils vient à l'origine des images antérieures que la mère n'a pas cessé de développer dans son esprit depuis la naissance de son fils.

Cette image positive continue de faire l'effet, bien évidemment, sur la mère, parce que, normalement, à l'âge adulte le jeune homme va aspirer à une vie pleine de projet (projet professionnel, projet de mariage, etc). La mère est appelée à fournir d'intenses efforts pour essayer de faire sortir, par exemple, son fils malade, ou handicapé. Son sacrifice semble sans limite en rapport des liens très forts entre la mère, et son fils. C'est une mère prête, et condamnée, à tout supporter. L'hyper-protection de la mère, et son rapport passionnel avec son fils, dont nous avons indiqué l'origine ci-dessus, ne va pas la laisser accepter le partage, par exemple, de sa prise en charge avec les autres membres de la famille. C'est une mère très malheureuse, par ce qu'il lui arrive, parce que son fils est malade. Il est inimaginable de parler, à notre avis, des possibilités de rejet, ou d'abandon, de la part de la mère, étant donné les liens "fusionnels" qu'elle a vis à vis de son fils. Il est impensable qu'une mère déclare le rejet de son fils, compte tenu de ce que nous connaissons sur les rapports antérieurs traditionnels entre elle et son fils.

Nous pouvons même dire, par exemple, pour expliquer un peu les liens intenses entre la mère, et son fils, qu'elle va tout faire pour relancer les projets, que son fils devraient, normalement, réaliser, quand il retrouverait le rétablissement. La mère, par exemple, pourrait trouver tout à fait normal le mariage de son fils, même dans un état de maladie mentale, car, pour elle, que pour son mari, le mariage peut l'aider parfaitement à retrouver la santé.

Le regard que porte la mère à une fille, traditionnellement:

Le regard que porte la mère à la fille, va sans doute nous rappeler le terme du "monde des femmes" tant décrit par les écrivains algériens tels que M. Dib (1952), M. Feraoun (1953, 1954), etc. Si ces auteurs ont tenu à faire usage de ce mot dans leurs écrits, c'est qu'il représente manifestement une catégorie sociale réelle séparée de celle des hommes, dans son existence, ses traditions, ses habitudes, et ses pensées. C'est à la mère que revient le droit d'élever sa fille depuis sa naissance jusqu'à son mariage. C'est par son intermédiaire, aussi, que la fille peut accéder à certains droits familiaux, ainsi qu'à conquérir l'estime, et la compréhension, du père et des frères. Le terme du "monde des femmes" révèle certains sous-entendus, quand on met de l'autre côté celui du "monde des hommes". Cela pourrait bien dire que les femmes sont obligées à adopter entre elles un style de vie bien différent de celui des hommes. Cela pourrait bien dire, aussi, que par ce style de vie, elles veulent se mettre dans un combat incessant contre le "monde des hommes", car le rapprochement des uns et des autres est générateur de biens de problèmes. La mère devant sa fille est une mère hyper-protectrice, alertée au moindre problème relatif à sa fille. C'est dans ce milieu qu'elle a appris qu'une fille est de nature immature, délicate, fragile, incompétente, etc.

Que dire, alors, d'une mère qui a sur les bras une fille, de surcroît, malade mentale, ou handicapée ? Nous pensons que la mère dans ce cas est plus, encore, une mère hyper-protectrice, et répressive, que dans les cas normaux. La mère est très proche de sa fille malade mentale, ou handicapée, compte tenu des conséquences invalidantes de la maladie mentale, et des problèmes sociaux, que cette dernière peut engendrer. La mère, devant une fille adulte malade mentale, ou handicapée, a, probablement, plus de difficultés, quant à sa prise en charge, et sa guérison, surtout quand la fille s'approche de l'âge du mariage. Une fille adulte normale est une fille potentiellement faite pour le mariage, d'où le désarroi, et l'angoisse, qui ne cessent d'augmenter jour après jour chez la mère, si la fille présente une tare, ou une maladie. La mère, qui a une fille atteinte d'une maladie mentale, ou d'une tare, et dont l'âge du mariage est dépassé, est sûrement plus angoissée encore. La mère, dans ces situations, est le seul personnage, qui a une attitude compréhensive vis à vis d'une fille malade, ou tarée. La mère se retourne, selon l'esprit traditionnel, vers les autres femmes, ou vers les rites magiques, pour essayer de trouver la solution qu'il convient. Tout manquement d'aide de la part des membres de la famille, peut être, défini comme un indice dans le changement de certains principes de la communauté Arabo-Musulmane, comme par exemple l'entraide, et la cohésion. Théoriquement, le changement de ces principes de la communauté Arabo-Musulmane doivent être mis sur le compte du changement global qui a atteint, aujourd'hui, non seulement le sujet algérien, mais également, la société.

Ce qu'est devenu l'enfant, aujourd'hui:

Les enfants de cette dernière génération ressemblent, probablement, moins à leur père, ou à leur mère, dans les représentations qu'ils sont en train de construire autour d'eux sur les sujets de la femme, donc du sexe opposé, de la relation avec la femme, de la relation dans la famille avec le père, et la mère, des sujets, également, de l'autonomie, de l'individualité, des traditions, de la modernité, etc. Les enfants n'ont plus à l'esprit cette forte cohésion que les membres des vieilles grandes familles possédaient naguère, puisque les liens se définissent, seulement, par rapport aux membres de la famille nucléaire. La représentation traditionnelle de la grande famille, telle qu'elle était conçue dans le passé, a disparue presque dans cette nouvelle génération, et a laissé à la place des représentations plus restrictives, c'est à dire concernant uniquement la famille nucléaire. Le regard inquisiteur imposant des autres membres de la grande famille, comme les grands parents, et les oncles, a disparu dans les grandes villes. Nous assistons à de nouveaux liens plus souples, et plus individualistes.

Le père, maintenant, n'a plus cette autorité absolue sur ces propres enfants, quand ils grandissent, bien évidemment. Comment qu'un oncle, ou qu'un grand père, puissent-ils avoir de l'autorité sur eux, si le père, lui même, vit une destitution de son autorité, et de son pouvoir, au sein de la famille ? Mais, le garçon, de part cette représentation traditionnelle encore vivace de sa valeur par rapport à la fille, dans cette famille nucléaire, surtout quand il est l'aîné, lui assure certains privilèges, comme le droit de se substituer à son père, quand celui-ci est absent, et par conséquent le droit à un regard dans les affaires de la famille, et de ses soeurs; le droit à une liberté, et autonomie, absolue par rapport à ses soeurs, etc. Et ce comportement, bien entendu, de la part du fils aîné provoque beaucoup de conflits, et de malentendus, au sein de la famille, surtout avec les soeurs.

La fille, quant à elle, c'est vrai, avec la fréquentation de l'école, puis de l'université, lui a permis d'arracher sa "majorité", comme nous l'avons vu ci-dessus, sur tous les plans, seulement, sa situation dans sa famille reste dans la plupart du temps dépendante de cette dernière. Elle doit faire preuve, pour ne pas contrarier ses parents, et, dans certains cas, ses frères, de plus de souplesse, et d'intelligence. Elle sait que l'affrontement direct avec ses parents, dans certains sujets sensibles, ne lui apporteront que de souffrance, donc elle préfère utiliser la négociation, et la persuasion. Elle ne pourra jamais, par exemple, parler à son père, ou à ces frères, des relations, qu'elle s'est faite en cachette, avec un ami, ou un collègue. Par contre, elle pourra, éventuellement, si la relation est devenue sérieuse, parler à sa mère de ce sujet. Aller étudier à l'université pour certaines jeunes filles habitant les contrées rurales, faire des distances de plusieurs centaines de kilomètres, résider dans les grandes villes, etc, avec tous les risques que peut imaginer la famille, n'est pas impossible comme entreprise, mais ne se fera que sous certaines conditions. Le droit de la famille de garder toujours un regard sur ses filles n'a pas, pour autant, disparu avec le temps. Cependant, aujourd'hui, ce regard se fait avec une certaine souplesse, une certaine pratique plus malléable.

b) La recrudescence de la maladie mentale.

Dans le langage commun, utilisé quotidiennement, chez les sujets algériens, on associe, ainsi, souvent les termes de "makharbat" désordre, de "makhalkhal" perturbé, de "madroub" frappé, etc..., au "mahboul" "fou". Un "fou", c'est donc quelqu'un qui est passé par cet état de désordre mental "makharbat". D'ailleurs, on dit, souvent, "hadak makharbatlou" "celui-là a un esprit en "désordre", ou "makhbout", ou encore "madroub" qui,

littéralement, signifie "frappé" (par le "djin" bien évidemment), parce qu'il a montré, justement, son incapacité à suivre le cours du monde dans lequel il vit, et parce qu'il n'est plus capable de produire un langage cohérent, et sensé. C'est à juste titre que M. Lipiansky s'exprime à propos de la langue en disant: "...que la langue n'est pas un simple outil d'expression: elle porte avec elle tout un univers de représentation, de modes de pensée, de symboles et de valeurs par lesquels la culture existe comme système de significations partagées" (1995 p. 198). On constate, souvent, chez nos sociétés citadines, d'aujourd'hui, aussi bien chez l'homme ordinaire, que chez certains professionnels, cette tendance à considérer toutes les personnes présentant une quelconque perturbation mentale, névrose, dépression, débilité, et même "clochard", comme un "fou". Cette confusion volontaire, ou pas, de qualifier tout le monde de "fou" ne serait-elle pas due à cet état d'individualisme extrême, et, également, de discrimination notoire, auquel, aussi bien le sujet algérien, que la société, sont arrivés, maintenant. C'est dire donc la situation difficile auquel sont confrontés l'homme marginal, l'homme malade, l'homme atteint de "folie", le clochard, etc.

Les travaux d'auteurs algériens, et étrangers, sont-là, en fait, pour attester le conflit important que vit chaque individu dans notre société, qui est confronté, comme nous venons de le voir ci-dessus, à plusieurs références, et codes culturelles, qui sont vécues souvent comme contradictoires, et ambivalents. Le choix, d'ailleurs, du thème de la maladie mentale, en tant qu'objet de représentation de la part des proches des malades mentaux, n'est venu se confirmer comme étant une recherche d'actualité, qu'après avoir constaté sur le terrain une recrudescence importante de la maladie mentale. Pour y voir plus clair cette recrudescence relative à la région Constantinoise, on peut se reporter aux statistiques des documents des archives de l'hôpital psychiatrique de Djebel El-Ouahch, mentionnées dans le chapitre III des aspects méthodologiques de la recherche.

L'exemple de la maladie mentale dans notre société est un exemple type de l'existence d'un grand malaise dans cette dernière, un malaise rattaché, à notre sens, à la confrontation de multiples codes culturels contradictoires, et à l'assimilation, toujours plus important, des produits culturels étrangers. Nous pouvons, à ce titre, dire que ce type d'individu, c'est à dire le profil du malade mental, qui serait, par ailleurs, intéressant d'étudier -afin de voir, par exemple, pourquoi a-t-il été affecté mentalement dans cette société, ou dans toute autre société confrontée durablement à la virulence de l'acculturation ?- est en soi important, parce qu'il constitue un échec de la vie dans cette société, un échec exemplaire de la combinaison de deux cultures contradictoires. Il ne trouvera, peut être, jamais de compromis, en raison de la complexité socioculturelle, et de la conflictualité, qui prévaut encore dans les institutions familiales, et sociales. Ce qui est important de souligner sur ce sujet, pour essayer d'appréhender l'écart des représentations de la maladie mentale dans le passé, et dans le présent, est que même le profil du malade mental en question dans les familles, et les sociétés antérieures, avait une bonne considération sociale. Ce qui, de l'avis de beaucoup d'auteurs, a limité énormément la chronicisation, et la déshumanisation, de sa maladie mentale, et facilité, par la même occasion, sa prise en charge par rapport à ce qu'on voit, maintenant, chez le malade mental.

Dans la pensée sociale traditionnelle, le malade mental, le "fou" était vu comme un personnage mythique. Dans sa vie de tous les jours, tous les individus de la société, en passant par les membres de sa famille, lui apportent de l'aide, et de l'affection, car il était vu comme "le wali ou le protégé de Dieu"(Toualbi N 1984, p. 74).

Des auteurs, dans la littérature, et dans leurs écrits, comme l'écrivain M. Faraoun, ont, très souvent, décrit les bonnes conditions sociales dans lesquelles vit le "fou". On y voit, à travers ces descriptions littéraires, qui sont, en fait, de véritables descriptions anthropologiques, selon W. Bouzar, le personnage du "fou", comme un personnage très proche de la réalité. Sur la voie de ce qui a été dit dans les romans de M. Feraoun, la terre et la sang, et le fils du pauvre, le sociologue W. Bouzar a retrouvé dans ses enquêtes, sur certains sites comme Tizi-Hibel, des faits sociaux réels (1983, p. 259). Sur le personnage du "fou", W. Bouzar en a relevé, par exemple, que ce dernier dans ce petit village historique, que M. Feraoun a décrit dans son roman, "est toujours laissé libre", et n'est pas considéré comme "dangereux" (Ibid. p. 261). Un peu plus loin, dans son analyse, l'auteur pense que cette attitude de tolérance envers le malade mental nous est parvenue "d'une ancienne tradition islamique de non enfermement des "fous" (Ibid. p. 261). Cette situation confortable du "fou" existe, donc, encore, dans certains villages ruraux, parce que ces derniers n'ont pas, encore, subi l'impact de ces nouvelles images culturelles "modernes" que sont l'égoïsme, et l'individualisme, qui placent le malade mental, ou le "fou", dans un asile, ou un cachot.

Tous les auteurs, quelles que soient leurs spécialités, littéraire, psychologue, psychiatre, sociologue, sont d'accords pour dire que l'environnement socioculturel, qu'ont connu les sociétés antérieures algériennes, a joué énormément, dans son temps, une certaine vie sereine de l'individu, et de la famille. Et par conséquent, ce qu'on voit maintenant, ce sont ces périodes de "transition" vers la "modernité", qu'apportent, elles, "de nombreux états pathologiques"(Boucebci M 1979, p. 14). Actuellement, pour W. Bouzar, le malade mental incarne l'échec total de la vie humaine dans la société algérienne, il n'est plus ce personnage dont "les anciens tiennent compte de ses paroles" (op. cit. p. 260). L'individu, atteint dans son mental, n'est plus de ce monde. Il n'est plus l'acteur capable de se confronter à la vie rude que connaissent les individus normaux dans la société. En plus, le malade mental, dans la vie sociale de nos jours, connaît de très graves problèmes de compréhension, et de prise en charge, de la part non seulement de la société, mais aussi de sa famille.

Certains expliqueraient la recrudescence du phénomène de la maladie mentale comme une impréparation de certains individus à s'ouvrir à ce monde intransigent, et rigoureux, que véhicule la culture occidentale. La régression vers les ténèbres de la folie n'est-elle pas, en fait, plus confortable que l'intransigeance de la culture occidentale ? Certains spécialistes de la psychiatrie, comme M. Boucebci, ont expliqué la recrudescence de ces "expressions psychopathologiques" par le nouveau contexte de la vie "marqué par un processus massif et rapide de l'acculturation"(Op. cit. p. 16), qui a entraîné une multitude de changement touchant les statuts aussi bien de l'individu, que de la famille. Selon cet auteur, le contexte nouveau de la vie, qu'a entraîné le développement rapide de la société vers de nouvelles perspectives, a créé plusieurs types de psychopathologies, "individuelle, familiale et sociale"(Op. cit. p. 16-19).

Dans son ouvrage "Religion, rites et mutations. Psychosociologie du sacré en Algérie", publié en 1984, N. Toulbi a relevé l'impact du phénomène de l'acculturation sur la population algérienne urbaine, et a montré la montée en flèche "du nombre des demandes en soins psychiatriques, en particulier, dans les villes algériennes" (Op. cit. p. 74). Ce "changement", que la société, et la famille, ont adhéré obligatoirement, a vu la naissance de nouvelles représentations touchant aussi bien le rôle, et le statut de l'individu, que les modes de relation avec sa

famille. Le "fou" n'est plus protégé maintenant par la famille, et la société, comme l'a été antérieurement, ce qui fait qu'il est cantonné dans des institutions psychiatriques, pour des périodes parfois très longues. Maintenant, les auteurs sont convaincus que la compréhension de cette recrudescence de la maladie mentale ne pourrait être expliquée que par le contexte socioculturel nouveau existant aujourd'hui. C'est dans la vie du malade mental lui-même, que dans celle de son entourage, qu'il faut chercher les conséquences directes du "changement" socioculturel de la société algérienne.

Et, bien évidemment, c'est le monde psychiatrique, après la famille bien entendu, qui doit faire face à la recrudescence des différentes psychopathologies, à commencer par la maladie mentale, et la délinquance. Les psychiatres, comme le signale M. Boucebci, relèvent dans le domaine de leurs pratiques quotidiennes de nombreux problèmes sociaux inhérents à la "consanguinité, à l'identité, à la filiation, à l'adolescence, à la mixité, à la vie sexuelle, etc" (1987, p. 240). C'est, ainsi, pour M. Boucebci, selon les avis des psychiatres eux-mêmes, le domaine de la psychiatrie, et du psychiatre, se trouve confronté à de multiples "problèmes de société" (1984 p. 240-241), "qu'il faut renforcer par le recours à des moyens, comme l'État, les associations civiles, les parents" (Ibid p. 186-187), ou encore "le psychologue et l'éducateur spécialisé" (Ibid p. 201-202), afin de mieux cerner les besoins, et l'univers du malade. Malheureusement, le constat qu'on peut faire, actuellement, sur les moyens, et les formes, de prise en charge du malade mental, ou autres, est des plus négatives, car ni l'État ni les associations civiles ni les parents n'ont montré leurs capacités en matière d'aide envers ce dernier (le malade mental).

La recherche que nous menons à travers cette thèse est d'essayer, justement, de comprendre les quelques obstacles socioculturels, existant encore aujourd'hui, des sujets, ou des parents, qui ont à leur charge un malade mental, obstacles liés essentiellement à la combinaison de deux cultures contradictoires. Cette contribution va probablement lever le voile sur les raisons culturelles d'une partie de la société, celle qui est confrontée au malade mental, qui bloque, encore aujourd'hui, avec leurs conceptions biculturels contradictoires, la progression vers une meilleure compréhension, et prise en charge, de ce même malade mental.

c) Persistance, ou résurgence des rites magico-maraboutiques.

Dans le dictionnaire de sociologie, P. Laburtthe-Tolra définit la magie comme suit: "Dans une conception du monde supposant l'existence de puissances invisibles, mais soumises à des lois, la magie est la technique qui vise à soumettre à l'homme l'efficacité présumée des esprits ou forces occultes" (1999, p. 316). Il est bien évident que le thème de la persistance, ou la résurgence, des rites magiques n'est pas propre à l'Algérie seulement, puisque tous les pays du monde ont vécu, et vivent encore, la pratique de la magie, ou la pratique de ce rite. Il y a une évidence, qu'on ne peut pas nier, aussi, est que, tous les pays, sans exception, ont eu dans leurs histoires, et pendant de longues périodes, la pratique de la magie, ce qui a constitué, dans beaucoup de ces pays, une entrave sérieuse vers la reconnaissance, et l'usage, de la science.

L'histoire, qu'a vécu l'Europe, par exemple, nous montre, combien la magie, et la religion Chrétienne, étaient, dans la période médiévale, et même dans les périodes, qui ont suivi, un modèle de pensée très ancré dans l'esprit de la société, ce qui a constitué, souvent, selon l'avis des historiens, un frein sérieux vers la découverte de la science, et de la renaissance. D'autres cultures à l'antiquité, comme celles de l'Égypte, des Arabes, des perses,

des hébreux, etc, ont vécu le même problème avec ces pratiques des rites magiques. C'est dans le chapitre "Historique, et évolution de la maladie mentale", dans cette thèse, que nous pouvons revoir, plus en détail, le déroulement historique vers la reconnaissance officielle du statut de la science en tant que modèle de pensée plus objectif de l'étude de la maladie mentale, ceci, bien évidemment, à travers le combat incessant que les hommes de sciences ont eu souvent devant cette pensée magico-religieuse.

De nos jours, on constate que certaines parties de la société algérienne, celles qui résident dans les régions rurales, et même celles qui habitent les villes, n'ont pas rompu avec ces habitudes ancestrales relatives à la pensée magico-maraboutique, ce qui laisse entendre que la persistance de cette dernière est liée à des fonctions acculturatives, plus précisément à des fonctions identitaires, et psychologiques. Le personnage, dans le contexte algérien, qui s'adonne à cette pratique des rites magiques, et maraboutiques, est dénommé le "taleb, "tolba" au pluriel, traduit littéralement par l'expression "reporteur du Coran" (Turin Y 1971, p. 12). Selon Y. Turin, toujours, "Les tolbas" continuent encore à pratiquer la sorcellerie médicale. Ils se donnent pour les intellectuels des milieux paysans" (Ibid. p. 12). L'existence de cette pensée magico-maraboutique en Afrique du Nord, et dans la péninsule Arabique, chez les sociétés ancestrales, a, de tout temps, été confirmée par des historiens, et des anthropologues. L'existence de cette pensée-là est très ancienne, et mérite, pour mieux comprendre son intérêt chez ces tribus anciennes, et son cheminement à travers l'histoire, des études beaucoup plus approfondies, comme celles entrepris par E. Villot (1888, p. 211), ou M-Th. Houtsma, R. Basset, T.W. Arnold, R. Hartmann (1913, p. 1076), ou par M. Foucault (1972), ou, encore, par F.G. Alexandre, et S.T. Selesnick (1972).

On ne peut pas, parler, selon-nous, dans notre contexte sociale actuelle, de résurgence de ces rites, puisque aussi bien l'individu, que la société, ont toujours manifesté de l'intérêt à l'égard de ces rites, et ceci, probablement, avant même que les colons français n'arrivent en Algérie en 1830. La persistance de ces rites magico-maraboutiques ont toujours, depuis la nuit des temps, trouvé, chez les sociétés arabo-berbère-musulmanes, des raisons, certes différentes, d'exister, et de fonctionner. Le déclin du monde arabo-berbère-musulman pendant des siècles et des siècles, puis le choc à la modernité des temps récents, sont, sans aucun doute, les raisons principales du maintien de ces rites magico-maraboutiques, dirions-nous, rétrogrades, à travers lesquelles, pourtant, beaucoup d'individus trouvent leurs bénéfices psychosociologiques. Le recours à ces rites magico-maraboutiques de la part des sociétés arabo-berbère-musulmanes, pendant la colonisation française de l'Algérie, procuraient à ces derniers beaucoup d'avantages. L'utilité de ces rites se voyait surtout dans cette défense contre tout ce qui leur vient de ces étrangers "infidèles, et ennemies" de la religion Musulmane.

Actuellement, encore, des parties non négligeables de la société algérienne, souvent des citoyens, semblent toujours se cantonner dans ces rites pour des raisons souvent de défense, et de recherche de sécurité; pas de défense contre le colon français, puisqu'il n'existe plus, mais de défense contre l'acculturation, et le choc à la modernité. N. Toulbi a essayé, dans son étude sur "Le sacré ambigu", réalisée dans les années 1982, à travers des individus habitants la grande ville d'Alger, de montrer comment ces derniers recourent-ils à ces rites pour assurer une certaine sécurité personnelle face à un modernisme des plus ravageurs ? L'auteur écrit à ce titre que "L'étude a pu montrer, en particulier, que le sujet des villes algériennes vit sa culture sous une forme éminemment ambivalente partagé qu'il est entre le désir d'atteindre à l'universel (modernisme)- désir exalté par

l'individualisation accélérée du pays- et son angoisse de perdre l'originel, ces valeurs traditionnelles qui forment l'être ontologique" (Op. cit. p.11)

Connaissant, maintenant, cette situation complexe, à laquelle le sujet algérien, quel qu'il soit, homme, ou femme, habitant la ville, ou le milieu rural, est confronté, nous pouvons dire que le recours à ces rites orthodoxes, ou non, n'est qu'un moyen de défense, (temporaire, ou pas, nous ne pouvons le savoir maintenant), pour pouvoir s'adapter aux crises qu'ont fait naître le modernisme, et derrière lui, l'acculturation. La femme, sans aucun doute, est le sujet le plus affecté par la confrontation du traditionnel, et de la modernité, du fait d'une évolution accélérée de son rôle, et de son statut. Nous pouvons dire, donc, qu'il n'est pas étonnant de remarquer que la femme, vu sa situation spécifique dans le passé, s'est appropriée plus, par rapport à l'homme, de ces rites magico-maraboutiques. Bien évidemment, dans le passé elle n'a pas utilisé ces rites pour les mêmes objectifs. Dans les sociétés tribales, l'usage des rites magico-maraboutiques, par les femmes, était fait pour faire face à l'autoritarisme de l'homme. De nos jours, les femmes font usage des rites, afin de se défendre contre les difficultés de la vie moderne, au même titre, semble-t-il, que les hommes. Notre étude sur la représentation, et le vécu, de la maladie mentale chez les proches parents va nous permettre, sans aucun doute, de voir à travers ce sujet-là, comment et pourquoi ces derniers font-ils usage encore de rites magico-maraboutiques ? C'est une manière de nous rendre compte de l'impact dévastateur de la modernisation, et de l'acculturation.

4- L'acculturation, la crise, et/ou la construction de l'identité culturelle du sujet algérien.

Il est plus qu'évident que, maintenant, les chercheurs, les psychosociologues surtout, aussi bien en Algérie qu'à l'étranger, sont d'accords pour affirmer que cette situation d'acculturation a généré chez les sujets algériens, et maghrébins, particulièrement les citadins, un ensemble de conduites erronées, contradictoires, "ambiguës, indéterminées, voire discordantes" (Vinsonneau G 2002 p. 189). Les cliniciens, psychologues, et psychiatres, n'hésiteraient pas à qualifier ces conduites d'ambivalentes, de conflictuelles, d'anormales, voire de pathologiques. Tous ces auteurs sont unanimes pour dire, donc, qu'à l'origine de ces manifestations ambivalentes, conflictuelles, discordantes, et pathologiques, existe une crise d'identité, liée à la co-existence, et au paradoxe, de deux cultures, que les sujets algériens, et maghrébins, n'arrivent pas, pour le moment, à surmonter, et à régler, définitivement. Ne peut-on pas affirmer, que ce que nous venons de dire sur l'existence d'une certaine psychopathologie, chez les sujets algériens, qu'elle a été déjà confirmée dans des études similaires portant sur les populations maghrébines vivant en France ? Les questionnements de C. Philip-Asdih explique sans aucun doute mieux cette problématique de l'interculturel perçue chez tous les maghrébins: "Une telle situation interculturelle peut-elle provoquer des difficultés, des conflits, des symptômes ? Peut-on les (les maghrébins) regrouper dans une catégorisation commune: une catégorie psychosociale, une structure psychologique, voir psychopathologique, sous prétexte qu'ils présenteraient un fonctionnement ou des conflits communs, qu'ils useraient de stratégies identitaires particulières (Camilleri et alii, 1990) ?" (Philip-Asdih C 1994 p. 262). Mais, avant de vérifier ces questionnements sur nos sujets de la recherche, que sont les proches du malade mental, et voir comment s'articulerait cette "structure psychopathologique", et comment se présenteraient ces symptômes, s'il y a lieu de les nommer ainsi, dans leurs discours propres, nous devons, tout d'abord, revenir sur la réalité de certaines études pratiques réalisées par des auteurs algériens, maghrébins, et étrangers, afin de mieux connaître leurs analyses, et leurs commentaires sur ce sujet-là.

Pour pouvoir entrer dans le vif du sujet, nous devons tout d'abord définir certains concepts clés de cette partie de la recherche qu'est " l'acculturation, la crise, et/ ou la construction de l'identité culturelle du sujet algérien". Nous pouvons déjà signaler que nous avons rencontré antérieurement, dans cette thèse, le concept de "crise" par un auteur de formation économiste, T. Chentouf, qui a essayé d'expliquer que la société algérienne, qui passe une crise économique est, en réalité, en face d'une crise "socioculturelle" (2003). C'est dire, donc, que pour mieux définir ce contexte spécifique dans lequel se trouve tout sujet algérien, il faut l'observer, tel qu'il se présente dans la réalité, face aux multiples crises auquel il est confronté, c'est-à-dire face aux crises économique, sociale, politique, culturelle, et bien évidemment, identitaire. En effet, la crise auquel il est confronté, essentiellement, est due, à l'origine, à une identité qui se cherche, à une identité fractionnée, à une identité niée, maltraitée, oubliée, humiliée, etc..., produite, et renforcée en permanence, par ce contexte socio-historique bien spécifique à la société algérienne, et qui se trouve, bien évidemment donc, à la tête de cette succession de crises que sont l'économique, le social, le politique, le culturel, etc.

Nous pouvons dire que les auteurs algériens qui se sont attelés à étudier sérieusement les manifestations psychopathologiques, constatées sur les sujets algériens, en confrontation avec l'acculturation, ne sont pas très nombreux. Certains de ces auteurs, N. Toulbi, a eu l'occasion de connaître deux fonctions, à la fois, ce qui lui a

permis, peut être, de porter une double analyse au sujet algérien. D'après son ouvrage "Religion, rites, et mutations" publié en 1984, l'auteur a connu, dans son itinéraire professionnel, tout d'abord, la fonction de psychothérapeute dans la banlieue d'Alger, puis ensuite la fonction de chercheur en anthropologie à l'Université d'Alger, ce qui lui a d'avoir une double lecture du problème. Durant sa fonction de psychothérapeute, 1974 à 1977, l'auteur "s'est familiarisé outre aux catégories nosologiques classiques, à un type particulier de pathologie dépressive relativement inhabituel" (Op. cit p. 69). Il pense que: "Si le tableau clinique résumait la symptomatologie dépressive classique (asthénie, insomnies, angoisse...), l'entretien approfondi avec les patients devait rapidement se révéler riche d'enseignements. Deux points avaient forcé notre attention: 1°) Quoique d'habitation urbaine au jour de la première consultation en psychiatrie, l'anamnèse avait révélé que 25 malades sur 30 étaient d'origine rurale, mais qu'ils avaient été transplantés à Alger-Centre quelques temps après l'indépendance nationale. 2°) La demande en soins psychiatriques dans tous les cas secondaire à la mise en oeuvre infructueuse de moyens thérapeutiques traditionnels (les rites magiques), autrefois suffisants à la guérison des maladies tant physiques que psychiques" (Op. cit p. 69-70).

L'enquête, qu'il décrit dans cet ouvrage, et qu'il a réalisé dans les années 1980, est une enquête orientée, surtout, à la dimension anthropologique, et psychosociologique. Elle va lui permettre de confirmer la présence de certains types de conduites discordantes par rapport à ces deux ensembles d'éléments antinomiques; d'une part, le sacré, les rites, la religion, les valeurs traditionnelles, et d'autre part, les valeurs culturelles étrangères, la modernité, etc. La remarque que fait l'auteur a propos de l'échec des thérapies traditionnelles sur sa population d'étude a, également, attirée notre attention, puisque nous avons nous aussi rencontré la même constatation dans nos entretiens. Il découvre, également, à la conclusion de cette enquête, que les sujets algériens, surtout ceux qui sont plus touchés par l'acculturation, c'est à dire les citadins, ou les nouveaux citadins, ont tendance à adopter trois types d'attitudes, ou de comportements. Et, afin de mieux appréhender ces trois conduites, que sont les attitudes sélectives ou dissociatives, les attitudes alternantes, et les attitudes électives, nous préférons reporter ces longs fragments d'analyse de N. Toualbi.

1°) Les attitudes sélectives ou dissociatives, pour N. Toualbi, "apparaissent lorsque par formalisme ou conformisme social l'agent est amené à extraire du code originel de valeurs des signifiants préférentiels devant attester de son attachement aux normes traditionnelles. On a pu constater comment l'islam était régulièrement incriminé d'être rigide, contraignant, voire inhibiteur du développement. Il est donc à ces titres une valeur sociale négative. Mais pas question d'y renoncer pour autant, du moins s'accordera t-on à dire indépassables certains de ces canons, tel le ramadhan, ce mois de communion sociale" (Op. cit p. 254).

2°) Les attitudes alternantes, elles, "consistent pour l'essentiel à réparer dans le temps la réalisation de deux actions (ou désirs) antinomiques. Ces attitudes offrent l'avantage de déculpabiliser certains choix de type moderniste lorsque l'agent est assuré de pouvoir les compenser, ultérieurement, par d'autres, traditionalistes. Ainsi donc avons-nous mis en évidence la propension de ces groupes à certaines fêtes chrétiennes comme "le jour de l'An" ou "Noël", aux côtés d'une égale propension aux rites communautaires traditionnels. Attitudes en principe discordantes mais qui s'accordent mutuellement: dès lors qu'elles sont "compartimentées dans le temps

(A.M. Rocheblave-Spenlé, 1970), les contradictions qui les opposent sont occultés et le choix d'une modalité d'action ne s'accompagne pas nécessairement de l'exclusion de l'autre". (Op. cit p. 254-255).

3°) Les attitudes éclectiques, selon N. Toulbi, "forment la masse la plus importante des conduites interculturelles et procèdent d'un syncrétisme général rendant possible une intériorisation active de valeurs contradictoires. Elles constituent dans la plupart des cas étudiés, à puiser dans les deux systèmes en présence les éléments qui les signifient le mieux en vue de leur mise en acte simultanée. Ces attitudes nous sont apparues constituer l'expression la plus nette de l'ambivalence culturelle et ce, pour deux raisons essentielles: en situation d'acculturation, elles sont d'abord manifestation d'un discours social interpersonnel dans lequel s'affirme la volonté de marquer la double appartenance culturelle. L'exemple le plus caractéristique de l'éclectisme est donné par l'orientation qui accompagne la célébration des rites orthodoxes. Nous y avons repéré et confirmé chez ces groupes, un besoin psychologique d'affirmation réciproque dans le champ des valeurs ancestrales. ...Retenons, par conséquent, que c'est la recherche d'un compromis susceptible de réduire l'antagonisme des valeurs qui dicte leur manipulation. Celle-ci se traduit dans la pratique soit dans les attitudes sélectives ou alternantes, soit, plus généralement, dans l'éclectisme qui en constitue l'expression la plus dominante. Sans être exhaustives des mécanismes interculturelles, toutes ces conduites semblent trouver leur incitation dans l'ambivalence culturelle qui apparaît ainsi et en dernière analyse figurer une ressource profonde modératrice des conflits de valeurs" (Op cit. p. 255-256-257).

Après les constatations cliniques (asthénie, insomnies, angoisse...), qu'il a soulevées au début de sa carrière de psychologue de clinicien, N. Toulbi affirme, à la fin de ses investigations anthropologique, et psychosociologique, qu'il est possible, également, de chercher la trace de fonctionnement d'autres mécanismes, chez ces mêmes sujets acculturés, en plus de ces trois principales conduites discordantes, "tels que les rationalisations, les dénégations, les annulations rétroactives, les projections..., des mécanismes difficilement objectivables car d'ordre psychodynamique" (Op cit. p. 256). En conclusion, nous pouvons dire que les travaux de N. Toulbi nous ont permis de bien comprendre comment fonctionnent-ils certaines conduites, perçus chez l'ensemble des acculturés, face au phénomène de l'acculturation ? Ces conduites sont l'expression bien entendu d'un conflit déstabilisateur, "désadaptateur", mais, aussi, ils véhiculent, dans leur fonctionnement, une certaine psychologie de l'adaptation, ou comme préfère le dire C. Camilleri dans la préface de l'ouvrage de N. Toulbi, "d'une formation évolutive et adaptatrice" (Op cit. p. 09).

Un autre auteur algérien, Dalila Arezki, docteur en psychologie de l'Université de Louvain-la-Neuve en Belgique, et Maître de Conférence, s'est intéressée, également, à ce "conflit naît à partir de l'ambivalence" (2004 p. 8). Pour elle: "L'assimilation aux valeurs étrangères... ...déclenche un sentiment inconscient de culpabilité. C'est ce que nous appelons un conflit intrapersonnel... ...Le conflit de valeurs est la confrontation du désir et de l'interdit. Dans certains cas, il peut donner lieu, chez quelques individus, à une formation réactionnelle, ou encore à un compromis d'ambivalence qui parviendra à réduire l'angoisse. Dans d'autres cas, il s'agira d'un véritable choc des cultures au sein de la personnalité, ce qui amènera des troubles psychopathologiques" (2004 p. 8). Un peu plus loin, dans son analyse, sur "les personnes au comportement à tendance moderniste", D. Arezki, dans une certaine mesure, rejoint les idées de N. Toulbi, puisqu'elle déclare: "...on est en face à une hiérarchisation dans

des contraintes de "jeux de rôles", à la fois dans le temps, et dans l'espace. Cela pourrait laisser qu'il y a un éclectisme culturel, mais il s'agit en fait de choisir dans une culture à plusieurs facettes, d'être une fois dans un milieu (traditionnel ou moderne), une fois dans l'autre, selon, la nécessité... Plutôt que de parler, comme on aurait tendance à le faire, d'un compromis, on parlera de conformisme par rapport à plusieurs modèles... ...Les hommes et les femmes ont la possibilité d'emprunter trois voies:

-...les femmes... : La révolte, la soumission, la pathologie.

-...les hommes... : La révolte, le machisme, la pathologie.

Si les voies empruntées lors de la rencontre dans le face à face conjugal divergent, il y a risque de conflit. Si le conflit prend la voie "intrapersonnelle", cela peut aller jusqu'à la rupture du couple. D'une façon générale, il y a alors révolte, opposition, affrontement, affirmation, extériorisation. Mais très souvent, le conflit prend la voie "interpersonnelle". Dans ce cas, pour la femme, cela se traduit par la soumission, la fuite, l'inhibition, le repli, l'intériorisation. Pour l'homme, ce sera le comportement machiste, issu de la mésaventure oedipienne et renforcé par son éducation. La voie interpersonnelle peut, également, dériver chez l'un comme chez l'autre dans la troisième possibilité: La pathologie. Et nous trouvons ici les cas de somatisations, de névrose..." (2004 p. 9-10).

Un autre auteur, Ali El-Kenz, sociologue de formation, a entrepris, dans ses travaux, un essai d'analyse des relations existantes entre l'identité et la religion (1993 p. 154). Il confirma, ainsi, avec des exemples pris çà et là, à travers le monde, que la religion n'a jamais été un facteur entravant le développement d'un pays. Il arriva, aussi, dans son essai d'analyse, à mettre le doigt sur les caractéristiques les plus intéressantes de la fonction de la "religion de l'Islam" dans la société algérienne. "La dimension religieuse, dit-il, a toujours participé, sous une forme ou une autre, à la constitution des identités collectives... ...S'agissant de l'Islam... ...Comparée aux années soixante, il y a une "réactivation", certaine de la dimension religieuse qui participe de plus en plus au mouvement social. Le poids de l'élément religieux augmente partout mais beaucoup plus rapidement quand on s'éloigne de la sphère de la production. Il atteint son maximum dans deux espaces: celui de la place et du rôle de la femme dans la société, et celui de la légitimité du pouvoir politique" (Op cit. p. 154-155).

Rejoignant, ainsi, l'avis d'autres auteurs, comme L. Babés (2000), ou S. Andezian (Colloque national Toulouse/Juin 85), qui pensent que dans les pays maghrébins, et même en France, chez les musulmans, existent "plusieurs types d'Islam" (Op cit. p. 155), A. El-Kenz, à son tour, a tenté d'apporter les raisons d'existence de cet Islam pluriel. Pour lui: "Il y a un Islam populaire, une religiosité populaire caractérisée par son syncrétisme, ses fonctions propitiatoires, faiblement liée à l'interprétation textuelle du patrimoine écrit, plus ouverte par contre à une adaptation de la tradition au changement social. C'est l'Islam "langage de la vie pratique" qui organise pour les classes populaires, leur intégration identitaire dans un mouvement social qu'elles ne maîtrisent que partiellement. Il y a ensuite un Islam orthodoxe, historiquement originaire des "Ulémas", localisé dans le milieu des classes moyennes, et notamment des éducateurs, des enseignants et des fonctionnaires. À la différence du premier, celui-ci est lié à la pratique érudite des textes sacrés... Acceptant son instrumentation par le pouvoir d'Etat, il cherche par ce biais une manière d'institutionnalisation qui le transformerait en quelque sorte en Eglise. C'est l'Islam des Clercs. Il y a enfin un troisième Islam, presque invisible celui-là parce que protégé par les propres rites qu'il s'est

construit, un Islam initiatique, ouvert uniquement aux adeptes dûment introduits: c'est l'Islam des confréries, plus proche du "soufisme", porte plus franchement vers l'atteinte de l'extase mystique, il cherche moins à la différence de l'Islam -vie quotidienne- à organiser une meilleure maîtrise du monde et de ses problèmes, qu'à s'éloigner à l'occasion de rencontres regroupant tous les membres. Trois grands types de pratiques religieuses co-existent donc sous l'enveloppe générique de l'Islam, se recouvrant parfois, notamment la première et la troisième, s'opposant parfois, notamment la deuxième et la troisième, et possédant leurs logiques autonomes liées à l'histoire certes mais aussi aux conditions du présent. ...à côté de ces formes de l'Islam réellement existant, un nouveau type de discours et de pratiques religieuses...: C'est l'Islam politique" (Op cit. p. 155-156-157).

Comme, nous l'avons mentionné ci-dessus, S. Andezian, auteur français, chargée de recherche au CNRS, IDERIC, et enseignante à l'université de Nice, s'est intéressée, à travers son article "Emergence de rôles religieux féminins dans l'immigration algérienne en France, dans un colloque national Toulouse/Juin 85 intitulé "L'interculturel en éducation et en sciences humaines, à cette religiosité montante des femmes musulmanes en France. Tout au début de son article, l'auteur remarque, ce qui est nouveau, "l'émergence de nouveaux rôles féminins (bouchères qui dispensent de la viande licite, commerçantes qui fournissent des articles vestimentaires à usage rituel, tenancières de bains maures nécessaires aux rituels de purification...) et à la professionnalisation de certaines femmes ayant des compétences dans l'exercice de rituels (leaders religieux qui constituent et qui dirigent des groupes d'activités religieuses, musiciennes et chanteuses de chants religieux qui animent des cérémonies familiales, laveuses de mort...)" (Op cit. p. 639). Ces rôles nouveaux ne sont pas le fruit du hasard, ils sont, bien entendu, là pour expliquer une certaine existence particulière, "cette expérience migratoire", propre à ces femmes musulmanes immigrées de France.

D'ailleurs, l'auteur lui-même fait référence, dans son article, à cette problématique d'acculturation subie, et à la nécessité de trouver les moyens, plus précisément, les rituels sacrés, pour pouvoir s'y adapter. Les quelques expressions suivantes de S. Andezian nous montrent l'intérêt de cet espace sacré dans la vie de ces femmes musulmanes en confrontation avec les problèmes quotidiens de l'immigration: "La participation aux réunions de la jemā s'inscrit dans le contexte des visites et ces réunions constituent donc un lieu de relations sociales... La jemā constitue également une structure où sont élaborées des réponses communes aux situations de changement rencontrées aux cours de l'expérience migratoire... Les rituels qui y sont observés correspondent non seulement à un besoin de piété mais elles sont des moyens privilégiés pour obtenir les faveurs des Saints sous forme de solutions à tous les problèmes liés à l'immigration... De par ses fonctions sociales multiples, l'Islam des confréries est à même de favoriser les relations communautaires entre les adeptes et de préserver les valeurs ancestrales difficiles à maintenir dans le monde contemporain... Par rapport à la société française, l'organisation d'un espace sacré dans un environnement menaçant pour l'intégrité du groupe est un indice de l'autonomie dont celui-ci jouit dans la gestion de son identité" (Op cit. p. 545-646). Comme nous venons de le remarquer, déjà, avec les auteurs précédents, la totalité des travaux, pourtant différents, apportent le même constat, et la même conclusion: Il est bel et bien vérifié que la totalité des sujets acculturés, dont le vécu semble le même, puisque tous sont confrontés aux paradoxes de la double culture, sont sérieusement affectés dans leurs conduites, et dans leurs psychismes.

Des auteurs étrangers, parmi lesquels les plus célèbres, comme C. Camillieri, G. Vinsonneau, mais aussi d'autres, comme H. Stork, F. Giraud, L. Compere, G-M Craan, Altay A. Manco, Ph. Carrer, ou encore M. Hazera, P. Renaut, et J. Delafosse, ont, chacun, de son côté, et avec sa propre méthode, essayé, d'étudier les manifestations des conduites qui semblent "normales", "équilibrées", ou pathologiques, parfois, rencontrés chez ces personnes touchées, de très près, par l'acculturation.

C'est à C. Camillieri que revient le mérite d'avoir conçu un nouveau concept, et une nouvelle manière, l'étude des "stratégies identitaires", plus réaliste, et plus dynamique, aussi, il faut le dire, pour en rendre compte des phénomènes de la psychologie interculturelle, qui était souvent, et qui le reste encore, chez certains auteurs maghrébins, appréhendée à travers le concept de "conflits". Et, pour bien en rendre compte de cette dynamique, presque naturelle, chez l'individu confronté aux contradictions des cultures, et leurs paradoxes, C. Camillieri utilisa le concept, fort significatif, de "stratégie", un concept défini dans les dictionnaires de N. Sillamy, psychologue, et de A. Akoun, et P. Ansart, sociologues, de cette manière: "Ensemble des actions coordonnées en vue de la réalisation d'un projet bien défini" (1980 p. 1143), et "Ensemble de moyens mis en oeuvre par un ou des individus pour parvenir à leurs fins, dans un système dont les règles implicites sont formées par la combinaison de ces stratégies" (1999 p. 507).

Et c'est autour, justement, de cette problématique interculturelle, que rencontre le sujet maghrébin, que C. Camillieri, contrairement, à des chercheurs, comme l'algérien A. El-Kenz, les marocains L. Ibaaquil, A. Ezzaher, A. Khatibi, et bien d'autres encore comme les français M. Richelle, 1960, et J.P. Charnay, 1975, a entrepris une nouvelle voie "faisant valoir l'existence de mécanismes psychologiques quasi naturels de "modération de crise" tel que l'a décrit N. Toualbi dans son récent ouvrage "L'identité au Maghreb" (2000 p. 69). C'est durant son étude historique "sur la crise culturelle en Tunisie", selon N. Toualbi toujours, que "C. Camillieri projète ses analyses dans l'économie particulière de la théorie du changement social à laquelle il porte une contribution psychologique essentielle. Il oppose à ceux qui fomentent des hypothèses "dramatiques" sur l'issue des transformations socioculturelles au Maghreb, le caractère non contradictoire de la fonction "instrumentale" de l'identité par rapport à sa fonction ontologique. Ces deux facettes de l'identité, ainsi définies dans une perspective fonctionnaliste dynamique, furent tout récemment (1996) reprises par l'auteur qui les met à profit pour différencier à l'échelle régionale ce qu'il nomme "l'identité de fait", celle à valeur ontologique et que l'on voudrait préserver de l'altérité -et "l'identité de valeur" formée, elle, autour de modèles empruntés à la culture industrielle et dont la fonction, essentiellement pragmatique, favorise l'ajustement aux nouvelles formes de l'existence sociale" (Op cit. p. 70-71).

Dans le même sens, G. Vinsonneau, dans ses deux ouvrages "Culture et comportement" (1997), et "L'identité culturelle" (2002), cite largement les tenants de la théorie dynamique de la psychologie interculturelle, à leur tête C. Camillieri, pour expliquer ces "stratégies identitaires", que sont: "Crispation identitaire, conservatisme et repli sur la culture d'origine", "Fluidité identitaire et opportunisme", par rapport à une seule culture, "Synchrétisme", "Intégration", par rapport aux deux cultures, dont font référence souvent les acteurs sociaux en confrontation aux systèmes culturels contradictoires. Comme le montre si bien ces expressions de G. Vinsonneau, "Les théoriciens du courant des "stratégies identitaires" conçoivent l'identité comme produit et processus. L'un et l'autre sont des

expressions de sujets engagés dans des systèmes d'interactions sociales. Le sujet est acteur dans la dynamique où se négocient les diverses positions subjectives propres à assurer son inscription et sa reconnaissance au sein du tissu social. Lorsque la position de sujet est confisquée à l'individu, le mouvement dialectique à l'origine de ses constructions identitaires se bloque, provoquant confrontations et conflits. S'il surmonte ces conflits, le sujet trouve les moyens d'échapper à l'enfermement dans l' "identité-prison" qui lui est assigné de l'extérieur" (2002 p. 14).

Dans un article intitulé "École et problèmes culturels dans le tiers monde décolonisé: Exemples africains", C. Camilleri, arriva, ainsi, à l'aide d'un support suffisant d'études réalisées par des chercheurs maghrébins, le marocain L. Ibaaquil, les algériens Z. Haddab, et M. Haddab, à des constatations flagrantes de: "matraquage" quotidien par deux sources idéologico-culturelles contradictoires subi par l'élève de ces pays décolonisés" (Colloque national Toulouse/1985 p. 136). Les conclusions, auxquels C. Camilleri est arrivé, conçus à partir des travaux du marocain L. Ibaaquil (1977), sur des textes en arabe et en français, nous présentent clairement cette situation confuse de "l'ambiguïté idéologico-culturelle" dont sont confrontés, déjà précocement, les petits élèves marocains: "-Les textes en arabe se caractérisent par un théocentrisme présentant Dieu comme la cause de toutes choses; d'où relativisation du concept d'activité humaine. -Les textes français diffusent une idéologie humaniste et valorisent l'efficacité de l'homme... -Les textes arabes s'appesantissent sur le passé, la tradition musulmane; les autres sont centrés sur l'actuel, le "moderne". -L'adulte, présenté très majoritairement dans les lectures en arabe, y est fortement valorisé, tandis que l'enfant prime dans celles en français. -Les textes arabes sont saturés d'indicateurs de l'idéologie patriarcale: très forte prédominance des hommes, qui tiennent majoritairement les rôles importants, et des relations père-fils, le père étant celui qui agit. En français, les rôles sont plus diversifiés et les interactions frères-soeurs nombreuses" (Op cit. p. 156). À la fin de son article, l'auteur propose, pour surmonter cette crise culturelle maghrébine, de: "...ménager dans la cité les conditions de tout ordre, y compris sociopolitiques, pour que la collectivité intervienne effectivement et activement en tant que communauté dans l'acte pédagogique" (Op cit. p. 142).

Un article fort intéressant de M. Catani, communiqué lors du Colloque de Grenoble de 1983, intitulé ""Mariage à l'Algérienne" ou la transmission des valeurs des parents aux enfants. Combinaisons adéquates et inadéquates", paru dans un ouvrage collectif "Les Algériens en France", sous la coordination de J Costa-Lascoux et E Temime, montre comment les immigrés en France, surtout les nouvelles générations, vivent-ils difficilement ces périodes d'acculturation ? L'auteur arrive à la conclusion suivante pour expliquer les conflits de générations, les malentendus parents-progénitures, existants en France: "De ce point de vue il ne s'agit pas, de la part des filles, du seul conflit de générations, mais d'une méconnaissance totale des éléments d'une culture et donc du système de valeurs de leurs parents"(1985 p. 240-241). La méconnaissance de la culture arabo-musulmane, et les cultures locales de notre pays, ont plongé nos sociétés dans une méconnaissance, aussi, de leur identité, ce qui s'est traduit par une confrontation inégale avec les cultures occidentales, d'où l'existence d'une acculturation des plus destructrices aux niveaux individuel, familial, et social.

Dans un autre article, fort intéressant, identique à celui qu'on vient de voir, intitulé "Sondage sur l'entente familiale chez les jeunes filles issues de l'immigration musulmane en Europe", apparu dans la revue "Prisme. Corps,

culture, et identité", Altay A. Manço tient les mêmes propos, que celui de C. Camilleri, sur le sujet des "stratégies identitaires", adoptés par les acteurs sociaux atteints d'acculturation: "...Dans ce cas de figure qui correspond à de nombreuses filles de l'échantillon, la stratégie est une simple juxtaposition de normes et est dite "syncrétique": la dissonance culturelle est ici réduite au moyen de paradoxes flagrants, mais provisoirement efficaces, en termes d'intégration intrapsychique. ...l'intégration psychologique ne suppose pas une absence de conflit interne ou externe, mais implique la capacité à le gérer (Manço, 1999). La paradoxalité des conduites identitaires correspond ainsi à l'aptitude d'un sujet à manipuler efficacement les contradictions entre les valeurs d'un groupe auquel il appartient (sa famille, par exemple) et les projets qu'il se donne à réaliser... ...la moitié des jeunes filles a su transformer le conflit en "paradoxe", oscillant entre respect et mensonge, révolte et silence, alors que l'autre moitié traverse une période conflictuelle au sein de la famille" (2002 p. 95).

H. E. Stork, quant à elle, pense qu'en milieu de l'immigration, "Les pratiques qui résistent le mieux à l'acculturation figurent les techniques du corps stricto sensu, c'est à dire les postures et les gestes qui ont gardé l'empreinte du terroir d'origine" (1999 p. 196). Parmi ces pratiques, l'on peut découvrir, par exemple, chez les jeunes mères maghrébines, le maintien de certains gestes de maternage, comme l'emballage, le massage du corps du bébé avec l'huile d'olive, etc. "Les pratiques magico-religieuses", remarque-t-elle, "figurent aussi parmi celles qui, paradoxalement, se conservent le mieux en situation d'immigration... ...Le bébé algérien est protégé du mauvais œil et de l'action des génies qui pourraient chercher à lui nuire, les djenoun ("djinnns"), en glissant un objet métallique (un couteau, voire des ciseaux) sous son oreiller ou en accrochant à son berceau une petite main de Fatima ou un verset du Coran. Les génies malfaisants sont, en effet, censés redouter le Coran, la lumière, le fer, et aussi le sel qu'on jette en différents points de la maison" (1999 p. 197).

Ces déclarations émises par l'auteur sur les jeunes mères de l'immigration nous montrent combien est important le maintien de certaines pratiques du pays d'origine, comme ces pratiques magico-religieuses, pour affermir l'essentiel d'une identité culturelle, sauver les principes de la "société traditionnelle", comme le maintien de la cohésion sociale et la mémoire du passé, menacée par l'accélération des changements socioculturels dans le pays d'accueil. L'auteur termine sa remarque en affirmant que: "Dans les pays d'origine, 30% seulement des mères, contre 87% en situation d'immigration, reconnaissent qu'elles croient à l'influence du mauvais œil. On peut se demander, devant un tel phénomène, si l'anxiété liée à la situation migratoire ne serait pas renforcée et projetée sur l'étranger qui regarde, et qui juge" (Op. cit p. 197).

La même remarque est observée chez un autre auteur, F. Giraud, de formation ethnopsychiatrice, sur les sujets de l'immigration en France, apparue dans la revue "Prisme. Parcours de l'exil. Cliniques transculturelles", quand il déclare que: "Derrière la façade d'une acculturation parfaite, telle qu'elle apparaît parfois chez des sujets qui ont fait de la migration et de leur intégration une démarche essentielle dans ses enjeux et leur portée, se dissimulent souvent des situations infiniment plus complexes et parfois traumatiques" (1998 p. 146). L'auteur n'oublie pas d'affirmer, par ailleurs, que cette "Acculturation qui s'effectue dans le cadre d'une réussite... ...s'accompagne, dans un certain nombre de situations, d'une sorte de rejet de la culture d'origine, refoulée, parfois reniée comme trop traditionnelle ou arriérée" (Ibid p.146).

Des auteurs, cette fois-ci, Canadiens, L. Compère et G-M Craan, ont remarquablement démontré dans leurs travaux, sur la communauté haïtienne, apparus dans la revue "Prisme. Approches communautaires", la relation qui peut exister entre "la fragilisation" de l'identité, et la naissance de la "marginalisation". Fragilisés par leur histoire difficile d'immigrants, et par leur "identité hypothéquée", dans le pays d'accueil, le Canada, les jeunes Québécois d'origine haïtienne, semble être poussés d'adopter: "...plusieurs stratégies d'intégration, et parmi celles-ci, nous retrouvons deux extrêmes, soit les stratégies consensuelles, et les stratégies conflictuelles... Les jeunes qui développent la stratégie consensuelle semblent plus imbus de leur identité... ils essaient d'exceller partout... Toutefois, le stress que génère cette course à la réussite ou à l'excellence les met face à leurs limites, et les fragilise. Ceux qui développent la stratégie conflictuelle optent pour le regroupement entre pairs, pouvant aller dans certains cas jusqu'à l'adhésion aux "gangs" de rue" (1995 p. 74). Tout en se déclarant, dans leur recherche, sur les jeunes Québécois d'origine haïtienne, "critique plutôt que triomphaliste", L. Compère et G-M Craan achèvent leur article sur un ton plus ou moins optimiste: "Pour notre part, nous estimons que la force d'une communauté réside autant dans son passé que dans son présent: il est essentiel que la communauté haïtienne retrouve son équilibre entre ces deux moments et renoue avec ses pratiques et croyances fondatrices tout en assumant les multiples expériences qui l'enrichissent sans complètement la transformer" (Ibid p. 76).

Conclusion.

Évidemment, comme on a essayé de l'expliquer, les sujets de la famille algérienne, qu'ils soient en France, ou en Algérie, connaissent, suivant leurs régions, leurs niveaux d'instructions, leurs origines sociales, des comportements discordants, des représentations incohérentes, et un psychisme affaibli, dues aux produits culturels paradoxaux, qu'ils avaient assimilés. Il serait intéressant de chercher, dans notre thèse, jusqu'à quelle mesure ce phénomène d'acculturation a généré sur les proches des malades mentaux un malaise profond, mais aussi des conduites appelées "stratégies identitaires" très utiles pour une nouvelle construction, ou formation, identitaire culturelle. En Algérie, au même titre que dans les autres pays arabes, les sujets, et les sociétés, doivent montrer plus d'ouverture à d'autres cultures, et plus d'intégration à ce qu'on appelle aujourd'hui la "mondialisation", et la "modernisation".

Mais, nous sommes à une période, "la période de la globalisation", où il n'y a plus de frontières entre les cultures, donc, même les sujets, et les sociétés, qui vivent à l'intérieur du pays, l'Algérie, doivent montrer plus d'ouverture, et plus de réceptivité à d'autres cultures mondiales, s'ils ne veulent pas se voir marginaliser, ou "périr". Il reste à trouver un moyen pour faire resurgir les bonnes valeurs arabo-islamiques perdues avec le temps, et les faire connaître aux sociétés actuelles, parce que c'est ici que réside le problème du passage à la modernité, par "le développement". Nous assistons, malheureusement encore, de la part des gouvernements des pays Maghrébins, et Arabes, à une élaboration unilatérale des pratiques de "modernisation", sans le consensus social des sociétés intéressées par ce sujet brûlant, et d'actualité. Mais, ce qui est intéressant de voir, aujourd'hui, c'est que les sujets algériens ont pu développer un ensemble de conduites, appelées par certains auteurs de "stratégies identitaires", pour faire face, à leurs manières, et selon leurs intelligences, à ce phénomène d'acculturation. Notre recherche s'attèle donc à chercher auprès des proches des malades mentaux leurs comportements quotidiens, et

leurs rituels, pour mieux voir l'usage que se font ces derniers des produits culturels, traditionnel et moderne, souvent paradoxaux, qu'ils ont à leurs possessions.

Nous pouvons dire, comme l'a si bien exprimé J. Déjeux ci-dessus, on est "tous porteur de cultures plurielles", on a tous intérêt à tracer un itinéraire différent pour s'accommoder, à notre façon, à ces produits culturels souvent conflictuels. Mais, à la base, nous devons connaître, au moins, notre culture arabo-islamique, qui constitue, aussi, notre identité; et à partir de là, confiant, pour ce que peut nous donner notre culture de "valeurs", nous pouvons, à cette seule condition, nous intéresser aux cultures des autres, comme l'ont fait nos ancêtres les Arabes, et les berbères, avec les cultures grecs, persanes, ou hindous. Les personnes, qui n'arrivent pas à redynamiser cette culture propre à leurs ancêtres, hélas ils sont nombreux dans notre société actuelle, vont avoir du mal à assimiler ces codes culturels pluriels, qui, pour la plupart, nous viennent de l'occident, et par conséquent, ils vont être une proie facile à l'acculturation dévastatrice, et probablement, aussi, à la psychopathologie. La recherche que nous proposons de réaliser à pour objectif justement de montrer comment l'individu, qu'il soit femme, ou homme, arrive-il à concilier dans sa vie avec le malade mental ces produits culturels, qui sont parfois conflictuels, ou sources d'angoisses ?

Pour conclure, nous devons signaler que les études, actuellement, plus que tout autre époque, s'intéressent, de plus en plus, aux problèmes de contacts culturels, que connaissent essentiellement les sociétés dites cosmopolites. Les pays occidentaux, bien évidemment, font face, depuis longtemps, avec l'arrivée de nombreux immigrés anciens, ou récents, à ces phénomènes de contacts culturels, et trouvent qu'il n'y a pas d'autre moyen, maintenant, que celui d'instaurer un climat d'adaptation des cultures autour de certains principes généraux de la vie moderne, comme la démocratie, les droits de l'homme, le droit à la différence, etc. Beaucoup d'études (Benoit D et Al 1995) (Camilleri C, et Cohen Emerique M 1989) (Camilleri, et Vinsonneau G 1996) Riguet M 1994) (Vinsonneau G 1997), par exemple, devant les phénomènes de démocratie, de droits de l'homme, d'acculturation, de contact culturels, que connaissent les sociétés actuelles, ont essayé de montrer qu'il n'y a pas autre solution, aujourd'hui, que de chercher les concepts les plus réels, les plus neutres, et les plus objectifs, afin de mieux en rendre compte de ces phénomènes d'actualité de communication interculturelle, de contact culturel, de relations interculturelles, etc. L'Occident est bien avancé dans ces recherches par rapport aux pays Arabes, et à notre pays, ce qui laisse penser que ces derniers ont encore du chemin à faire, afin de voir concrétiser ces études autour des sujets concernant l'acculturation, la modernisation, le développement, le droit à la différence, la démocratie, le contact avec les autres cultures, etc.

Chapitre II: Historique, et évolution du concept de la maladie mentale dans le monde Arabo-musulman, en Europe, et en Algérie contemporaine.

1- Les peuples anciens, et la maladie mentale.

- L'Égypte

- Les perses

- Les Grecs

2- Les arabes, les berbères, et la maladie mentale.

a) L'esprit magico-religieux, et la médecine empirique

b) La période de l'après Islam

3- L'Europe, et la maladie mentale.

4- L'Algérie contemporaine, et la maladie mentale.

Conclusion.

Chapitre II: Historique, évolution, du concept de la maladie mentale dans le monde Arabo-

musulman, en Europe, et en Algérie contemporaine.

En guise d'introduction, et avant de nous lancer dans le long "récit" de l'historique, et évolution, du concept de la maladie mentale, nous avons jugé utile d'éclaircir le sens du langage, et le rapport qu'il entretient avec l'esprit de l'homme. Pour y arriver, nous avons pris, bien entendu, comme référence les deux langues que nous connaissons, l'arabe et le français. L'usage des termes de la langue dans le milieu arabe, de même que dans le milieu français, nous place devant une certaine complexité du fonctionnement du langage. C'est, ainsi, que par rapport au sujet de la "maladie mentale", nous recensons dans la langue arabe, comme dans la langue française, un nombre important de mots. Le locuteur, dans la langue arabe, peut, aussi, bien dire "marid akli", que "majnoun", "mahboul", "makhalkhal", "makharbat", "matarwech", "madroub", etc. Dans la langue française, le locuteur, lui, dira: "maladie mentale", "fou", "dérangé", "toqué", "marteau", "mahboul", etc. À y voir de plus près, nous pouvons dire que le locuteur dans, aussi, bien la langue arabe, que dans la langue française, utilise son langage de la même façon, c'est à dire qu'il tient compte souvent, dans son rapport à son langage, d'un certain fonctionnement, qui est celui de l'usage du sens propre, et du sens figuré. C'est, ainsi, qu'à côté de ces termes, à l'aspect dénotatif du langage, de ce locuteur (arabe, ou français), qu'on rencontre souvent dans les dictionnaires, les ouvrages, et les contextes scientifiques, et officiels, existe, aussi chez-lui, des termes à l'aspect connotatif, qui se traduisent, essentiellement, par ce caractère des termes improvisés populairement.

Dans la langue arabe, toujours par rapport à ce contexte de la maladie mentale, nous pouvons, d'or et déjà, pour comprendre le sens de ce sujet, nous référer aux multiples définitions que contient la langue arabe, comme, par exemple, la définition qu'on retrouve dans le terme arabe "akil", afin de saisir, justement, ce qu'il ne l'est pas, ou ce qui est son contraire. Th. W. Juynboll définit le terme de "akil" de la façon suivante: "Celui qui possède toute son intelligence; dans les livres de droit musulman ce terme est souvent lié avec l'adjectif "baligh", adulte, majeur. Une telle personne peut agir avec une intention bien arrêtée et avec réflexion..." (Houtsama Th, Basset R, Arnold T.W, et Hartmann dir 1913, p. 242). Donc, nous pouvons dire, pour utiliser les mêmes mots de ces auteurs, mais en négation, qu'un sujet atteint de la maladie mentale est quelqu'un: "qui ne possède pas toute son intelligence, qui ne peut pas agir avec une intention bien arrêtée et avec réflexion, etc". Le terme de "majnoun", c'est à dire "le fou", d'après R. A. Nicholson, "Dans les littératures arabe, persane, et turque, veut dire "l'homme possédé par un djinn", est surtout associée à Kais b. al-Mulawwah... ..Kais s'éprend de Laila, mais le père le refuse comme gendre, alors fou de douleur, il passe le reste de ses jours dans la solitude, errant à demi-nu sur les collines et dans les vallées du Nadjd, en composant des vers sur son amour malheureux et en ne voyant Laila qu'à de rares intervalles, jusqu'à sa mort" (Houtsama Th, Basset R, Arnold T.W, et Hartmann idr 1913, p. 99).

Dans la langue française, et d'après le petit Larousse, le terme folie, "(De fol). Terme générique ancien qui désignait les troubles mentaux. Manque de jugement, absence de raison. Acte déraisonnable, passionné, excessif. Folie des grandeurs, mégalomanie" (Petit Larousse 1980, p. 293). Le terme fou ou fol, folle, toujours d'après le petit Larousse, c'est "(lat. folis, ballon). Qui a perdu la raison ou dont le comportement est extravagant. Adj. Qui

est hors de soi. Contraire à la raison: une folle passion; un fol espoir..." (Ibid. p. 398). D'après le Dictionnaire Alphabétique et analogique de la langue Française, le terme fou: "Celui, celle qui est atteint de troubles, de désordres mentaux. Aliéné, dément, déséquilibré, maniaque, névrosé, obsédé... Fou a disparu du langage scientifique et médical. Folie: Fou délirant. Divagations, égarements, hallucination d'un fou"(Dictionnaire Alphabétique et Analogique de la langue Française 1984, p. 99).

Comme nous venons de le voir à travers leur aspect dénotatif, dirions-nous, aussi, officiel, les langues arabe, et française, et les autres langues aussi, semblent se mettre d'accord sur les principaux éléments de fonctionnement du sens de la langue, en tenant compte, par exemple, comme nous venons de le voir, à différencier l'aspect dénotatif de son aspect connotatif... Il est bien évident que cette tendance universel d'usage de la langue, selon une certaine logique, et un certain esprit scientifique, n'est pas venu par hasard. Nous pensons que les langues, au même titre que l'esprit humain, ont subi une influence, et une évolution, qui remonte, probablement, à l'origine de l'histoire de l'humanité. Ces termes en langue arabe, ou française, comme d'ailleurs tous les termes des autres langues, ont été produits par l'homme pour son besoin d'échange, et de communication. Pour mieux expliquer ce phénomène "de besoin d'échange, et de communication", revenons à notre sujet de la "maladie mentale", nous pouvons dire avec H. Baruk que "la définition du malade mental était longtemps uniquement d'ordre social... ..On le considérait comme une sorte d'étranger que l'on devait en quelque sorte éliminer et même mettre de côté" (Baruk H 1970, p. 5). Et comme le langage est, aussi, sous-tendu par le raisonnement logique de l'homme, surtout depuis que les Arabes, puis l'Occident ont retrouvé, et imposé cet esprit de la science, et de la raison, donc on pourrait supposer que dans toutes les autres langues officielles, d'aujourd'hui, les termes sont souvent construits sur ce critère-là. Ce qui fait que l'homme, actuellement, a tendance à se baser, essentiellement, sur l'aspect dénotatif, ou sur un seul sens, sur le sens scientifique; et ce qui diffère d'une langue à l'autre, c'est plutôt la façon de le dire.

Mais, ce qu'on remarque, de nos jours, à travers l'usage de la langue, est que l'homme a souvent tendance, comme nous l'avons vu, à produire, et à utiliser, deux types de langage, le langage de la "rue", parce que c'est le langage courant, et le langage soigné, le langage scientifique, c'est ce langage admis officiellement, et socialement. Le bon usage de la langue, ce langage soigné, est l'apanage de l'homme de science, alors que le langage "populaire" courant, lui, est souvent revendiqué par l'homme ordinaire, l'homme de la "rue". On peut dire que cette langue de la "rue" est produite, aussi, en quelque sorte, sous l'impulsion de l'émotion, de l'humeur, et de la psychologie de l'individu, et de la société, c'est ce qui fait, justement, son caractère connotatif (de la langue).

L'homme a essayé, ainsi, depuis son existence sur la terre, de produire, et de définir, ces termes en fonction de son milieu, de sa société, et de ses expériences. Ce chapitre sur "l'historique, et l'évolution, du concept de la maladie mentale" va nous permettre de connaître, justement, ces milieux, et ces sociétés, où l'homme a évolué, et par conséquent, va nous faire comprendre, par exemple, comment l'homme Égyptien, l'homme de la Perse, l'homme Grec, l'homme Arabe, ensuite Européen, a vécu les différentes évolutions du concept de la maladie mentale, depuis l'ère de l'antiquité, la période médiévale, à la période moderne. On a envie de dire que même les mots de la langue, de n'importe quelle société, ont eu une vie, une histoire, qu'il faut en tenir compte, pour

comprendre non seulement les profondeurs de l'esprit universel de l'humanité, mais aussi les spécificités de chaque société, et de chaque culture.

Pour bien se documenter sur le sujet de "l'historique, et l'évolution, du concept de la Maladie mentale", nous avons trouvé intéressant de l'aborder dans une double dimension, dans un double contexte, ou, si nous le préférons, dans une double culture. Tout d'abord, il est intéressant de l'approcher par le contexte de la culture Européenne, et Française, parce que nous avons été confrontés à celles-ci, par une histoire commune, parfois difficile, certes, où les Arabes, et les Européens, ont été souvent ennemis. Nous devons, aussi, et surtout, l'approcher par la culture Arabe, et Algérienne, parce que notre histoire a produit l'une des cultures les plus complexes, où elle a été rayonnante pendant que l'Europe croupissait dans une ignorance absolue, puis décadente pendant que cette dernière a retrouvé la "renaissance", et "l'esprit de raison". Nous appartenons à un milieu, où l'Algérie, comme l'Afrique du Nord, a connu l'une des histoires les plus tumultueuses, parce que nous avons vécu, bien évidemment, comme les autres cultures des pays de la région de la méditerranée, beaucoup d'influences culturelles, qui nous sont venues de l'Orient, mais aussi de l'Occident. Les Arabes, pendant ces périodes, où ils avaient connu le pouvoir sur ces voisins sur tous les plans, ont, aussi, apporté aux cultures avoisinantes des pays de l'Europe l'accès à la science, et à la sagesse. Nous pouvons remarquer, déjà, à partir du contenu du présent chapitre, qui porte son étude, initialement, sur "l'historique, et l'évolution, du concept de la maladie mentale", qu'il pourrait bien, également, prendre, pour titre: "L'historique de l'un des aspects des cultures arabo-musulmane, et occidentale: La pensée magique, et le savoir", ou encore: "L'interaction des pensées magique, et de la raison, dans le monde arabe, et en Occident", etc. Le présent chapitre, comme on peut le voir ainsi, traite plusieurs sujets à la fois: primo, il essaie de cerner l'historique, et l'évolution, de ce qu'on pourrait appeler "les représentations, et les connaissances de la "folie" dans le monde arabo-musulman, et en Occident, secundo, il évoque, en même temps, comment l'humanité, dans cette partie du monde, a t-elle été, tout le temps, dans son histoire, confrontée à cette dualité, que sont le sacré, ou la religion, et le savoir, ou le modernisme ? Et comme le confirme les diverses parties de notre thèse, le sujet, et la société, dans leurs oeuvres de chercher ce savoir, ou ce modernisme, ils doivent souvent laisser une partie de leur identité propre.

1- Les peuples anciens, et la maladie mentale.

Le chapitre "L'historique, et l'évolution, du concept de la maladie mentale, comme tous les sujets de l'histoire, n'est pas un thème facile à traiter. Les historiens, quand il s'agit d'un thème pareil, doivent réunir tous les documents, et archives, afin de pouvoir rendre compte de tous les faits historiques, qui rentrent de près, ou de loin, dans l'explication d'un tel sujet. Nous avons vu comment des auteurs comme M. Foucault, F.G. Alexandre, et S.T. Selesnick, dans leurs ouvrages respectifs "l'histoire de la folie à l'âge classique", et "l'histoire de la psychiatrie" y sont arrivés, dans une certaine mesure ? Ils ont non seulement rapporté des faits historiques réels en rapport avec le sujet de la maladie mentale, ou de la folie, mais, aussi, ils ont essayé d'analyser la succession de ces faits-là. Notre lecture de l'histoire de la psychiatrie, de la maladie mentale, ou de la folie, nous a laissé comprendre que rien dans le déroulement de cette histoire n'est venu fortuitement. Il est évident que les faits historiques, et leurs déroulements dans le temps, ont toujours été expliqués par rapport à l'esprit de la société en vogue, et par rapport aux influences que cette dernière a pu subir du monde extérieur.

-L'Égypte.

Les Égyptiens, dans leur histoire, ont surtout fait usage de la religion, et de la magie, en tant que procédés médicaux. Les auteurs rapportent cependant que les Égyptiens avaient certaines idées erronées sur les fonctions des nerfs, des muscles, et des vaisseaux sanguins. Ils pensaient que "les différentes parties anatomiques du corps étaient régies par des esprits particuliers..." (Alexander F.G, et Selesnick S.T 1972, p. 36). Les Égyptiens, selon ces mêmes auteurs, pensaient que l'origine de la guérison du malade par le biais, par exemple, de l'excursion sur le nil, était surnaturelle, parce que la dite excursion est faite près d'un temple. Malgré ces idées erronées, et malgré les références, en permanence, magico-religieuse de la médecine Égyptienne, celle-ci se caractérisait par "des excellentes observations et description détaillée de maladies" (Ibid. p. 36).

-Les Perses.

De même, comme on l'a vu chez les Égyptiens, les Perses ne possédaient pas une médecine basée sur des faits réels, puisque toute sa pensée médicale est tirée des explications magiques, et religieuses. F.G. Alexander, et S.T. Selesnick, rapportent dans leur ouvrage "Histoire de la psychiatrie" que "Lorsque les médecins, les hommes du scalpel, des plantes, et de la parole, sont en rivalité" dit Ormazd, le croyant ira vers celui qui soigne par la parole sainte, car celui-là est le plus grand des médecins et il apporte aussi un bienfait à l'âme" (Ibid. p. 39).

-Les Grecs.

Ce qu'on peut dire sur le sujet de la médecine chez les Grecs, c'est qu'ils ont connu comme tous les autres peuples anciens l'usage de cette pensée magique dans les procédés médicaux, mais pas au même titre que ces derniers. Les Grecs avaient une certaine liberté de pensée par rapport à la religion. "Les prêtres, disent F.G. Alexander et S.T. Selesnick, n'y étaient pas aussi puissants, et aussi bien organisés, que dans d'autres civilisations antiques, et la religion ne dominait pas la vie quotidienne du Grec moyen comme elle dominait la vie du Babylonien ou de l'Égyptien. Il n'existait pas, en général, de persécution religieuse" (Op. cit. p. 43).

Les Grecs, selon les mêmes auteurs, de part certaines coutumes héritées de leur culture, "puisqu'ils étaient des navigateurs" (Op. cit. p. 44), ont pu, ainsi, bénéficier de l'apport des autres cultures avoisinantes. Nous pouvons, donc, dire que cet état de fait a fortement influencé "les premiers philosophes, et médecins Grecs. L'influence orientale se fit fortement sentir dans les écoles médicales de Cos, de Rhodes, de Cnide et de Cyrène" (Op. cit. p. 44). Le déroulement de l'histoire de la pensée Grec, de l'avis des auteurs F.G. Alexander, et S.T. Selesnick, "N'est pas fortuit, puisque l'ordre chronologique du développement de la pensée scientifique, part de spéculations cosmologiques pour aboutir à l'étude de l'homme et de la société. Pendant près de deux siècles, environ de 600 à 450 avant J.-C., les philosophes grecs se sont presque exclusivement intéressés à la cosmologie. Cette période fut suivie par une ère anthropologique (450-400 avant J.-C.) au cours de laquelle l'homme lui-même devint le centre d'intérêt. Ce fut ensuite le passage progressif à l'âge éthico-sociologique de Platon et d'Aristote qui parvint à son apogée avec les écoles stoïcienne et épicurienne de la période hellénistique et de Rome" (Op. cit. p. 44).

Hippocrate (460-377 avant J.-C.), qui est considéré aujourd'hui comme le père de la médecine, "car il a été le premier à s'efforcer d'expliquer toutes les maladies de manière cohérente à partir de causes naturelles" (Op. cit. p. 46). Les médecins hippocratiques, qui ont pris la relève par la suite, ont démontré une très grande capacité à décrire, et à classer les maladies. C'est, ainsi, d'après F.G. Alexander, et S.T. Selesnick, "qu'ils incluaient dans leur classification l'épilepsie, la manie, la mélancolie et la paranoïa. Ils étaient réputés pour leur habilité à reconnaître et à soigner les maladies mentales. Ils établissaient non seulement l'histoire complète du malade, mais aussi qu'ils aient reconnu l'importance du rapport étroit existant entre le médecin et le malade" (Op. cit. p. 47-48). De l'avis de tous ceux qui ont étudié l'histoire de la science, et de la médecine, chez les Grecs, toutes les cultures, à commencer par celle des arabes, en premier lieu, leur doit beaucoup.

2- Les arabes, les berbères, et la maladie mentale.

a) L'esprit magico-religieux, et la médecine empirique.

Les Arabes, au même titre que les autres cultures avoisinantes, c'est à dire celles que nous venons de voir, et, également, les Berbères, ont connu, respectivement, dans l'Arabie préislamique, et l'Afrique du Nord, l'usage de cette pensée magico-religieuse. L'existence de certaines croyances, dans cette période antéislamique, selon M. Th. Houtsma, R. Basset, T.W. Arnold, et R. Hartmann, par exemple, comme celle qui donne au "Djinn" démon "la qualité de demi divinité" (Op. cit. p. 1076), ou, toujours selon eux, celle qui considère que le "Ghul" "Sorte de démons femelles particulièrement horribles et ennemies des hommes, variété des Marids faisant partie des "Djinns", lesquels, en se métamorphosant, détournaient de leur route les hommes et notamment les voyageurs, les attaquaient à l'improviste, les tuaient, et les dévoraient" (Op. cit. p. 175), ou encore celle qui pratique le culte des pierres, etc, démontrent énormément l'état d'esprit des tribus arabes de la péninsule Arabique. M. Chebel rapportant ces détails de (Elisseef, OMMA, p. 30), sur ce qui a été dit sur cette période antéislamique, souligne "La terre était peuplée de djinns, les divinités, elles, auraient habité les arbres et des pierres dressées ou bétyles (de bayt-ilah, litt, "Maison de Dieu"), autour desquels on pratiquait des rites circumambulatoriaux" (Chebel M 1995, p. 321).

À côté de cette conception magico-religieuse de l'esprit des tribus, nous pouvons dire que les Arabes anciens, de même que les Berbères, qui ont habité les premiers l'Afrique du Nord, avaient, connu, une autre médecine, basée, celle-là, sur un certain empirisme, qu'ils (les tribus de ces époques) ont, probablement, tiré des expériences avec la nature. Un auteur, M-S. Belguedj, nous donne dans sa thèse de Doctorat sur "La médecine traditionnelle dans le Constantinois", deux citations, l'une appartenant à Ibn Khaldoun, l'autre à Mahmud Sukri al-Alusi, pour bien expliquer le genre de médecine qui était courante, (elle l'est encore aujourd'hui chez certains nomades), chez les tribus nomades Berbères, et Arabes. Ibn Khaldoun a, probablement, vu, dans son temps, cette médecine empirique chez les nomades habitant l'Afrique du Nord: "Les peuples nomades, écrit-il, pratiquent une espèce de médecine fondée ordinairement sur une expérience très limitée et sur l'observation d'un petit nombre de cas particuliers. Ces connaissances, qui leur sont venues à titre d'héritage de la part des anciens de la tribu, et des vieilles femmes, peuvent être vraies jusqu'à un certain point, mais elles ne forment pas un système régulier et naturel, puisqu'elles ne dérivent pas des principes conformes au tempérament de l'homme. Les anciens Arabes possédaient beaucoup de ces notions médicales" (Belguedj M-S 1966, p.6). Dans la citation de Mahmud Sukri al-Alusi, on trouve, presque, les mêmes caractéristiques de cette médecine empirique M-S Belguedj cite cet auteur "Les Arabes avaient de larges connaissances en Médecine, fondées le plus souvent sur l'expérience de quelques individus, et héritées des anciens de la tribu et des vieilles femmes... ...Elles usaient de drogues et de remèdes -plantes ou aliments- capables d'assurer une rapide guérison à la plupart des usagers. On trouve d'ailleurs beaucoup de ces remèdes chez les bédouins d'aujourd'hui" (Ibid. p. 6).

b) La période de l'après Islam

L'un des combats les plus importants que la religion Musulmane, et son prophète Mohamed, aient mené, à cette époque, chez les habitants de l'Arabie, est, donc, la suppression de ces croyances, et de ces superstitions. Nous verrons comment certaines croyances, et certaines superstitions, malgré la guerre que la religion Musulmane a menée contre elles, ont persisté jusqu'à aujourd'hui. B. Carra De Vaux, parlant du culte des saints, "qui n'est pas Coranique", que pratique, encore, certaines sociétés musulmanes de l'Afrique du Nord dans le 19ème siècle, pense que "L'Islam a dû céder sur ce point à la pression du sentiment populaire, qui par ces traditions au merveilleux, et d'autres dispositions psychologiques, est très porté à ce genre de religiosité" (Houtsma M.Th, Wensinck A.J, Lévi-Provençal E, Gibb M.A.R, et Heffening W 1913-1914, p. 1168).

Les Arabes de l'après Islam, à cause de ces déplacements, qui avaient pour but de conquérir le Moyen Orient, et l'Afrique du Nord, où ils ont eu, par la même occasion, un développement conséquent de leurs contacts avec les cultures avoisinantes, ont été (ces déplacements), sans aucun doute, le facteur le plus important dans l'évolution de la culture arabo-musulmane. Ces déplacements que les Arabes ont vécus pendant leurs guerres saintes, et les conséquences directes, ou indirectes de ces dernières sur leurs cultures, sont, selon-nous, identiques aux contacts que les Grecs ont eu, en leur temps, pendant les voyages qu'ils effectuaient à travers le monde. Nous pouvons dire que les succès que les Arabes ont eu pendant ces périodes de conquête reviennent, bien entendu, "à des raisons de la foi Musulmane" elle-même, mais, aussi, "en partie, à ces raisons proprement humaines" (Miquel A 1980, p.

2). Ce qui est important de souligner, donc, est que sans cette foi musulmane, les tribus dispersés dans le péninsule Arabique, n'aurait jamais pu, peut être, se rassembler, et partir à la guerre contre de grands empires.

Il n'est pas dans notre objectif, ni la prétention, bien sûr, dans ce chapitre sur "l'historique, et l'évolution, du concept de la maladie mentale", d'aborder l'histoire de la religion, ou de la culture arabo-musulmane, ce que nous envisageons de faire est, tout simplement, de préciser, de temps à autre, les faits historiques, importants, politiques, de guerres, de prospérité, etc, à travers lesquels les sociétés arabes, et Berbères, ont passé, afin de mieux comprendre l'impact de ces dernières sur "l'évolution du concept de la maladie mentale". Nous savons que les arabes ont su, dans ce passé glorieux, comment bénéficier des contacts avec les autres cultures les plus proches d'eux, en particulier la culture, et la civilisation grec. Ils ont été, plus spécialement, confrontés aux connaissances des philosophes, et des médecins, grecs les plus célèbres, comme Platon, Aristote, et Hippocrate. C'est à travers ces contacts permanents avec d'autres cultures, n'ayant que, peu, d'influence de la magie, et de "la persécution religieuse", par "l'intermédiaire des Syriens et des Persans, puis par la traduction des anciens livres" (Ibid. p. 779), disent encore M. Th Houtsma, A.J Wensinck, E Lévi-Provençal, M.AR Gibb , et W Heffening, que les arabes ont pu accéder aux connaissances les plus importantes de la nature (astronomie, mathématique, alchimie, etc), et de l'homme, et qu'ils ont pu les développer, par la suite, à leur manière.

L'Islam a, depuis, la mort du Prophète Mohamed, laissé des personnes qualifiées, pour assurer la continuité de la foi chez les Musulmans. Il "l'Islam" a, ainsi, instauré le principe du Califat, qui signifie, littéralement, dans la langue arabe "le successeur", ou "le Lieutenant". Afin de comprendre les fonctions, qu'à un Calife, essayons de voir ces quelques précisions de M. Chebel: "Dans le sens qui lui est donné dans le Coran, le Calife (Khalife) concerne le Prophète en tant qu'apôtre de Dieu, son vicaire sur terre et son messenger (Rassoul Allah). Les quatre premiers califes qui ont succédé au Prophète (Abou Bakr, Omar, Othman, Ali), dits Al Kholafa ar-Rachidoun, "Les Califes Bien-Guidés", étaient ses proches compagnons ou ses parents. Le Califat joue ainsi, chez les Sunnites un rôle équivalent à celui de l'imâmât chez les Chiïtes. À partir du VIII siècle, est venu le tour des grands Califats de Damas et de Baghdad, tous deux fondés sur un principe dynastique centralisé. Progressivement, à mesure que les dynasties se ramifiaient, elles s'étendaient de proche en proche pour concerner l'Égypte, le Maghreb, et ne s'arrêter, en Espagne, qu'au milieu du XVe siècle" (Op. cit p. 81).

Il est clair, que pour pouvoir parler, de ce qui s'est passé, dans ces périodes de conquêtes musulmanes, et de périodes de grandes dynasties, du sujet de la médecine, et, surtout, du sujet relatif à la médecine de la maladie mentale, nous devons revoir les points forts de l'existence, et l'évolution, de ces dernières. Déjà, du temps du prophète, il existait, bien nettement, à travers le langage de ce dernier l'allusion à une certaine médecine, qu'on a appelé par la suite, "la Médecine du Prophète", qui rassemblait un certain savoir en rapport avec le bon entretien du corps, et de l'âme. Une citation de M. Chebel nous permettra de mieux comprendre, ce qu'est cette "médecine du Prophète": "On appelle ainsi le corpus d'indications d'hygiène, d'aphorismes, de maximes, d'exorcismes divers, de thérapies magiques (divination, exorcisme) et de postulats médicaux que le Prophète aurait annoncés à ses proches" (Op. cit. p. 264). Ce qui est important de signaler, est que cette "médecine du Prophète", selon le même auteur, a été reconduite, par la suite, après la mort du Prophète, par de célèbres médecins musulmans. Certains en sont "restés très fidèles, comme Bokhari et Razi. Les plus grands médecins, et philosophes musulmans, Ibn Sina

980-1037), Ghazali (1058-1111), Ibn Rochd 1126-1198), y ont eu recours" (Op. cit. p. 264). L'histoire nous montre, également, que les médecins, qui ont existé, à l'époque, où le Prophète était vivant, ont pratiqué la médecine selon la méthode ancienne héritée par les Arabes, c'est à dire celle qui se basait sur un certain empirisme locale, et, également, celle qui venait des connaissances rapportées de l'étranger (de Perse, ou de l'Égypte), car la médecine, dans ces contrées-là, était très prospère. Le Prophète, de son vivant, selon M-S Belguedj, "s'il a recommandé, en plusieurs occasions, la prière comme pratique d'hygiène ou mentale, il semble avoir été sévère à l'égard de pratiques magiques telles que l'aspersion conjuratoire ou natra" (Op. cit. p. 15).

De même que pour l'Afrique du Nord, au temps de la conquête des Arabes, l'état d'esprit de la médecine était pareil à celui qu'a connu l'Arabie, c'est à dire qu'il y avait une prédominance des pratiques médico-magiques. L'avènement de l'Islam a non seulement apporté une religion, mais des idées nouvelles aux habitants de ces contrées, qui vivaient, encore, comme dans les ères primitives.

Ce qu'il faut dire, qu'avec la conquête musulmane, les Arabes ont toujours fait appel aux services des médecins étrangers, afin "de veiller sur la santé des hommes au pouvoir, et cette tradition se maintiendra jusqu'à l'époque Abbasside", note encore M-S Belguedj (Op. cit. p. 24). Cette tendance de chercher de bons médecins chez les musulmans, qui a, même, existé au vivant du Prophète Mohamed, a été, aussi, commentée par B. Carra De Vaux dans l'Encyclopédie de l'Islam. Dictionnaire géographique, ethnographique, et biographique des peuples musulmans: "Les souverains et princes musulmans furent de tout temps très éclectiques dans le choix de leurs médecins: il y avait à la cour des Khalifes des médecins juifs, chrétiens, mazdéens, sabeens, et même quelques indiens" (Op. cit. p. 779).

Notre sujet, bien entendu, est limité à "l'historique, et l'évolution, du concept de la maladie mentale", mais nous ne devons jamais oublié les conséquences de l'impact de la conquête musulmane sur ces sociétés, conséquences qui ont apporté beaucoup de nouveautés dans la vie, et dans les idées de ces dernières, comme l'idée de l'égalité entre toutes les personnes dites musulmanes, ou l'idée de respecter les autres religions (la fiscalité imposé aux gens du Livre, les Chrétiens et les Juifs), et les autres civilisations, ou, encore, cette oeuvre de construire "des villes gigantesques sur des points stratégiques du commerce", comme le signale A Miquel (Op. cit. p. 10), comme Baghdad, Al-Bassorah, le Caire, Kairaoun, Fès, Oran, Bukhara, Samarqand, Cordoue, etc, et enfin, l'acte de faire de la science une référence pour expliquer tant de phénomènes naturels, et humains. N'est-ce pas par les traductions, les commentaires, et les analyses que les Arabo-musulmans ont élaboré, sur l'héritage des grecs, et leur propre savoir faire, que le monde Occidental s'est basé, pour entrer dans l'ère de la raison, et de la science ?

Les Arabes, en rapportant beaucoup de succès dans un temps très court, ont oublié quelque fois de régler leurs dissensions par rapport à la façon de gérer cet empire. L'existence, puis la chute de la dynastie des Omeyyades, la première de l'Islam, crée par un des compagnon du Prophète, dénommé le calife Mou'awiya, fils d'Abou Soufyan, est, déjà, vécu comme un échec de ne pas pouvoir réunir les musulmans autour du projet de garder l'empire loin des guerres internes. Cette dynastie des Omeyyades n'a existé qu'un siècle (650-750), et avait comme capitale Damas. On connaît, par la suite, ce qu'est advenue de cette dynastie de Damas, puisque "Les

Abassides ont ordonné le massacre de tous les tenants du titre et du nom de cette dynastie. Cette dernière se perpétua plus tard, plus loin et plus longtemps en Espagne (756-1031). On doit ce prolongement inespéré de la dynastie Omeyyade en Espagne, ce que l'on appela "le Califat Omeyyade d'Occident", à Abd-ar-Rahmane 1er (731-788), seul survivant du massacre" comme l'explique si bien M. Chebel dans son ouvrage "Dictionnaire des symboles musulmans" (Op. cit. p. 312). Nous devons revenir à cette dynastie Omeyyade d'Occident pour voir, plus en détail, ses conséquences, en matière de science, et de médecine, sur la société, et l'élite intellectuelle, qui se trouvaient dans ces contrées de l'Afrique du Nord, et de l'Espagne, après le transfert de cette dynastie, et sa transplantation, c'est à dire entre 756 et 1031.

On ne peut nier le rôle qu'avait joué la grande dynastie de Baghdad dans l'évolution de la science, et de la médecine, et cela après la fondation de cette ville par le Calife Abbasside Al-Mansur. "C'est là, dit M-S. Belguedj, un événement qui va confirmer la faveur dont jouit déjà la médecine greco-persane et donner sa première impulsion au grand mouvement d'initiation des Arabes à la science antique... ..Des médecins et pharmaciens viennent se mettre au service des souverains et des grands à Baghdad. Sous l'impulsion du Calife Al-Ma'mun en particulier, Baghdad éclipsa Gondisapur et devient le centre de l'activité intellectuelle. Théophile d'Édesse, Humayn Ibn Ishaq, Isa Ibn Yahya, Hubays, traduisent Hippocrate, Galien, Rufus d'Éphèse, Oribase, Paul d'Égine, Alexandre de Tralles, Dioscoride. Non contents d'assumer cette tâche importante, ils composent des ouvrages originaux en nombre parfois respectable. Hunayan (2e moitié du IXe S) en aurait écrit près d'une centaine dont certains, tel le "livre des questions médicales", eurent une influence aussi profonde que durable... ..La seconde moitié du IXe S. et le Xe S. verront, chez les Arabes, des médecins qui ne sont déjà plus des élèves, mais des maîtres, tel Al-Razi (Razes), le plus grand clinicien du Moyen âge, ou Ali Ibn Abbas, le célèbre médecin de Baghdad" (Op. cit p. 25-26).

Al-Razi (Razes) (865-925), parce qu'il était le plus grand savant, et clinicien, de son époque, ceci lui a permis de prendre la direction du plus grand hôpital de Baghdad, où la première fois, semble-t-il, a été conçu pour recevoir, aussi, les malades mentaux. Al-Razi s'est montré très connaisseur, d'après F.G Alexander, et S.T Selesnick, dans la description de la maladie mentale, et dans "l'association des méthodes psychologiques aux explications physiologiques" (Op. cit p. 39). Ibn Sina (Avicenne) (980-1037) était aussi le plus grand médecin arabe de son époque. Il laissera un ouvrage "Le Canon de la médecine", qui deviendra, selon les mêmes auteurs, "la bible des médecins en Asie, puis plus tard en Europe, et il a été utilisé jusqu'à ce que commence l'expérimentation anatomique au XVIe siècle... ..Ibn Sina (Avicenne), comme Al-Razi (Razes), a tenté de mettre en corrélation les réactions physiologiques et les états affectifs" (Op. cit p. 80).

Mais, il semble que les premiers hôpitaux conçus pour recevoir les faibles d'esprit dans l'empire musulman aient été construits d'abord à Damas vers (707) par l'émir El Oualid Ibn Abdelmelik, c'est à dire avant que la dynastie Omeyyade ne soit massacrée par sa voisine la dynastie des Abassides. Puis d'autres hôpitaux ont vu le jour dans l'empire musulman, comme celui, par exemple, de Baghdad dans les années (765). Il est à noter, dans ce point précis, que ce n'est que vers le XV siècle que l'Europe a connu les premiers bâtiments, pour interner les malades mentaux, conçus suivant le modèle arabo-musulman. Nous y reviendrons, après, dans le point

concernant l'histoire, et l'évolution du concept de la maladie mentale en Europe, afin de voir plus longuement l'impact de la science, et de la médecine arabes sur son voisin l'Occident.

Puis, vinrent Ibn Zohr (Avenzoar) (1113-1162), et ses disciples Ibn Rushd (Averroès) (1126-1198) et Maimonide (1135-1204), dans la dynastie Omeyyade d'Occident, où ils devinrent, eux aussi, à leur tour, les médecins les plus connus de leur époque. De l'avis de tous qui se sont intéressés à l'histoire de la construction des hôpitaux, ces médecins, qui étaient, plus ou moins, bloqué par l'esprit religieux musulman de l'époque, qui interdisait les opérations chirurgicales, se sont montrés, en revanche, de grands humanistes, en faveur, d'une reconnaissance totale du malade, et par conséquent, de la conception de ces fameux hôpitaux, appelés, à cette époque, par les arabes "les Moristans". La conception de ces "Moristans", conçu à l'image "des maisons arabes", était bien étudiée, pour faciliter, et entreprendre, une bonne intégration du malade mental. C'est, ainsi, que ces constructions, "les Moristans", étaient conçues, de telle sorte, que tous les moyens ont été étudiés, afin de permettre au malade mental une bonne intégration, comme, le souligne S. Ammar, dans l'instauration de "l'ergothérapie, ou le mode de prise en charge communautaire" (Douki S, Moussaoui D, Kacha F & Al 1987, p. 5).

Dans les siècles XII et XIII, les médecins maghrébins Ibn Omrane, Ibn El Jazzer et Ibn Zohr font un grand pas dans l'usage des drogues, comme l'opium, dans la médecine, et n'hésitent pas à l'utiliser comme sédatif chez les malades, surtout "les nerveux pour les endormir". L'avancée de ce qu'on appelle "la psychopharmacologie" chez les Arabes, et les Maghrébins, à cette époque, est telle, qu'elle a fait dire à S. Ammar ces quelques mots: "Ainsi, les grandes traditions de la pharmacopée arabe devaient prendre un grand essor au Maghreb et en Andalousie, notamment aux XIIe et XIIIe siècles avec Eccherif Essikly de Tunis, Al Ghafiqi de Cordoue et surtout Ibn Al Baytar de Malaga, le plus grand botaniste du Moyen Age qui devait enrichir considérablement l'herbier de Dioscoride et faire école au Caire et dans le Proche Orient" (Op. cit p. 7). L'épanouissement de cette psychopharmacologie a, sans aucun doute, un lien avec l'impact que les navigateurs arabes ont laissé sur les hommes de science, puisque c'est par le biais de ces navigateurs que ces derniers ont, selon M.Th Houtsma, A.J Wensinck, F Lévi-Provençal, M.A.R Gibb, et W Heffening, "introduit dans l'usage médical les plantes nouvelles de Malaisie ou de chine, comme le camphre, cassia, sandal" (Op. cit p. 779).

Le mérite des Arabes dans la découverte de beaucoup de produits à base pharmaceutique est connu dans l'histoire, puisque, selon les dires de B. Carra De Vaux, dans l'Encyclopédie de l'Islam, ils ont "inventé diverses préparations: Sirops, Juleps, Alcools", et laissé "Des traités spécifiques dans cette branche annexe de la médecine, l'art vétérinaire" (Op. cit p. 779). Comme nous l'avons souligné, précédemment, pour expliquer les conséquences des contacts qu'ont vécu les Arabes avec les cultures avoisinantes, pendant la conquête du Moyen Orient, de la Perse, de l'Afrique du Nord, de l'Espagne, etc, nous pouvons, donc, commenté ces succès qu'ont obtenu les Arabes, à ces époques, par leur besoin de conquérir le monde pour étendre leur religion musulmane, mais, surtout, par leur esprit de voyageur, et de navigateur, puisque ce esprit-là leur provenait du nomadisme des tribus.

À l'Orient, avant que l'empire musulman, sous la gouvernance de la dynastie Abasside ne disparaisse, comme on le sait, par la chute de Baghdad, après sa prise, et sa destruction, par les Mongols, quelques savants musulmans de renom sont apparus, après les grands maitres de la science, et de la médecine, comme Ibn Sina, Ibn Zohr, et Ibn

Rushd, qui sont El Faraby (870-950), et Al Ghazali (1058-1111). L'orientation spécifique caractérisée par le courant mystique de El Faraby, "philosophe, psychologue, et musicologue néoplatonicien", et de Al Ghazali "grand philosophe et éducateur" s'est, certes, écartée des études rigoureuses et descriptives de la science et de la médecine des maîtres Arabo-musulmans célèbres Ibn Sina et les autres, mais elle a pris le chemin de tant de philosophes humanistes, comme Saint Augustin, ou chez certains Européens pendant la renaissance, et a favorisé, par conséquent, des recherches sur "l'auto-analyse introspective", comme l'ont expressément souligné S. Douki, D Moussaoui, F. Kacha & Al (Op. cit p. 6).

L'apparition encore de quelques savants dans le Maghreb, comme Mohamed Eccherif Essikly à Tunis, Ibn Khaldoun (1332-1406), respectivement spécialisé dans la médecine, et la sociologie, marqua la fin de l'apogée, et de l'influence de la pensée rigoureuse Arabo-musulmane sur le monde. Ces deux hommes de science ont fait des études remarquables dans la recherche, et l'analyse, des rapports de l'homme avec son milieu. M Eccherif Essikly laissa un ouvrage, selon les auteurs précédents, "El Mokhtassar El Farissi", dans lequel il fait "de longues analyses sur le mouvement et le repos, le sommeil et l'état de veille, les émotions et les attaques hystériques...", (Op. cit p. 11)), tandis qu'Ibn Khaldoun, dans son ouvrage monumental, les "Prolégomènes", entreprit de longues descriptions, et analyses, sur les rapports de l'homme, et de son milieu. Il aborda, ainsi, les sujets de l'influence du milieu, et de la culture, sur l'homme, quelques traditions des tribus, qui ne font que les plonger dans les pratiques magiques, et l'éloigner de l'esprit rationnel, etc.

Selon l'avis de tous les historiens, après les chutes des dynasties de l'Orient, par les Mongols, puis celle de l'Occident en Espagne, et au Maghreb, par les Européens, la science, et la médecine, dans le monde arabo-musulman a pris le chemin de la régression, et de la magie. C'est, ainsi, comme le dit encore une fois l'auteur S. Ammar, "La plupart des ouvrages maghrébins mais aussi orientaux de médecine, alors, comme l'on sait, transmis à l'Occident à travers deux pôles principaux: dès la fin du Xe siècle, celui de Kairouan-Palermo-Salerne et Padoue, et tout le long du XII siècle celui de Fés-Cordoue-Tolède et Montpellier" (Op. cit p. 9). Le marchand carthaginois Constantin l'Africain (1020-1087), comme le précisèrent F.G. Allexander, et S.T. Selesnick, assura la traduction en latin des versions arabes des oeuvres d'Hippocrate et les introduisit à Salerne" (Op. cit p. 82).

Mais, ceci ne changea en rien à l'attitude des arabes, et des maghrébins, afin de garder au moins le niveau de la science, et de la médecine, auquel ils sont arrivés. L'apparition encore de quelques médecins durant cette période de décadence, comme Abderrazak El Djazairi (Alger), Ahmed El Bouni (Annaba), n'arrêta pas la régression de la société maghrébine vers les pensées rétrogrades de l'ignorance, et de la magie. Le monde arabo-musulman, après ses échecs successifs de ces grandes dynasties de l'Orient, et de l'Occident, l'apparition de guerres internes menées par les tribus nomades, à l'époque des Hilaliens, et des Hafsides, conjugués aux invasions de leurs terres par les pays européens, comme l'Espagne, la France, l'Angleterre, etc, tout au long des XVIème, XVIIème, XIIIème, XIIIème, et XIXème Siècles, allait permettre, une fois pour toute, l'instauration de tous les facteurs dégradantes, misère, pauvreté, alphabétisation, l'usage de la magie, et du maraboutisme, déni de sa culture, et de son identité, etc, dans ses sociétés, qui vont les enfoncer, encore plus, dans les ténèbres les plus obscures.

3- L'Europe, et la maladie mentale.

L'historique, et l'évolution, du concept de la maladie mentale en Europe a démarré d'un même point de départ que les autres anciens peuples, puisque les préceptes magico-religieux étaient très en force, ce qui a constitué, tout le long de l'histoire, une entrave sérieuse vers la reconnaissance de la science, et de la rationalité. Avant que les sociétés de l'Europe ne connaissent la science, et la raison, en ce moment même où les Arabes ont vu leurs travaux scientifiques arrivés à un point culminant, régnait à travers le continent européen les pensées les plus archaïques, et les plus fantaisistes. L'Église, aidant, a été, à cette époque, et même dans celles d'après, un facteur important dans la persistance de ces idées ancestrales, et archaïques, puisque son rôle était non seulement celui d'instituer la voie religieuse, comme étant la seule voie de pensée, donc, forcément, une entrave à la recherche, et à la conquête, mais aussi celui de se présenter comme étant une force persécutrice, et menaçante, contre tout ceux qui se réclament pour le changement. À y voir de plus près, on peut dire que certaines idées répandues en Europe par l'Église, celles "de limiter le travail médical des moines; par exemple, effectuer des devoirs ecclésiastiques en dehors du monastère, recouvrer des honoraires, toucher la chair constituaient des pratiques inadmissibles", ont été, indirectement, à l'origine du développement, selon les auteurs F.G. Alexander F.G et S.T. Selesnick, "d'une médecine laïque" à Salerne, en Italie, où "le mysticisme et la thérapeutique religieuse sont remarquablement absents" (Op. cit p. 82).

En plus, nous devons dire que la ville de Salerne, par sa situation géographique, proche du monde arabe, a été un point de transition très important, avec l'Andalousie (l'Espagne), bien évidemment, dans la transmission, vers l'Europe, de tout l'héritage culturel, et scientifique, provenant des arabes. Par sa situation stratégique proche des cultures provenant du monde extérieur, la ville de Salerne s'est retrouvée, en dépit de toutes les entraves locales de l'église, et de l'administration locale, à l'intersection des influences de ces cultures-là.

Pourtant, la chasse aux sorcières, orchestrée principalement par l'Église, était un fait commun, et courant, dans les sociétés de l'Europe, à cette époque-là, et ceci démontre à quel point la pensée dite magico-religieuse, qui se traduisait, dans le quotidien des gens, par le sexisme, l'irrationalisme, l'unilatéralisme, l'esprit patriarcal, le fanatisme, etc, était très en vogue. L'exemple rapporté par F.G. Alexander et S.T. Selesnick nous permet d'entrevoir clairement à quel point l'attitude sexiste de l'Église, et de la société, à l'égard de la femme, était extrême: "...La femme est un temple bâti sur un égout"... Les femmes excitent les passions masculines, elles doivent donc, être porteuses du diable" (Op. Cit p. 84). Au XIVe siècle, le fou était chassé de la ville à coups de fouet, ou bien, encore plus grave, était "confié à des marins, pour assurer qu'il ira loin, pour le rendre prisonnier de son propre départ" (Foucault M 1972, p. 22), est un autre exemple de cette époque, montrant le fanatisme, le sadisme, et le non-respect de l'humain, même dans son état le plus précaire, c'est à dire quand il perd la raison.

Le livre, *Malleus maleficarum* (le marteau des sorcières), écrit en l'an 1484, par Jacob Spenger et Heinrich Kramer, et approuvé par "Maximilien 1er, roi des romains, qui deviendra empereur du Saint-Empire romain germanique", montre à quel point, tardivement, encore, l'Europe a souffert de l'imposante loi de l'Église, et de ses pensées fantaisistes. Selon les mêmes auteurs, F.G. Alexander, et S.T. Selesnick, "Le *Malleus* décrit en détail la

destruction des dissidents, des schismatiques et des malades mentaux, qui sont tous désignés sous le nom de "sorcier" (ou de "sorcière"). La première partie du livre s'efforce de prouver l'existence des démons et des sorcières: si le lecteur n'est pas convaincu par les arguments des auteurs, c'est uniquement parce qu'il est lui-même victime de la sorcellerie ou de l'hérésie. La deuxième partie indique comment identifier la sorcellerie; la troisième décrit comment les sorcières seront jugées par des tribunaux civils et, enfin, châtiées" (OP. cit p. 85).

Certains faits de l'histoire, comme les succès des croisades menées contre les musulmans, la prise de conscience de l'importance de l'héritage du savoir provenant des Arabes, et des Grecs, ont apporté de nouveaux éléments à l'esprit européen, toujours, pris par les contradictions de la raison, du savoir, et de la foi. Il est important de souligner, avec F.G. Alexander, et S.T. Selesnick, "Qu'au cours des trois siècles (après le XIIIe S)... ...Il est paradoxal de constater que cette période qui connaît un renouveau de l'esprit, est en partie marquée par une régression violente vers le surnaturel qui, se heurtant à un nouvel affermissement de la connaissance et de la recherche, se transforme en répression des hérésies par l'épée. Les malades mentaux se trouvent alors impliqués dans la chasse aux sorcières" (Op. cit p. 87).

Il est tout à fait clair que la résurgence, et la persistance, de la pensée surnaturelle, comme elle est l'apanage des hommes de l'église, de l'autorité administrative, et des féodaux, est souvent utilisé pour incriminer ces hommes de science, en montrant à chaque reprise, que ces derniers se dotent de découverte spectaculaire, et qu'ils ont tort, afin de pouvoir sauvegarder de cette façon des intérêts, et des postes, dans le rang social. La vie des médecins, et des humanistes, n'a pas été du tout facile devant ces idées sacrées de l'ère médiévale, et de ces hommes à l'esprit rétrograde, inébranlables devant l'appel au changement. L'histoire nous a souvent montré que ces hommes de science ont pratiqué leur travail, et répondu leur savoir, dans un climat des plus hostiles, menant un combat acharné contre tous ceux qui veulent garder un statu quo dans la société.

Paracelse (1493-1541) et J. Weyer (1515-1588) étaient de ces médecins-là. L'exemple de J. Weyer, qui a fortement combattu, et démenti toutes les tentatives d'émergence de ces idées de sorciers, est très significatif. Dans l'introduction de son ouvrage "de l'imposture des démons", il démontre scientifiquement toutes les idées inexactes de la sorcellerie, entre autre celles relatives aux sorciers, où il incite la société à les considérer plutôt comme des malades mentaux, non comme des démons. J. Weyer écrit, selon toujours F.G. Alexander, et S.T. Selesnick, ces quelques mots forts expressifs: "La plupart des théologiens gardent le silence sur cette impiété (la mort par le feu pour les sorcières). Les docteurs la tolèrent, les hommes de loi en traitent en demeurant encore sous l'influence de préjugés anciens..." (Op. cit p. 105).

Comme nous venons de le voir, comme dans toutes les histoires des peuples, beaucoup de raisons de non évolution, et d'évolution, de ces derniers seraient dû, à des facteurs extérieurs, mais, aussi, et surtout, à des facteurs intérieurs. Et en Europe, comme dans toutes les autres régions de la méditerranée, il y a eu, dans cette période du XIVe au XVe siècle, beaucoup d'événements qui pourraient expliquer, probablement, à l'historien, la volonté des peuples à vouloir changer un statu quo imposé par un pouvoir non désiré. Cette période en Europe, selon les mêmes auteurs, étaient "marquée par la peste, les troubles intérieurs, les guerres, la corruption du clergé, la désunion entre les papes et les souverains et la vénération de l'autorité" (Op. cit p. 88).

Là, où les Arabes ont excellé (quant ils ont apporté tant de choses à leurs découvertes propres, parce qu'ils avaient fait confiance à leurs capacités), les Européens semblent le découvrir, à leur tour, dans l'histoire, quand ils ont été confrontés aux travaux effectués antérieurement par les Arabes, puis par les Grecs. Et, toujours, selon les auteurs précédents, "La faible flamme du progrès spirituel se serait éteinte en l'absence d'hommes tels que Dante, Boccace et Pétrarque" (Op. cit p. 88), les premiers humanistes que l'Europe ait connu.

Bien sûr, d'autres raisons ont contribué à la prise de conscience des peuples européens de leur situation décadente. On en cite, bien évidemment, le rôle qu'a joué "la presse" (Op. cit p. 89) dans le milieu large de la population, (les auteurs F.G. Allexander, et S.T. Selesnick ont bien commenté ce rôle dans leur ouvrage), son incitation à ne plus accepter, voire à se révolter, contre le monde de l'église, les féodaux, et tous ceux qui s'opposent aux réformes des hommes de la science. Le fait d'avoir mis à la disposition des peuples des oeuvres grecs, et arabes, a permis d'étendre le savoir chez un grand nombre de personnes, et, par conséquent, mettre entre les mains d'un grand nombre d'autres hommes, de la société entière, les nouvelles idées de la rationalité, du sens de la réalité, de la raison, et du savoir. Au lieu de se retourner vers le passé, et les anciennes idées, souvent erronées, l'homme devrait, plutôt, regarder vers sa réalité en tant qu'individu vivant le présent, et le réel. D'après les mêmes auteurs, "Un certain nombre d'érudits grecs", fuyant les Turcs en 1453, "après la prise de Constantinople, ont traduit les originaux des oeuvres des grands penseurs de l'Antiquité" (Op. cit p. 89), et ont contribué, ainsi, à mettre, encore une fois, les peuples européens en contact d'un savoir intarissable.

On peut dire que s'opposer à l'autorité de l'église, à cette époque, était, en soi-même, une révolution, car toutes les vieilles idées décadentes, quels qu'elles soient, surnaturelles, magiques, fantaisistes, étaient, surtout, de l'apanage des hommes de l'église de l'époque. C'est, ainsi, que l'opposition, et la mise à nu de l'abus de l'autorité, de l'une des plus vieilles, et des plus puissantes, institutions de l'univers européen, qu'est l'église, à cette époque, devaient instaurer chez les peuples, d'alors, la valeur de l'être humain, de l'homme, en tant que sujet actif, volontaire, et agent de changement. La place de l'homme en tant qu'objet d'étude a pris, également, beaucoup d'intérêt de la part, aussi bien des artistes que des anatomistes. C'est, ainsi, que d'après F.G. Allexander et S.T. Selesnick, à cette époque du XVI^e siècle, "l'homme est découvert en tant qu'individu concret, en tant qu'objet d'étude pour l'artiste et pour l'anatomiste... ..Les artistes montrent l'aspect qu'il présente vu de l'extérieur, les anatomistes décrivent en détail sa structure interne et, enfin, les psychologues et les philosophes de la Renaissance vont dépeindre ses sensations et ses sentiments" (Op. cit p. 90).

Parmi les artistes qu'ait connu l'Europe vers les XV^e et XVI^e siècles, et qui ont révolutionné le monde par leur façon, nouvelle, de regarder l'homme dans sa nudité, il y a, bien entendu, "Léonard de Vinci, Botticelli, Raphaël, Michel-Ange, le Titien, le Tintoret, et Signorelli" (Op. cit p. 90), car dans le passé, et, plus précisément, aux périodes médiévales, l'on sait qu'il n'a jamais été question de dévoiler les parties anatomiques de l'homme. Ce pas, en avant, qu'a connu l'Europe dans sa manière de regarder l'homme dans sa nudité, a permis, également, aux médecins de surmonter cet obstacle ancestrale, si sacré, et si pesant, de la dissection du corps humain. C'est, ainsi, qu'avec l'audace des artistes, et des médecins, une nouvelle ère s'instaure chez l'homme de science en Europe, dans cette période de Renaissance, celle de dépasser tous les tabous, afin de mieux observer l'homme, et mieux le connaître dans sa physiologie, sa biologie, et sa psychologie.

Les études dans les domaines de la médecine, et de la psychologie, plus que dans d'autres domaines, ont eu certaines difficultés à démarrer parce que ce sont des domaines qui prennent l'homme comme objet d'étude. Nous avons expliqué pour quelle raison, déjà, la médecine a été toujours bloquée par les hommes de la religion. Il semble que la psychologie ait été, aussi, un domaine réservé uniquement aux hommes de la religion, parce qu'à cette époque encore, on le voit, et on l'explique, à travers l'âme. C'est pour cette raison, également, que les premiers hommes qui se sont intéressés à la psychologie soient des hommes croyants, qui ont essayé dans leur démarche, selon F.G. Alexander, et S.T. Selesnick, "de découvrir la vérité de réconcilier l'esprit de l'église avec la culture païenne de l'antiquité classique" (Op. cit p. 90). On peut citer parmi ces hommes, "Bonaventure qui fut un philosophe et un théologien, Eckhart un mystique..." (OP. cit p. 94). En dépit de cette évolution caractérisée, par une pensée rationnelle, constatée dans la façon de traiter les sujets de l'univers, et de l'homme, ce que l'on peut remarquer, encore, dans cette période de la Renaissance, c'est la persistance de l'usage de l'esprit de la magie, même si cela a perdu de sa force, et de son étendu, auprès des sociétés européennes.

Nous pouvons dire que l'âge de la raison, proprement dit, qui correspond avec la venue du XVIIe siècle, a été surtout marqué par l'émergence d'un nombre important d'hommes qui se sont intéressés à la science dans toutes ses dimensions. Pour mieux saisir ce pas de géant que le savoir, et la science, ont fait en Europe pendant cette période, essayons de revoir, avec F.G. Alexander et S.T. Selesnick, quelques noms de ces hommes, et ils ne sont pas les seuls, qui ont brillés par leurs originalités: "Galilée, Brahé, Kepler pour l'astronomie; Boyle, Huygens, Robert Hooke et Newton pour la physique; Descartes, Newton et Pascal pour les mathématiques; Thomas Sydenham et William Harvey pour la médecine" (Op. cit p. 107). Donc, de l'avis des historiens, il serait aberrant d'expliquer cette éclatante réussite par un seul événement historique, car comme nous l'avons déjà vu ci-dessus, beaucoup de facteurs historiques internes, et externes, liés à l'Europe même, sont intervenus pour placer l'homme au centre du changement, et créer, ainsi, toutes les conditions pour lancer cet même homme vers de nouvelles perspectives du savoir.

Le domaine de la psychologie a commencé à connaître d'autres horizons grâce à la recherche diversifiée consacrée à l'homme dans sa dimension psychologique, donc une étude centrée sur l'observation rigoureuse, et l'empirisme. T. Hobbes (1588-1679) donna de l'importance "aux perceptions des sens", donc de l'expérience, de son côté J. Locke (1632-1704), lui, poussa plus loin la précision de ces perceptions, puisqu'il déclara qu'il y a "deux types de perceptions, celle liée au monde extérieur, et celle relative au monde intérieur", enfin, G. Berkeley (1685-1753) et D. Hume (1711-1776) allèrent plus loin encore dans la définition de ces perceptions, puisqu'ils précisèrent "que la connaissance absolue est impossible puisque tout ce que nous savons du monde est fondé sur une expérience subjective" (Op. cit p. 111), précisèrent encore les mêmes auteurs.

B. Spinoza (1632-1677), lui, centra ses travaux sur cette idée que "l'esprit et le corps sont inséparables", et, "il n'était pas loin de parler du concept d'inconscient dynamique" (OP. cit p. 116) de S. Freud. L'arrivée de deux écrivains de la trempe de W. Shakespeare (1564-1616) et M. de Cervantès (1547-1616) dans ce XVIIe siècle apporta beaucoup de découvertes à la psychologie sur le sujet "des profondeurs inconscientes de la personnalité" (OP. cit p. 118), même si leur domaine, qu'est la littérature, n'est pas proche de celui de la psychologie, ou de la psychiatrie.

Dans le domaine de la psychopathologie, T. Sydenham (1624-1689), donc au XVII^e siècle, dans son entreprise de description de la maladie de l'hystérie, où il suggéra de bien connaître la psychologie de cette dernière, afin de pouvoir la différencier, par exemple, des douleurs de cette maladie dite "les calculs rénaux" (Op. cit p. 113), relevèrent encore F.G. Allalexander, et S.T. Selesnick, qui sont identiques sur le plan des symptômes. G E. Stahl, lui, a pu découvrir que les maladies mentales peuvent tout aussi bien être provoquées par des facteurs organiques, tel que "les délires toxiques" (Op. cit p. 114), que des facteurs psychologiques. B. Evans et G. Mohr (1895-1965), récemment, prenant comme support de leur recherche sur la mélancolie la biographie de R. Burton, vivant entre (1577 et 1640), ont pu démontrer que "cet ouvrage a révélé une introspection habile et une connaissance intuitive de la dynamique des émotions" (Op. cit p. 120).

Mais, paradoxalement, en parallèle de cette percée, en Europe, dans la recherche de la psychologie de l'être humain, et derrière elle, du malade mental, l'image du fou pendant les XVI^e et XVII^e siècles au sein des sociétés européennes n'avait pas encore vu d'amélioration. À ce propos, M. Collée, et C Quétel, dans leur ouvrage "Histoire des maladies mentales", nous donnent quelques exemples très expressifs: "Si tu veux voir un fou, regarde-toi dans la glace", enseignera un dicton du XVII^e siècle... Dans la nef, la folie ne fait plus rire. Elle est le désordre et la mort. (Au XVI^e siècle, certains clercs criminels auraient été exécutés en costume de fou.) Elle s'assimile au démon explicitement puisque l'un des bois de l'ouvrage nous montre un fol en antéchrist" (Collée M, et Quétel C 1975, p. 36).

À l'âge des lumières, c'est à dire à partir du XVIII^e siècle, la science en Europe connut un essor si considérable, qu'on peut l'expliquer, par cet engagement de l'homme européen à instituer, une fois pour toute, le code rigoureux de la science, et du savoir, comme une référence primordiale, un code qui a comme condition principale se fier à l'observation, et à l'expérimentation. C'est ainsi que cet âge de lumière verra naître un nombre impressionnant de savants, et de découvertes, dans des domaines diverses touchant aussi bien l'homme, que l'environnement. Avec l'aide précieux de F.G. Allalexander, et S.T. Selesnick, on peut, à titre d'exemple, nommer quelques unes de ces figures qui, par leurs travaux, et leurs découvertes originales, ont révolutionné le monde de la science, et de la médecine: "Le physiologiste L. Galvani (1737-1798), le physicien A. Volta (1745-1827) furent les pionniers de l'électricité. J. Dalton (1731-1844), chimiste anglais, révolutionna la physique avec sa théorie des atomes; le chimiste écossais J. Black (1728-1799) découvrit le gaz carbonique. H. Cavendish (1731-1810), D. Rutherford (1749-1819) découvrirent respectivement l'hydrogène, l'azote et l'oxygène, dont ils firent la description... En Allemagne, l'embryologie devint une science moderne grâce aux travaux de K. Friedrich Wolff (1733-1794) et, en Suisse, A. von Haller (1708-1777) fit progresser la physiologie..." (Op. cit p. 125).

En même temps, les autres sciences dites les sciences sociales (philosophie), et humaines (psychiatrie, psychologie) commencèrent à se rendre compte, elles aussi, que les méthodes d'observations, et d'expérimentations, sont nécessaires pour faire évoluer leurs connaissances sur l'homme sain, et malade. P. Pinel (1745-1826), malgré sa classification des maladies mentales, basée essentiellement sur "une nosologie psychiatrique", il n'arriva pas à rendre compte réellement de "...la compréhension véritable des causes des souffrances psychologiques" (Op. cit p. 126), observèrent les mêmes auteurs. Des élèves de H. Boerhaave, comme G. Cheyne (1671-1743), R. Whytt (1714-1766) et W. Cullen s'intéressèrent, eux, "aux symptômes des troubles

névrotiques" (Op. cit p. 127). C'est pendant le XVIIIe siècle qu'on commença à chercher les causes des maladies mentales sur le cerveau même. Sir C. Bell (1774-1842) fut parmi les plus passionnés pour ces recherches, puisqu'il pratiqua l'autopsie des malades mentaux décédés, afin de mieux observer "le siège de leur dérangement mental" (Op. cit p. 130).

C'est, aussi, vers cette période de l'histoire qu'on commence à s'intéresser à l'aspect humain, et psychologique, du malade mental, et par conséquent, qu'on commence à donner de l'importance à ces conditions d'hospitalisation. On peut, à ce titre, comprendre pourquoi P. Pinel, et bien d'autres hommes, comme Rousseau, J. C. Reil, et J. H. Pestalozzi (1746-1827), ont été très affectés par la souffrance de certaines catégories de personnes en marge de la société, et plus spécialement, la souffrance qu'ont enduré les malades mentaux dans les prisons, et les cachots. C'est à travers ces expressions du psychiatre J. C. Reil (1759-1813), fort troublantes, qu'on peut, peut être, mesurer avec quel degré de sadisme, et de cruauté, les malades mentaux étaient tenus dans leurs cachots, encore, à cet âge de lumière, qu'a connu les sociétés de l'Europe. F.G. Allexander, et S.T. Selesnick, dans leur ouvrage, le cite: " Nous incarcérons ces malheureux créatures comme des criminels dans les prisons désaffectées, ou des vallons stériles seulement fréquentés par les hiboux, loin des portes de la ville, ou encore dans des cachots humides, où jamais pénètre un regard compatissant et humanitaire, et nous les laissons pourrir, enchaînées, dans leur propre excrément. Leurs fers entaillent leur chair, et leurs visages blêmes et émaciés regardent avec envie vers la tombe qui terminera leurs malheurs et dissimulera leur honte" (Op. cit p. 133). Dans le même sens, M. Foucault rapporte dans son ouvrage, que "vers 1815, l'hôpital de Bethléem montre les furieux pour un penny, tous les dimanches" (Op. cit p. 161).

C'est à la même période de ce XVIIIe siècle de Rousseau, et de bien d'autres, comme Tissot et Morel, qu'on arriva enfin à déresponsabiliser le malade mental de sa "déraison", et comprendre que "la folie ne réside pas en l'homme lui-même, mais dans son milieu"(Op. cit p. 396), ou "dans sa culture" (Op. cit p. 394), comme le dit, encore, M. Foucault.

À la même Europe, précisément en Espagne, où les Arabes sont passés il y a quelques siècles, persista encore une bonne, et moderne, tradition, celle de bien traiter, et de bien soigner, les malades mentaux. Bien sûr, ces événements historiques de l'Europe du XVIIIe siècle, qui découvre l'ampleur de l'atrocité des conditions humaine du malade mental, et bien d'autres individus en marge de la société, nous rappelle les fameux "moristans", sortes d'hôpitaux, construits, et conçus, par les Arabes en Andalousie (Espagne), il y a quelques siècles auparavant, pour bien accueillir, et bien soigner, les malades mentaux. Dans cette entreprise, qu'est la conception d'un lieu approprié pour recevoir les malades mentaux, et son organisation suivant une méthode moderne, M. Foucault précise "qu'il n'est pas impossible que l'Orient et la pensée arabe aient joué là un rôle déterminent" (Op. cit p. 133). En plus de cette tradition, qu'ils avaient appris des Arabes, consistant en l'organisation, et la gestion, des hôpitaux dans sa forme la plus moderne, les Espagnoles ont apporté beaucoup de connaissances à la psychiatrie actuelle. Selon F.G. Allexander, et S.T. Selesnick, A. de Villeneuve (1240-1313) "décrit l'hallucination et l'épilepsie, et eut une profonde connaissance de la vie affective des malades mentaux", C. de Vega (1510) "décrit la manie, la mélancolie, l'érotomanie, qu'il soignait par un traitement "moral", A. Piquer (1711-1772) "commenta la psychose maniaco-dépressive" (Op. cit 134).

C'est, ainsi, que tous les pays de l'Europe, en France avec P. Pinel, en Italie avec G. Linguiti, et en Allemagne avec A. M. de Würzburg, et J. C. Reil, se lancent dans l'application de cette mesure de traiter humainement les malades mentaux, comme condition vers une éventuelle guérison, parce qu'ils étaient, enfin, considérés comme irresponsables devant leurs maladies. Beaucoup d'hôpitaux en Europe, et même en Russie, et en Amérique, assistèrent à une évolution positive, pas seulement de la mentalité du corps soignant, mais aussi de l'état d'internement du malade mental, basée sur un respect absolu de la personne de ce dernier. Cette nouvelle représentation de l'image du malade mental parmi le corps soignant était bien entendue motivée par les connaissances révolutionnaires de la philosophie, de la psychologie, de la médecine, et de la psychiatrie.

Mais, ce que l'on remarque, c'est que dans ce même XVIII^e siècle, il y a eu, également, en Europe, quelques apparitions de personnes, comme F. J. Gall (1758-1828) et F. Mesmer (1734-1815), proclamant l'intérêt, et l'usage de la magie, appelée respectivement par le premier la "phrénologie", et par le second le "magnétisme" (Op. cit p. 142), précisèrent encore une fois F.G. Allexander, et S.T. Selesnick. Devant l'intransigeance de la science, et de la médecine, l'appel à la magie ne trouva pas beaucoup d'adhérents en Europe parmi les médecins, et les scientifiques, d'alors, malgré les quelques réussites spectaculaires de ces formes de magie auprès de certaines personnes hystériques, qui n'étaient pas provoquées, bien entendu, comme nous le savons, par l'effet direct de ces magies, mais par l'effet du phénomène de la "suggestion". C'est ainsi qu'émergea en surface, sans qu'on se rende compte, une technique qu'on appela, avec l'avènement des travaux de J.-M. Charcot par le terme de l'hypnose, et de S. Freud par l'expression de l'association libre en psychanalyse, et qu'on expliqua le phénomène d'influence (de guérison) sur le malade par la suggestion, pas par la magie. Cette découverte était, bien évidemment, considérée comme une victoire sur la magie.

Cette période du XVIII^e et du XIX^e siècles avec des auteurs comme J. Moreau de Tours (1804-1889), va voir naître une nouvelle tendance dans la recherche, celle "de considérer les troubles mentaux comme le signe d'une perturbation de toute la personnalité" (Op. cit p. 157), remarquèrent encore F.G. Allexander, et S.T. Selesnick, et par conséquent de s'intéresser plus au profondeur psychique, et à la psychologie clinique, de ces malades. Au vu de l'histoire, cette nouvelle tendance dans l'étude des profondeurs psychiques des malades mentaux est venue progressivement instaurer des repères pour mieux élucider cette partie de la psychologie encore inconnue jusqu'ici, appelée plus tard "Inconscient" par S. Freud. À cette période du XIX^e siècle, avec les auteurs comme P. Janet, J.-M. Charcot, Bernheim, et un peu plus tard S. Freud, beaucoup d'études ont été entrepris pour mieux comprendre la maladie d'hystérie. Charcot, cité par C. Prévot, et A.-M. Rocheblave-Spenlé, montre en effet qu'elle est "la grande simulatrice", en ce sens que les troubles divers dont souffre l'hystérique (anesthésies, contractures, paralysies) ne sont liés à aucune atteinte organique" (Prévost C, Rocheblave-Spenlé A.-M 1968, p. 13-14). On utilisait, encore, au temps de Charcot, que l'hypnose, et la suggestion, comme outils thérapeutiques, avant que S. Freud n'entreprît ses recherches sur la psychanalyse, et n'institua une nouvelle approche basée sur "l'association libre".

De même, pour la psychiatrie de l'enfant, il a fallu aux auteurs de ce domaine de se démarquer de l'homme adulte, comme étant une référence d'explication, pour pouvoir mieux regarder la psychologie, et la psychopathologie, propres à l'enfant. Le commencement de l'étude des troubles sur l'enfant a vu le jour sous

l'impulsion d'un certain P. Moreau, qui a publié en 1888 "La folie chez les enfants", dans lequel il reporte les théories d'alors, c'est à dire des théories influencées, selon H. Aubin, "par des dogmes, tels que des abus des notions d'hérédité, de dégénérescence, extension abusive du cadre de l'imbécillité et de la simplicité d'esprit (débilité), attribution caricaturale de multiples troubles à l'onanisme, etc" (Aubin H 1975, p. 12).

Ce n'est qu'avec l'histoire de l'enfant sauvage de l'Aveyron, étudié par le Dr Itard que l'on commença à adopter une manière beaucoup plus rigoureuse dans l'observation des comportements anormaux constatés chez l'enfant. Puis vinrent d'autres auteurs comme Kraeplin, Bleuler, Heuyer, Diatkine, Misès, qui apportèrent beaucoup de précisions concernant les psychoses de l'enfance. Une belle expression, rapportée par J. De Ajuriaguerra, de Elen Keyle, qui considère "Le XXe siècle comme le siècle de l'enfant" (De Ajuriaguerra J 1977, p. 4), de part les recherches, et les actions engagées en sa faveur, que les spécialistes viennent de découvrir progressivement la valeur, et la spécificité, pourtant vu depuis toujours comme étant "l'homme en miniature". L'antipsychiatrie, de son côté, a apporté un regard nouveau vers l'enfant, et sa psychopathologie.

Au XIXe siècle verra la naissance, aussi, d'éminents chercheurs, comme S. Freud, A. Freud, M. Klein, D.W. Winnicot, E. Jaques, J. Piaget, Wallon, Spitz, A. Gesell, R. Zazzo, E. Kretschmer, H. Rorschach, C.G. Jung, B. Bettelheim, G. Bateson, etc, qui vont donner par leurs travaux, et leurs spécialités, une nouvelle impulsion à la psychologie, afin de mieux comprendre le développement de l'humain depuis sa conception jusqu'à l'acquisition complète de toutes ses capacités psychologiques, et physiologiques, et, également, une nouvelle impulsion à la psychiatrie, ou à la psychopathologie, donc une recherche, en vue de connaître, de ce qui va constituer le versant anormal, ou pathologique de la personnalité. On arriva à expliquer le développement de la personnalité de l'enfant, qui devient par la suite l'adulte, en s'intéressant à tous les facteurs qui peuvent influencer ce développement de près, ou de loin. C'est ainsi qu'on donna énormément d'importance à deux facteurs, qui sont, bien sûr, l'inné (l'hérédité, et les gènes) et l'acquis (les milieux familial, et social), et on arriva, ainsi, à mesurer tout l'impact que peuvent laisser ces deux derniers sur le devenir de la psychologie normale, ou anormale, de l'individu. Maintenant, et c'est une révolution par rapport au passé, on s'intéresse, plus particulièrement, selon D. Huisman, "à la personnalité normale, et bien structurée, qui sert de norme" (Huisman D 1980, p. 16).

La psychiatrie moderne s'enrichit de plus en plus, tout au long de ce XIXe siècle, par la recherche, et la pratique, de nombreuses disciplines avoisinantes comme la physiologie, la psychologie, la sociologie, l'éthologie, et donna naissance à plusieurs manières d'expliquer, et de traiter les troubles psychiatriques. C'est ainsi que la psychiatrie bénéficia de l'évolution de la biologie, de la physiologie, et de la pharmacologie, en s'intéressant plus spécialement au côté "organique" de la question, et au traitement des "psychotropes". De même qu'elle s'intéressa plus longuement encore aux connaissances de la psychologie, de la psychanalyse, et de la sociologie, afin de mieux saisir, et comprendre, les troubles psychopathologiques à travers les profondeurs de la personnalité, ou les groupes familiaux, et sociaux, de la société. Nous pouvons dire que l'attitude de la psychiatrie envers les autres sciences, et plus particulièrement, envers la biologie, et la psychologie, dans ce XIXe siècle, n'a fait que se renforcer de plus en plus, pour le seul objectif de mieux cerner certaines altérations du corps, et de l'esprit de l'homme. Pour mieux comprendre l'impact de la recherche psychologique sur la psychiatrie, nous allons résumer l'apport considérable de deux auteurs éminents de ce XIXe siècle, qui sont S. Freud, et M. Klein.

S. Freud est parmi les auteurs qui ont su pénétrer dans les profondeurs psychiques de l'homme, et montrer, par l'ingénieuse technique de la psychanalyse, les constituants de la personnalité, à savoir l'Inconscient, le Préconscient, et le Conscient. Tout se joue, pour l'individu normal, ou anormal, entre ces trois instances de l'appareil psychique. C'est, ainsi, que S. Freud met en évidence tous les mécanismes de défense dont l'individu normal, ou anormal, donc le "moi", a besoin pour concilier entre le monde intérieur, ce monde des pulsions sexuelles, et instinctives, dénommé le "ça", et le monde extérieur, le monde des contraintes sociales, appelé le "surmoi".

La contribution de S. Freud réside surtout dans sa réussite à mieux expliquer à travers les étapes de développement psychoaffectif de l'enfant l'origine des différentes névroses obsessionnel, hystérique, et phobique. Il réussit ainsi à découvrir, en même temps, les étapes à travers lesquels passe tout individu pour arriver à une maturité psychologique au sens propre du terme (et il insiste, pour cela sur l'universalité de ce cheminement chez tous les humains), et les distorsions dans ces mêmes étapes pouvant provoquer les troubles névrotiques de l'enfant, et de l'adulte. S. Freud publie plusieurs ouvrages en rapport avec des sujets qu'il a jugé importants dans la compréhension de la vie psychique normale, et anormale, de l'être humain. C'est ainsi qu'il publie en 1895 avec J. Breuer un premier ouvrage intitulé "Études sur l'hystérie", en 1900 un second ouvrage "La science des rêves", en 1905 "Trois essais sur la théorie de sexualité", et en 1923 "Le moi et le soi".

M. Klein, autre spécialiste de la psychanalyse, a essayé, à travers son expérience, et sa recherche originale, auprès des enfants, d'apporter un tout autre point de vue, opposé dans le fond, à celui de S. Freud, et de sa fille A. Freud, sur la manière de concevoir les composantes de la personnalité de l'être humain. Sa recherche, basée sur une riche expérience auprès des enfants, lui a permis d'aller inspecter les profondeurs psychiques, jusqu'aux âges précoces de l'enfance. Tout se joue pour M. Klein dans la première année de l'enfant, où ce dernier entame une relation à l'objet mère tout à fait "morcelée", où la mère apparaît tantôt bonne, tantôt mauvaise, ce qui fait l'existence de cette dimension dénommée imaginaire, pour construire progressivement, et plus tard, une relation à l'objet mère à part entière, ce qui fait, aussi, l'élaboration, en parallèle, ce qu'on appelle la réalité. C'est ce qui fait dire, selon J.P Petot, M. Klein: "Elle, c'est à dire la relation à l'objet mère, se déploie longuement entre une phase orale de succion préambivalente parce qu'anobjectale, et une phase ambivalente pleinement objectale qui permet de la dépasser" (Petot J.P 1979, p. 311).

On peut, bien entendu, se demander comment les psychiatres, et les psychanalystes, sont-ils arrivés à, aussi bien, décrire les profondeurs psychiques de l'individu ? La réussite à la réponse de cette question a été possible, lorsque les spécialistes se sont aperçus que l'observation rigoureuse des étapes de l'enfance, ainsi que l'observation de la clinique des maladies mentales, ont été une étape nécessaire à la compréhension d'une telle question. Donc, la pratique clinique nous donne beaucoup d'informations sur l'impact de cette enfance primaire vécu avec la mère dans la structure latente de la personnalité de l'individu. Sinon, comment expliquer la résurgence de certaines manifestations relatives à ce stade archaïque dans la clinique des maladies mentales, où ils prennent souvent un processus de fonctionnement identique (délire psychotique, affections psychosomatiques...). Le refoulement originaire, concept utilisé par les psychanalystes, se met en fonction, afin de mettre à l'écart, à une certaine étape de l'évolution de l'enfant, ce vécu fantasmatique avec la mère, décrite, à la

fois, par N. Fabre comme "bonne, écrasante, dangereuse, et source de mort" (Fabre N 1979, p. 35), pour lui (l'enfant) permettre de s'engager à la découverte des relations objectales, de la symbolisation, et d'atteindre, par conséquent, la dimension de la réalité. H. Ey, P. Bernard, et Ch. Brisset, expliquent, clairement avec ces quelques phrases, comment, sans une psychologie génétique, la psychiatrie n'aurait-elle jamais pu nous faire comprendre les dessous d'une maladie mentale ? : "Les maladies mentales qu'étudie la psychiatrie ne sont compréhensibles que si on les considère comme l'inversion ou la régression du développement structural de la vie psychique de l'homme construisant son existence" (Ey h, Bernard P, et Brisset Ch 1978, p. 49).

Nous pouvons dire qu'avec le XIXe siècle, le malade mental, une fois de plus, a été l'objet d'une discussion parfois très engagée de la part d'une doctrine, l'anti-psychiatrie, qui a essayé d'attirer l'attention sur les mauvaises conditions de celui-ci à travers son hospitalisation, parce que considérée souvent, dans son fonctionnement, comme identique à un "asile". Une fois de plus, l'institution psychiatrique a été accusée sévèrement, par des anti-psychiatres, tels que Laing, Cooper, etc, d'avoir repris, avec ses conditions d'hospitalisation, parfois inhumaines, avec les vieilles habitudes de mauvais traitement du fou, des siècles, où ce dernier, était enchaîné dans des cachots. Désormais, l'hôpital était considéré comme "l'asile", où on enfermait le fou, pour s'en débarrasser.

La famille est, également, incriminée pour avoir donné la pathologie à l'individu atteint de la maladie mentale. Ces critiques, et accusations, de la part des tenants de l'antipsychiatrie "a suscité", selon C. Brisset, et J. Stouffert, "la création d'institutions intermédiaires d'hôpitaux de jour, et surtout d'une nouvelle politique des soins par prise en charge cohérente et continue dans des consultations commodément accessibles aux patients et à leurs familles" (Brisset C, Stouffert J 1988, p. 186). Maintenant, dans les pays développés, malgré la force des nouvelles conceptions thérapeutiques plus humanistes, on constate quelque fois que le malade mental n'a pas cessé encore d'être considéré comme un malade non ordinaire, un malade, où l'aspect humain est bafoué.

C'est dans le XXe siècle, également, avec la vague de la décolonisation de plusieurs pays de l'Afrique, et de l'Asie, et l'instauration d'une instance mondiale, dénommée l'ONU, assurant la légalité, et la justice, à travers le monde, et le préservant contre les guerres désastreuses, que s'est affirmé, d'après C. Brisset, et J. Stouffert, le désir de voir créer " en 1956 au sein des départements de psychiatrie et d'anthropologie de l'Université Mc Gill (Montréal), d'un groupe de recherches psychiatriques transculturelles qui édite *Transcultural Psychiatric Research Review*" (Ibid. p. 190). Mais, l'histoire nous révèle que c'est à E. Kraepelin que revient le mérite, toujours selon nos deux auteurs précédents, d'avoir, "introduit en 1904 une perspective comparatiste en psychiatrie en se rendant à Singapour et à Java pour étudier des affections telles que L'amok et le latah ainsi que les formes particulières chez les Malais de la psychose maniaco-dépressive, la démence précoce et les autres maladies mentales classiques" (Ibid. p. 190).

C'est, également, au XXe siècle qu'il y a eu des confrontations des plus fortes entre les psychiatres des grands pays occidentaux comme les USA, la France, etc, pour imposer la plus complète, et la plus rigoureuse, classification en matière de maladies mentales. M. Collée et C. Quétel pensent "qu'une telle opposition montre en tout cas que le DSM III, (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, créée en 1952), est actuellement incontournable

est que c'est uniquement autour de lui que risque de se borner le débat théorique dans les années à venir" (Collée M, Quétel C 1975, p. 121).

4- L'Algérie contemporaine, et la maladie mentale.

Pendant la période de la colonisation française de L'Algérie, qui, comme nous le savons, s'étend de 1830 à 1962, la situation de la société algérienne était chaotique à tous les points de vue. La France, en venant coloniser l'Algérie, n'a rien apporté de nouveau à la société. Son objectif, comme toute autre pays colonisateur de cette époque, était celui de conquérir le pays, de s'accaparer de ses richesses, et de ses biens. Bien évidemment, le pays dominateur inventa mille raisons, afin de pouvoir mettre la main sur un pays comme l'Algérie, sans défense, affaibli, et désorganisée, allant du prétexte de le faire sortir du sous développement, de l'anarchie, à celui de lui extirper tous les maux comme l'illettrisme, l'ignorance, le barbarisme, l'inculte, etc. L'objectif de le conquérir, afin de s'accaparer de ses richesses, de ses biens, ou celui de le coloniser, pour marquer, bien sûr, une revanche sur l'histoire, était, bien entendu, les véritables raisons de l'occupation. Nous pouvons voir, sans se tromper, en l'occupation française de l'Algérie, comme une revanche des européens sur un monde arabe, naguère puissant, moderne, et cultivé, devenant faible, désuni, et inculte. La longue histoire antérieure, depuis cette époque, où les Arabes sont allés conquérir l'Europe, jusqu'à ces siècles, où des pays européens comme la Hollande, la grande Bretagne, l'Espagne, la France... ont essayé à maintes reprises de mettre le pays sous leur domination, nous révèle la véritable raison de la colonisation, c'est à dire une revanche sur l'histoire.

Donc, il est clair que la France n'est pas venue en Algérie pour le libérer de l'analphabétisme, de l'ignorance, du barbarisme, ou de l'anarchie, comme elle n'a cessé de le dire à travers des oeuvres d'écrivains, et des textes officiels des politiciens, et des militaires. Une lecture attentive des ouvrages écrits sur la société autochtone, pendant la période de la colonisation, par des écrivains, et des officiels français, démontre, jusqu'à quel point, l'attitude mensongère, et trompeuse, dans laquelle le pays dominateur s'est confiné, n'est en fait qu'une politique revancharde, afin de mettre cette partie du monde arabe, qu'est l'Algérie, à genoux. Aux yeux de l'historien, cette attitude du pays dominateur était au service d'une politique de la colonisation, pas au service d'une politique de bienfaisance, ou d'humanisme, ou civilisatrice. Bien entendu, le rappel de quelques événements de l'histoire de l'Algérie, nous permettront, sans doute, de comprendre cet environnement, et cet esprit, dans lesquels les sociétés de ce pays étaient cantonnées.

Quelques ouvrages anciens, comme celui de E. Villot, intitulé "Moeurs, coutumes et institutions des indigènes", publié en 1888, ou celui de G. Aroxy, sorti en 1927, qui a pour titre "Croyances et moeurs des indigènes", montrent effectivement la manière avec laquelle l'écrivain français, de cet époque, regarde, et écrit, sur les indigènes algériens. Les extraits de textes suivants, des deux auteurs, nous font comprendre que la méthode

utilisée dans la description des faits n'a, à aucun moment, ressemblé à celui d'un anthropologue, ou d'un chercheur professionnel, puisque on relève, souvent, dans leurs propos des attitudes subjectives, voire racistes.

Décrivant quelques faits quotidiens de la vie des indigènes, E. Villot, par exemple, écrit ceci "...mais la mort est chose si ordinaire, si naturelle, dans cette vie de luttés et de dangers continuels, qu'on oublie vite ceux qui s'en vont" (Villot E 1888, p. 5), ou ceci "Dans la famille musulmane, les femmes parlent avec un respect mêlé de crainte et de terreur à leurs maris; les enfants les imitent. Seulement, le respect tout extérieur cache, le plus souvent, la révolte occulte, l'indifférence et quelquefois la haine" (Ibid. p. 245). G. Aroxy, de son côté, essayant de décrire les faits les plus quotidiens des indigènes, s'exprime, ainsi, sur eux: "Quant à l'avenir, la masse des indigènes n'y songe guère, c'est l'affaire d'Allah. Et lorsque, imprévus, les événements se produisent, l'Arabe, impassible, ébauche un geste de résignation, accompagné d'un "Mektoub" fataliste (Aroxy G 1927, p. 57), ou encore ceci "La maladie et la mort n'effraient pas l'indigène, pourtant il éprouve une peine profonde, malgré son fatalisme, s'il perd l'un de ses proches" (Ibid. p. 59).

Plus proche de nous, l'ouvrage, fort intéressant, de T. Bouguerra sur "Le dit et le non-dit. À propos de l'Algérie et de l'algérien chez A. Camus", nous décrit comment un écrivain français, connu pour son humanisme universel, et vivant, de surcroît, le XIXe siècle, n'arrive pas à se démarquer de certains comportements, et propos, racistes. L'auteur recense, ainsi, dans les romans les plus importants de A. Camus, des propos flagrants de racisme à l'égard de l'algérien. Celui-ci était considéré par l'écrivain comme l'Arabe, donc jamais comme l'algérien, c'est à dire ayant une patrie l'Algérie. L'analyse de T. Bouguerra arrive, ainsi, à des conclusions très claires, quant à une image fort négative de l'algérien développé dans les romans de A. Camus: Il est souvent vu comme quelqu'un "de passif, de paresseux, d'inculte, d'agressif, de primitif, etc" (Bouguerra T 1989, p. 77).

Ces quelques constats sur l'état de la situation de la société algérienne pendant la colonisation nous éclaire sur l'esprit, et la mentalité, de celle-ci. Comme nous venons de le voir, la France, pays colonisateur, avec sa politique ségrégationniste à l'égard des sociétés algériennes, n'a fait que les enfoncer encore plus, dans l'illettrisme, l'ignorance, l'analphabétisme, l'inculte, la misère sociale, etc. Il est bien clair que le savoir, et la pratique, dans la société dans les domaines de la médecine, et de la psychiatrie, vont se voir, eux aussi, régresser jusqu'aux points les plus reculés. De même que la France a ignoré l'individu algérien, elle a ignoré, également, son savoir faire. Cette politique d'indifférence, et d'ignorance, de ce qu'a l'algérien, comme savoir faire dans la médecine, par exemple, était, en fait, pratiquée, pour pouvoir s'ingérer dans les affaires du pays: C'était la politique, selon M. Khiati, "Guérir, pour conquérir" (Khiati M 2000, p. 143). En plus de cette indifférence à l'égard de ce qu'a l'algérien comme savoir, ou de ce que sont son histoire, et son identité, M. Khiati trouve que les médecins français n'utilisaient aucune éthique devant lui, puisque ce dernier, "Vivant, était un bon terrain d'apprentissage. Après s'être entraîné sur lui, on passait avec circonspection à l'Européen. Les jeunes chirurgiens étudiaient leur future technique sur la chair indigène, ce qui était dans l'ordre des choses" (Ibid. p. 196).

L'esprit de l'algérien était, lui aussi, analysé subjectivement, par doctrine raciste interposée, puisque, plus tard encore, c'est à dire dans les années 1939, on trouva ces quelques arguments, relevé par M. Khiati, ce qui est étonnant, parce qu'ils viennent d'un psychiatre, nommé A. Porot, l'un des maîtres de l'école de Psychiatrie d'Alger, et ancien doyen de la faculté de médecine d'Alger: "Le mélancolique européen se suicide. Le mélancolique indigène tue; il tue fréquemment, il tue sauvagement... ...Ce primitivisme n'est pas seulement une manière résultant d'une éducation spéciale, il a des assises beaucoup plus profondes et nous pensons même qu'il doit avoir

son substratum dans une disposition particulière de l'architecture, du moins de la hiérarchisation dynamique des centres nerveux. Comme on le voit, l'impulsivité de l'algérien, la fréquence et les caractères de ses meurtres, ses tendances permanentes à la délinquance, son primitivisme, ne sont pas un hasard" (Op. cit p. 197). Donc, il n'est pas étonnant de voir que les psychiatres, eux aussi, ont été un outil parfait aux mains de ceux qui ont instauré cet "ordre social", selon l'expression de R. Bertelieir (Bertelieir R 1979, p. 139), qu'est le colonialisme, dépourvu de tout humanisme, et de tout égalitarisme, entre les peuples.

R. Berthelieir, dans son article intitulé "Psychiatres et psychiatrie devant le musulman algérien", invoque une autre raison de la négligence du domaine de la psychiatrie, au sein de la population, durant l'occupation de l'Algérie par la France. Aux yeux de la France, "...l'Algérie d'alors: dans l'ordre des urgences, le problème premier apparaissait sans doute celui des soins corporels et celui de l'hygiène" (Ibid. p. 140). Ces propos de l'auteur nous permettent, déjà, de dire, que durant l'occupation, les malades mentaux en Algérie n'avaient sûrement pas les mêmes conditions, que chez leurs voisins des pays européens, car "la psychiatrie", comme l'affirme le même auteur de l'article, "était un luxe de pays nantis" (Ibid. p. 140). Le colonialisme français aidant, l'oubli, la négation, et la sous-estimation de l'histoire de ses ancêtres, ont laissé la société algérienne prendre inévitablement, cette lente, et profonde, régression vers cette pensée ancestrale, cette pensée magico-maraboutique, et surnaturelle.

Nous pouvons dire que la psychiatrie en Algérie a débuté avec l'indépendance en 1962. Les psychiatres algériens, à cette époque, comme dans tous les autres domaines scientifiques, étaient très rares, ce qui expliquait encore une fois l'objectif de la présence d'un pays colonisateur comme la France en Algérie. Ce prétexte inventé par la France est certes vrai, puisqu'il y avait un manque flagrant de spécialistes en psychiatrie, mais l'objectif principal de la colonisation de l'Algérie c'est surtout l'exploitation, à outrance, de ses ressources, et de ses richesses. L'un n'exclut pas l'autre. Le sujet algérien, comme nous l'avons vu à travers des extraits de textes d'écrivains français, était victime, tout au long de la période de la colonisation, d'une politique d'extermination (à cet effet, beaucoup d'historiens ont rapporté l'existence de la torture et des massacres pendant les révoltes des populations), et de racisme. Les algériens n'avaient bénéficié d'aucun droit, de la part de la France, du droit de s'instruire, au droit d'être considéré comme un citoyen, ou au droit d'être malade mental au même titre que son voisin européen, ou encore au droit d'être libre, au droit de reconnaissance de sa patrie, de son identité, de son histoire, de sa culture, de sa langue, etc.

Il est évident que, devant cet état de fait, l'algérien s'est retrouvé obligé d'aller lui-même arracher sa liberté à la plus puissante nation colonisatrice, avant de se consacrer, par la suite, aux plus nobles activités humaines, comme tous les autres peuples du monde, c'est à dire essayer de travailler, de s'instruire, d'apprendre, de se développer, de se confronter loyalement aux autres cultures, d'accepter la différence, etc. Il n'est pas étonnant de voir, encore, chez nos sociétés, des comportements ancestraux, comme celui de s'adonner au maraboutisme, à la magie, et au charlatanisme, et de s'attaquer à la science et au savoir, quand on revoie cette histoire cruelle, que la décadence des arabes, les précédents gouverneurs algériens, et la France colonisatrice, ont fait subir au sujet, et à la société algérienne.

La psychiatrie algérienne contemporaine doit maintenant, après avoir formé de nombreux spécialistes, faire face à d'innombrables pathologies individuelles, familiales et sociales. Elle n'est pas la seule à être sollicitée, afin de faire face à une recrudescence des troubles psychologiques, et des maladies mentales graves. D'autres spécialités, d'autres domaines, le sont, également, comme la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, et, bien évidemment, les collectivités locales, les associations civiles, etc. Mais, pour des raisons socio-économiques, l'Algérie indépendante a vécu l'une des périodes les plus difficiles, ce qui a aggravé encore plus les conditions de prise en charge des malades mentaux. Les hôpitaux publics, et surtout ceux destinés à recevoir les malades mentaux, ont, ainsi, connu, pendant la décennie 1990-2000, une situation des plus tragique, caractérisée par le manque dramatique de médicaments.

En plus de ce problème inhérent à la crise multidimensionnelle que connaît le pays, la santé en général, et surtout celle liée à la santé mentale du sujet algérien, devait faire face à d'innombrables difficultés en rapport avec la formation des spécialistes, tels que psychiatre, psychologue, infirmier spécialisé, etc. C'est, ainsi, que tous les spécialistes, sans exception, s'occupant du secteur de la santé mentale, comme le psychiatre, le psychologue, l'infirmier, etc, affectés au service psychiatrique, etc, doivent, au plus vite, revoir leurs méthodes de travail, et les ajuster aux normes internationales actuelles, s'ils veulent changer ces images négatives, et erronées, du malade mental, et de l'institution psychiatrique.

La persistance de certaines croyances ancestrales, comme celle qu'on retrouve dans les rites magico-maraboutiques, existants à l'échelle social, durant la colonisation, et longtemps après le recouvrement de l'indépendance, n'est qu'un indice fort révélateur de l'existence encore, dans cette dite société traditionnelle, d'une mentalité favorable au charlatanisme, et à la magie, donc d'une mentalité tout à fait opposée à celle qui s'est construite dans les sociétés européennes, c'est à dire d'une mentalité scientifique, et moderne. Bien évidemment, l'institution de cet esprit opposé à la science, par le pays colonisateur, s'est répercuté même sur la façon de se représenter la maladie, et le sujet du malade mental, puisque ce dernier était, ainsi, et souvent, considéré comme atteint d'un "djinn" démon, et le personnage du "taleb" était, lui, vu comme le vrai guérisseur.

Pour ne pas se répéter, nous consacrons dans le point "L'acculturation, le biculturalisme, la crise, et/ou la construction, de l'identité du sujet algérien", de longs commentaires sur l'interaction, bien souvent, conflictuelle entre un milieu culturel en mouvement, et en crise, et la personnalité chez le sujet algérien, et, bien entendu, l'apport que peut fournir un domaine comme la psychiatrie, ou la psychologie, afin de mieux expliquer cette dite interaction. Nous avons essayé d'analyser les rapports de la tradition, et de la modernité, qui sont à la base des conflits, que vit tout sujet algérien, actuellement. Et faute d'un retour à ce qui a constitué, un jour, la gloire de la culture arabo-musulmane, et la culture berbère, les sociétés arabes, et algériennes, vont continuer à vivre la décadence, et l'échec culturel, comme une crise d'identité. Au lieu de retrouver les points forts de ce qui a fait la gloire historique de l'arabo-musulman, les sociétés arabes, dépourvu de conscience, et de volonté, vont, ainsi, continuer à pleurer leur sort.

N. Toulbi, dans son article "L'ambivalence culturelle ou des reliquats psychologiques de l'histoire coloniale", pense que devant l'acculturation, le sujet n'a à sa disposition que trois solutions: "I) Les conduites sélectives qui consistent à répertorier dans le code original les valeurs chargées d'une sacralité suffisante pour être utilisées ensuite comme moyen d'apparât dans l'ordre traditionnel des choses. II) Les conduites alternantes quant à elles tendent à séparer dans le temps la réalisation de deux actions ou désirs antagonistes. III) Les conduites éclectiques, enfin, procèdent d'un syncrétisme structurel rendant possible une intériorisation active de valeurs culturelles contradictoires" (Toulbi N 1985, p. 13).

Nous aborderons, aussi, dans une bonne partie de la méthodologie, la réalité, et le vécu, du malade mental à l'institution psychiatrique, qui connaissent, jusqu'à maintenant, d'insurmontables difficultés liées souvent aux conditions d'hospitalisation, et à celles de la prise en charge. Les entretiens semi directifs, que nous avons élaboré dans la partie pratique de la thèse vont, sûrement, nous confronter, via les représentations, et les vécus, les plus vives des proches du malade mental, au malade mental lui-même, au médecin, à l'institution psychiatrique, aux traditions, aux rites magiques, à la modernisation, et, sans aucun doute aussi, à la problématique, et à l'ambivalence interculturelle, ainsi qu'aux crises identitaires qui s'en suivent.

Conclusion

Le chapitre "L'historique, et évolution, du concept de la maladie mentale" chez les anciens peuples, dans le monde arabe, en Europe, et, enfin, en Algérie contemporaine, nous a révélé que les sociétés, partout où elles se sont trouvées, ont toutes connu, à un certain moment de leur histoire, l'expérience de l'usage de la pensée magique, surnaturelle, et de la pensée irrationnelle, ce qui se traduisait, souvent, sur le plan social, par la non reconnaissance des droits des marginaux, et surtout des droits des malades mentaux. Actuellement, beaucoup de pays, à travers le monde, ont compris que l'usage de la magie, ou du charlatanisme, est bien révolu, et qu'il est plus que nécessaire, maintenant, pour bien voir les faits, de se retourner vers ce que la science, et la psychiatrie moderne, ont apporté.

Malheureusement, de nos jours, quelques pays encore, parmi eux, hélas, l'Algérie, restent encore sous l'influence de ces idées ancestrales, et empêchent, bien souvent, les professionnels du monde de la psychiatrie, tels que le psychiatre, le psychologue, et autres, à bien faire leur travail, selon les normes modernes de la science, et du savoir. L'explication selon un point de vue surnaturel, ou magique, existe encore dans pas mal de pays très développés, mais cet état de fait ne menace plus l'existence de la psychiatrie dans ces pays-là, comme l'a été, à un certain moment, dans l'histoire, où les hommes du savoir, et parmi eux les médecins, ont été harcelés par tous ceux qui voulaient garder un certain ordre social erroné. La magie, ou la pensée irrationnelle, ne nous permet pas de dire qu'elle va jusqu'à menacer l'existence même de la psychiatrie dans un pays comme l'Algérie, mais son usage par la société empêche, quelque fois, le bon déroulement de la prise en charge psychiatrique, surtout, quand le malade, et ses proches, croient, encore, fermement à l'efficacité du "taleb", et à son approche surnaturelle. C'est vrai, l'existence des rites magiques dans une société, tel que la nôtre, s'explique, selon certains auteurs spécialisés dans la problématique de l'interculturel, en nous référant aux systèmes culturels en confrontation. Les rituels magiques, qui pour certains sont aussi

thérapeutiques, existants dans une société en pleine mutation socioculturelle, assurent une fonction de réparation au niveau de l'identité.

Dans le travail, qui nous attend, dans l'analyse thématique des entretiens des proches parents du malade mental, nous allons rencontrer tous ces problèmes que soulèvent la co-existence, à travers les proches, de deux pratiques de prise en charge de la maladie, à savoir la thérapeutique psychiatrique, et le rituel magico-maraboutique, deux manières de voir, de se représenter, et de prendre en charge cette dernière. Comme nous l'avons souligné, antérieurement, ces pratiques magico-maraboutiques peuvent, tout aussi bien, être considérées comme des "stratégies identitaires", confectionnées par les proches des malades mentaux, afin de surmonter les difficultés de la maladie mentale, aujourd'hui, de prendre en charge le malade mental, selon les conceptions traditionnelles, et de faire face, par conséquent, à l'angoisse qui résulte de la confrontation à la modernité. Il s'agit, donc, de voir comment les proches parents se servent-ils du sujet de la maladie mentale, du problème de la "folie", pour résoudre leur propre problématique interculturelle, et leur propre crise identitaire culturelle ?

Nous savons, maintenant, que ces pratiques magico-maraboutiques n'apportent pas la guérison, ou le changement, par elles-mêmes, mais elles créent, chez le malade, et même ses proches, ce qu'on appelle, le phénomène de suggestion. Ces quelques expressions de N. Sillamy sur la suggestion, nous montre bien que ce n'est pas à la magie, en tout cas, qu'on attribue un quelconque changement constaté sur le sujet, mais à une influence due à la personnalité de celui qui suggère: "Le sujet subit passivement l'influence d'une idée étrangère, acceptée sans contrôle, comme si, momentanément, sa personnalité s'effaçait devant celle d'autrui" (Sillamy N 1980, p. 1146).

Comme il vient de surgir de nos analyses sur les rapports entre la tradition, et la modernité, et ses conséquences sur le sujet algérien, la véritable solution à entreprendre, pour permettre la co-existence de ce qui nous appartient culturellement, et de ce qui vient de l'occident, n'est pas, bien évidemment, la solution de la psychiatrie toute seule, mais celle, également, de l'enseignement que peuvent donner l'éducateur, l'enseignant, le philosophe, l'historien, bref tous ceux qui croient en la capacité, et en l'originalité, de l'homme, ou de la pensée, arabo-berbère-musulmane. Cette expression de A. Fagot-Largeault dans son ouvrage "L'homme bioéthique" nous montre que le psychiatre n'y peut rien face à des problèmes socioculturels du malade mental, et de sa famille, cela relève plutôt d'autres domaines, tels que l'anthropologie, la psychologie, la sociologie...: "Ils (les psychiatres) savent eux-mêmes qu'en décapitant les symptômes on ne résout pas les problèmes existentiels sous-jacents. Le germe de la contestation antipsychiatrique est à l'intérieur de la psychiatrie..." (Fagot-Largeault A 1985, p. 64).

Dans cette partie conceptuelle, nous avons essayé de dégager les points forts de l'histoire socioculturelle du sujet algérien, et pour y arriver à cela nous avons été obligé de recourir à une double lecture descriptive, et analytique, de ces faits historiques:

1- La première lecture s'est fait par le biais du premier chapitre "Le biculturalisme, l'acculturation, la crise, et/ou la construction de l'identité culturelle du sujet algérien", qui nous a permis de cerner les contours, et la complexité, de la personnalité du sujet algérien, façonné, depuis la nuit des temps, par les échanges, et les changements culturels;

2- la seconde lecture, bien évidemment, a été réalisée à travers le chapitre "Historique, et évolution du concept de la maladie mentale dans le monde Arabo-musulman, en Europe, et en Algérie contemporaine", qui nous a fait comprendre comment dans le cadre précis que celui de la représentation de la maladie mentale, les sociétés arabes, berbères, et européennes, ont été obligées, après tant de sacrifices, de se soumettre au nouvel ordre de la science, et de la raison ?

Nous avons, ainsi, retenu de ces deux lectures de l'histoire socioculturelle du sujet algérien, qu'il est inévitable de garder telle qu'elle est sa culture originale, quand on a choisi, également, l'échange culturel avec les autres. Le sujet algérien, jusqu'à aujourd'hui, est en perpétuelle confrontation avec la culture étrangère, la culture dite occidentale. Les faits historiques de nos aïeux arabes, pendant leur spectaculaire évolution géographique, sociale, culturelle, et politique, en sont une preuve tangible, quant à l'existence de cet inévitable échange avec les autres cultures.

Décrire l'histoire socioculturelle du sujet algérien, c'est, également, comprendre la personnalité de ce dernier, surtout quant on affaire à certains de ces comportements régressifs, défailants, ou psychopathologiques. C'est ici que vient, d'ailleurs, l'intérêt de cette recherche de la description de l'histoire socioculturelle de l'homme, et de la femme. Nous avons, ainsi, pu découvrir dans cette partie conceptuelle, qu'il existe une différence fondamentale entre l'homme, <qui sous entend aussi l'époux, et l'enfant de sexe masculin>, et la femme <qui comprend, également, l'épouse, et la fille>, provoquée, en grande partie, par leurs respectives histoires socioculturelles particulières.

DEUXIEME PARTIE: ASPECTS METHODOLOGIQUES DE LA RECHERCHE.

Introduction.

Chapitre III: Pré enquête, et enquête proprement dite.

1- Pré enquête

- Lieu de l'enquête: Les institutions psychiatriques de Djebel El-Ouahch, et d'Oued El Athmania.
- Les contraintes liées au terrain.
- Le choix de la piste de la recherche.
- Bilans de la pré enquête.
 - a- Les thèmes dégagés de nos entretiens avec les familles des malades mentaux.
 - b- Isolement des familles des malades mentaux.

2- L'enquête proprement dite.

- Caractéristiques de l'échantillon.
- L'outil d'investigation.
- Repères sur l'élaboration du guide de l'entretien semi directif.
- Le guide de l'entretien semi directif.
- Recueil des données
 - a- Les conditions d'application des entretiens semi directifs.
 - b- La transcription des entretiens semi directifs de l'oral (du magnétophone) à l'écrit.
 - c- La traduction des entretiens semi directifs de la langue arabe dialectale à la langue française.
 - d- Méthodes d'analyses: Les analyses thématique, et clinique

Introduction.

C'est dans cette deuxième partie de la recherche intitulée "Aspects méthodologiques de la recherche", que nous allons parler de la pré-enquête, effectuée lors de la préparation de l'étude préliminaire du projet de la recherche, et de l'enquête proprement dite. La pré-enquête nous a servie à délimiter la piste du projet de la recherche, en nous confrontant directement aux discours des proches parents des malades mentaux, ainsi qu'à leurs préoccupations, et leurs soucis, quotidiens. C'est dans cette phase de la recherche que nous avons commencé à nous intéresser aux thématiques avancées par les proches parents des malades mentaux dans leurs discours. L'enquête proprement dite, à son tour, nous a permis de comprendre de plus en plus l'intérêt de cet espace de la folie, dans le contexte de l'acculturation, d'aujourd'hui, vu sous l'angle des proches parents. Les lieux des institutions psychiatriques de Djebel El Ouahch à Constantine, et d'Oued El Athmania, où nous avons réaliser le plus gros de notre travail sur terrain, nous ont permis de réaliser cinquante entretiens semi directifs avec des femmes <5 épouses, et 20 mères> (25), et des hommes <5 époux, et 20 pères> (25), venant de la région dite Constantinoise, c'est-à-dire comprenant non seulement les cités urbanisées, et les cités semi urbanisées, mais, aussi, les contrées rurales. Le dépouillement, et l'analyse thématique des protocoles des réponses, des discours des proches parents des malades mentaux ont été effectués en prenant en considération les deux principales catégories de l'échantillon, que sont les femmes <Les épouses, et les mères>, et les hommes <les époux, et les pères>. Les 12 cas de l'analyse clinique, qui ont été choisis, également, selon les deux catégories femme <épouses, et mères> - homme, et selon l'origine sociale urbaine/rurale, nous ont été très utiles pour comprendre, et comparer, les histoires singulières des sujets femmes <épouses, et mères>, et hommes <époux, et pères>, résidant dans les régions urbaine, semi urbaine, et rurale.

Les deux approches de l'analyse, comme nous l'avons signalé, dans la problématique, sont des approches distinctes, mais complémentaires. La première est d'ordre thématique, car elle a pour objectif principal de recenser, de connaître, et, également, de définir toutes les conduites, et les représentations, provenant de l'ensemble des 50 discours des proches parents des malades mentaux, en rapport avec le vécu de la folie, dans le contexte de l'acculturation que nous connaissons, maintenant. La seconde approche est d'ordre clinique, qui se veut surtout une étude centrée sur des histoires singulières des hommes <des époux, et des pères>, et de femmes <des épouses, et des mères>, provenant des régions urbaine, et rurale, en confrontation avec le vécu de la folie, dans ce contexte de l'acculturation, que connaît le pays. Dans les deux approches, thématique, et clinique, qui sont toutes les deux, essentiellement, qualitatives, nous nous intéresserons, évidemment, au quotidien des époux, des pères, des épouses, et des mères, en confrontation à la folie, et aux contradictions des deux cultures traditionnelle, et moderne.

Chapitre III: Pré enquête, et enquête proprement dite.

1- Pré enquête.

- Lieu de l'enquête: Les institutions psychiatriques de Djebel El-Ouahch, et d'Oued El Athmania..

Bien évidemment, c'est durant les visites de reconnaissance de l'hôpital psychiatrique de Djebel El Ouahch, que nous avons reçu du service des archives les quelques documents que nous présentons ci-dessous. Les informations, que nous reportons à partir de ces documents, n'ont, en aucun cas, été changé, ou modifié, afin de laisser la description telle qu'elle a été faite par l'administration. L'utilité de ces documents administratifs, peut être, remarqué, surtout, lorsqu'on veut avoir une idée sur les quelques statistiques, relevées annuellement, et sur le mouvement (l'affluence) des malades durant la journée, le mois, et l'année. Ces statistiques proposent mêmes quelques informations détaillées sur l'affluence des malades, et leurs caractéristiques personnelles, tels que le sexe, l'origine sociale (le domicile), le type de personne (enfant, l'adulte), etc. Nous constatons que ces documents présentent également des statistiques de deux antennes de consultation, existants au niveau de la ville de Constantine, à savoir Messaoud Boudjeriou, et Chihani Bachir.

Les documents, qui nous ont été présentés, sont différents. Le premier, par sa conception, semble être destiné à l'information du visiteur de l'hôpital. Les deux autres, par contre, semble être destiné à faire un bilan des activités courantes de l'hôpital psychiatrique en matière de soin, et de prise en charge. Nous commençons par reporter les points qui sont mentionnés dans le premier document, destiné au visiteur.

"Situation de l'EHS psychiatrique de Constantine.

L'établissement Hospitalier de Djebel El Ouahch, est un établissement spécialisé en soin Psychiatrique, crée après restructuration de C.H.U Constantine. Il est situé dans la partie Nord-Est de la ville:

- S'étend sur une superficie de 4, 5 hectares.

- Dispose d'une capacité de 240 lits.

Quand a t-il été crée ?

L'E.H.S Psychiatrique de Constantine a été crée par le décret exécutif n 96 du 30/11/96. Il fut inauguré le 10 septembre 1994 par Monsieur le Ministre de la santé et de la population. Son démarrage comme structure totalement autonome du C.H.U s'est effectué à compter du 01/01/98.

L'organigramme.

C'est un établissement public à caractère administratif, doté de:

- La personnalité morale.

-L'autonomie administrative et financière.

Quelle est sa consistance ?

Il est composé de 3 structures:

- La structure mère (L'E.H.S. Siège).
- La centre d'hygiène mentale Boudjeriou Messaoud (centre ville).
- Le centre d'hygiène mentale Chihani Bachir (Cité Émir Abdelkader).

Quelle est sa conception ?

c'est un hôpital à conception pavillonnaire, composé de 10 pavillons.

Quels services composent L'E.H.S ?

Les services d'hospitalisation:

- Hommes (bloc D1-D2-D3) 115 lits
- Femmes (bloc EA-EB) 80 lits
- Urgences (Hommes/Femmes) 22lits
- Pédo-Psychiatrie 12 lits

Les services de consultation; Service de Toxicomanie.

Les consultations externes:

E.HS: 24/24 heures.

D.H.M: Quotidiennement 08 h-16h.

L'E.H.S Psychiatrique dispose de:

- Un plateau technique (laboratoire- radiologie).
- Un service de chirurgie dentaire (soins, extractions).
- Une pharmacie centrale (approvisionnement des services et des D.H.M).

Quels sont les organes de gestion de l' E.H.S ?

L'E.H.S est doté des organes suivants:

L'admission de votre malade, comment l'a faire ?

En premier, présentez votre malade au médecin des urgences. Il le consultera et décidera soit d'un traitement ambulatoire ou d'une hospitalisation.

En cas d'hospitalisation normale, quelle est la procédure à suivre ?

Présentez vous avec le certificat médical d'admission au bureau des entrées, ainsi que des pièces d'identité du malade.

Deux documents vous seront remis:

- Le billet de salle
- La fiche navette.

Avec ce dossier votre malade est admis au niveau du service désigné.

D'autres formes d'hospitalisations existent, lesquelles ?

La mise en observation: elle se fait par le malade lui-même, sa famille, procureur, le wali pour une durée de 15 jours renouvelable 02 mois.

Le placement volontaire, sur proposition du médecin psychiatre de l'établissement après accord de la famille, pour une durée indéterminée.

L'hospitalisation, elle se fait comment ?

Après l'admission, le malade est dirigé vers le service désigné, où:

- Il prend une douche.
- Il reçoit les vêtements hospitaliers.
- Il est dirigé vers son lit (chambre collective ou individuelle, selon le cas).
- Un bilan sanguin lui est fait.
- Après résultat, le traitement est commencé.

Observations:

En cas de nécessité, des soins spécialisés lui seront fournis, parés son transfert au niveau du C.H.U.

L'hospitalisation des enfants est-elle possible ?

Les enfants moins de 16 ans ne peuvent être hospitalisés. Ils seront suivis et traités en hôpital du jour au niveau du service de pédopsychiatrie.

Au sein de l'E.H.S Psychiatrique, comment est la prise en charge de votre malade ?

Sur le plan hébergement: Le malade occupera un lit propre totalement équipé (draps, couvertures, oreillers, matelas), au sein d'une chambre collective ou individuelle. Il prendra une douche quotidienne. Il sera coiffé chaque fois c'est nécessaire. L'hygiène des lieux est assurée deux fois par jour, le matin et le soir.

Sur le plan alimentaire:

Le malade recevra des repas équilibrés et riches, selon le menu tracé 02 fois par jour (déjeuner et dîner) plus un petit déjeuner et un goûter.

Comment votre malade occupera son temps ?

Des possibilités diverses sont offertes au malade pour se distraire au sein de l'E.H.S psychiatrique. Le malade peut faire de la lecture, regarder la télévision, participer à des activités sportives, culturelles, ou ergo-thérapeutiques. L'E.H.S dispose d'une salle de spectacle, qui peut recevoir bon nombre de manifestations (gala de musique, pièces théâtrales, séminaire, projection).

Les espaces verts ne manquent pas à l'E.H.S Psychiatrique pour faire des randonnées, pour les animateurs de la marche "Bonne promenade".

Comment se passent les visites familiales ?

Les visites familiales sont nécessaires pour le rétablissement du malade, elles peuvent se faire trois fois par semaine: Le dimanche, le mardi, le vendredi, plus les jours fériés.

Ce que le malade peut recevoir:

-Les produits alimentaires cuits ou crus.

-Boissons (eau minérale, jus...).

-Gâteaux.

-Vêtements.

Nécessaire de toilette.

Ce que vous ne pouvez pas ramener:

Couteau et fourchette, ciseaux, boîtes métalliques, miroir, nécessaire de rasage, bouteille en verre, plat métallique.

Le stationnement est-il permis ?

Les véhicules particuliers ne sont pas autorisés à stationner à l'intérieur de l'hôpital.

Exceptions:

Ambulances, urgences.

L'administration de l'E.H.S Psychiatrique reçoit-elle les citoyens ?

Oui, chaque dimanche de 09h à 11h, le directeur de l'établissement, toute l'administration sont à la disposition du public et toutes les doléances sont entendues.

Les effectifs:

L'E.H.S Psychiatrique renferme 431 travailleurs avec:

-administratifs-----	34
-Médicaux-----	45
-Paramédicaux-----	112
-Vacataires-----	93
-Autres-----	147

Formation:

L'E.H.S assure une formation médicale des résidents en vue d'en faire des spécialistes en psychiatrie".

Dans le document de l'an 2000, réservé au bilan général des archives, il est écrit que les consultations extérieures durant l'année 2000 se chiffrent à 15560 à l'hôpital, et les deux antennes citées ci-dessus, dont 6045, pour l'hôpital, ce qui représente 39%, et 9515 pour les antennes affiliées, ce qui représente 61%. Parmi les 6045 malades reçus, 1417, c'est à dire 23%, ont été acceptés pour l'hospitalisation. Durant cette même année de 2000, il a été enregistré 2186 dans les urgences, c'est à dire 36, 5%. Pour ce qui est de l'origine des malades, qui sont venus se faire ausculter à l'hôpital, se chiffrent à 4969, c'est à dire 82%, pour la seule Wilaya de Constantine, et 1074 malades résidents dans les Wilayas voisines (Oum El Bouaghi, Mila, Skikda, Guelma), ce qui représente 12% de l'effectif global. Le nombre des malades, selon le sexe, reçus à l'hôpital psychiatrique de Djebel El Ouahch se chiffrent à 3647, ou 60%, hommes, 1755, ou 29%, femmes, et 643, ou 11%, enfants, durant l'année 2000. Il est noté, également, que le service d'ergothérapie, et de psychologie clinique, au niveau de l'hôpital a recensé 2915 consultations, dont 1716 hommes, et 1199 femmes durant la même année 2000.

Par ailleurs, ces documents nous ont été très utiles, pour nous chercheurs, afin de comparer entre ce qui est dit dans les textes de l'administration, et ce qu'il y a dans la réalité, à l'hôpital. La comparaison, par exemple, à travers les sujets, que nous abordons ci-dessous, est très intéressante à faire, à plus d'un titre. D'abord, l'état psychologique des malades, leurs vies à l'intérieur de l'hôpital, au moment de notre passage dans les services, n'étaient pas bien du tout, elles étaient souvent déplorables. Nous n'avons à aucun moment vu d'activités centrées sur les malades durant notre séjour à l'hôpital. Les modes d'interactions existants réellement entre le

malade, et les différentes personnes qui l'entourent, l'interaction entre les différents agents s'occupant du soin du malade, tels que les médecins, les psychologues, les infirmiers, ne nous laissent, en aucun cas, dire, qu'il existe une ambiance joyeuse à l'hôpital psychiatrique. La vie à l'hôpital, autour du malade, est caractérisée par une routine des plus angoissantes, et un silence des plus imposants. Ce que nous avons vu est un hôpital mortuaire. Le compte rendu que nous allons faire dans cette méthodologie, qui s'est construit progressivement, pendant notre séjour aux institutions psychiatriques, et qui constitue, aussi, le recueil d'éléments essentiels de nos observations sur tout ce qui s'est déroulé devant nos yeux est, peut être, un désaveu de ce qui est dit par l'administration, dans ces documents, sur l'état général du malade, et sur sa vie à l'hôpital psychiatrique.

Nous avons pensé, donc, qu'il est utile de parler de ce passage en psychiatrie très significatif, qui s'est étendu sur deux ans, où nous avons pu vivre notre rencontre avec les institutions psychiatriques, tout d'abord, en visitant les lieux. Nous avons, ainsi, trouvé l'hôpital psychiatrique de Djebel El Ouahch, hôpital construit récemment, spacieux, alors que l'hôpital Oued El Athmania, hôpital ancien, archaïque, trop exigü, parce que conçu, pour recevoir seulement quelques dizaines de malades.

Notre rencontre avec ces deux institutions psychiatriques s'est faite, également, à travers une observation spontanée des malades, sur lesquels nous avons remarqué des traces indélébiles du cloisonnement dans le service. La vie routinière, et déshumanisante, dans laquelle ces malades mentaux sont tenus est, pensons-nous, la cause principale de leur stagnation, et non évolution, vers la guérison. Ils ne doivent leurs "échanges avec les autres", au sens propre du mot, qu'à l'occasion de ces visites des parents, ou de la famille. C'est à ces moments-là que les malades mentaux vont pouvoir, enfin, communiquer avec les autres, et parler de leurs personnes. Une grande salle est aménagée spécialement pour ce but. Notre rencontre avec l'effroyable monde psychiatrique s'est faite quand on a vu que le <la> malade mental <e> est livré à lui-même, cloisonné des journées, et des nuits, entières, entre quatre murs, ne pouvant pas aspirer à une propreté, et une hygiène, normales dans le service, ne pouvant pas avoir normalement des draps changés, ne pouvant pas avoir des moments de détente, etc.

Les quelques entretiens, que nous avons eu avec les parents des malades, nous ont éclairé sur certains problèmes de la vie quotidienne en service psychiatrique, comme le problème de l'isolement, de la propreté, et de l'entretien physique, qui laissent à désirer. Pour manque de propreté, beaucoup de patients, en entrant à l'hôpital, attrapent les poux. Ces observations, et ces entretiens, que nous avons pu avoir sur le terrain, nous montre, encore une fois, la nécessité, de toute l'équipe soignante, de travailler en groupe, et avec des méthodes différentes, et réactualisées, parce que le malade mental, comme tout autre malade, n'est pas seulement un corps, c'est, aussi, un être humain, un esprit. L'expérience de tous les jours, et dans tous les pays, a montré que la médicalisation de la maladie reste insuffisante, car suivie assez souvent de rechutes, si on ne s'intéresse pas à la personne du malade. Son intégration au sein de sa famille, et dans la société, doit se faire à travers un programme de rééducation progressive, afin de lui permettre d'acquérir toutes les capacités aussi bien physiques que mentales, qu'il a perdues, pendant la chronicité de sa maladie.

-Les contraintes liées au terrain

Nous pouvons, également, appeler ce titre "la face cachée du fou". La réglementation d'entrée à l'hôpital psychiatrique, pour une personne étrangère (enseignant, chercheur, ou étudiant), voulant accéder aux multiples services de la psychiatrie, pour enquêter, doit passer par une autorisation du médecin-chef, et de l'administration. L'autorisation du médecin-chef est de rigueur, quand la personne enquêtrice veut s'approcher des malades mentaux, car il est considéré comme extrêmement délicat, et parfois, aussi, comme extrêmement dangereux de s'entretenir avec ces derniers. S'entretenir avec le malade mental, d'après l'institution psychiatrique, doit être entouré par une multitude de précautions pour, aussi, sauvegarder sa personne, et sa dignité. Le malade mental est considéré, tout d'abord, comme une personne dangereuse, ensuite il est vu comme une personne à protéger, parce que, de par son état de "déraison", comme le décrit M. Foucault dans son ouvrage (Foucault M 1972), ou par son statut de "fou", il est incapable de reconnaître ses droits, son intégrité personnelle, ou, tout simplement, de se défendre.

Il est recommandé, donc, de ne pas porter préjudice à la personne du malade mental, en découvrant, par exemple, son identité, quand il s'agit de recueillir des informations directes sur lui, et sur sa famille. Il est, même, formellement interdit, à l'étudiant, ou au chercheur de filmer le malade mental, ou même d'enregistrer sa parole sur un magnétophone. Ces précautions de protection du malade mental, que nous venons de citer, nous ont créé d'insurmontables problèmes, quand nous avons projeté, au début, de nous pencher sur le sujet du système familial du schizophrène. Le médecin-chef nous a formellement interdit d'utiliser les caméscopes en présence du malade mental, ou à visage découvert de ce dernier. Après notre insistance sur l'intérêt scientifique que représente un tel travail, il nous a recommandé d'utiliser le bandage sur le film, afin de cacher une partie du visage du malade.

Nous étions étonnés d'entendre de la bouche même des psychologues ces interdictions, mais nous avons compris par la suite, que désormais, ces attitudes exagérées des médecins psychiatres, des psychologues, et des infirmiers, vis à vis de ce sujet, ne sont, en fait, que des produits d'un système institutionnel, où la communication unilatérale est de rigueur. Le malade mental, dans ce contexte, est considéré, beaucoup plus, comme une personne dangereuse, qu'il ne faut pas s'approcher, mais, aussi, comme une personne à protéger, qu'à aider, parce qu'on ignore, probablement, que ce même malade a besoin, aussi, de retrouver sa dignité, et son esprit "perdu". Nous nous sommes demandés si l'impact de regarder "négativement", ou "exagérément" le malade mental ne va t-elle pas, également, s'infléchir sur le malade lui-même, parce que nous avons relevé, souvent, en même temps, dans l'environnement psychiatrique, beaucoup d'attitudes de mise en sous-estimation de sa valeur en tant que personne, et, par conséquent, de sa déshumanisation. La maladie mentale dans l'institution psychiatrique est considérée comme une "tare", une "tare" irréversible, qu'on ne peut pas effacer, ou qu'on ne peut pas montrer.

Faire parler le malade mental, lui donner une chance de se faire écouter par sa voix, ou le montrer sur le film s'exprimer, et parler, n'était-ce pas là une occasion de connaître réellement la maladie mentale, ou de la faire connaître ? Nous sommes étonnés, ainsi, de voir les médecins psychiatres agir de la sorte, parce qu'eux-mêmes

sont le produit de cet ordre institutionnel, c'est à dire cet ordre qui oblige le malade mental, et sa famille, à céder devant l'usage seul des médicaments, et de l'hospitalisation. Aider le malade mental sur le plan humain, ou psychologique, en s'associant, avec les psychologues, pour mieux faire face à ses besoins personnels, ainsi que ceux de sa famille, n'étaient pas souvent bien considérés par les responsables de l'institution. Les psychiatres disent qu'ils sont débordés par le nombre important des malades, qu'ils n'ont pas le temps pour s'occuper de la personne du malade, de parler de son isolement, et du manque de moyens de distractions. Mais, la dignité du malade mental, son humanisation, ne peuvent-elles pas commencer, déjà, par changer la façon de vivre de ce dernier dans l'institution elle-même, c'est à dire prévoir son amélioration, déjà, dans sa façon de se nourrir, de communiquer avec les autres, de passer son temps. Ce changement, pour se réaliser, n'a besoin d'un peu de volonté, et d'un peu de méthode.

C'est en nous confrontant, pendant deux ans, au personnel soignant paramédical, médical, et au corps des psychologues, que nous sommes arrivés, hélas, à conclure, qu'il n'existe aucun programme de rééducation spécialisée, issu d'une équipe homogène, pour sauver les malades de la chronicisation de la maladie, ou, tout simplement, de la déshumanisation. Aucune initiative pratique personnelle, ou de l'équipe, pour essayer, à la limite, d'unir les différents acteurs de la santé autour du sujet fort important de l'intégration du malade mental dans sa famille, ou dans la société, n'est encore pris en considération. L'hôpital psychiatrique vit, ainsi, comme, l'a expressément, montré M. Harouni dans son étude sur "Une tentative d'intervention socio-thérapeutique dans l'hôpital psychiatrique de l'Oued El Athmenia", une "déshumanisation la plus totale" (Harouni M 1997). À notre avis, c'est cette ambiance de déshumanisation destructrice, que les psychiatres devraient commencer, déjà, à ne pas l'accepter, à la changer, pour mieux aider le malade mental à sortir de la chronicité de sa maladie.

-Le choix de la piste de la recherche

Nous pouvons dire que l'idée de faire sérieusement des investigations sur ce sujet nous est parvenue de nos observations effectuées en 1997 dans les services des institutions psychiatriques de Djebel El Ouahch, et de Oued El Athmania, dans le cadre d'une tentative d'étude portée sur "la communication familiale et la schizophrénie", tentative suivie, malheureusement, d'un échec, parce que nous n'avons pas pu, à ce moment-là, réunir les conditions matérielles, et humaines, que demanderait une telle étude. Il s'est avéré que l'étude de la communication familiale, et la pathologie de la schizophrénie, pour ne citer que les raisons suivantes, ne peut être menée, que si on réunit trois conditions principales: la première demanderait l'expérience d'une équipe d'observateurs, formée pour faire face au difficile système familial de la schizophrénie, la deuxième, elle, exigerait la présence, sur les lieux de l'observation, de plusieurs caméras, pour mieux capter, et emmagasiner le déroulement de la communication, laquelle (l'observation) peut s'étaler, pour comprendre cette dernière, sur plusieurs séances, et la troisième condition aurait besoin, elle, d'une salle dotée d'un miroir sans tain, pour assurer le bon déroulement de l'observation, et par la même occasion, garantir le climat pour une bonne communication. Ce sont ces raisons-là qui nous ont obligé à changer notre sujet de thèse, parce que nous avons sous-estimé les exigences du terrain, et de la recherche.

Nous pouvons dire que notre passage dans le monde de la psychiatrie n'est pas passé sans qu'on se pose des questions sur les différents contextes, et réalités, entourant le sujet du malade mentale. C'est pendant cette confrontation avec le terrain, que notre sujet, tel qu'il est conçu actuellement, a pris naissance. C'est, un peu, cette confrontation avec le monde psychiatrique, pendant un certain temps, parce qu'il était nécessaire de connaître à fond le terrain, qui est à l'origine de notre orientation vers le sujet de la thèse tel que nous l'avons construit maintenant. Avec un certain recul, nous pensons qu'il n'y a pas de sujet difficile, et de sujet facile pour le chercheur, il y a plutôt une trajectoire dans la recherche que ce dernier est obligé de suivre, et qui relève beaucoup plus de ses motivations, et de ses capacités personnelles. Certes, le terrain nous apprend beaucoup de choses. Tout d'abord, il nous apprend, ce qu'on peut faire avec les moyens qu'on a, quand le sujet, bien sûr, n'est pas trop ambitieux; ce qu'on ne peut pas faire, parce qu'on ne possède pas les moyens matériels, et parce que le sujet, lui-même, demanderait certaines exigences matérielles, et humaines. Nous pouvons dire que c'est dans notre confrontation avec ce terrain-là, marqué surtout par une recherche par le tâtonnement, que nous nous sommes orientés vers un sujet plus adapté à nos motivations, et capacités personnelles. En recherche, cette confrontation est très importante. Et parce que le chercheur a, sûrement, eu l'occasion de revoir les travaux d'autres chercheurs, que ceci va l'engager, à son tour, à choisir une piste, qui pense, un peu plus différente, ou un peu plus originale.

Nous avons passé deux ans (1998-1999) dans les deux institutions psychiatriques. Nous nous sommes rendus comptes, après avoir dissipé toutes les illusions, et les faux jugements, qu'il existe un monde psychiatrique beaucoup plus compliqué que ça, par les problèmes spécifiques, qu'il présente, et par l'extrême souffrance humaine touchant aussi bien le malade mental, que son entourage. Nous avons tous, par notre comportement conscient, ou inconscient, qu'on soit individu, société, ou même professionnel de la santé, participé à l'exclusion, de notre environnement, toute personne ayant perdu la raison, ou, seulement, toute personne sortie des normes de la société.

Il y a lieu de dire, pour expliquer l'état désastreux dans lequel est arrivée la santé dans le monde de la psychiatrie en Algérie, que deux raisons ont participé pleinement à sa décadence. La première raison est impartie au manque de moyen financier existant maintenant depuis deux décennies, car l'état n'a pas suffisamment d'argent pour subvenir aux besoins élémentaires des hôpitaux publics. La seconde raison, elle, revient, à notre avis, au manque d'initiative, à tous les niveaux, des responsables des hôpitaux, et des hommes de la santé, qui a laissé le malade livré à lui-même, proie à une déshumanisation des plus extrêmes. Les institutions psychiatriques, comme toutes les autres institutions, connaissent effectivement d'énormes problèmes de financement, et de gestion, lesquels, avec le temps, se sont vus se répercuter, tout d'abord, sur l'état de santé du malade lui-même, puis ensuite sur les conditions de travail des hommes de la santé. Le malade mental, bien évidemment, comme tous les autres malades, ou, peut être, pire encore, en est la victime principale de la dégradation de la santé dans le pays.

Il est arrivé, tout le long de la dernière décennie, après ces années fastes de la politique socialiste, qu'a connu le pays, que le malade, surtout le malade mental, soit confronté à une pénurie, dès plus grave, de médicaments essentiels pour les soins. Les entretiens avec nos différents interlocuteurs n'en sont que des

témoignages vivants, de cette période très difficile, qui a existé encore pendant les années 1998-1999, et qui a amené, aussi bien le malade, que sa famille, à vivre la souffrance de la maladie mentale sous sa forme la plus extrême. Nous nous sommes intéressés à la collecte de toutes les informations, liées de près ou de loin, au phénomène de la maladie mentale. C'est, tout d'abord, auprès des personnes assurant la gestion, aussi bien médicale, que paramédicale, de l'institution psychiatrique, que nous avons essayé de comprendre le monde de la maladie mentale, puisque ces personnes-là sont considérées, à plus d'un titre, après la famille, comme la partie la plus confrontée à ce phénomène, de par sa fonction dans la prise en charge médico-psychologique du malade.

C'est au sein de ces institutions psychiatriques, que nous avons rencontré, et que nous nous sommes intéressés, par la suite, à l'entourage familial, pour sa particularité, bien entendu, dans la représentation de la maladie mentale, et de sa prise en charge. Avant d'en être arrivé à ce sujet, que nous avons choisi, par la suite, comme sujet de la thèse, nous nous sommes approchés de toutes les personnes assurant le soin du malade (médecins, psychologues, infirmiers), pour essayer de trouver la meilleure piste possible à notre recherche, et pour essayer, également, de comprendre ce monde de l'aliénation mentale, et de la folie.

Nous avons aperçu, fort malheureusement, pendant notre passage dans les services, que l'entourage familial a été souvent ignoré, ou tout simplement vu, par l'ensemble du personnel soignant de l'hôpital, comme étant un élément parasite, voire même indésirable, dans la prise en charge du malade. Cette façon de travailler chez les médecins, appliquée de temps à autre, d'interdire quelque fois les proches de voir leur malades, parce que considérés comme agent provoquant l'agitation, ou l'excitation de ces derniers, nous a laissé quand même perplexe. Certes, cette procédure apporte de bons résultats, quand le malade mental est vraiment perturbé. Nous avons pu remarquer que travailler, ou collaborer avec la famille, pour une meilleure compréhension, et prise en charge du malade mental, en dehors de cette exception, n'était jamais vu par le personnel soignant comme la solution possible, constructive, ou salutaire. Nous avons pu conclure ceci: Cette solution est mal vue, parce que, tout simplement, elle est ignorée, ou tout simplement inconnue, parce qu'elle est la plus difficile à appliquer.

La raison, comme nous venons de le dire, en est, peut être, le manque d'expérience de faire collaborer la famille à la prise en charge du malade. Impliquer la famille, ou le malade lui-même, dans la prise en charge n'est pas chose facile, bien entendu, mais il est vu, actuellement, comme le seul moyen pour une délivrance de la maladie mentale. Il faut être formé pour pouvoir pratiquer ces formes de prise en charge. Nous savons que l'ignorance de ces prises en charges psychologiques, et familiales, est la cause de la non initiation du personnel soignant à ces nouvelles approches d'aborder la maladie. La formation du personnel soignant, selon l'esprit organiciste, a été toujours une pratique suivie, et héritée, de l'ère coloniale. C'est pour cette raison que les médecins psychiatres n'éprouvent aucun désir d'essayer ces approches-là, ou ne tentent même pas d'interpeller le psychologue du service pour chercher, en commun, une solution beaucoup plus adéquate, ou complète, à la maladie mentale.

Connaissant les problèmes de la formation universitaire de la psychologie touchant aussi bien la pratique que la théorie, on peut dire que les quelques psychologues cliniciens, qui travaillent dans ces institutions psychiatriques, éprouvent de la peine à créer sérieusement une pratique thérapeutique basée sur les variantes

psychologique, familial, ou social. Les résultats, d'après ce que nous avons vu, et entendu, sont loin d'être probant. Notre passage dans les services psychiatriques pour adultes (hommes, ou femmes), nous a permis de voir que les psychologues manquent souvent d'initiative, et de pratique, professionnelles. Quelques psychologues, cependant, ont attiré notre attention par leur manière efficace de travailler, mais cela reste insuffisant en regard des problèmes que connaissent les hôpitaux psychiatriques. Le travail du psychologue, à notre avis, aurait besoin également de la contribution de toute l'équipe médicale, et para médical. Les malades sont, ainsi, et surtout, pris en charge médicalement, mais restent livrés à eux-mêmes sur le plan psychologique (soutien, aide, et thérapie psychologique), ou social.

De même, pour le service psychiatrique des enfants, aucun effort n'était perçu du côté des psychologues cliniciens, qui étaient affectés à ce service. Ils jouaient le rôle, bien souvent, "flou", d'éducateurs, d'enseignants, de rééducateurs, ou d'infirmiers, parce que aucun bilan, ou suivi, psychologique n'était effectué régulièrement, et parce que, aussi, aucune sensibilisation n'était faite pour faire connaître ce rôle de psychologue auprès des proches du malade, ou du malade lui-même. Nous avons relevé de la bouche même de certains interlocuteurs, proches des malades, pendant les entretiens, que le rôle de psychologue était souvent assimilé à celui du médecin, ou à celui de l'infirmier, ou encore, par exemple, considéré comme quelqu'un "qui joue avec les enfants". Les proches du malade mental ne savent pas, d'après cet exemple, que le suivi psychologique peut adopter, effectivement, aussi le jeu comme méthode thérapeutique, à condition, bien entendu, que celle-ci suive une technique, et un objectif, bien déterminés. Et, il est des devoirs du psychologue de sensibiliser la famille, et le malade, pour les rendre plus réceptifs à ce genre de travail. Chose que nous n'avons pas aperçu sur le terrain avec les psychologues cliniciens dans le service des enfants. Nos interlocuteurs, père et mère des enfants, semblent ignorer les bienfaits du "jeu thérapeutique", voire le sous-estimer. Aucun retentissement sur l'environnement immédiat du rôle du psychologue auprès des enfants, ou des adultes, comme nous l'avons signalé ci-dessus, ne semble se confirmer, ou, à la limite, exister. Conséquence, le pédopsychiatre du service, quant tenu de l'inexistence d'un suivi sérieux psychologique, se comporte, souvent, avec les enfants malades, et leurs familles, comme le psychologue, ou le conseiller psychologique. Les quelques entretiens avec nos interlocuteurs, parents, ou proches des malades, n'en sont que des témoignages forts intéressants sur ce sujet-là.

Le plus grand problème qui persiste, encore, dans ces institutions psychiatriques, est ce dialogue de sourd existant entre ceux qui croient à l'usage, seul, de la méthode organiciste, et médicale, c'est à dire les médecins, et ceux qui croient à l'usage, en parallèle, d'autres méthodes de prise en charge, comme le psychologique, le familial, ou le social. Notre passage en psychiatrie n'a rien observé de cette collaboration entre les médecins, et les psychologues, afin de mieux comprendre le malade mental, sa famille, et de les aider dans leur parcours pour retrouver une certaine stabilité psychologique. Ce climat de tension, où existe un dominant, et un dominé, et d'indifférence, entre les différents partenaires, qui offrent, soi-disant, le soin au malade mental, n'est au profit ni aux uns ni aux autres. Bien au contraire, il est au détriment du malade mental, et de sa famille, qui ne retrouveront jamais la joie de vivre, et l'intégration sociale, tant attendue par la société. L'exemple de ce médecin, un seul heureusement, qui nous a empêché de mener à bien nos entretiens avec les familles, ou les proches des malades, car il a refusé de nous donner son bureau de consultation, lorsqu'il est vide, bien sûr, n'est qu'une preuve, une

autre, de l'existence d'une certaine atmosphère tendu régnant dans l'institution psychiatrique. Nous avons été obligés de rencontrer ces familles, ou ces proches des malades dans la grande salle de rencontre "des malades et des familles".

Pendant notre passage dans les institutions psychiatriques, et à la rencontre du collectif des experts de la santé, et de l'administration, nous avons remarqué que ces derniers ne font pas beaucoup d'effort pour instaurer un programme sérieux de rééducation psychologique, et sociale, pour la personne du malade mental, et de la famille. Nous pouvons à ce titre affirmer que cette attitude plus ou moins démissionnaire, observée souvent chez les experts de la santé, et l'administration, ne fait que maintenir activement aussi bien le malade, que sa famille, dans l'emprise de la maladie mentale. Le constat que nous avons eu durant notre séjour dans les institutions psychiatriques, sur un certain discours pessimiste, et démissionnaire, chez les médecins, les psychologues, et les infirmiers, nous ont convaincu, plus que jamais, que la cause du maintien du malade mental dans sa maladie, est bel et bien cet atmosphère général de démission, et de dégoût. Il est intéressant de mener une enquête avec les médecins, les psychologues, ou les infirmiers, pour comprendre pourquoi n'avaient-ils pas le "coeur" pour travailler "l'aspect humain", et faire plus, pour cette institution psychiatrique ? Pour nous, il était clair que les personnes les plus touchées par la maladie mentale, et la "folie, ce sont les proches parents. Ils sont bel et bien au centre des conflits, que vit la société toute entière, des conflits liés, bien évidemment, à ce "malaise de la civilisation" (S. Freud), tant incrimine, maintenant.

- Bilans de la pré-enquête.

a- Les thèmes dégagés de nos entretiens avec les familles des malades mentaux.

C'est, croyons-nous, parce qu'on a pas eu une coopération effective à l'hôpital de la part aussi bien de l'administration, des médecins, et des psychologues, qu'on s'est retourné vers les proches parents, et la famille, du malade mental. Cette piste, des plus riches, à notre avis, nous permettra de mieux voir ce qui se passe dans la vie quotidienne du malade mental, et de sa famille. Elle nous permettra, surtout, de comprendre comment les proches parents des malades mentaux arrivent-ils, dans ce contexte de la folie de l'un de ses membres, à surmonter leurs propres angoisses ? Nous avons découvert, à travers les discours des proches parents du malade mental, que ces derniers sont des sujets "potentiellement" intéressants à parler de la "folie", et de leurs angoisses par rapport à la situation difficile dans laquelle ils se trouvent. Nous pouvons aussi dire que ces personnes qui côtoient la maladie mentale au quotidien vivent probablement de très près les conflits culturels que nous connaissons tous.

Les quelques tentatives d'essai de rencontrer les proches parents, faites à l'occasion de notre premier sujet de recherche "Communication familiale, et schizophrénie", réalisées avec l'aide des étudiants de fin d'étude de psychologie clinique, nous ont confronté, principalement, à des discours très long sur le vécu de la maladie. Durant ces séances, nous avons, ainsi, pu voir plus clairement la description du phénomène de la maladie mentale à travers la famille. Nous avons relevé, également, pour la circonstance, un nombre important de données à travers les discours des familles, données s'y rapportant particulièrement à leurs façons de regarder leur fils, ou leur fille malade, ainsi qu'à leurs façons de vivre la maladie de si près. Nous avons été étonné par la quantité, et la qualité,

des informations, sur leurs représentations de la maladie mentale, ainsi que sur leurs diversités de regarder la maladie, diversités constatées dans la différence des discours des pères, et des mères, ou dans ceux des conjoints, épouse, et mari.

En effet, les séances d'écoute de ces discours dans la famille ont montré, plus d'une fois, des conflits manifestes, ou latents, entre ses membres, du fait, probablement, de la différence, et de la richesse, de la perception de ces derniers. Par ailleurs, les soucis, les malentendus, les incompréhensions, les conflits non-dits, ou dits, relevés dans l'entourage du malade mental, nous ont convaincu de l'existence d'une piste intéressante, afin de mieux comprendre la maladie mentale, et le vécu de ceux qui sont confrontés souvent à elle. Nous avons, ainsi, relevé un discours commun, mais aussi différent, chez les proches parents des malades mentaux, un discours plein d'émotion, de détresse, de désarroi, et de tristesse, un discours demandant de l'aide, parce que ce n'est pas facile de vivre avec la maladie, qu'il est même déroutant de vivre avec, et permettant, par la même occasion, à ces proches, de se sentir mieux. Nous avons, aussi, relevé chez nos interlocuteurs un discours plein d'engagement, de volonté, de lucidité, et d'espoir. Nous avons remarqué que ceux qui fréquentent le malade, utilisent un discours, un témoignage réel, singulier, vivant, fort en exemples interminables, riches, et personnels.

Notre confrontation, plus ou moins longue, dans la phase de la pré enquête, avec les familles des malades mentaux, nous ont révélé un nombre considérable d'informations sur leurs propres quotidiens. C'est durant les entretiens, que nous avons eus avec ces proches parents, que nous avons découvert, en général, la tendance permanente de ces derniers à parler:

- 1- De l'image, qu'ils ont du malade mental.
- 2- De la communication, qu'ils essayent de construire avec lui.
- 3- Des modes de prise en charge, qu'ils ont toujours essayé d'utiliser avec lui.
- 4- Des causes de la maladie mentale.
- 5- De leur voisinage.
- 6- Du bilan, et de l'avenir, de la maladie mentale chez le malade mental.

Bref, nous avons remarqué, dans l'ensemble, chez les proches parents, un vécu presque identique face aux problèmes rencontrés avec leurs malades.

Nous avons même distingué certaines différences dans les discours entre les femmes, et les hommes, qu'il serait intéressant de vérifier la consistance, et la véracité, dans l'enquête proprement dite. Lorsque les pères (les hommes), et les mères (les femmes), sont devant leurs progénitures malades mentaux, comment vont-ils se représenter le vécu de la maladie, connaissant, bien entendu, leurs différences socioculturelles par rapport au sujet ? Quand ces pères, ou ces mères, sont devant leurs malades mentaux enfant, ou adulte, leurs malades mentaux de sexe masculin, ou féminin, comment se comportent-ils devant le personnage différent du malade ? Comment vont-ils vivre leurs propres angoisses face à la folie, et à la problématique interculturelle (traditionnel/moderne), auxquelles ils sont confrontés ? Enfin, quand ces époux, ou ces épouses, sont devant leurs conjoints malades mentaux, comment vont-ils se représenter le vécu de la maladie mentale, quand eux-mêmes sont impliqués dans une crise identitaire culturelle dès plus déstructurante ? Le choix des mères, et des

pères, en fonction du personnage du malade mental lui-même, étant donné qu'il peut être enfant, ou adulte, de sexe masculin, ou féminin, va nous permettre d'appréhender toutes les situations en rapport avec la folie, vu que déjà dans notre pré enquête nous avons acquis certaines informations très intéressantes concernant la différence des représentations du malade mental enfant, et adulte, de sexe masculin, et féminin: Par exemple, le premier fait l'objet de plus d'intérêt, et de plus d'engagement, dans le domaine de l'apprentissage, au près des parents, par rapport au second, le garçon fait l'objet de plus d'engagement, au près de la mère, en comparaison du père, par rapport à la fille, etc. Beaucoup d'autres représentations du malade mental relatives au personnage enfant, et adulte, de sexe masculin, et féminin, seraient très intéressantes à dévoiler dans cette recherche.

b- Isolement des familles des malades mentaux.

On peut dire que nos interlocuteurs ont souvent vécu le quotidien d'avec la "folie" sans aucune aide conséquente, et organisée. L'aide, que les proches parents reçoivent, se limite éventuellement à quelques conseils verbales, que leur accordent, de temps en temps, le psychologue, ou le médecin, et le médicament, bien sûr, que lui donne ce dernier à chaque consultation. Nous avons eu le pressentiment que les malades, et leurs proches parents, vivent réellement un isolement par rapport au monde, qui les entoure, c'est à dire par rapport au monde social auquel ils appartiennent, et par rapport, également, à l'institution psychiatrique, où ils ont l'habitude de se rendre pour demander des soins. Il nous a semblé comprendre qu'à travers la démission du corps de la santé, et de l'administration, l'on a cultivé, sans le vouloir, peut être, cette réalité malheureuse, qui croit, que "le malade mental est potentiellement dangereux, difficile, et irrécupérable". Ils rejoignent, ainsi, avec cette attitude démissionnaire, le camp de la société, qui pense, qu'il n'y a rien à faire pour les malades mentaux chroniques, et dangereux; qu'il faut, pour s'en débarrasser, les jeter dans des cellules fermées, loin des regards. Cette réalité ne nous rappelle t-elle pas, dans une certaine mesure, l'histoire de l'asile, et du cachot, dans les pays européens, avant que le malade mental ne soit considéré comme malade, et non comme démon ? L'hôpital psychiatrique, la maladie mentale, le "fou" lui-même, le valium, l'haldol, le nozinan, etc, ne provoquent-ils pas, encore, en nous, quand nous les entendons, des frissons, et de la peur ? Le "fou" est, toujours, pour la société, un personnage différent, mystérieux, dangereux, et incompris. Rien à changer de ce côté-là. Rien à changer, aussi, de ce esprit social de vouloir mettre à tout prix tout ce qui est désordre mental, "fou", et marginal, à l'écart, loin des regards, à l'asile. Connaître l'image du malade mental, du "fou", dans la société, et dans l'institution psychiatrique, c'est appréhender la situation difficile dans laquelle se trouve toute personne ayant à sa charge un malade mental; c'est dire, aussi, combien les proches parents sont situés au centre des conflits que vit notre société, actuellement.

2- L'enquête proprement dite.

-Caractéristiques de l'échantillon.

Notre résidence dans une ville comme Constantine, ville connue comme un centre urbain très important dans l'Est de l'Algérie, et qui est, également, vue comme une région, où prolifère beaucoup de fléaux sociaux, comme tant d'autres villes algériennes, tels que le chômage, la délinquance, le suicide, la recrudescence de la maladie mentale, va nous aider sûrement à comprendre l'acculturation, et la crise identitaire culturelle, auxquelles tout le monde est confronté.

a- Proches parents des malades mentaux venant de la région Constantinoise.

La rencontre des "sujets" de notre étude a été faite dans les deux hôpitaux psychiatriques limitrophes à la ville de Constantine, les hôpitaux de Djebel El Ouahch, et d'Oued El Athmania. Ce choix-là a obéi à la logique tout d'abord de trouver les "sujets" qui appartiennent surtout à cette région, qu'on appelle le "Constantinois", c'est à dire comprenant, aussi, certaines régions limitrophes de la ville de Constantine. Cette région de l'Est par rapport à l'Algérie, la région "Constantinoise", est une région que nous connaissons mieux que les autres régions de l'Algérie, et où nous résidons, également. Sans que cette étude soit portée sur une ville plus que sur une autre, ou sur une région plus que sur une autre, nous devons dire qu'elle a obéi au fait que les personnes, qui ont été pris, habitaient presque dans toutes les régions limitrophes à la ville de Constantine. Nous reproduisons ci-dessous les agglomérations urbaines, et rurales, d'où nous sont venus les sujets de notre étude, c'est à dire les proches parents des malades mentaux, afin d'avoir à l'esprit, ce que représente pour nous la région "Constantinoise".

L'origine, et le nombre, des interlocuteurs <trices>:

1- Aïn Abid, 02 femmes, 2- Aïn El-Kercha, 01 homme, 3- Aïn Smara, 01 homme, 4- Aïn M'lila, 01 homme, 5- Beni Belaïd, à proximité de Jijel, 01 femme, 6- Constantine, 15 femmes, et 13 hommes, 6- El Harouch, 01 homme, 7- El Khroub, 02 hommes, et 01 femme, 8- El Milia, 02 femmes, et 01 homme, 9- Ferjioua, 02 hommes, 10- Mila, 01 femme, 11- Oued El Athmania, 02 femmes, 12- Oued Zenati, 01 femme, 13 Oum El Bouaghi, 01 homme, 14- Skikda, 01 homme, 15- Zighoud Youcef, 01 homme.

b- Proches parents des malades mentaux venant des régions urbaine, et rurale, du Constantinois.

La fiche d'identité personnelle, ou de présentation, si nous pouvons la nommer ainsi, qui est présentée en tête des entretiens semi directifs, est importante d'un point de vue surtout clinique, mais, également, si nous voulons connaître, par exemple, l'origine sociale du sujet (urbaine, ou rurale). Les autres informations concernant l'âge, le nombre d'enfants dans la famille, la profession concernant le "sujet", et le malade mental, présentées dans ces fiches de présentation, n'ont aucune importance dans l'analyse comparative que nous ferons dans la partie pratique. Étant donné que l'origine sociale (urbaine, et rurale) est importante dans le choix des sujets de notre étude, particulièrement l'étude clinique, alors cette dernière portera essentiellement sur les comparaisons effectuées à partir de ce critère-là. Nous savons, également, que nos interlocuteurs <trices>, sont issus d'endroits différents:

- 1- Il y a ceux qui sont originaires des grandes agglomérations, comme la ville de Constantine, El Khroub...
- 2- Il y a ceux qui sont originaires des petites agglomérations, comme Aïn Smara, El Milia, Aïn Abid...
- 3- Et, enfin, il y a ceux des régions rurales, comme Beni Belaïd à Jijel...

c- Proches parents, dont un membre de la famille est malade mental.

Les malades mentaux des proches parents ont fait l'objet d'une investigation médico-psychiatrique auprès des psychiatres, et présentent tous une maladie mentale, ou une maladie, dont le pronostic, pourrait dans l'avenir

s'acheminer vers la maladie mentale. Ce sont surtout certains cas d'enfants malades, qui présentent cette maladie à pronostic pouvant s'acheminer vers la maladie mentale. Donc, nous pouvons dire que tous les proches parents, que nous avons pris dans cette étude, ont bel et bien un membre de la famille, dont le diagnostic psychiatrique a été confirmé par un examen psychiatrique.

d- Proches parents choisis selon les critères: les femmes <5 épouses, et 20 mères>, et les hommes <5 époux, et 20 pères>.

Pour bien voir, et comprendre, la différence du vécu des femmes (les épouses, et les mères), et des hommes (les époux, et les pères), qui en vivent cette "tragédie sociale, et identitaire", et compte tenu sur ce que nous savons sur leurs histoires socioculturelles, nous avons choisi ces critères-là.

e- Les proches parents mères, et pères, choisis selon les quatre critères du personnage du malade mental: Enfant/Adulte, et Féminin/Masculin.

Il est évident, comme on l'a vérifié dans notre pré enquête, que le personnage du malade mental lui-même, quand il est enfant, ou adulte, masculin, ou féminin, provoque une différence de comportement, et de représentation, très importante chez les parents mères, et pères. C'est pour cette raison-là que l'effectif de l'échantillon par rapport aux seuls proches parents mères, et pères, s'est vu augmenté à 40 individus:

- 5 Mères, et 5 pères, dont le malade mental est une fille/enfant,
- 5 Mères, et 5 pères, dont le malade mental est un fils/enfant.
- 5 Mères, et 5 pères, dont le malade mental est une fille adulte,
- 5 Mères, et 5 pères, dont le malade mental est un fils adulte.

f- L'effectif total de l'échantillon de la recherche est de 50 sujets répartis de la manière suivante:

- 5 épouses dont l'époux est malade mental.
- 5 époux dont l'épouse est malade mentale.
- 5 mères, et 5 pères, dont la fille/enfant est malade mentale.
- 5 mères, et 5 pères, dont le fils/enfant est malade mental.
- 5 mères, et 5 pères, dont la fille adulte est malade mentale.
- 5 mères, et 5 pères, dont le fils adulte est malade mental.

On a noté durant notre séjour dans les institutions psychiatriques, que les autres types de proches parents, tels que les grands parents, les oncles, les tantes..., étaient pratiquement rares à rencontrer, donc à les considérer comme faisant partie de l'effectif de notre échantillon. Il est intéressant à chercher pourquoi ces types de proches

parents ne figurent-ils pas parmi les autres proches parents accompagnateurs du malade mental à l'hôpital psychiatrique ?

g- Rencontrer les proches parents des malades mentaux à l'institution psychiatrique.

Rencontrer les sujets de la thèse, c'est à dire les proches des malades mentaux, à l'institution psychiatrique, et les faire parler sur la maladie de leurs enfants, ou de leurs conjoints, n'a pas été difficile en soi, parce qu'ils ont souvent considérés cet acte comme une demande de l'aide, une demande de compréhension de la maladie, mais, aussi, comme une occasion de se soulager des souffrances, et des difficultés, du vécu d'avec la maladie. Pour éviter les surprises que pourrait nous réserver le fait de rencontrer les proches parents des malades à leurs domiciles, nous avons opté de les voir à l'institution psychiatrique. Nous pouvons, ainsi, par cette voie, prendre séparément le père, ou la mère, le mari, ou l'épouse, pour leur faire l'entretien. Chose difficile, peut être, à réaliser à leurs domiciles. Mais à noter ce que la majorité des proches des malades nous ont dit sur leurs logements personnels "qualifiés trop souvent d'exiguës", ce choix nous paraît bien plus compliquer à réaliser que le choix de les rencontrer à l'institution psychiatrique. Nous nous sommes demandés s'ils seraient pareils de les prendre à leurs domiciles, et à l'institution ? Est ce qu'ils adopteraient la même attitude dans ces deux contextes ? Malheureusement, c'est une enquête que nous ne pourrions pas donner suite, maintenant, compte tenu des raisons invoquées ci-dessus. L'enquête à domicile pourrait, peut être, concerné seulement les proches des malades qui ont de l'espace chez eux. Une affaire à suivre, mais dans un tout autre sujet de recherche. Tout ce que nous pouvons dire du contexte que nous avons pris, c'est à dire celui de l'institution psychiatrique, c'est qu'il a été, en général, favorable pour les proches des malades mentaux, pour pouvoir parler de la maladie mentale, et du vécu, par rapport à celle-ci. Nous avons aménagé pour cet objectif un bureau dans chaque service, où nous avons été présent, afin de mener à bien nos entretiens avec les proches des malades.

- L'outil d'investigation.

a- Repères de l'élaboration du guide de l'entretien semi directif.

Pour élaborer nos entretiens semi directifs, et afin de mener à bien l'étude proprement dite, nous avons consulté quelques ouvrages importants d'auteurs algériens venant d'horizons différents, à savoir: la psychiatrie (Bensmail B 1993), (Boucebci M 1979, 1984), la psychologie (Toualbi N 2000), la sociologie (Bouzar W 1984), et la littérature, (Feraoun 1953, 1954), (Belamri B 1982). Pour élaborer notre guide d'entretien, nous avons remarqué que les textes des auteurs, que nous avons lu, étaient difficiles à résumer, selon certaines orientations, pour la simple, et unique raison, que ces textes-là abordent le vécu de la maladie mentale, sa description, à travers plusieurs dimensions: l'individuel, le familial, le social, et le culturel. Il est bien évident, comme nous l'avons fait remarquer à maintes reprises, que la maladie mentale vue par les proches parents, dans cette thèse, est prise comme un terrain d'investigation: primo, pour étudier la crise de l'identité culturelle, génératrice d'un "malaise" dés plus profond, existant actuellement en Algérie; secundo, étudier, également, ses conséquences sur la formation d'une nouvelle identité culturelle. La présence de ce "malaise" culturel profond, bien particulier à l'Algérie, et au monde arabe, dans la vie de l'individu, et du groupe social, n'est plus à démontrer, maintenant, avec les nombreux travaux, qui existent des deux côtés de la méditerranée, l'occident, et le monde arabe

(Bendjouis L 2003), (Benslama F, Tazi N 1998), (Charfi M 2000), (Chentouf T 2003), (El-Kenz A 1993), (Gaudry M 1998), (Lahjomri A 1993), (Malek Rédha 2001), (Remaoun H 2000), (Von Grunebeaum G.E. 1973). Nous avons eu l'occasion de revoir cela plus en détail dans le point "Le biculturalisme, l'acculturation, la crise, et/ ou la construction de l'identité du sujet algérien", qui avait pour objectif de décrire le milieu culturel fort complexe, dans lequel vit l'individu, et la famille, en Algérie, un milieu imprégné d'une histoire compliquée de la rencontre des cultures arabo-musulmane, et occidentale. Il est évident que la société soit encore sujette à une acculturation des plus intensives, et des plus destructrices, après une longue colonisation, et une indépendance difficilement arrachée. Conséquence, la situation est alarmante selon les experts sociaux, psychiatres, et autres, parce qu'il y a une recrudescence importante de la maladie mentale, et bien d'autres pathologies encore, dans la société. La recrudescence de la maladie mentale, et bien d'autres pathologies, sont, donc, un lourd tribut à payer, pour que l'Algérie, comme pour d'autres pays arabes, puisse lever ce défi, et être, enfin, considéré comme un pays développé.

Nous devons nous attendre, à travers nos entretiens semi directifs, avec les proches parents des malades mentaux, que ces sujets-là de société soient abordés d'une manière directe, ou indirecte: Les comportements qui reviennent quotidiennement chez les proches parents, en face de la folie, et qui se représentent chez eux, dans une certaine mesure, comme une manière d'adaptation aux problèmes de l'heure. Avec quelle manière ces proches parents arrivent-ils à concilier le traditionnel, et la modernité ? Le recours fréquent à des rites thérapeutiques traditionnels par les proches parents ne représente-t-il pas pour eux une manière de faire face à la modernité, et de baisser l'intensité de l'angoisse à laquelle ils sont confrontés ? Les proches parents vont, par exemple, parler du sujet "des consultations qu'ils ont effectués chez les médecins", ou des visites qu'ils ont faites chez les "tolbas", ou les deux à la fois, etc. Ils vont parler, également, des manières dont ils s'y prennent pour résoudre, ou régler, les problèmes de leur quotidien. C'est alors qu'ils vont compter sur eux-mêmes pour faire face aux désagréments de la maladie, ou au contraire recourir à cet esprit familial traditionnel, où l'entraide est de rigueur. Toutes les réponses des interlocuteurs tirées de leurs quotidiens, sur des sujets comme ceux là, vont nous indiquer, bien évidemment, les manières utilisées, et les "stratégies adoptées" pour surmonter leurs propres difficultés, et leurs propres angoisses. C'est essayé de voir à quel point les proches parents, confrontés à la folie, se sont-ils adaptés à cette situation complexe, qu'est le mélange de leur propre culture traditionnelle, et de la culture moderne ?

Dans la pré-enquête, que nous avons menée à l'institution psychiatrique, nous avons approché, déjà, certaines questions principales autour desquelles tourne notre sujet. Il est clair que notre sujet principal de la thèse tourne autour de cette description du quotidien des proches parents des malades mentaux face aux désagréments de la "folie", c'est à dire faire en sorte que les interlocuteurs (les proches parents) de notre étude décrivent leurs vécus quotidiens face à la maladie mentale de leurs conjoints, ou de leurs progénitures. C'est, aussi, à travers les discours, et les témoignages, que vont faire les proches parents des malades mentaux, parlant ainsi de leurs façons spécifiques d'utiliser les produits culturels contradictoires, que nous allons saisir les deux grands thèmes du vécu, et du quotidien, qu'ont ces mêmes proches parents, à savoir: Primo les images, et la communication, qu'ont ces derniers avec le malade mental par rapport au contexte biculturel

traditionnel/moderne; Secundo, les modes de prise en charge, par rapport au contexte biculturel traditionnel/moderne, que ces derniers élaborent avec le malade mental.

C'est par rapport au contexte biculturel d'aujourd'hui, que vit l'individu, et la société algérienne, déterminé essentiellement par l'usage au quotidien de produits culturels contradictoire, et à partir des observations, relevées durant notre séjour à l'institution psychiatrique, avec les experts de la santé, et avec les proches parents des malades mentaux, que nous avons essayé de concevoir un guide d'entretien adapté à notre sujet de recherche. Avant de passer en revue ce guide d'entretien semi directif, outil de notre enquête proprement dite, nous pensons qu'il serait intéressant de revoir quelques définitions d'auteurs spécialisés dans le domaine de la psychologie clinique d'inspiration rogérienne, afin de préciser ce que nous voulons faire de cette technique, que nous voulons adopter pour notre recherche.

Tout d'abord, pour commencer, nous devons dire, comme l'ont dit avant nous de nombreux auteurs spécialisés sur ce sujet, entres autres C. Rogers, et G. Marian Kinget, dans leur ouvrage intéressant "Psychothérapie et relations humaines", que: " L'être humain a la capacité, latente sinon manifeste, de se comprendre lui-même, et de résoudre ses problèmes à suffisance pour la satisfaction et l'efficacité nécessaires au fonctionnement adéquat... ..et qu'il a également une tendance à exercer cette capacité", <1976, p. 28>, à condition, comme le suggère, les mêmes auteurs cités ci-dessus, que "l'exercice de cette capacité requiert un contexte de relations positives, favorables à la conservation et au rehaussement du "moi"; autrement dit, elle requiert des relations dépourvues de menace ou de défi à la conception que le sujet se fait de lui-même". <Ibid. p. 28>. Il est clair que pour la méthodologie de notre thèse, qui se veut pour objectif de connaître le vécu de la maladie mentale, par les proches parents, il n'y a pas, selon nous, plus intéressant que l'usage de la technique rogérienne. Afin de mieux comprendre le cadre conceptuel, dans lequel nous allons nous situer dans nos entretiens semi directifs avec ces proches parents du malade mental, revoyons plutôt les notions clés de la psychologie clinique d'inspiration rogérienne:

1- La tendance à l'actualisation, qui "vise constamment à développer les potentialités de l'individu pour assurer sa conservation et son enrichissement en tenant compte des possibilités et limites du milieu" <Ibid. p. 30>.

2- La notion du "moi" "est une structure perceptuelle, c'est-à-dire un ensemble organisé et changeant de perceptions se rapportant au sujet lui-même. Comme exemple de ces perceptions, citons: les caractéristiques, attributs, qualités et défauts, capacités et limites, valeurs et relations que le sujet reconnaît comme descriptifs de lui-même et qu'il perçoit comme lui donnant son identité <Ibid. p. 33>.

3- La notion de liberté expérientielle, qui "se rapporte essentiellement à l'expérience, donc à des phénomènes internes. Elle consiste dans le fait que le sujet se sent libre de reconnaître et d'élaborer ses expériences et sentiments personnels comme il l'entend. Elle suppose que le sujet ne se sente pas obligé de nier ou de déformer ses opinions et attitudes intimes pour maintenir l'affection ou l'appréciation des personnes importantes pour lui" <Ibid. p. 37>.

4- la notion des limites, qui "est inséparable de la liberté expérientielle... ..elle ne peut être tolérée que dans la mesure où elle n'est pas nocive, ni au sujet ni à autrui" <Ibid. p. 41>;

5- La notion de la conception du développement humain, qui "constitue la base de toute psychothérapie... ..Quand la tendance actualisante peut s'exercer sous des conditions favorables, c'est-à-dire sans entraves psychologiques graves, l'individu se développera dans le sens de la maturité" <Ibid. p. 44>.

Il est bien évident, comme nous l'avons fait connaître antérieurement dans notre problématique de la recherche, que la technique de ces entretiens semi directifs, qui est inspirée du cadre conceptuel rogérien, va nous permettre de réaliser aussi bien l'approche clinique, c'est à dire connaître, et diagnostiquer, l'état psychologique du proche parent du malade mental par rapport à son vécu interculturel, que l'approche collectif, définir, et recenser, les conduites collectives de l'ensemble des proches parents, en rapport avec cette même vie interculturelle. Notre objectif est, donc, d'opérer avec la même technique, et avec les mêmes entretiens semi directifs sur les proches parents, une recherche à deux dimensions, collective, et clinique. Pour l'instant, notre thèse s'intéresse au vécu, et au quotidien, des proches parents du malade mental, en confrontation, également, à la problématique interculturelle.

Il n'est pas dans notre intention, bien sûr, dans cette thèse, de faire de la psychothérapie à ces proches parents du malade mental, puisque notre objectif immédiat est de comprendre, tout d'abord, leur existence complexe, et pénible, face à la folie, et l'acculturation, qu'ils mènent. Il serait, apparemment, intéressant, compte tenu des objectifs de la psychologie clinique rogérienne de faire de la psychothérapie au sujet algérien, dont l'existence est fortement perturbée par l'acculturation. C'est, sans aucun doute, avec cette psychologie rogérienne, que nous pourrions comprendre, comme nous l'avons expliqué, par ailleurs, dans notre chapitre sur "l'acculturation, la crise, et/ou la construction identitaire", que l'individu algérien est capable, avec ses potentialités personnelles, de changer, et de sortir de cette crise identitaire culturelle. Dans cette thèse, contentons-nous, pour l'instant, de comprendre l'existence, dont le proche parent du malade mental, est enlisé. Ce que nous venons de dire sur les notions clés de la psychologie clinique de Rogers peut nous aider, dans nos entretiens semi directifs, dans la mesure, où nous comprenons, maintenant, que tout individu est capable de trouver la solution à ses problèmes d'existence, c'est-à-dire capable d'opérer des changements, selon ses capacités, et de construire, progressivement, une identité culturelle correspondante à son époque. L'entretien semi directif, en suivant les notions clés de la psychologie rogérienne, va permettre à nos sujets de s'étaler longuement sur leurs vécus, et leurs quotidiens avec la "folie".

L'outil de l'entretien semi directif se base, donc, sur une technique, qui a été, tout d'abord, mise en oeuvre, à l'origine, par le psychothérapeute C. Rogers (1976, 1980), dans le domaine de la psychothérapie, qui s'est vue, ensuite, se généraliser à d'autres domaines comme la recherche, et la pédagogie. Nous avons choisi l'entretien semi directif, surtout, pour son caractère pratique dans la recherche, puisque son application peut être utilisée comme un moyen à deux fonctions: La recherche clinique, et sociale. L'entretien semi directif, comme nous le savons, se constitue d'interventions de l'examineur, représentées par le guide d'entretien, et d'interventions indirectes, inspirées essentiellement des notions clés de la psychologie clinique rogérienne. Et comme notre

entretien semi directif, pour l'instant, se veut, surtout, un outil de diagnostic, et de connaissance, de l'état psychologique des proches parents, en confrontation à la problématique biculturelle, et à la crise identitaire, nous nous écartons, ainsi, de toute intention thérapeutique de ces proches parents.

Nous avons essayé d'élaborer un guide d'entretien semi directif, dont les normes répondent, comme le suggère son appellation, à un minimum de directivité, afin de donner aux interlocuteurs plus de liberté, et plus de spontanéité, par rapport à la problématique fixée dans la recherche. L'entretien semi directif va donner plus de liberté, et de spontanéité, aux interlocuteurs pour parler de ce qu'ils pensent de la maladie mentale, de leur propre implication, et de leurs stratégies d'accommodation à cette dernière. Bref, en appliquant la psychologie clinique rogérienne à l'entretien semi directif, nous allons être le moins directif possible, et nous allons permettre, ainsi, à nos interlocuteurs de trouver eux-mêmes la structure, qu'ils veulent à leurs discours.

Les entretiens semi directifs des 50 proches parents des malades mentaux vont nous permettre, ainsi, d'avoir le maximum d'informations sur le sujet de notre recherche. Se pencher, dans notre recherche, sur le facteur du "qualitatif", et du "singulier", bref sur la dimension clinique, est une priorité afin de mieux comparer les discours des sujets, et la trajectoire de leurs histoires, par rapport à la problématique que nous avons fixée dans notre thèse. Nous pensons que les deux catégories d'interlocuteurs (les femmes, et les hommes), que nous avons pris, peuvent, aussi, dans une certaine mesure, se ressembler, puisqu'ils ont vécu, et continuent à vivre, le même problème de l'acculturation. Il est intéressant de comparer les femmes, et les hommes, et de faire ressortir aussi bien les points communs, que les points divergents. Nous avons confectionné un même guide d'entretien, afin de conduire tous les entretiens de la même manière, avec les mêmes questions. Nous voulons, comme l'a expressément montré A. Gotman dans son article "la neutralité vue sous l'angle de l'E.N.D.R", "réduire au minimum les variations d'un entretien à l'autre, et obtenir les données comparables nécessaires à la confection d'un corpus"(Blanchet A & Al 1985, p. 173).

b- Le guide de l'entretien semi directif.

Nous avons, ainsi, suivi avec intérêt la richesse avec laquelle s'est constituée nos entretiens dans la pré enquête avec les proches parents devant des sujets:

- 1- de l'image du malade mental,
- 2- de sa prise en charge, par rapport à la donne actuelle que représente la problématique interculturelle.
- 3- de la communication avec lui dans la société actuelle,
- 4- de l'espoir, ou le désespoir, que peut se faire les proches parents devant la maladie mentale...

Les discours de nos interlocuteurs, déjà, dans notre pré enquête, que nous avons rencontré dans les différents services de psychiatrie, ont confirmé l'importance du choix de ces thèmes. Pour respecter nos objectifs principaux de notre recherche, nous avons élaboré un guide d'entretien à partir de questions favorisant l'orientation vers des thèmes conformes à notre étude. Nous avons, ainsi, commencé l'entretien semi directif par une première question directe: "Comment représentez-vous la maladie mentale de votre époux (se), fils... ? Comment la décrivez-vous ? Il est évident que cette question parle d'une certaine description réelle de la maladie, tel qu'il peut se la représenter l'interlocuteur. Nous avons voulu donner à ce dernier une occasion pour qu'il en

parle le plus longtemps possible. Pour ce faire, et pour s'étendre à tous les aspects de la maladie mentale, nous avons fait usage le plus souvent possible de la relance, afin que l'interlocuteur puisse faire référence à toutes les situations favorisant la description de la maladie, et du malade, comme l'hôpital, le médecin, et le "taleb". L'interlocuteur pourra, ainsi, se rappeler, à coup sûr, de toutes les circonstances entourant l'image du malade mental, et de sa maladie.

Afin de centrer notre étude sur l'aspect connotatif du vécu de la maladie mentale de notre interlocuteur, nous avons essayé de connaître comment passe-il sa journée avec le malade mental ?, comme le montre si bien la deuxième question du guide de l'entretien. Vu l'importance, et la richesse, des faits de la vie quotidienne avec le malade mental, nous avons conçu cette question de cette façon-là, afin d'inciter l'interlocuteur à parler de la maladie, du malade, et de son implication par rapport à ce dernier, le plus spontanément possible, et en toute liberté. C'est durant le récit du vécu des proches des malades mentaux que nous pourrions connaître, également, son attitude, sa souffrance, son angoisse, face à la maladie mentale.

Nous pensons que l'occasion donnée, à travers cette question-là, aux proches parents de parler, le plus spontanément possible, et le plus longtemps possible, du vécu quotidien d'avec la maladie, et le malade mental, leur permettra de toucher tous les aspects de la vie quotidienne avec la maladie mentale, et tous les rituels qu'ils ont l'habitude d'utiliser pour surmonter leurs angoisses, et leurs difficultés. Connaissant, déjà, à travers les quelques entretiens, que nous avons eu dans la pré enquête, l'enthousiasme, et l'engagement, des proches de parler du vécu de leur malade, nous pensons que c'est à travers cette question que ces derniers vont toucher aux différents aspects de leurs vécus quotidiens par rapport à la problématique interculturelle, à laquelle ils sont confrontés.

Une troisième question dans le guide de l'entretien essaye, quant à elle, de connaître le monde de la maladie mentale dans le voisinage immédiat du malade. Elle sert, en fait, à comparer les valeurs des deux pensées, que sont le traditionnel, et le moderne, dans le voisinage. Elle peut servir, également, à mesurer, l'influence de la maladie mentale sur le milieu immédiat du voisinage. De même, qu'elle peut nous apporter beaucoup d'informations sur la survivance de quelques traits, et coutumes, du milieu sociale traditionnel, dont l'entraide collective, la permissivité à l'égard du fou, etc.

C'est à travers la quatrième question du guide de l'entretien, qu'on peut s'informer sur les causes de la maladie mentale, et, par conséquent, sur la position de l'interlocuteur par rapport au problème classique de l'importance culturelle du personnage du "taleb" dans la société algérienne. C'est durant nos premiers entretiens avec les proches dans la pré enquête que nous avons, déjà, constaté cette tendance fréquente à suivre la traditionnelle application de l'entrevue avec le "taleb", et à en reconnaître le "djinn", donc la possession, comme la cause principale de la folie. Le recours au "taleb", et, par conséquence, la croyance au "djinn" comme étant la cause de la folie, nous permettent-ils de dire que derrière cette croyance se pointe un rituel thérapeutique, ou un besoin thérapeutique, afin de pouvoir faire face aux difficultés quotidiennes de la modernité ? La perpétuation de ces croyances traditionnelles, tant demandé par les proches parents, en ces périodes de la modernisation accélérée, ne s'explique t-il pas par le fait que ces personnes-là vivent vraiment une très forte angoisse de perdre

leur identité culturelle ? Les proches parents ont peur de perdre définitivement un des repères de leur identité culturelle, et pour se ressourcer de temps en temps dans cette atmosphère des traditions, et de la culture locale, alors ils se plongent dans ces rituels périodiques, que nous qualifions, aussi, de thérapeutiques. Le ressourcement dans ces rites traditionnels est, aussi, un moyen pour se déculpabiliser par rapport à cette démarche irréversible, et volontaire, vers la modernisation.

Des entretiens avec les parents des enfants nous ont rapportés beaucoup d'informations sur la problématique de la prise en charge par rapport aux modèles traditionnel, et moderne. C'est surtout à l'hôpital de Djebel El Ouahch, où existe une récente pédopsychiatrie, que les enfants sont accueillis, et vus, par le médecin du service. Ce service reçoit, uniquement, pour consultation les enfants, qui présentent des troubles mentaux, et psychologiques. Il n'a pas encore ouvert ces portes pour l'hospitalisation. Pendant les entretiens que nous avons eu avec les parents des enfants déficients, nous avons su pourquoi ces derniers manifestaient-ils leur souhait de voir le service non seulement consulter, mais aussi hospitaliser ? Les parents rencontrent, selon leurs dires, beaucoup de problèmes chez leurs enfants agités, à la maison. C'est pour cette raison, qu'ils veulent voir, au plus vite, ouvrir un service d'hospitalisation.

Nous avons remarqué durant notre recherche des sujets de la thèse, c'est à dire les parents des malades, qu'il était particulièrement rare de rencontrer, dans le service, les parents des enfants malades mentaux. Ce phénomène peut, en effet, s'expliquer, probablement, par la difficulté d'accompagner l'enfant malade à l'institution psychiatrique, mais elle peut s'expliquer, aussi, par le fait que le service de pédopsychiatrie était encore inconnu, à ce moment-là, du publique, ou encore, elle peut aussi s'expliquer par le fait, qu'il n'existe pas d'orientations vers ce service, à cause des mauvais, ou faux, diagnostics.

Les entretiens semi directifs, que nous avons effectués, avec les mères, et pères, ayant un enfant malade mental, montrent justement que parmi les causes importantes de pertes du temps, est ce long, et très pénible, parcours que font ces derniers pour avoir de bons conseils, et de bons diagnostics. La lenteur de manifestation de ces parents-là, pour aller faire examiner leurs enfants, en est aussi une autre raison de la difficulté de rencontrer ces parents d'enfants malades mentaux. Comme nous l'avons pressenti, et même remarqué, dans nos entretiens, certains blocages culturels, et certains modes de pensée, liés au rite magico-maraboutique, sont à l'origine des hésitations de faire examiner leurs enfants par des médecins. Les parents passent, ainsi, leur temps à chercher parfois des solutions miracles auprès des "tolbas", et s'écartent, ainsi, des solutions thérapeutiques des spécialistes, qui sont, encore pour eux, des solutions incompréhensibles, et très lentes, dans la prise en charge de leurs enfants. Mais, ce qu'il faut souligner, c'est bien ce parcours, souvent, mal guidé, ou mal orienté, qui fait que les parents passent leur temps à ne rien faire de sérieux pour sortir leurs enfants de beaucoup d'handicaps, qui les guettent. Nous aurons l'occasion de revenir à ces détails, probablement dans la partie pratique, pour mieux expliquer, par exemple, la trajectoire que prend chaque interlocuteur dans sa soi-disant prise en charge thérapeutique, et les explications latentes que peut avoir ce comportement.

La cinquième question, relevant de l'avenir du malade mental, par rapport au projet, qu'a élaboré le proche parent, va nous montrer, en fait, comment ce dernier s'engage t-il, ou non, à aider son malade pour surmonter sa maladie mentale ? La question, selon-vous, y a t-il un espoir de voir, un jour, votre malade guérir de cette maladie ? , nous servira de savoir si l'interlocuteur pense, ou non, à un projet de réinsertion du malade. S'il détient un projet, lequel ? Les proches parents pourraient, également, nous expliquer pourquoi n'y a t-il pas espoir de voir son malade guérir, un jour ? Et, pour expliquer cela, les proches parents vont évoquer, probablement, aussi bien le contexte traditionnel, que le contexte moderne. Et là nous pourrions, probablement, comprendre pourquoi n'y a t-il pas espoir de voir guérir le malade ? Elle nous permettra, également, de relancer le discours sur les sujets de la méthode, ou de la conception thérapeutique, que le proche parent applique, ou pense appliquer, pour sortir de l'emprise de la maladie, etc.

Pour terminer ce point, nous pourrions dire que ces questions, qui sont tirées de nos lectures des ouvrages des auteurs, et de nos observations construites pendant la pré enquête, ne sont, finalement, qu'un moyen pour pouvoir nous entretenir avec les proches parents, et arriver à connaître leur quotidien, et leurs rituels, avec la folie, afin de nous imprégner de la problématique interculturelle, à laquelle ils sont confrontés, et de la crise identitaire, dont ils sont victimes. Nous pouvons, ainsi, résumer le guide de l'entretien semi directif comme suit:

-Première question:

Comment représentez-vous la maladie du malade ?

Comment la décrivez-vous ?

-Deuxième question:

Comment passez-vous la journée avec lui ?

(Parler du vécu de l'interlocuteur avec le malade, et la maladie mentale).

-Troisième question:

Comment est-il vu par les voisins ?

-Quatrième question:

Selon-vous, quelles sont les causes de la maladie ?

-Cinquième question:

Selon-vous, y a t-il un espoir de voir, un jour, votre malade guérir de cette maladie

-Recueil des données.

a- Les conditions d'application des entretiens semi directifs.

L'application des entretiens semi directifs, vu le profil des sujets d'étude de la thèse, n'a pas été difficile en soi, parce qu'il a fallu, à chaque fois, où nous nous sommes présentés en psychiatrie, prendre le proche parent, femme, ou homme, parmi les visiteurs (ses) des malades, s'entendre avec lui sur un rendez-vous, et s'organiser pour la réalisation de l'entretien semi directif proprement dit.

La rencontre avec les interlocuteurs, en général, que ce soient les épouses, les mères, les époux, et les pères, n'a pas été difficile, comme nous l'avons signalé plus haut, pour l'organisation des entretiens semi directifs. Nous avons tenu, pour cet objectif, un planning de rencontre avec les interlocuteurs, effectué sur la base des pourparlers, que nous avons, au préalable, entrepris avec eux, lors de leurs visites des malades. Nous avons pu, ainsi, passer un entretien, ou deux, par jour. Il est bien évident que nos contraintes, liées aux enseignements à l'université, ne nous ont pas permis de passer régulièrement ces entretiens. Nous étions obligé donc de travailler au moins trois jours par semaine, afin de pouvoir avoir au maximum de sujets femmes, et hommes.

L'échec de rencontrer deux interlocuteurs, seulement, sur l'ensemble des sujets de d'étude, est insignifiant. La raison invoquée par rapport à ces deux échecs est l'éloignement du domicile des sujets. Nous pouvons dire que les interlocuteurs, femmes, et hommes, nous ont surpris par leur engagement volontaire à subir ces entretiens, et par la satisfaction, et l'enthousiasme, qu'ils ont montré, pendant le contrat, que nous avons eu avec eux. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'ils sont très intéressés par ce qui se passe chez leurs malades.

Nous pouvons dire que les entretiens semi directifs avec les interlocuteurs ont tous été organisés au sein des services de psychiatrie, où résident les malades (pendant leur hospitalisation, bien entendu). Nous avons aménagé, dans chaque service (les services pour femme, homme, et enfant), un espace bien approprié, pour mener à bien les entretiens avec les interlocuteurs, lors de leurs visites des malades. Pour cela, nous avons été bien souvent aidés par les psychologues, les médecins, et les infirmiers, de ces services. Quant au service de pédopsychiatrie, nous avons rencontré les interlocuteurs lors de l'accompagnement de ces derniers de leurs enfants pour, comme nous l'avons dit ci-dessus, une consultation avec les médecins. Nous avons tenu les entretiens semi directifs selon, bien entendu, la disponibilité des interlocuteurs. Et, afin de veiller au confort de ces derniers, et de nous même, nous avons, bien souvent, choisi des bureaux calmes, et retirés.

L'enregistrement adéquat de ces entretiens semi directifs, vu leur nombre, qui s'élève à cinquante, nous a laissé choisir l'outil du magnétophone. Nous avons été surpris de remarquer que les interlocuteurs n'ont manifesté aucune opposition à l'usage de cet outil d'investigation. La durée des entretiens semi directifs, comme le suggère la technique, ne doit pas se passer en moins d'une demi-heure, et plus d'une heure et demi, afin de respecter les conditions favorables, pour une bonne écoute, dans ce type d'enquête.

Les consignes, bien sûr, ont été, à chaque fois présentées aux interlocuteurs, afin d'éviter les malentendus liés à l'application de ce genre d'enquête. Nous leur avons expliqué l'objectif de ces entretiens dans notre thèse, nous leur avons, aussi, demandé de respecter le temps imparti à l'entretien, et d'utiliser la langue qu'il préfère, la

langue dialectale arabe, la langue arabe officielle, ou la langue française. Bien évidemment, nous avons eu beaucoup d'entretiens dans la langue dialectale arabe. Ceci s'explique, bien sûr, par le fait, qu'en Algérie, comme beaucoup d'autres pays Arabes, les langues quotidiennes des sociétés, en général, sont les langues dialectales arabes, et berbères. La langue arabe officielle n'étant considérée, bien évidemment, que comme une langue de l'école, et de l'administration. Elle est rarement utilisée comme une langue de conversation en dehors de ces deux endroits. De même, pour le français, d'ailleurs. Mais, cette langue étrangère est souvent, utilisée par certaines populations citadines, ou certaines grandes agglomérations (Alger, Oran, Constantine...).

b- La transcription des entretiens semi directifs de l'oral (du magnétophone) à l'écrit.

La longue, et difficile, tâche de la transcription des entretiens semi directifs de l'oral (du magnétophone) à l'écrit nous a pris énormément de temps, parce que nous étions obligé de prendre les notes telles qu'elles ont été dites par les interlocuteurs. Le bienfait, que nous avons découvert, en revanche, dans l'usage de l'outil du magnétophone, est la reprise fidèle, et complète, de tout ce qui a été dit au moment des entretiens semi directifs. Nous n'avons "raté" aucune expression. Le débit, ou la fluidité verbal, avec lequel l'ensemble des interlocuteurs parle du sujet, et du vécu, de la maladie mentale, montre justement que ces personnes-là ont beaucoup de choses à révéler. Nous pouvons dire, par rapport à cela, que la cause de l'extrême souffrance, à laquelle sont confrontés les interlocuteurs les à laisser se confier pleinement à l'examineur. Ces interlocuteurs éprouvent, tout simplement, un besoin irrésistible de partager leurs soucis avec les autres. Nous pouvons, par exemple, à en juger la longueur des réponses dans les entretiens semi directifs des interlocuteurs, peut être, connaître leur degré de souffrance, et d'angoisse, due à la maladie mentale, d'une part, et leur engagement pour sortir de l'emprise de cette maladie, d'autre part.

c- La traduction des entretiens semi directifs de la langue dialectale arabe à la langue française.

La traduction des entretiens semi directifs, de la langue dialectale arabe à la langue française, a été, également, une longue, et difficile, besogne. Dans l'ensemble, nous pouvons dire que la majorité des interlocuteurs ont fait l'usage de la langue dialectale arabe, sauf quatre. Les quatre interlocuteurs, qui ont parlé en français, se situent dans la tranche d'âge de 30 ans à 40 ans. Ces interlocuteurs se présentent de la façon suivante: 1) Une femme, médecin spécialisée, 2) Une femme d'intérieur, influencée apparemment par son appartenance à une famille d'émigrée, 3) Un homme, vétérinaire, 4) Un homme, employé dans les impôts. Pour ces quatre interlocuteurs, leurs entretiens ont été reportés, tels qu'ils étaient parlés initialement, c'est à dire en langue française, à l'écrit.

La traduction, que nous avons essayé d'appliquer dans les entretiens, est la suivante. Nous pensons que dans la langue utilisé par la majorité des interlocuteurs, il y a tout d'abord les mots courants, ce sont les mots utilisés dans le quotidien; donc, leur traduction vers la langue française n'a pas demandé beaucoup d'effort, puisqu'il s'agit de trouver le mot conforme, ou équivalent, vers cette langue. Vient s'ajouter à cela, bien entendu, le fait de traduire, qui doit se conformer, également, au sens initial rencontré dans la phrase, c'est à dire telle qu'elle a été dite dans la langue dialectale arabe, ou la langue arabe; donc, nous avons essayé d'être très fidèle, en reprenant les mêmes sens, par rapport à ce qui a été dit dans ces deux langues. L'enseignement à l'université, où on est

obligé de pratiquer les deux langues au quotidien, la langue arabe officielle, et le français, nous a toujours confronté à ce problème de la traduction; donc, nous avons souvent appliqué la méthode la plus simple: c'est à dire essayer de nous centrer sur le sens.

Bien sûr, la langue dialectale arabe, et la langue arabe officielle, ont des caractéristiques, que nous ne pouvons ignorer, comme le système "des dérivations", souligné par A. Cherbonneau (Cherbonneau A 1876, p. IV), ou "la phraséologie", cité par V. Monteil (Monteil V 1960), etc. Bien que, de l'avis de certains auteurs occidentaux mêmes, la langue arabe, telle qu'elle est parlée, ou écrite, maintenant, dans les sociétés arabes, a subi d'énormes influences des langues européennes, et, par conséquent, ne ressemble plus à cette ancienne langue arabe, telle qu'elle était pratiquée par les tribus de la péninsule arabe. La langue arabe a emprunté les caractéristiques de la longueur, et la complexité, des phrases des langues européennes, et, par conséquent, elle a perdu l'une de ces spécificités particulières, celui de l'emploi du mot, et de ses dérivatifs, comme étant un mode essentiel de l'usage de la langue, de la conversation, et de la communication.

Par ailleurs, dans ces mêmes entretiens, nous avons rencontré des mots spécifiques à la langue dialectale arabe, ou à la langue arabe. Nous étions impressionné, bien sûr, par la richesse des mots utilisés par les interlocuteurs, et qui rentrent, comme nous venons de le dire ci-dessus, probablement, dans certaines caractéristiques de la langue arabe initiale. Nous envisageons de faire un lexique, afin de garder l'originalité de ces mots spécifiques, et pour mieux comprendre les entretiens que nous avons eus avec les différents interlocuteurs. Pour cette entreprise de la traduction, nous comptons, également, revoir quelques ouvrages, dictionnaires, et encyclopédies (Babès L 2000), (Belguedj M-S 1966), (Cherbonneau A 1876), (Chebel M 1995), (Gardel L 1959), (Gaudry M 1998), (Houtsma M-Th, Basset R, Arnold T.W, et Hartmann R 1934), (Monteil V 1960), qui ont été confectionnés par des auteurs algériens, et français, afin de mieux appréhender les sens, parfois multiples, ou propres, que donnent ces mots spécifiques. C'est pendant la lecture de ces travaux d'auteurs algériens, et français, que nous avons rencontré ces tentatives de traduction, et d'explication, de mots spécifiques à la langue dialectale arabe, ou à la langue arabe, qui, bien sûr, ont été, le plus souvent, pris à partir de la réalité culturelle des sociétés. Ces auteurs venants d'horizons différents ne peuvent, bien entendu, les traduire, qu'en se rendant à la culture, et à la mentalité, locales de ces sociétés-là. Souvent, ces traductions, et ces explications, de mots mentionnées à la fin des ouvrages de ces auteurs, sont considérées comme une référence utile pour s'imprégner au maximum du sens de la culture, où ces travaux ont été réalisés. Heureusement, nous, à notre tour, ces travaux-là, nous ont été d'un apport considérable pour la traduction, et l'explication, de certains mots spécifiques de la langue arabe, et de ses dialectes.

Une autre difficulté, celui de l'existence en Algérie d'innombrables langues dialectales arabes, et berbères, qui, bien évidemment, ajoute à la traduction plus de compétence, et de prudence. L'écriture de ces mots spécifiques de nos langues dialectales arabes, et berbères, rendent encore le travail très pénible, surtout pour homogénéiser cette dernière, que ce soit pour l'écrire dans la langue arabe, ou dans la langue étrangère. L'exemple de l'écriture des mots empruntés aux langues dialectales arabes, ou la langue arabe officielle, en langue française est très courant. Pour le français, et les exemples sont nombreux, on peut constater chez certains auteurs, le mot "djinn" démon, écrit de cette façon-là, ou, encore, de cette façon-là "djinn". Chez d'autres, il peut

même être écrit de cette façon-là "gen", etc. Ceci rend, donc, le travail des traducteurs plus compliqué. Le sens, cependant, de ce mot "djinn" démon, écrit de différentes manières, est identique. C'est l'essentiel. Le lexique que nous avons l'intention de réaliser, à partir de ces entretiens, nous permettra, d'aborder les analyses sociale, et clinique, par rapport au contexte culturel propre des interlocuteurs. Nous avons, ainsi, essayé, comme l'ont fait des auteurs algériens, et étrangers, dans leurs travaux, de réaliser un lexique de mots spécifiques à la langue dialectale arabe, afin de mieux saisir le sens du contexte culturel des interlocuteurs, à savoir le contexte traditionnel.

d- Méthodes d'analyse.

L'analyse thématique, vu le matériel que nous avons réuni, se présenterait, comme la méthode d'analyse qualitative adéquate. Les entretiens semi directifs, que nous avons réuni dans cette enquête, ont montré leurs richesses incalculables en informations brutes sur les proches parents des malades mentaux. Pour suivre la technique d'analyse thématique, et pour mieux appréhender le quotidien de nos interlocuteurs, aussi bien sur le plan des représentations, que celui des conduites, nous nous sommes reportés, évidemment, à des auteurs qui ont appliqué la même analyse (Bardin L 1980), (Clapier-Valladon S 1980), (Guittet A 2002), (Harouni M 1997). Dans cette partie pratique de l'analyse thématique à travers les discours des proches parents des malades mentaux, nous allons procéder, tout d'abord, à la recherche, et à l'enregistrement, de toutes les "unités de sens" <entendre par l'expression unité de sens, saisir le plus petit sens se trouvant dans le discours, comme l'exemple du sens que peut donner une phrase>, à partir des 50 discours, pour les regrouper dans les catégories des thèmes, et des sous thèmes. Ces thèmes qui ont été, préalablement, définis, dans la pré enquête vont nous aider à constituer ces regroupements des "unités de sens". Ce travail de dépouillement des 50 discours des proches parents des malades mentaux se constitue, donc,

- 1- de la phase d'investigation des "unités de sens",
- 2- de la phase de mise en regroupement de ces "unités de sens" dans des thèmes, ou des catégories de thèmes. de comptage des fréquences de ces "unités de sens",
- 3- L'analyse de contenu des 7 thèmes.
- 4- L'analyse des synthèses des résultats des thèmes, ainsi que les relations que ces thèmes entretiennent entre elles.

Ces "unités de sens" qui constituent, bien évidemment, les protocoles des réponses des 50 proches parents des malades mentaux sont ce matériel de la recherche à analyser, et ne peut, en aucun cas, être remplacé par les essais d'analyse que nous produirons. Les protocoles de réponses, qui représentent les réponses directes des sujets, sur le thème que nous voulons chercher, sont considérés comme le matériel original de la recherche. Les essais d'analyses que nous allons élaborer au fur et à mesure, sous le titre "rapports conflictuels interculturels" nous permettront d'avoir une lecture personnelle des protocoles des réponses des 50 proches parents des malades mentaux, chaque groupe de proche parents séparément, c'est-à-dire les 5 époux, les 5 épouses, les 20 mères, et les 20 pères.

L'analyse clinique, elle, va essayer, à travers les 12 cas de femmes, et d'hommes, que nous allons prendre, de connaître la trajectoire personnelle de chacun de ces cas, et leur propre histoire, par rapport à la problématique interculturelle à laquelle ils sont quotidiennement soumis. Il est bien évident que nous allons saisir à travers ces analyses cliniques les repères culturels originels, traditionnels, et modernes, dans l'espace de la folie dans lequel ils se trouvent, afin de comprendre la trajectoire de chaque cas dans la gestion des conflits interculturels. La stratégie choisie par chacun de ces cas va nous faire comprendre le processus personnel adopté par ces derniers pour retrouver le semblant d'adaptation à la situation conflictuelle, et paradoxale, dans laquelle ils se trouvent. Nous essayons de reconnaître à travers ces histoires personnelles de cas, jusqu'où la crise identitaire a eu son impact sur elles. Notre objectif dans la recherche est d'étudier tout d'abord les conséquences de l'acculturation sur le comportement des proches parents des malades mentaux, aussi bien les femmes, que les hommes, en prenant le champ de la "folie" comme un espace à partir duquel pourraient s'élaborer toutes les formes de résolution, et de compromis, pour combiner les paradoxes des deux cultures traditionnel, et moderne. Quand on est encore au début d'une recherche, ou d'une enquête, où on n'a pas encore toutes les informations, et toutes les données, sur le sujet, la meilleure méthode, nous semble t-il, est celle qui prend le plus grand nombre d'informations personnelles sur les sujets, d'où la motivation d'entreprendre une étude clinique dans cette recherche. Nous savons, également, que nos interlocuteurs <trices>, sont issus d'endroits différents:

- 3- Il y a ceux qui sont originaires des grandes agglomérations, comme la ville de Constantine, El Khroub...
- 4- Il y a ceux qui sont originaires des petites agglomérations, comme Aïn Smara, El Milia, Aïn Abid...
- 5- Et, enfin, il y a ceux des régions rurales, comme Beni Belaïd à Jijel...

Chapitre IV: Analyses thématique, et clinique, des discours des proches parents des malades mentaux.

A- Analyse thématique des discours des proches parents des malades mentaux.

1- Premier thème principal: Les images, et communication, que les proches parents ont avec le malade mental, et contexte biculturel traditionnel/moderne.

a- Premier sous thème: Les images du malade, et le contexte biculturel.

b- Deuxième sous thème: Les images insupportables, et le contexte biculturel.

c- Troisième sous thème: Voisinage, et contexte biculturel.

d- Quatrième sous thème: Communication, et contexte biculturel.

2- Deuxième thème principal: Prise en charge du malade mental par rapport au contexte biculturel traditionnel/moderne.

a- Premier sous thème: Les causes de la maladie mentale, et contexte biculturel.

b- Deuxième sous thème: Les modes de prise en charge, et contexte biculturel.

c- Troisième sous thème: Espoir/désespoir, et contexte biculturel.

d- Quatrième sous thème: le voisinage, et le contexte biculturel.

-Réponses quantitatives des proches du sous thème: Voisinage, et contexte biculturel.

a) Catégorie des femmes (les épouses, les mères)

Les épouses (catégorie des femmes):

L'épouse 1:

Attraction, et compassion du voisinage:

1-Je n'ai jamais entendu dire des choses déplacées sur lui.

2-Il n'y a jamais eu de disputes avec les gens.

3-Ce voisin savait, qu'il était malade.

4-Il m'a conseillé de ne pas le laisser livrer à lui-même...

Le malade, et le voisinage:

(Il n'y a pas de problème. Mon mari est le type réservé. Il n'a pas de fréquentation. Il ne va pas au café. Mais cela ne l'empêche pas d'être poli avec les gens. Il est poli, il respecte les gens, et vice versa.) (...Mais, pour aller jusqu'à donner des coups, ça jamais, il a peur. Il n'y arrive pas. Avec les hommes, non, il n'est pas capable. ...Et puis, il a des collègues, il n'a pas d'amis. Lui, aussi, il discute avec les gens, quand il se porte bien. L'année passée, quand il est tombé malade, il m'a fait venir un voisin du quartier.)

L'épouse 1, et le voisinage:

(J'évite de parler de la maladie de mon mari avec les gens. Je ne vois pas, ce que je vais leur dire. Je n'aime pas parler. Ce n'est pas parce que j'ai honte, la parole des gens ne me fait pas peur.)

L'épouse 2:

Répulsion, et rejet du voisinage:

1-Une fois, des voisins ont arraché la grande fille des mains de son père, et me l'ont ramené (Il était en train de lui donner la limonade, et des "cachets"...).

2-Des gens, qui le connaissent, ont souvent confirmé le danger de sa maladie.

3-Ils me disent, par exemple, qu'il n'a plus de mémoire.

4-Vous savez, les gens ne font pas de "crédit", quand ils trouvent que vous êtes sage.

5-Les gens le rendent malade. Ils savent qu'il est malade.

6-Une chose pareille ne se cache pas. Je ne peux pas vous dire, comment le voient-ils ?

7-Je sens sur la parole des gens une certaine joie, surtout lorsqu'ils me disent, que mon mari est agressif, qu'il se bagarre...

8-...les propos des gens sont véhéments...

L'épouse 3:

Répulsion, et rejet du voisinage:

1-...on est montré du doigt à longueur de journée.

2-Comment voulez-vous que des personnes étrangères le supportent ?

3-Ils ne le voient pas, en tout cas, comme quelqu'un qui a un esprit normal.

4-Ils ont vu, ce qu'il faisait avec nous. Ils l'ont vu nous pourchasser avec une hache, ou...

5-Ils le considèrent comme un malade mental, puisqu'ils le voient se comporter ainsi avec nous.

6-Ils essayent coûte que coûte de l'éviter.

7-On a entendu souvent les voisins dire: "Que s'il est dans son état normal, il ne fera pas ça à sa famille".

Attraction, et compassion, du voisinage:

1-Les gens le laissent faire.

2-Heureusement, les adolescents des voisins ont compris le message.

3-Quand ils le voient, ils ne manifestent aucune réaction, et montent chez eux.

4-Ils ne disent rien, par respect à mon fils.

L'épouse 3, et le voisinage:

(Mes enfants ont beaucoup de problèmes dans le quartier. Mon fils m'a dit, une fois, qu'il n'a plus envie de rester dans ce quartier, parce que tout le monde connaît le problème de son père...) (Mon fils leur a expliqué, qu'il ne faut pas trop faire attention, à ce qu'il dit, ou à ce qu'il fait.)

Le malade, et le voisinage:

1-(s'il est violent à l'égard de sa famille) ? Ces derniers temps, même les voisins n'ont pas échappé à ses provocations. ...il se campe sur le seuil de la porte générale, pour provoquer les gens, qui entrent, ou qui sortent.) (Lui, quand il trouve ces jeunes gens en bas, devant la porte, il les chasse.) (Il a des

amis dans le quartier. Il y a ceux qu'il fréquente, et ceux qu'il n'aime pas. ...dernièrement, pendant les jours du ramadhan, il s'est disputé avec deux de nos voisins, il les a insultés.)

L'épouse 4:

Attraction, et compassion, du voisinage:

- 1-Ils le voient, ils ont sans doute compris, qu'il n'est pas normal.
- 2-Ils le voient, quand la maladie le prend.
- 3-Les gens du quartier le respectent, et l'aiment.
- 4-Les enfants du quartier, eux, ils ne l'ont jamais provoqué, quand il est très angoissé.
- 5-...ils se contentent seulement de le regarder.
- 6-Les voisins le respectent, ils ne lui font rien.
- 7-Au contraire, ils le ramènent jusqu'à la maison, quand ils le trouvent, qu'il s'est égaré.
- 8-Les jeunes gens du quartier m'aident à l'emmener jusqu'à l'hôpital.

L'épouse 4, et le voisinage:

(Les enfants parlent à leurs amis, ils leurs parlent de leur père, surtout quand ils lui rendent visite à l'hôpital.)

Le malade, et le voisinage:

(Je ne sais pas, je ne pense pas, qu'il ait de relations avec les gens. Il ne fréquente personne.) (Parfois, il va jusqu'à se mettre complètement nu, et sort dehors.). Les gens savent, qu'il est malade, il est né parmi eux. Ils connaissent sa maladie depuis longtemps.

L'épouse 5:

Répulsion, et rejet, du voisinage:

- 1-Ses amis ne viennent plus le voir.
- 2-Depuis qu'il est tombé malade, ils ne le cherchent plus, ils ne viennent plus le voir.
- 3-On dit souvent chez nous: "Quand la personne est en bonne santé, on vient lui rendre visite, quand elle n'est plus, on ne lui rend plus visite".
- 4-Nous, on est arrivé à ça.
- 5-Ses amis pensent, peut être, qu'il est devenu fou, quelque chose comme ça.

Attraction, et compassion, du voisinage:

1-D'ailleurs, la preuve, vous n'entendez jamais un mot déplacé sur lui.

2-Le gens n'ont jamais parlé, devant moi, de sa maladie.

Le malade, et le voisinage:

(Il ne provoque personne. Il n'a aucun contact avec les gens. Je ne sais pas. Il vous dit, qu'il entend les gens parler de lui.)

L'épouse 5, et le voisinage:

(Nous, on n'a pas honte de ça. Ce n'est pas parce qu'on le fait entrer à l'hôpital, qu'il est devenu fou. Il est comme vous et moi, normal).

Les mères (catégorie des femmes):

La mère 1:

Répulsion, et rejet, du voisinage:

1-Les enfants ne jouent pas avec elle.

2-Ils l'appellent "el mahboula" la folle.

Le malade, et le voisinage:

(Elle ne sait pas jouer comme les enfants. Elle aime jouer avec les enfants.)

La mère 2:

Répulsion, et rejet, du voisinage:

1-Ils ne sont pas au courant de son problème.

Le malade, et le voisinage:

(Elle est normale avec les voisins.)

La mère 3:

Attraction, et compassion, du voisinage:

1-Avant, ils me disaient: "Votre fille a un manque".

2-Maintenant, ils sont tous convaincus, que Soraya a bien évolué dans son langage, et ses mouvements.

3-Même les voisins ont remarqué cette progression.

4-Ils l'aiment tous.

5-Ils ont de bons rapports avec elle.

6-Leurs enfants, également.

7-Ils ne sont pas comme ceux qui repoussent, ou qui provoquent les handicapés.

8-Ce sont de braves gens.

9-Ils nous aident.

10-Il n'y a pas de bagarre (entre elle et les enfants).

11-(Elle les comprend), et, eux, aussi, ils la comprennent.

La mère 4:

Répulsion, et rejet, du voisinage:

1-Avant, ses amies venaient la voir. Plus, maintenant.

2-(Depuis qu'elle a arrêté l'école), ses amies l'ont quitté.

Le malade, et le voisinage:

(Elle vivait constamment en retrait. Elle n'aimait pas le contact avec les gens. Cela s'est renforcé encore plus, après. Les amies, elle n'en a pas.)

La mère 5:

Attraction, et compassion, du voisinage:

1-C'est bizarre, les gens l'aiment bien, surtout ceux du quartier.

2-Rien de particulier ne lui est arrivée de la part des gens du quartier.

3-Elle leur paraît sage.

4-Avec ses copines, elle s'amuse bien, elle est normale.

5-Elles viennent le voir, mais dés fois elle ne viennent pas.

6-Ses copines n'ont rien remarqué.

Le malade, et le voisinage:

(Elle leur parle. Elle n'a aucun problème particulier avec les voisins.) (Elle parle normalement avec ses copines. Elle discute normalement avec elles. Son problème se situe seulement à la maison, pas dehors.)

Les mères (catégorie des femmes):

La mère 6

Répulsion, et rejet, du voisinage:

- 1-Ils se plaignent de lui, souvent.
- 2-Ils disent, qu'il les agresse, qu'il les insulte.
- 3-Ils ne disent rien devant moi. Ils le disent derrière mon dos.
- 4-J'entends dire, qu'il est "qbih" difficile...
- 5-Les gens ne l'aiment pas.
- 6-Ils aimeraient bien le voir crever, parce qu'il n'arrête pas de leur créer les problèmes.
- 7-Les gens n'oublient pas ce qui leur a fait.
- 8-Ils attendent la revanche.
- 9-Ils le prennent comme quelqu'un, qui ne sait absolument rien.
- 10-Certains pensent, qu'il est malade, qu'il est fou.
- 11-D'autres disent de lui, qu'il le fait exprès "makra", qu'il n'a rien.
- 12- Surtout ceux qui l'ont corrigé.

Le malade, et le voisinage:

(Quand ils se bagarre avec quelqu'un, ils courent tous l'attraper, afin qu'il ne fasse pas de dégât. Personne n'échappe à ses coups. Surtout ceux qu'ils l'ont corrigé). (Lui, il oublie, ce qu'il a fait).

La mère 7:

Répulsion, et rejet, du voisinage:

- 1-...ils le tabassent, ils le jettent par terre.
- 2-Si ce dernier lui fait vraiment mal, (tout ce que mon fils sait faire, c'est de pleurer...)

Le malade, la mère, et le voisinage:

(Je lui faisais entrer les enfants des voisins à la maison, pour qu'il jouait avec eux, mais il ne montrait aucune attention.) (Maintenant, si vous le laissez avec les enfants.) (Ceci le laisse indifférent... ..il n'affronte pas son agresseur.)

La mère 8:

Répulsion, et rejet, du voisinage:

1-Tous les voisins, sans exception, pensent que mon enfant n'est pas sain, n'est pas normal. 2-Ils m'ont souvent dit, que mon fils n'est pas équilibré, qu'il n'est pas en bonne santé...

3-...qu'il est impulsif "yatlah bark", qu'il rit tout seul..., bref, qu'il n'est pas comme les enfants de son âge.

4-Les gens l'insultent à longueur de journée.

5-..les gens ne le ménagent pas.

6-Les gens l'insultent toujours de "fou", de "mahboul", de "makhbout", de "mtaktak", etc.

7-Ces insultes ne venaient pas seulement des enfants, mais des adultes, aussi.

8-Ces gens me disent, en face, que mon fils est un retardé, et me demandent de m'occuper de lui.

Le malade, la mère 3, et le voisinage:

(Je n'étais pas convaincu, de ce qu'ils disaient.) (Lui, c'est l'enfant qui bouge trop...) (J'interviens souvent pour le protéger) (Lui, il s'en fou, il court après les enfants, il joue avec de la boue, il touche à la graisse...)

La mère 9:

Réaction neutre du voisinage:

1-Il n'a pas de grands problèmes avec les voisins.

Le malade, et le voisinage:

(C'est un enfant comme tous les autres enfants. C'est surtout avec sa famille, qu'il a les problèmes, les problèmes du vol, et des fugues.)

La mère 10:

Réaction neutre du voisinage:

1-Je n'ai pas trop de contact avec le voisinage.

Le malade, la mère 5, et le voisinage:

(Je ne le laisse pas sortir jouer avec les enfants. On vit dans une société, un peu..., je crains qu'ils le frappent. Je n'ai pas trop de contact. Je n'ai pas de contact avec les voisins. Que dire aux voisins ? Je ne vois pas la nécessité. Je n'ai personne. Parler de quoi ? Les conseils..., je les reçois du psychiatre. C'est le psychologue, qui donne les conseils. Ce ne sont pas les voisins, qui sont illettrés complètement, qui vous donnent les conseils. (Quand il voit les enfants de son âge, il s'en fou, ils sont comme absents pour lui, il ne fait pas trop attention à eux.) ...je ne pense pas qu'un enfant puisse juger un autre enfant. (Quand il veut jouer, il est avec son frère, et sa soeur.)

Les mères (catégorie des femmes):

La mère 11:

Réaction neutre du voisinage:

Le malade, la mère 11, et le voisinage:

(Elle est tranquille avec les voisins. Elle est normale. Elle parle avec eux. Elle plaisante. Elle n'a rien à se reprocher. Mes filles ont un contact limité avec les voisins, elles ne vont pas chez eux.)

La mère 12:

Réaction neutre du voisinage:

Le malade, la mère 12, et le voisinage:

(C'est vrai, depuis qu'elle est malade de ces obsessions, on a limité ses contacts avec les gens. Elle a des contacts très limités.)

La mère 13:

Réaction neutre du voisinage:

Le malade, la mère 13, et le voisinage:

(Elle n'a pas beaucoup de contact avec les gens. Il n'y a pas longtemps, qu'on a déménagé à ce nouveau logement. Ce qui fait, on a pas trop de contact. Déjà, c'est la fille silencieuse, repliée sur elle-même. Donc, elle n'a pas beaucoup de connaissances.)

La mère 14:

Réaction neutre du voisinage:

Le malade, la mère 14, et le voisinage:

(On ne la laisse pas sortir dehors. Ce qui fait, elle n'a pas beaucoup de rapports avec les gens du quartier. Et puis, quel genre de rapport voudriez-vous qu'elle ait avec les gens, si elle est constamment malade, et agressive ?)

La mère 15:

Répulsion, et rejet, du voisinage:

1-Ils savent, qu'elle est malade.

2-Et puis, savez-vous que les gens n'ont pas pitié.

3-Qu'est-ce qu'ils disent ? Pas de bonnes choses, certainement.

4-Tout le monde lui dit, qu'elle est folle.

5-Les gens sont venus nous dire, qu'ils ne comprennent pas pourquoi laisse t-on une personne aussi déchaînée en liberté ?

Attraction, et compassion, du voisinage:

1-Nous avons une voisine, qui vient la voir, mais pas souvent.

Le malade, la mère 15, et le voisinage:

(Quand elle prend la parole, elle ne s'arrête pas). (Avec les voisins, on ne parle pas de sa maladie.)

(Elle se dispute bien souvent avec les voisins, surtout les voisins du palier).

Les mères (catégorie des femmes):

La mère 16:

Attraction, et compassion, du voisinage:

1-Tout le monde, ici à Oued El Athmania le connaît.

2-Les gens l'aiment bien.

Le malade, la mère 1, et le voisinage:

(Il n'a aucun problème.) (...ils (ses frères) ne se sont jamais disputés avec quelqu'un de la région.)

La mère 17:

Réaction neutre du voisinage:

Le malade, et le voisinage:

(Depuis, qu'il a été attrapé par la police, et envoyé à l'hôpital, il a diminué de ses fréquentations avec les gens. Avant, oui, il avait beaucoup de problèmes avec les gens.)

La mère 18:

Attraction, et compassion, du voisinage:

- 1-Les voisins n'en croient pas leur yeux.
- 2-Ils pensent, que ce n'est pas vrai, ce qui vient de lui arriver.
- 3-Les collègues, qui ont fait l'école avec lui, sont venus le voir, hier.
- 4-Ils trouvent que ça n'a pas de sens, qu'il soit atteint de cette maladie.
- 5-Tout le monde l'aime.
- 6-Ils disent de lui, qu'il est sage, qu'il ne provoque pas les gens.
- 7-...ils sont tous là, ils sont venus lui rendre visite à l'hôpital.
- 8-Les voisins, quand ils ont été informés de ce qu'il lui est arrivé, ils ont pleuré.
- 9-Beaucoup de gens, quand ils viennent le voir, ont pitié de lui.

La mère 18, et le voisinage:

(C'est moi, qui n'a pas voulu, que tout le monde vienne. ...il a besoin de repos. Je n'aime pas, qu'ils le voient dans cet état.)

La mère 19:

Répulsion, et rejet, du voisinage:

- 1-Avec les gens (les villageois), dehors, quand ils le provoquent, il ne les lâche pas, il les insulte.
- 2-Gare à celui qui ose se moquer de lui, de le provoquer, ou de le frapper.
- 3-Vous savez, les gens provoquent les malades comme lui.
- 4-Les gens, qui ne le connaissent pas, les villageois, par exemple, quand il s'y rend au village, ils l'appellent par "el mahboul" le fou.

Attraction, et compassion, du voisinage:

- 1-Les voisins, ils le connaissent, ils le savent.
- 2-Les voisins ne le provoquent pas, ils le connaissent...

3-...ils vivent avec lui, ils savent qu'il prenne des médicaments, donc ça les pousse à le ménager.

4-Les enfants, ceux qu'on connaît, plaisantent avec lui.

Le malade, et le voisinage:

(Seulement, lui, il a toujours son dernier mot avec ces gens-là) (Il ne se laisse pas faire, il riposte en les insultant...) (On a l'occasion de parler de sa maladie avec les gens, qu'on connaît.) (Lui, quand il s'énerve, il s'en va).

La mère 20:

Attraction, et compassion, du voisinage:

1-...donc comment voulez-vous que les gens ne le sachent pas ?

2-Ses amis sont venus le voir, quand il est tombé malade.

3-Avant, ses amis venaient le voir de partout, maintenant personne n'est au courant de ce qu'il lui arrive.

4-À Jijel, ils ont entendu parler de sa maladie, mais comme ils sont très occupés par leurs activités, ils ne sont pas venus le voir, jusqu'ici, à l'hôpital psychiatrique de Constantine.

Le malade, la mère 20, et le voisinage:

(La maladie ne se cache pas. Il m'est arrivé de parler à mes voisins de sa maladie. ...il est toujours là à crier de toutes ses forces) (...pour me soulager, je parle, je parle, mais pas devant lui...) (C'est le type, qui fait les amis, là où il va).

Réponses quantitatives des épouses du sous thème: Voisinage, et contexte biculturel:

<u>ITEMS</u>	<u>Épouse 1</u>	<u>Épouse 2</u>	<u>Épouse 3</u>	<u>Épouse 4</u>	<u>Épouse 5</u>	<u>Totaux</u>
--------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	---------------

I) Attraction, et

compassion du

voisinage*	(4)		(4)	(8)	(2)	(18)
------------	-----	--	-----	-----	-----	------

II) Répulsion, et

rejet du voisinage		(8)	(7)		(5)	(20)
--------------------	--	-----	-----	--	-----	------

III) Réaction neutre

du voisinage

Des mères 1, 2, 3, 4, et 5:

<u>ITEMES</u>	<u>Mère 1</u>	<u>Mère 2</u>	<u>Mère 3</u>	<u>Mère 4</u>	<u>Mère 5</u>	<u>Totaux</u>
---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

I) Attraction, et

compassion du

voisinage*			(11)		(6)	(17)
------------	--	--	------	--	-----	------

II) Répulsion, et

rejet du voisinage	(2)	(1)		(2)		(5)
--------------------	-----	-----	--	-----	--	-----

III) Réaction neutre

du voisinage

Des mères 6, 7, 8, 9, et 10:

<u>ITEMES</u>	<u>Mère 6</u>	<u>Mère 7</u>	<u>Mère 8</u>	<u>Mère 9</u>	<u>Mère 10</u>	<u>Totaux</u>
---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	----------------	---------------

I) Attraction, et

compassion du

voisinage*

II) Répulsion, et

rejet du voisinage	(12)	(2)	(8)			(22)
--------------------	------	-----	-----	--	--	------

III) Réaction neutre

du voisinage (1) (1) (2)

Des mères 11, 12, 13, 14, et 15:

<u>ITEMES</u>	<u>Mère 11</u>	<u>Mère 12</u>	<u>Mère 13</u>	<u>Mère 14</u>	<u>Mère 15</u>	<u>Totaux</u>
---------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	---------------

I) Attraction, et

compassion du

voisinage* (1) (1)

II) Répulsion, et

rejet du voisinage (5) (5)

III) Réaction neutre

du voisinage (1) (1) (1) (1) (4)

Des mères 16, 17, 18, 19, et 20:

<u>ITEMES</u>	<u>Mère 16</u>	<u>Mère 17</u>	<u>Mère 18</u>	<u>Mère 19</u>	<u>Mère 20</u>	<u>Totaux</u>
---------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	---------------

I) Attraction, et

compassion du

voisinage* (2) (9) (4) (4) (19)

II) Répulsion, et

rejet du voisinage (4) (04)

III) Réaction neutre

du voisinage (1) (01)

*La réponse "attraction, et compassion, du voisinage" est similaire à cette habitude ancestrale positive, et compréhensive, à l'égard du "fou", dans la société traditionnelle. La réponse "répulsion, et rejet..." s'accommode très fortement à l'esprit moderne.

Essai d'analyse des rapports conflictuels interculturels des épouses:

Le voisinage chez les épouses, dont les époux sont malades mentaux, montre, qu'en général, premièrement, il n'est pas possible pour les proches, ici les épouses, de tenir secret un sujet comme la maladie mentale; deuxièmement, le voisinage est souvent discret, ce qui paraît exceptionnel, face à la maladie mentale d'un sujet voisin. Les quelques extraits des témoignages des épouses 1, 3, 4, et 5, montre effectivement cette tendance de discrétion, sauf si le malade mental manifeste de la violence, et de l'agressivité comme nous le remarquons chez les épouses restantes, c'est à dire 2, et 3. L'épouse 1 dit à ce sujet: *"Je n'ai jamais entendu dire des choses déplacées sur lui"*, l'épouse 3 déclare: *"Ils ne disent rien par respect à mon fils"*, l'épouse 4 avoue: *"Ils se contentent seulement de regarder"*, et enfin l'épouse 5 dit: *"Les gens n'ont jamais parlé de sa maladie devant moi"*. Certains voisins peuvent même se montrer très respectueux, voire très affectueux, vis à vis du malade mental, comme nous pouvons le voir à travers ces quelques expressions de l'épouse 4: *"Les gens du quartier le respectent, et l'aiment. Les jeunes gens du quartier m'aident à l'emmener jusqu'à l'hôpital. ...il est né parmi eux. Ils connaissent sa maladie, depuis longtemps"*. Sinon, la maladie mentale, la "folie" plus exactement, fait fuir les amis, et plonge l'individu atteint dans un isolement forcé, comme l'indiquent ces quelques arguments des épouses 3, et 5: *"Ils essayent coûte que coûte de l'éviter", "Ses amis ne viennent plus le voir. Depuis qu'il est tombé malade, ils ne le cherchent plus, ils ne viennent plus le voir. Ses amis pensent, peut être, qu'il est devenu "fou", quelque chose comme ça"*. Il est clair que le malade mental, c'est à dire le "fou" comme on a l'habitude de l'entendre, est victime d'une attitude des plus ségrégationnistes, des plus répulsives (20 fois ici pour l'item rejet, et répulsion) de la part de la société. Il se trouve que le voisinage modifie, un peu, son comportement (18 fois ici pour l'item attraction, et compassion) par respect à la famille du malade mental, et, aussi, parce qu'il a appris à le connaître à force de s'habituer à lui.

Des mères 1, 2, 3, 4, et 5:

Ce que nous remarquons chez ces mères, dont les filles (enfants) sont malades mentales, est que même l'anormalité chez l'enfant ne peut pas passer inaperçu par les autres enfants (normaux). Dire que même les enfants ont été influencés par la société dans la façon de se représenter la maladie mentale d'un enfant. La fille (enfant) de la mère 1, parce qu'elle est dans l'incapacité de jouer avec les enfants de son âge, elle est perçue par les autres enfants comme "anormale", et l'appellent donc par "el mahboula" la folle. On remarque, également, chez la mère 4 que sa fille a été abandonnée pas ses amies: *"Avant, ses amies venaient la voir. Plus, maintenant. Ses amies l'ont quitté, depuis qu'elle a arrêté l'école"*. Chez les mères 2, et 5, leurs filles, qui semblent ne pas présenter d'anormalité apparente pour les autres (les voisins), elles sont donc perçues comme normales. Le seul cas, chez la mère 3, où on remarque une forte compassion des voisins envers la fille malade, nous laisse dire qu'on est devant une situation exceptionnelle. C'est probablement par respect à sa famille, ou c'est probablement à force de s'habituer au malade, qu'on finit par changer notre regard

vis à vis de lui. La fille, donc, de la mère 3 étant considérée plus comme victime d'une maladie, qu'atteinte de la folie.

Des mères 6, 7, 8, 9, et 10:

Les mères sont intéressées, et affectées mêmes, par les "qu'on dira t-on" des autres, et plus spécialement du voisinage immédiat, surtout lorsqu'elles ont un enfant anormal, dont les désagréments de sa maladie s'étend jusqu'à ce voisinage-là. Ce qu'on remarque, ici, c'est qu'il n'y a, de la part du voisinage, aucun item d'attraction, et de compassion. Un enfant anormal, dont l'impulsivité, et l'agressivité, s'étendent à l'extérieur de la maison (22 fois, ici, l'item du rejet, et de la répulsion du voisinage), n'est ménagé par personne, qu'il soit enfant, ou adulte. La mère 10, médecin de carrière, semble avoir trouvé la riposte à ce problème: "*Je ne le laisse pas sortir jouer avec les enfants. On vit dans une société, un peu...*". Il faut donc "protéger" son enfant en limitant ses contacts à l'extérieur. La morale, qu'on peut retenir, de cette catégorie des mères, est qu'un individu malade, même s'il s'agit d'un enfant, est pris par les autres, par le voisinage même, comme un "fou", ou comme l'a si bien dit la mère 8 dans son parlé propre: "*mahboul*", "*makhbout*", "*m'taktak*", comme si une seule appellation ne suffisait pas. Ce qui ressort, également, des témoignages de ces mères, surtout de la mère 7, est qu'un enfant anormal, donc malade, ne peut en aucun cas s'adapter à un milieu d'enfants normaux, il a besoin d'une rééducation spécialisée pour faire épanouir les quelques capacités qu'il détient encore, chose qui n'est pas appréhendée, parfois, par les mères.

Des mères 11, 12, 13, 14, et 15:

Le regard du voisinage des mères, dont les filles adultes sont malades mentales, tend généralement vers une rupture, et un refus de tout contact, provoqué bien souvent par les désagréments de la maladie mentale. Ici, la fréquence du rejet, et de la répulsion, par rapport à la compassion, est significative, elle est de 5 fois plus. À l'exception de la mère 15 qui avoue avoir de mauvaises relations avec les voisins: "*Les gens n'ont pas pitié... tout le monde lui dit qu'elle est folle...*", parce que la maladie de sa fille est à l'origine de ce qui se passe: "*Se dispute souvent avec les voisins, surtout les voisines du palier*", les autres mères préfèrent parler tout simplement de rupture de tout contact en raison, bien évidemment, des difficultés pour le voisinage de côtoyer un malade mental. Donc, la majorité des mères ne préfèrent pas prendre de risque de laisser leurs filles malades mentales côtoyer les voisins. Le regard du voisinage, pour la mère 11, paraît ambiguë, parce que, d'une part, elle déclare que sa fille "*est tranquille, normale, parle, plaisante avec les voisins, n'a rien à se reprocher*", d'autre part, elle affirme: "*Mes filles ont un contact limité avec les voisins. Elles ne vont pas chez eux*". La maladie mentale chez les adultes, ici les filles adultes, a plus d'impact négatif sur le voisinage que chez les enfants, par rapport par exemple aux mères précédentes. Nous pensons que ceci relève, probablement, des difficultés importantes, pour pouvoir maîtriser un adulte malade mental, et de l'intolérance encore plus important chez les voisins, quand ces difficultés-là sont encore plus insupportables.

Des mères 16, 17, 18, 19, et 20:

Le regard du voisinage des mères dont les fils adultes sont malades mentaux se caractérise par les points suivants: En général, vivre à côté d'un malade mental, le connaître, comprendre sa maladie mentale, avoir même de relations intimes avec lui, passent inévitablement par une relation positive avec lui même, et avec sa famille. Les expressions des mères 16, et 18, nous montrent comment les proches peuvent influencer positivement le voisinage à accepter leur malade mental. Les mères 16, 18, et 19 disent, à ce propos: *"Tout le monde à Oued El Athmania le connaît. Les gens l'aiment bien. Ses frères ne se sont jamais disputés avec quelqu'un de la région"*, *"Les voisins, quand ils ont été informés de ce qu'il lui est arrivé, ils ont pleuré"*, *"On a l'occasion de parler de sa maladie avec les gens qu'on connaît"*. Puis, ces expressions significatives de la mère 19, qui énonce dans son témoignage la différence entre les gens qui ne le connaissent pas, et les gens qui le connaissent: *"Les gens qui ne le connaissent pas, les villageois, par exemple, quand il se rend au village, ils l'appellent par "el mahboul" le fou... ...les gens provoquent les malades comme lui... Les voisins savent qu'il est malade, ils ne le provoquent pas, ils le connaissent, ils le savent, ils vivent avec lui, ils savent qu'il prend les médicaments, donc ça les poussent à le ménager. Les enfants, qu'on connaît, plaisent avec lui"*. La compassion avec le malade mental est d'autant plus importante que les liens antérieurs étaient de plus en plus forts, comme nous le remarquons dans les témoignages des mères 18, et 20, où les facteurs amitié, et collègue à l'école, sont évoqués: *"Les collègues qui ont fait l'école avec lui sont venus le voir, hier"*, *"Ses amis sont venus le voir, quand il est tombé malade"*. Mais, l'éloignement de l'hôpital du domicile du malade mental, comme nous le constatons chez la mère 20, peut être évoqué comme une entrave sérieuse au maintien d'un certain contact entre le malade, et ses amis: *"Maintenant, personne n'est au courant de ce qu'il lui arrive. À jijel, ils ont entendu parler de sa maladie, mais comme ils sont très occupés à leurs activités, ils ne sont pas venus le voir jusqu'à l'hôpital de Constantine"*.

SYNTHESE DES RÉSULTATS DE LA CATÉGORIE DES FEMMES (les épouses, les mères I, II, III, IV) DU
SOUS THEME: VOISINAGE, ET CONTEXTE BI-CULTUREL:

<u>ITEMES</u>	<u>Épouses</u>	<u>Mères I</u>	<u>Mères II</u>	<u>Mères III</u>	<u>Mères IV</u>	<u>Totaux</u>	<u>%</u>
I) Attraction, et compassion du voisinage*	(18)	(17)		(01)	(19)	(55)	45,83%
II) Répulsion, et rejet du voisinage	(20)	(05)	(22)	(05)	(04)	(58)	48,33%
III) Réaction neutre du voisinage			(02)	(04)	(01)	(07)	5,83%
Totaux des réponses						(120)	100%

**-Réponses quantitatives des proches du sous thème: Voisinage,
et contexte biculturel.**

b) Catégorie des hommes (les époux, les pères).

Les époux (catégorie des hommes):

L'époux 1:

Répulsion, et rejet, du voisinage:

- 1-Il y a une chose..., quand elle rechute, personne n'ose s'approcher d'elle....
- 2-...personne ne vient près d'elle, jusqu'à ce qu'elle se rétablisse. .
- 3-.il y a des gens qui sont bavards...: "Elle est sortie, elle est entrée, elle est partie, etc".
- 4-Ils vous disent, qu'elle est folle.

Attraction, et compassion, du voisinage:

1-Il y a d'autres gens, ceux-là sont des croyants, ils comprennent que la maladie a été envoyée par Dieu, il croit en le pouvoir de Dieu. Et c'est comme ça que va la vie.

L'époux 2:

Attraction, et compassion, du voisinage:

- 1-Les voisines viennent la voir, (elle, non).
- 2-Ils lui portent un regard normal.
- 3-Tout le monde me dit: "Que Dieu vous aide, que Dieu vous apporte la guérison, etc".
- 4-Ils ne disent pas des choses déplacées.
- 5-Tous les habitants du bloc savent, qu'elle est malade.
- 6-Ils la voient, quand je l'emmène à l'hôpital en voiture.
- 7-Ils sont tous au courant.
- 8-Les informations se transmettent.
- 9-Ce n'est pas une fois ou deux, qu'ils m'ont vu la transporter à l'hôpital, ils m'ont vu plusieurs fois.

L'époux, et le voisinage:

(Les voisins, je n'ai pas de problèmes avec eux, j'ai de bons rapports. Il n'y a pas de problèmes avec les gens du voisinage. On a des rapports limités avec les voisins.)

L'époux 3:

Répulsion, et rejet, du voisinage:

- 1-Les voisins ne peuvent plus supporter son intrusion indéfiniment dans leurs maisons.
- 2-Maintenant, ils lui ferment carrément la porte au nez.
- 3-Les voisins ne nous aident pas, maintenant, surtout par rapport à mon cas.
- 4-Maintenant, où est le voisin, qui vient vous aider, ou qui peut supporter tout ça ?
- 5-Comment voulez-vous qu'un étranger puisse la supporter (Sa propre mère n'a pas pu la supporter ?
- 6-...ce n'est pas facile de demander de l'aide, maintenant.

L'époux 4:

Répulsion, et rejet, du voisinage:

- 1-Je n'ai eu aucun résultat positif de ce que je lui ai donné comme conseil, parce qu'elle a continué à écouter les femmes d'à côté.

Le malade, et le voisinage:

(Elle n'a pas de rapport avec les voisins.)

L'époux 5:

Répulsion, et rejet, du voisinage:

- 1-Les voisins d'autant, on a plus ça de nos jours.
- 2-Les amies, elle n'en a plus.

L'époux, et le voisinage:

(On n'a pas de contact. Il n'y a pas de rapport.)

Les pères (catégorie des hommes):

Le père 1:

Réaction neutre du voisinage:

Le père, et le voisinage:

(On ne la laisse pas sortir toute seule, de crainte qu'elle se perde, ou qu'elle ségare.)

Le père 2:

Attraction, et compassion, du voisinage:

1-Il y a une voisine qui le sait.

2-Elle n'arrive pas à comprendre son comportement.

3-Les voisins le savent, ils ne la prennent pas au sérieux, ils pensent que c'est quelque chose de normale.

4-..dehors, avec les gens, ceci ne soulève aucun problème pour nous.

5-Ils ne dramatisent pas, ce qu'elle fait.

6-Mis à part quelques voisins, personne ne le sait

Le malade, et le voisinage:

(Pour ce qui est des voisins, elle est constamment chez eux.) (...sa maladie n'est pas grave. ...je n'ai jamais discuté avec personne de ça. Je n'en vois pas la nécessité.)

Le père 3:

Répulsion, et rejet, du voisinage:

1-Les enfants voient, qu'elle est anormale.

2-Ils ne veulent pas jouer avec elle, ils prennent leurs distances, ils sont sur leurs gardes... 3-...parfois même ils attaquent les premiers...

4-...ils ne veulent pas, qu'elle soit leur partenaire, dans le jeu.

Le malade, et le voisinage:

(elle ne sait pas jouer. Tout ce qu'elle sait faire, c'est frapper. Pour elle frapper, c'est normal).

Le père 4:

Attraction, et compassion, du voisinage:

1-Un sujet comme celui-ci (l'handicap), les amis les plus proches le savent...

Répulsion, et rejet, du voisinage:

1-...bon les autres ne le savent pas.

Le malade, le père 4, et le voisinage:

(Elle n'a jamais fréquenté les enfants du quartier, elle est constamment avec ses frères, et ses soeurs. On sait, qu'elle ne peut pas se débrouiller toute seule, parce qu'elle a un handicap mental...) (...vous ne pouvez pas parler de ça à n'importe qui, il ne peut rien vous faire, il ne vous ajoutera que de l'angoisse, et des ennuis.)

Le père 5:

Réaction neutre du voisinage:

Le malade, et le voisinage:

(Elle est agressive avec les enfants du quartier. Elle a eu toujours de problèmes de contact avec les enfants..., quand je l'ai mis au jardin d'enfant.)

Les pères (catégorie des hommes):

Le père 6:

Attraction, et compassion, du voisinage:

1-(C'est le garçon le plus sociable), il est supporté par tout le monde...

Le malade, et le voisinage:

(il peut se faire des amis en une minute, il n'a jamais eu de disputes avec les voisins). (À l'école, il est bien, il réussit dans ses études, il vient d'entrer à la première année, on ne peut pas l'évaluer, maintenant.)

Le père 7:

Attraction, et compassion, du voisinage:

1-Ils savent, qu'il est retardé mental, ils n'ont rien à dire.

2-Un retardé mental, c'est un retardé mental, ils l'aiment tous.

3-Qu'est-ce que vous voulez, qu'ils disent ? Ils n'ont aucune idée sur sa maladie, il est retardé mental, c'est tout.

4-Les gens le connaissent.

5-Même les gens, qui viennent chez-nous le connaissent, très bien même.

Le malade, et le voisinage:

(La seule chose, qui ne fait pas, c'est qu'il ne sort pas dehors, il ne va pas vers les gens, il évite toute rencontre avec les gens, comme s'il craint quelque chose.)

Le père 8:

Réaction neutre du voisinage:

Le malade, et le voisinage:

(On a pas beaucoup de contact avec le voisinage, et puis, il est toujours accompagné de ses frères, il ne lui arrive rien.)

Le père 9:

Réaction neutre du voisinage:

Le malade, et le voisinage:

(Aucun contact. Celui du milieu n'est pas sorti de la maison, depuis maintenant neuf ans. Il sort qu'avec nous, puisqu'il ne voit pas, il ne marche pas. Vous ne pouvez pas le lâcher, il ne sait rien, il ne sait pas parler. Maintenant, il a neuf ans...)

Le père 10:

Répulsion, et rejet, du voisinage:

1-Ils ne savent pas, qu'il est malade, parce qu'il ne leur montre pas.

2-Certains de ses copains viennent l'appeler, surtout en période de congé.

Le malade, et le voisinage:

(Son problème se pose beaucoup plus à la maison. Dehors, avec ses copains, il ne fait pas ça. ...dans la foule, il est mal à l'aise, il n'aime pas que les gens le touchent, il les évite. Avec ses copains, il est normal. Je ne sais pas pourquoi le cache t-il ? ...il s'arrange pour que ses copains ne s'en parçoivent de rien. ...ça se passe bien avec ses copains.)

Les pères (catégorie des hommes):

Le père 11:

Attraction, et compassion, du voisinage:

1-Pour l'instant, on a rien entendu de nos voisins.

Le père 1, et le voisinage:

(On a pas de rapport très étroit avec les voisins.) (...sa maladie est quelque chose de nouveau pour nous).

Le père 12:

Attraction, et compassion, du voisinage:

- 1-Pour le moment, je n'ai rien entendu.
- 2-...ils ne disent d'elle que du bien, que c'est une fille bien, qu'elle n'a jamais provoqué quelqu'un...
- 3-Ses collègues viennent lui rendre visite de temps en temps.
- 4-Elles lui donnent du courage, pour qu'elle retrouve le moral.
- 5-Elles ne disent rien de spécial sur sa maladie. Je ne sais pas.

Répulsion, et rejet, du voisinage:

- 1-Les gens, quand ils voient quelqu'un malade d'une maladie mentale, ils disent de lui, que c'est un fou, alors que lui il est malade.
- 2-Les voisins, je ne les écoute pas, ils sont souvent en quête d'information.

Le père 13:

Attraction, et compassion, du voisinage:

- 1-Ils sont tous venus lui rendre visite.
- 2-Ils savent que c'est la fille gentille.
- 3-Ils la connaissent.
- 4-Les voisins demandent de ses nouvelles tout le temps.
- 5-Elle est bien vue.
- 6-En tout cas, devant nous, ils ne disent rien.
- 7-S'ils disent des méchancetés derrière notre dos, ça je ne peux pas vous le dire.
- 8-Je ne sais pas. Même ses copines venaient la voir.
- 9-Elles n'ont jamais parlé de sa maladie.

Le malade, et le voisinage:

- 1-(Et même, depuis qu'elle est tombée malade, elle n'a provoqué personne.)

Le père 14:

Attraction, et compassion, du voisinage:

- 1-C'est les voisins, qui viennent lui rendre visite.
- 2-Ils essayent de lui parler, pour l'encourager à supporter la maladie.
- 3-Ils la soutiennent.
- 4-Ils lui disent des mots gentils.
- 5-Ils lui disent, qu'il faut patienter pour guérir, que bientôt elle va se marier, comme tout le monde.
- 6-Ils parlent, aussi, de sa maladie.

Le malade, et le voisinage:

(Elle ne sort jamais. Elle n'a pas de fréquentations. Elle n'a aucun contact avec les gens. Elle préfère se retirer à la maison. Ses soeurs ont des contacts avec les voisins, elle, non. Elle n'avait pas de contact, déjà, quand elle était jeune).

Le père 15:

Attraction, et compassion, du voisinage:

- 1-(Quand elle s'égare), les gens la ramènent...
- 2-Les voisins la connaissent.

Répulsion, et rejet, du voisinage:

- 1-Les enfants du quartier, quand ils s'aperçoivent, qu'elle est toute seule, ils l'agressent.
- 2-À un certain moment, ils sont venus, jusqu'à la maison, pour l'importuner.

Le malade, et le voisinage:

(Elle ne va pas chez les voisins. Elle préfère marcher dans la rue...) (...j'ai donné à chacun une raclée. Depuis, ils n'osent plus s'approcher d'elle.) (...c'est normal de parler de sa maladie avec les gens, je n'ai pas honte de ça. Je ne suis pas comme certains de ma famille, qui veulent cacher la maladie.)

Les pères (catégorie des hommes):

Le père 16:

Répulsion, et rejet, du voisinage:

1-Même quand les enfants, dehors, se moquent de lui...

2-Ils lui disent, par exemple: "À ton âge, tu n'es pas marié, les gens de ton âge sont tous mariés, etc".

3-Parmi les gens, il y a, bien entendu, ceux qui le dérangent, quand ils lui parlent de ça.

4-Pensez-vous, qu'ils ne le font pas ? Il y a toujours quelqu'un, qui se moque de lui...

5-...qui lui dit, par exemple: "On sait que tu te soignes à l'hôpital de Oued El Athmania"...

6-...ou carrément "Tu es fou".

7-Beaucoup de gens le dérangent, surtout les enfants.

8-Les gens lui disent, qu'il est malade, (parce que lui-même, il leur dit, qu'il est malade, il leur parle de sa maladie).

Le malade, et le voisinage:

(Il ne provoque personne) (il se contente de se taire, et revient calmement à la maison). (Ces propos le mettent en colère, alors, il rentre vite vite à la maison. ...il vient nous répéter tout ce qu'il a entendu, il nous demande de le marier.) (Il rentre à la maison souvent très perturbé par ces provocations.)

Le père 17:

Répulsion, et rejet, du voisinage:

1-J'entends des choses sur lui, des échos me sont parvenus, qui disent, qu'il est en train d'agresser les gens du quartier, qu'il les provoque.

2-Elle est venue me voir, et à, même, l'intention de déposer une plainte contre lui...

3-Cette dame est allée affectivement au commissariat pour déposer sa plainte mais ils ne sont pas venus...

Le malade, et le voisinage:

(Maintenant, il vit tout seul..., je ne sais pas, apparemment il n'a pas beaucoup de fréquentations.) (Les voisins, la vieille femme qui habitent près de lui, ils les ont déjà menacés plusieurs fois.) (Quand vous le voyez s'entretenir avec les gens, mais c'est très rare, moi, à ce moment-là..., je me dis, qu'il n'est pas malade, cela ne dure pas longtemps, sa maladie se déclenche, vous le retrouvez très agité. Je crois, qu'il a des amis.) Qu'est-ce qu'ils disent ? (Je pense qu'il a fréquenté des gens), qu'ils lui ont donné probablement de la drogue. (Je crois, je n'en suis pas sûr. Il a fréquenté, il a "bu", comme on dit, le "kif", c'est une drogue.)

Le père 18:

Attraction, et compassion, du voisinage:

1-Certains jeunes gens, qui avaient pourtant de bons rapports avec lui, (étaient, de temps en temps, mal vus par lui.)

2-Les voisins, quand ils le voient, ils essayent de le raisonner, pour qu'il rentre chez-lui.

3-Ils lui donnent de la cigarette, pour qu'il les écoute. ...ils l'aiment.

4-Tout le monde veut lui parler, veut le fréquenter.

5-...les voisins ne le frappent pas, ne lui font rien.

6-Ils viennent me voir directement, ils me disent: "L'oncle Moustache, venez voir votre fils". 7- Personne n'a levé la main sur lui, ou l'a frappé.

8-Ils comprennent son problème.

9-Ils viennent, même, lui rendre visite à l'hôpital...

10-On n'a pas de problème avec eux...

Répulsion, et rejet, du voisinage:

1-Parmi ces gens, il y a, surtout, ceux qui le provoquent, volontairement, par des propos déplacés.

Le malade, et le voisinage:

(Il ne ménage personne. Il est même arrivé à frapper les gens.) ("Celui-ci m'a insulté, celui-là a parlé de moi, etc". J'ai dû intervenir souvent pour l'empêcher d'agresser les voisins. ...J'ai eu toujours peur, qu'il fout la pagaille dans les cafés... C'est vrai, que le café, où va mon fils, appartient à un patron, qui est, en fait, un ami.) (Surtout, quand il retrouve ses esprits, et devient normal.) (Même, s'il fait de la bagarre, dehors, ou des dégâts dans la rue) (parce que moi je suis bien avec les gens) (même s'il leur fait de grands dégâts).

Le père 19:

Attraction, et compassion, du voisinage:

1-Je n'ai rien entendu sur lui, je n'ai rien vu, aussi.

2-Les voisins, aussi, ne me parlent pas des choses, qui ne les regardent pas.

3-Ses copains viennent le voir à l'hôpital.

Le malade, et le voisinage:

(Il ne fait rien, il est sage, il ne provoque personne, il est constamment avec ses copains, il n'a pas de problème particulier avec les gens, il n'a pas de contact du tout avec les gens, comment voulez-vous, qu'il les provoque ? Il n'a de contact, qu'avec les jeunes, comme lui.) (Avec les voisins, on n'a pas de rapport, on ne parle que de choses banales, on ne parle pas de sa maladie, en tout cas, pourquoi leur parlerai-je de ça ?) (Cela ne leur regarde pas, ce sont des affaires de famille.)

Le père 20:

Répulsion, et rejet, du voisinage:

- 1-Les gens se moquent de lui, souvent, ils passent leur temps à le provoquer.
- 2-Les gens du quartier savent, qu'il est malade.
- 3-Les adolescents passent leurs temps à le provoquer, et à rire de lui.
- 4-Ils ne l'appellent que par le fou.
- 5-...d'autre part, ils sont en colère contre lui, quand ils le voient, ainsi, toucher à l'honneur de leur famille.

Attraction, et compassion, du voisinage:

- 1-Au quartier, ils l'invitent souvent à prendre un café, ou une limonade.
- 2-Les patrons des cafés n'ont jamais pris un sou de lui. (Il ne se dérange pas de demander un café...)
- 3-D'une part, ils ont pitié de lui, parce qu'ils pensent, que c'est une personne, qui a perdu l'esprit...
- 4-Elle a été très choquée par l'agression, elle a même pleuré, mais elle s'est calmée, un peu, lorsqu'elle a entendu dire les gens, qu'il est fou. Elle pensait, qu'il était normal...

Le malade, et le voisinage:

(Qu'est-ce qu'il fait, alors ? Il profère des gros mots, lance des injures.) (Lui, il s'en fou.) (Une fois, il a agressé une enseignante...)

Réponses quantitatives des époux du sous thème: Voisinage, et contexte biculturel:

<u>ITEMES</u>	<u>époux 1</u>	<u>époux 2</u>	<u>époux 3</u>	<u>époux 4</u>	<u>époux 5</u>	<u>Totaux</u>
---------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	---------------

I) Attraction, et

compassion du

voisinage*	(1)	(9)				(10)
------------	-----	-----	--	--	--	------

II) Répulsion, et

rejet du voisinage	(4)		(6)	(1)	(2)	(13)
--------------------	-----	--	-----	-----	-----	------

III) Réaction neutre

du voisinage

Des pères 1, 2, 3, 4, et 5:

<u>ITEMES</u>	<u>Père 1</u>	<u>Père 2</u>	<u>Père 3</u>	<u>Père 4</u>	<u>Père 5</u>	<u>Totaux</u>
---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

I) Attraction, et

compassion

du voisinage*		(6)		(1)		(07)
---------------	--	-----	--	-----	--	------

II) Répulsion, et

rejet du voisinage			(4)	(1)		(05)
--------------------	--	--	-----	-----	--	------

III) Réaction neutre

du voisinage	(1)				(1)	(02)
--------------	-----	--	--	--	-----	------

Des pères 6, 7, 8, 9, et 10:

<u>ITEMES</u>	<u>Père 6</u>	<u>Père 7</u>	<u>Père 8</u>	<u>Père 9</u>	<u>Père 10</u>	<u>Totaux</u>
---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	----------------	---------------

I) Attraction, et

compassion du

voisinage*	(1)	(5)				(06)
------------	-----	-----	--	--	--	------

II) Répulsion, et

rejet du voisinage					(2)	(02)
--------------------	--	--	--	--	-----	------

III) Réaction neutre

du voisinage (1) (1) (02)

Des pères 11, 12, 13, 14, et 15:

<u>ITEMES</u>	<u>Père 11</u>	<u>Père 12</u>	<u>Père 13</u>	<u>Père 14</u>	<u>Père 15</u>	<u>Totaux</u>
---------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	---------------

I) Attraction, et

compassion

du voisinage*	(1)	(5)	(9)	(6)	(2)	(23)
---------------	-----	-----	-----	-----	-----	------

II) Répulsion, et

rejet du voisinage		(2)			(2)	(04)
--------------------	--	-----	--	--	-----	------

III) Réaction neutre

du voisinage

Des pères 16, 17, 18, 19, et 20:

<u>ITEMES</u>	<u>Père 16</u>	<u>Père 17</u>	<u>Père 18</u>	<u>Père 19</u>	<u>Père 20</u>	<u>Totaux</u>
---------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	---------------

I) Attraction, et

compassion

du voisinage*			(10)	(3)	(4)	(17)
---------------	--	--	------	-----	-----	------

II) Répulsion, et

rejet du voisinage	(8)	(3)	(1)		(5)	(17)
--------------------	-----	-----	-----	--	-----	------

III) Réaction neutre

du voisinage

*La réponse "attraction, et compassion du voisinage" est similaire à cette habitude ancestrale positive, et compréhensive, à l'égard du "fou", dans la société traditionnelle. La réponse "répulsion, et rejet..." s'accommode très fortement à l'esprit moderne.

Essai d'analyse des rapports conflictuels interculturels des époux:

Nous relevons dans les témoignages des époux, dont les épouses sont malades mentales, par rapport au thème du voisinage, certaines caractéristiques: Premièrement, la maladie mentale est une maladie, qu'on ne peut pas cacher. La réaction des voisins oscille entre cette attitude de compréhension (l'époux 2, et quelque fois l'époux 1), et cette attitude de répulsion, et d'indifférence (l'époux 3 surtout, et les époux 4, et 5); Deuxièmement, les époux se rendent compte, qu'il n'y a aucun espoir à recevoir des voisins une quelconque aide, ou compréhension. Ceci pour dire que même le voisinage préfère garder ses distances, quand il s'agit d'avoir à faire à la maladie mentale d'une voisine, comme nous le remarquons surtout chez les époux 2, 3, 4, et 5. L'époux 2 déclare: *"J'ai de bons rapports. On a de rapport limité avec les voisins"*, l'époux 3 dit à ce sujet: *"Maintenant, ils ferment carrément la porte au nez. Les voisins ne nous aident pas, maintenant. Maintenant, où est le voisin qui vient vous aider, ou qui peut supporter ça"*, quant à l'époux 4, il dit: *"Elle n'a pas de rapport avec les voisins"*, et enfin l'époux 5 déclare: *"Les voisins d'autant on a plus ça de nos jours"*. Ces témoignages des époux indiquent tous qu'il y a eu, par rapport au passé, un changement radical tendant plus vers l'individualisme, et l'égoïsme. Nous remarquons, en plus, que ces mêmes témoignages des époux, par rapport aux épouses, quant au thème du voisinage, sont très pessimistes. Les époux, en général, ont un voisinage beaucoup plus distant, et difficile, que celui des épouses. Sur les cinq époux, trois (3, 4, et 5) n'ont plus de contact, ou ont de rapport difficile avec le voisinage. Avoir une malade mentale femme dans la famille est donc plus difficile, et grave, à vivre par rapport au voisinage, que d'avoir un malade mental homme. Cela ne peut relever, probablement aussi, que du personnage de l'époux lui-même, puisqu'il n'essaye pas d'améliorer, ou n'a pas la compétence pour améliorer, les rapports d'avec le voisinage. Il semble que les épouses ont plus d'engagement dans ce sens (comme l'atteste la catégorie des femmes avec l'épouse 3 dans ses expressions: *"Les gens le laissent faire. Mon fils leur a expliqué qu'il ne faut pas trop faire attention à lui"*). Cela peut s'expliquer, aussi, par le fait que le champ de connaissance, par rapport au voisinage, de l'homme malade mental est beaucoup plus étendu, que celui de la femme malade mentale. L'homme malade mental a plus de liberté de se mouvoir dans l'espace social que la femme, et donc a plus de chance d'être connu par les autres. Deux époux (1, et 2) ont, quand même, de bons rapports avec le voisinage, mais sans relation proprement dite.

Des pères 1, 2, 3, 4, et 5:

Le voisinage chez ces pères, dont les filles (enfants) sont malades mentales, s'oriente vers deux tendances contradictoires, l'une croit (remarqué chez les pères 1, et 4) en l'instauration de contraintes, afin de protéger le personnage faible, qu'est l'enfant fille, face au voisinage différent, et dangereux, l'autre, au contraire (constaté chez les pères 2, 3, et 5) encourage le libre échange entre le milieu familial, donc la fille, et le voisinage. Ceux qui sont pour instaurer les contraintes, les raisons invoquées sont, pour le père 1, elle risque *"de se perdre, et de s'égarer"*, pour le père 4 *"Elle ne peut pas se débrouiller toute seule, parce qu'elle a un handicap mental"*. Pour les pères 3, et 5, qui sont

pour la deuxième tendance, c'est à dire le libre échange, ils déclarent: "*Elle ne sait pas jouer, tout ce qu'elle sait faire, c'est frapper. Pour elle, frapper c'est normal*", "*Elle a eu toujours de problèmes de contact avec les enfants, quand je l'ai mis au jardin d'enfants*". Pour ces derniers, c'est à dire les pères 3, et 5, nous remarquons pourtant chez leurs filles (enfants) malades, à l'exception de la fille du père 2, de graves difficultés avec le voisinage, du fait de leurs sérieuses inadaptations. Nous pouvons donc dire de la même façon que l'on a dit pour les mères, dont les fils, et filles, (enfants) sont malades mentaux, qu'un enfant souffrant d'un handicap mental, ou autre, rencontre, souvent, énormément, de difficultés avec le milieu social, et ceci pour deux raisons, la raison de l'inadaptation elle-même de l'enfant, et la raison du milieu pour son incompréhension, et sa ségrégation.

Des pères 6, 7, 8, 9, et 10:

Le voisinage, selon les pères, dont les fils (enfants) sont malades mentaux, est souhaitable qu'il n'y ait pas de relation avec les jeunes touchés dans leur mental pour deux raisons principales: La première, bien évidemment, est due à l'incapacité du jeune lui-même à s'adapter à ce milieu, la deuxième provient du voisinage, qui est devenu de plus en plus ségrégatif, hostile à toute différence. Le jeune garçon malade mental, aux yeux des pères, n'est pas encore un candidat apte à fréquenter les gens normaux, pour raison d'incompréhension, d'inacceptation de tout ce qui est différent. Pour obtenir ce privilège, et cet exploit, le garçon malade mental doit compter énormément, et sur la confiance, et la compréhension de sa famille, et du voisinage. L'instauration de la barrière entre le voisinage, et la famille, c'est-à-dire, en fin de compte, l'enfant de celle-ci, serait produit, comme nous l'avons souligné ci-dessus, par deux facteurs importants: 1-le facteur de l'incapacité, et de l'inadaptation de l'enfant lui-même au milieu environnant, 2- le facteur en rapport avec le voisinage (incompréhension, blocage, inacceptation de la différence, ségrégation, etc...). L'exemple du père 7, qui semble arriver à surpasser ces problèmes de contact avec le voisinage, a instauré entre son fils malade, et ce dernier, une sorte de compréhension, et de confiance mutuelle, bref un contact positif. Ce père 7 déclare, à un moment donné, que: "*Les voisins l'aiment tous. Les gens le connaissent très bien*". Les jeunes garçons, selon les pères 6, et 10, qui présentent des inadaptations moins sévères, ont eux préféré établir un contact avec le voisinage, parce que leurs fils sont mieux armés à répondre aux exigences du monde extérieur. Pour le père 6, il dit de son fils: "*C'est le garçon le plus sociable. Il est supporté par tout le monde. Il peut se faire des amis en une minute. À l'école, il est bien*", le père 10, quant à lui, dit de son fils: "*Avec ses copains, il est normal. Ils ne savent pas qu'il est malade*".

Des pères 11, 12, 13, 14, et 15:

Le regard du voisinage chez les pères, dont les filles adultes sont malades mentales, s'oriente de façon significative vers une acceptation de la personne du malade mental, ainsi que son soutien par rapport à sa maladie mentale. Ce soutien du voisinage est adressé, également, ce qui est vraiment exceptionnel, aux malades qui n'ont aucun contact avec le monde extérieur, comme on peut l'apercevoir chez les pères 14, et 15. Ces pères nous montrent que le voisinage peut bien se vanter,

lui aussi, de connaître, parfaitement, le vécu, et la réalité, du malade mental, et de comprendre même que celle-ci n'est plus une tare, ou un danger social. Nous devons dire, d'après les témoignages des pères, dont les filles adultes sont malades mentales, que le voisinage a tendance à développer souvent cette compassion, et cette compréhension, à l'égard de ces filles malades, parce qu'il entretient de bons rapports avec le milieu familial. La réponse positive à l'égard du malade mental, et de sa famille, de la part du voisinage semble se répéter presque chez tous les proches, à cause, nous semble-t-il, des liens familiaux/voisinage forts, existants entre eux.

Des pères 16, 17, 18, 19, 20:

Sur les cinq pères, quatre (les pères 16, 17, 18, et 20) déclarent avoir eu des problèmes avec le voisinage. Un malade mental adulte, par rapport à ce que nous avons vu avec l'enfant chez les pères précédents, est quelqu'un qu'on ne peut pas maîtriser facilement, c'est, aussi, quelqu'un qui peut aisément passer à l'acte. Son agressivité dépasse donc facilement le milieu familial, pour aller atteindre le voisinage, et la société. Bien évidemment, parce que les voisins sont plus ou moins proches de la famille (ils la connaissent, ont de bons rapports avec elle), alors les altercations entre eux, et le malade mental, ne dépassent jamais souvent les mots, et les moqueries, même si ces mots sont, parfois, acerbes, comme ceux prononcés à l'encontre des fils des pères 16, et 20: *"Tu es fou", "Ils ne l'appellent que par le fou"*. À y voir le déroulement des témoignages des quatre pères (16, 17, 18 et 20), nous pouvons dire qu'un malade mental adulte, peut être, aussi, dangereux, c'est à dire qu'il peut facilement passer à l'acte, si toute fois, aussi, les gens, qu'il lui sont confrontés, ne font aucun effort pour l'éviter, ou pour le ménager. C'est, également, un problème de voisins, et de société, puisque ces derniers ne font aucun effort pour le considérer comme un être humain. C'est chez le père 18, qu'on remarque son rôle de gardien de l'ordre, ce qui laisse dire que c'est bien par rapport au personnage du père que revient vraiment la fonction de l'autorité devant le voisinage, et le monde extérieur. Nous constatons, également, qu'il arrive que ce dernier soit dépassé par les événements, comme nous le voyons chez le père 17 qui, ne pouvant plus continuer à assurer cette fonction de rétablir l'ordre face au voisinage, préfère baisser les bras face aux problèmes d'agressivité, et de comportements, de son fils malade. Nous pouvons dire, donc, que c'est tout le personnage du père, ses fonctions sociales, qui sont mis en cause dans cette nouvelle société, qualifiée, aujourd'hui, de moderne, également. Seul, le père 19, déclare n'avoir aucun problème avec le voisinage, car, selon-lui, son fils malade mental n'entretient aucune mauvaise relation avec les voisins. Un malade mental adulte stabilisé par les soins, et ne se faisant pas trop remarquer dans le milieu social, ou des voisins, comme quelqu'un d'agressif, ou de dangereux, peut se faire facilement oublier, et vivre le plus normalement du monde. *"Il ne fait rien, dit le père 19, il est sage, il ne provoque personne, il est constamment avec ses copains, il n'a pas de problèmes particuliers avec les gens, il n'a pas de contact du tout avec les gens"*. De même, des voisins: *"Je n'ai rien entendu sur lui, je n'ai rien vu, aussi. Ils ne parlent pas des choses, qui ne les regardent pas. Ce sont des affaires de famille"*. Le voisinage, quand il entretient de bons rapports avec le chef de famille, ou la famille, il (le

voisinage) peut se montrer extrêmement compréhensif, voire même compatissant avec le malade mental, même si ce dernier est violent, et insupportable. On l'a vu surtout dans l'exemple du père 18, où les voisins se montrent très compréhensifs à l'égard de son fils adulte malade mental très violent. Le père 18 est, chaque fois, interpellé par les voisins pour calmer son fils adulte malade mental: *"Même s'il fait de la bagarre dehors, ou des dégâts dans la rue, les voisins ne le frappent pas, ne lui font rien, ils viennent me voir directement. Ils viennent même lui rendre visite à l'hôpital"*. La compréhension du malade mental par le voisinage, comme nous l'avons vu, également, chez les proches, passe inévitablement par ces mêmes proches, et les liens positifs, que le voisinage a avec ces derniers. Le malade mental, le comble, n'est pas compris par le voisinage pour son personnage, ou pour ce qu'il est, un être humain, qui souffre, mais pour les rapports que ce voisinage-là a avec les proches du malade. Un malade mental, ou plutôt un "fou", puisque c'est comme cela qu'on l'appelle communément, n'est plus considéré par la société comme un être humain, qui souffre, quelqu'un qui n'est pas responsable de ce qu'il lui arrive, mais comme un taré, un forcené, bref un indésirable, etc.

SYNTHESE DES RÉSULTATS DE LA CATÉGORIE DES HOMMES (les époux, les pères I, II, III, IV) DU SOUS
THEME: "VOISINAGE, ET CONTEXTE BICULTUREL":

<u>ITEMS</u>	<u>Époux</u>	<u>Pères I</u>	<u>Pères II</u>	<u>Pères III</u>	<u>Pères IV</u>	<u>Totaux</u>	<u>%</u>
I) Attraction, et compassion du voisinage*	(10)	(07)	(06)	(23)	(17)	(63)	57,79%
II) Répulsion, et rejet du voisinage	(13)	(05)	(02)	(04)	(18)	(42)	38,53%
III) Réaction neutre du voisinage		(02)	(02)			(04)	03,66%
Totaux des réponses						109	100%

<u>ITEMS</u>	<u>Épouses</u>	<u>Mères I</u>	<u>Mères II</u>	<u>Mères III</u>	<u>Mères IV</u>	<u>Totaux</u>	<u>%</u>
I) Attraction, et compassion du voisinage*	(18)	(17)		(01)	(19)	(55)	45,83%
II) Répulsion, et rejet du voisinage	(20)	(05)	(22)	(05)	(04)	(58)	48,33%
III) Réaction neutre du voisinage			(02)	(04)	(01)	(07)	5,83%
Totaux des réponses						(120)	100%

SYNTHESE DES RÉSULTATS DES CATÉGORIES DES FEMMES (épouses, mères I, II, III, IV) ET DES HOMMES (époux, pères I, II, III, IV) DU SOUS THEME: "VOISINAGE, ET CONTEXTE BI-CULTUREL":

<u>ITEMS:</u>	<u>25 FEMMES</u>	<u>25 HOMMES</u>	<u>TOTAUX</u>	<u>%</u>
I) Attraction, et compassion du voisinage*	(55)	(63)	(118)	51,52%
II) Répulsion, et rejet du voisinage	(58)	(42)	(100)	43,66%
III) Réaction neutre du voisinage	(07)	(04)	(11)	04,80%
Totaux des réponses			229	100%

* La réponse "attraction, et compassion du voisinage" est similaire à cette habitude ancestrale positive, et compréhensive, à l'égard du "fou", dans la société traditionnelle. La réponse "répulsion, et rejet..." s'accommode très fortement à l'esprit moderne.

Thèse mez tome 1