

Suis-je normal(e) ?

La norme à l'épreuve de la clinique

Chérifa Bouatta¹

Résumé:

Le psychologue clinicien reçoit dans son cabinet ce qu'on appelle dans notre jargon le « tout venant », c'est-à-dire des enfants en difficultés scolaires, des enfants hyperactifs amenés par leur parent ou orientés par les enseignants, il reçoit également des adultes en grande souffrance psychique, des cas psychiatriques...Il lui arrive alors et selon les cas, soit d'orienter les cas les plus lourds en psychiatrie soit de proposer une psychothérapie à certains qui présentent des troubles névrotiques. Mais il arrive aussi qu'il reçoive des personnes qui, à priori, ne présentent aucun signe pathologique mais qui sont en interrogation concernant leur comportement, leur conduite et qui viennent voir le psychologue pour parler, pour s'exprimer, parce que leur parole est inaudible, voire interdite ailleurs. Et ceux-là qui ne se sentent pas malades, qui ne présentent aucun symptôme mais qui sont en butte avec les prescriptions familiales et sociales s'interrogent et interrogent le psy : suis-je normal(e) ?

Pour discuter cette question, je commencerai par évoquer la place du psychologue en Algérie, pour ensuite discuter la question posée par certaines personnes qui font le détour par le psychologue.

Mots clés : norme, psychopathologie, psychologue, théorie, nosographie.

¹ Professeure des universités, Alger 2, Sarp/ bouattacherifa@hotmail.com

Am I normal?

The Clinic-Tested Standard

Abstract:

The clinical psychologist receives in his office what is called in our jargon the "all comers", that is to say children in school trouble, hyperactive children brought by their parent or oriented by teachers, he also receives adults in great mental suffering, psychiatric cases ... So, depending on the case, he either guides the heaviest cases in psychiatry or he offers a psychotherapy to those few people, who have neurotic disorders. He receives as well, people who, at first, do not show any pathological sign but whose behavior is questioned, who consult a psychologist to talk and express themselves, because their words are often unheard and even forbidden. And those who do not feel ill, who have no symptoms but disagree with family and social prescriptions, question the psychologist: Am i normal?

To discuss this question, I will first mention the place of the psychologist in Algeria, and then discuss the question asked by some people who visit the psychologist.

Key words: norm, psychopathology, psychologist, theory, nosography.

هل أنا طبيعي؟ المعيار الاعيادي

ملخص:

يستقبل المختص النفس العيادي في مكتبه ما يسمى اصطلاحا "أي وافد"، أي الأطفال الذين يعانون من مشاكل في المدرسة، أو الأطفال الذين يعانون من فرط النشاط والذين أحضرهم أولياؤهم أو وُجِّهوا من قبل معلمهم، كما يستقبل الراشدين الذين يعانون من معاناة نفسية كبيرة، وحالات سيكاثرية... يحدث بعد ذلك ووفقاً للحالة، إما توجيه أعقد الحالات إلى طبيب نفسي أو تقديم العلاج النفسي لبعض الذين يعانون من اضطرابات عصابية. ولكن يحدث أيضاً أن يستقبل أشخاصاً، الذين قد لا تظهر عليهم أي علامات مرضية ولكن يتساءلون عن سلوكهم وتصرفاتهم ويأتون لرؤية المختص النفسي للتحدث والتعبير عن أنفسهم لأن كلمتهم غير مسموعة، وحتى ممنوعة في مكان آخر. ويستقبل أيضاً أولئك الذين لا يشعرون بالمرض، والذين ليس لديهم أي أعراض ولكن هم على خلاف مع الوصفات العائلية والاجتماعية، يتساءلون مع المختص النفسي ويسألونه: هل أنا طبيعي؟

لمناقشة هذا السؤال، أود في البداية أن أكتب عن مكانة المختص النفسي في الجزائر، ثم سأناقش السؤال الذي طرحه بعض الأشخاص الذين توجهوا للمختص النفسي.

الكلمات المفتاحية: معيار، باثوبولوجيا، مختص نفسي، نظرية، تصنيف الاضطرابات والأمراض

النفسية.

1- Introduction :

Le psychologue clinicien reçoit dans son cabinet ce qu'on appelle dans notre jargon le « tout venant », c'est-à-dire des enfants en difficultés scolaires, des enfants hyperactifs amenés par leur parent ou orientés par les enseignants, il reçoit également des adultes en grande souffrance psychique, des cas psychiatriques...il lui arrive alors et selon les cas, soit d'orienter les cas les plus lourds en psychiatrie soit de proposer une psychothérapie à certains qui présentent des troubles névrotiques. Mais il arrive aussi qu'il reçoive des personnes qui, à priori, ne présentent aucun signe pathologique mais qui sont en interrogation concernant leur comportement, leur conduite et qui viennent voir le psychologue pour parler, pour s'exprimer, parce que leur parole est inaudible, voire interdite ailleurs. Et ceux-là qui ne se sentent pas malades, qui ne présentent aucun symptôme mais qui sont en butte avec les prescriptions familiales et sociales s'interrogent et interrogent le psy : suis-je normal(e) ?

Pour discuter cette question, je commencerai par évoquer la place du psychologue en Algérie, pour ensuite discuter la question posée par certaines personnes qui font le détour par le psychologue. Je ne précise « personne » et non pas patients. Je m'en expliquerai plus loin.

2- Quelques éléments concernant la psychologie clinique et la pratique de la psychologie en Algérie :

- On peut dire- évidemment cela demeure approximatif mais pas tout à fait faux- que le psychologue clinicien a été propulsé au-devant de la scène sociale au cours de la décennie noire, des centaines de psychologues formés dans les universités algériennes furent mobilisés par les autorités algériennes pour venir en aide aux victimes des violences terroristes. Il reste à s'interroger sur la nature du travail qu'ils ont effectué et sur les répercussions sur leur vie psychique : comment ont-ils réagi face à l'horreur, à la barbarie qui a caractérisé cette période (C. Bouatta, 2008)

- Les catastrophes naturelles, tremblement de terre, inondations de Bab El oued (Nuit du 9 au 10 novembre 2001) ont,-elles -aussi, contribué à la visibilité des psys. Par exemple, pour ce qui est du tremblement de terre de Boumerdès (21 mai 2003), des psychologues se sont déplacés de toutes les régions d'Algérie pour venir en aide aux victimes du tremblement de terre.

- Les victimes de ces catastrophes naturelles et humaines en sont venues ces dernières décennies, elles aussi, aussi à réclamer des psys pour leur prise en charge.

Cette présence massive des psys sur les lieux des drames vécus par la population algérienne, est due au fait que les universités algériennes forment des centaines de psys chaque année. Il faut signaler que pratiquement toutes les universités algériennes ont un département de psychologie qui met chaque année des centaines de psychologue sur le marché du travail. Ces diplômés, dès la sortie de l'université, sont autorisés à exercer le métier de thérapeute sans autre formation complémentaire et que dès lors, il leur arrive, s'ils s'installent à titre privé ou s'ils travaillent en institution, de recevoir des patients présentant diverses pathologies.

Actuellement on retrouve des psychologues cliniciens au niveau des UDS, des EPS, des services de la DAS, dans les divers services des hôpitaux : pédiatrie, chirurgie, médecine interne... mais aussi dans plusieurs ministères : de la jeunesse et des sports, de la solidarité nationale, de la justice, etc.

3- A quelle théorie se vouer ?

L'enseignement dans les universités algériennes est fortement soumis à ce qui se passe de l'autre côté de la méditerranée. Si, pendant longtemps, la psychologie clinique en Algérie s'inspirait des enseignements de la psychanalyse, aujourd'hui avec l'émergence des TCC, des neurosciences, de la psychologie positive, de nouvelles spécialités sont introduites dans l'enseignement de la psychologie clinique sans aucune interrogation, ni questionnement quant à leur pertinence, leurs intérêts pour les étudiants et pour leur futur professionnel... Pour ce qui est de la psychopathologie, par exemple, la nosographie psychanalytique est de plus en plus délaissée au profit du DSM et de la notion de troubles qu'il retient pour décrire des entités psychopathologiques. D'ailleurs, l'intitulé de plusieurs enseignements a changé, la psychopathologie ou nosographie psychanalytique se voit souvent remplacée par «troubles de la personnalité » faisant ainsi directement référence au DSM.

Nous voyons, ce faisant, que l'enseignement de la psychologie clinique, obéit aux changements survenus ailleurs, à la différence qu'ailleurs ce sont des changements qui ont fait suite à des réflexions, des débats, des résistances ...A titre d'exemple, nous pouvons citer tous les débats, les critiques soulevés par l'introduction du DSM en France (et même aux Etats Unis, Frances, 2010).

Or, en Algérie, nous sommes complètement étrangers à ces débats et discussions...Et tout se passe comme si les enseignants –psychologues, se contentaient d'importer ce qui se fait ailleurs et de le proposer aux instances concernées (universités, ministère) pour que cela fasse partie des programmes des étudiants en psychologie clinique.

D'où nos questions : s'agit-il, de la part des enseignants universitaires de paresse intellectuelle, de passivité ou de soumission aux standards définis par la production psychologique étrangère ? Ou bien encore : est-ce la seule alternative laissée aux pys algériens : copier ce qui se fait ailleurs et l'utiliser tel quel dans l'enseignement et dans la pratique ?

Il arrive aussi que les pys algériens, pour marquer leur spécificité, introduisent le « contexte culturel » mais là-aussi, il s'agit d'un culturel « revu et corrigé » par l'option interculturelle de certains spécialistes de l'interculturel français. En effet, en écoutant ces spécialistes de l'interculturel lors de colloque ou en lisant certains de leurs écrits, on a l'impression que les sociétés autres, c'est-à-dire nos sociétés (autres que les sociétés occidentales) sont figées dans une tradition réfractaire à tout changement, et que parler de la tradition en 2014 ou de celle d'avant 1962, c'est toujours parler de la même chose. Certaines descriptions de ce qu'on appelle « la société traditionnelle » (je mets des guillemets, parce qu'on a l'impression qu'on évoque par-là, plus un fantôme qu'une réalité) renvoient en quelque sorte au degré zéro de la société algérienne, à des débuts difficiles à situer historiquement, mais peu importe on y recourt quand même. Tout se passe comme si cette tradition a été décrite une fois pour toute et qu'on n'a plus besoin de se pencher sur ce qui a pu changer dans cette culture qu'on appelle traditionnelle. Quand on en parle on l'examine à l'aune de la société occidentale moderne. L'utilisation de la notion d'acculturation est, en effet, édifiante, le sujet algérien, (maghrébin) au contact de la culture occidentale se voit acculturé, c'est-à-dire dépossédé de sa propre culture pour en épouser une autre, la seule culture- référence- qui existe, à savoir la culture occidentale. Il y aurait ainsi persistance dans le temps d'une tradition qui se perpétue qui résiste au temps et qui est confrontée à la modernité. Et cette acculturation, ce changement de « culture » ne concernerait que les « autres » de l'Occident, comme si les occidentaux n'ont pas été confrontés eux-mêmes à des changements socioculturels, économiques et politiques qui ont induit des changements de leurs comportements, valeurs et représentations. Sachant que de tout temps, les cultures humaines n'ont cessé de reconstruire leur identité, d'inventer de nouvelles façons de vivre ensemble, créant à la fois de nouvelles formes d'appartenance et d'inclusion et des formes toujours nouvelles d'exclusion. Ceci pour dire que toutes les sociétés sont sujettes aux changements et que la tradition étudiée par l'interculturel est une tradition essentialisée qui ne saurait rendre compte des dynamiques culturelles en œuvre dans le monde.

Qu'est-ce qui pourrait expliquer cet ancrage de la psychologie clinique dans son versant enseignement et dans son versant pratique, aux basques de la psychologie clinique

occidentale ? Entendons par- là la France et les Etats unis, la première est à comprendre du point de vue historique, la deuxième du point de vue de sa domination du monde.

Une première réponse peut être avancée : la science ne produit pas du local mais de l'universel, la psychologie étant une science qui se déploie de la même manière dans toutes les contrées, on ne saurait parler de « psychologie algérienne ».

En outre, le fonctionnement psychique des êtres humains est universel et c'est là un accord que partagent toutes les disciplines sociales et humaines-le point de vue freudien, par exemple, pose que la personnalité du petit de l'homme se constitue au cours d'un long processus passant par des stades de développement concourant à la mise en place d'un appareil psychique, d'un fonctionnement psychique, qui dans les meilleures conditions, permet d'atteindre « la santé mentale » ou plutôt un fonctionnement « normal » qui permet au sujet « d'aimer et de travailler », selon la célèbre formule de Freud. Précisons toutefois que Freud est très prudent concernant la normalité et la santé et rappelons une autre de ces phrases célèbres lorsqu'il évoque la guérison, il s'agit, dit-il, de « transformer le malheur névrotique en malheur ordinaire ».

Mais revenons à la théorie psychanalytique et à son application dans des sociétés différentes des territoires où elle a émergé et où elle s'est développée. Déjà, du temps de Freud, l'universalité de l'œdipe, point focal de la structuration psychique, a été contestée par certains anthropologues, citons, à titre d'exemples, Malinowski, M. Mead...et tous les culturalistes.

Ceci n'a pas empêché la psychanalyse d'être adoptée par certains pays appartenant à notre aire culturelle : le Maroc, la Tunisie, le Liban, l'Égypte, qui ont connu et qui connaissent des associations de psychanalystes très actives et où des psychanalystes sont installés à titre privé et reçoivent donc des patients pour des cures analytiques ou des psychothérapies d'inspiration psychanalytique. Tel n'est pas le cas en Algérie, où il n'existe pas de psychanalyste ayant une formation classique effectuée dans une école reconnue par une institution ayant pignon sur rue telle que la SPP, par exemple.

Il n'en demeure pas moins que certains psychologues cliniciens se réclament de cette théorie et l'utilisent comme référence dans leur pratique clinique.

Ils utilisent, dès lors, la nosographie psychanalytique qui stipule l'existence de trois entités psychopathologiques : les névroses, les psychoses et les perversions. Or, les psychanalystes contemporains avancent qu'au vu des transformations qu'ont connues les pays occidentaux : ultralibéralisme, post modernisme, les pathologies ont changé de figures : le temps des hystériques de Freud ne correspond plus aux temps postmodernes : les

nouvelles pathologies sont regroupées sous les étiquettes de pathologie narcissiques et états limites qui ne seraient plus des pathologies du désir, et de la culpabilité mais de l'identité et du clivage et de la norme. Il s'agit d'une nouvelle économie psychique caractérisant un individu d'absence de limites et balançant entre toute puissance et impuissance (A. Ehrenberg, 1998). Dans la mesure où ces temps nouveaux prônent, l'autonomie du sujet : il faut être autonome, compétitif, à la hauteur... D'où, tous les paradoxes liés à cette injonction à l'autonomie.

Dans un autre registre, depuis que le DSM évoque les Troubles envahissants du développement ou TED, le nombre d'enfants diagnostiqués autistes ne cessent d'augmenter. Je parle de l'Algérie où des pédopsychiatres qui prennent la parole évoquent une sorte d'épidémie de l'autisme. Là aussi, se pose la question : est-ce que l'autisme est cette maladie qui touche de plus en plus d'enfants aussi bien en France qu'en Algérie ? Ou est-ce le regard du clinicien qui s'est affiné pour lui permettre de déceler les symptômes de l'autisme ?

Toujours dans le même registre, les pys parlent de plus en plus souvent de TDH : trouble déficitaire de l'attention accompagnée d'hyperactivité, du trouble bipolaire de l'enfance. Là aussi, les questions se posent : s'agit-il de nouvelles pathologies qui ont émergé ces dernières décennies ou bien est-ce les connaissances en psychiatrie qui ont progressé et qui permettent d'identifier ce qu'on ne savait pas reconnaître auparavant ? A ce propos, Frances (2010) avance : le DSM-V s'est édifié sur médicalisation massive et précoce des populations... sur trois fausses épidémies : Les TDH, l'autisme et le trouble bipolaire de l'enfance. Ce qui montre bien, qu'en Algérie, « d'importer ces épidémies » pour les appliquer aux enfants algériens sans aucun a priori.

Pour revenir à nos références théoriques. Maintenant que les européens déclarent que de nouvelles pathologies apparaissent, doit-on nous aussi revoir nos copies et rechercher ces pathologies narcissiques chez nos patients, alors que la société algérienne ne vit pas au rythme des sociétés occidentales ? Et dans ce cas plaquer encore une fois, le système nosographique à notre population.

Ou bien, compte tenu des différences socioculturelles, historique, politiques économiques, notre système nosographique devrait-il rester au temps de Freud ? Ou bien encore existe-t-il d'autres alternatives ?

Difficile de répondre à ces questions, car deux manques, selon moi, marquent la pratique de la psychopathologie en Algérie :1) nous n'avons pas de repères historiques concernant la maladie mentale en Algérie, c'est-à-dire des écrits concernant l'histoire de la folie en Algérie, les prévalences des troubles psychiques les plus fréquents, ceux qui ont disparu, qui ont

changé d'expression...Tout cela me semble un manque qui empêche d'avoir le recul nécessaire pour penser le présent. Il y a, par contre, deux références historiques concernant la maladie mentale qui pourraient être convoquées mais qui ne sont pas de la même veine :

- L'école de psychiatrie d'Alger qui a mis au point une vision de l'indigène-algérien différent de celle du colonisateur : l'indigène, privé de lobe préfrontal, serait primitif, dépourvu de moral, d'intelligence abstraite et de personnalité (Porot, 1918) ...Ceci pour dire qu'il n'y pas si longtemps la psychiatrie, loin d'adopter une position objective dans son approche de la maladie mentale, épousait allègrement les thèses colonialistes à savoir la représentation de l'indigène : différent, autre...

L'autre référence que l'on ne saurait oublier est celle de Franz Fanon, psychiatre à l'hôpital de Blida de 1953 à 1956, celui-ci se rendra très vite compte des dérives de la psychiatrie pour indigènes et posera que le colonialisme est source d'aliénation et qu'on ne saurait parler de santé mentale dans un système qui asservit l'humain.

4- Les post colonials studies ou subalterne studies :

Revenons à notre système nosographique et à nos questionnements concernant l'adoption pure et simple de ce qui se produit ailleurs.

-Si, nous postulons qu'il faut regarder de plus près notre approche de la psychopathologie et de la psychologie du sujet algérien, on risque de se cantonner à une psychologie locale qui comporterait elle-même deux risques :- se couper de la science au sens de production de connaissances concernant tous les humains et partant de nous inscrire dans un relativisme culturel auquel appellent tous ceux qui veulent instaurer une idéologie du « nous » et du « eux » et où l'autre, les « eux » n'auraient rien à voir avec nous, parce que nous n'appartenons pas à la même humanité ? Nous rejoindrons, ce faisant, les thèses défendues par les islamistes qui prônent l'irréductibilité du nous/eux. Précisons tout de suite que telle n'est pas notre démarche. En outre, et d'un point de vue épistémologique, « la science est supposée donner accès à des connaissances ayant une validité universelle. Les opérations mises en œuvre dans la description des objets scientifiques ne doivent pas être psychologiquement, culturellement ou politiquement attribuables. Une connaissance donnée ne peut être que scientifique, cette valeur traduisant la psychanalyse, la culture, la géopolitique et même l'histoire (L. Beauvois, 2005). Cependant, cette injonction épistémologique rencontre ses limites dans des disciplines sensibles au culturel, à l'histoire, à la géographie...comme c'est le cas pour la psychologie. Car, si la psychologie est universelle, son sujet est lui, bien identifié : généralement, blanc, occidental, situé donc culturellement et géographiquement.

- L'adoption de tout ce qui vient d'outre-mer sans questionnement.

On l'aura compris, aucune des deux positions ne me semblent convenir.

Les réponses pourraient se retrouver en dehors du champ de la psychologie et de la psychopathologie contemporaine.

En effet, ces dernières années est apparue aux Etats Unis et en Inde un courant de pensée qualifié par ses auteurs de postcoloniaux studies et de subaltern studies.

Ce courant puise ses origines dans le célèbre ouvrage d'Edward Said : L'orientalisme (1978) et dans le travail de Franz Fanon : Les damnés de la terre (1961). Il se propose de décoloniser les approches développées par les occidentaux à propos des ex-colonisés. Il faut remarquer que même s'il a vu le jour aux USA, il a été porté par des auteurs indiens ayant migré dans ce pays. Et du cœur de ce pays ont émergé les subaltern studies. Les auteurs les plus connus de ce courant intellectuel, sont, sans conteste Hom K. Bhabha (1994) et Arjun Appadurai (2001).

Une deuxième remarque doit être formulée à ce propos : ces études ont concerné en premier lieu les Etudes Littéraires, elles se sont ensuite élargies pour concerner l'anthropologie, la sociologie elles commencent, depuis 3 ou 4 ans à intéresser des auteurs français.

Leur projet consiste à sortir du paradigme colonial. Il s'agit de sortir d'un rapport de pouvoir fondé sur la domination du monde occidental sur le reste du monde. Son fondement est cet ordonnancement du monde construit en Europe sur une opposition binaire eux et nous. E. Said, pionnier de ce courant déclare que ces principes sont aussi culturels, politiques mais aussi philosophiques et psychanalytique.

Le post colonialisme est d'abord un regard : celui d'une génération d'intellectuels nés avec l'indépendance grandis dans une culture domestique indienne et une éducation formelle britannique , c'est en partant de leur vécu et de leur réflexion sur leur propre identité qu'ils ont forgé le concept d'identité hybride et volatile et travaillé à la réfutation du paradigme colonial en tant que « grand récit » (B.Collignon,2007). Dans cette construction, continue l'auteur, les concepts clés ne sont plus l'opposition binaire centre/ périphérie, nous/eux, mais l'hybridité, l'ambivalence, la multiplicité l'existence de frontières poreuses et non absolument étanches comme cela a été souvent présenté par le regard occidental. Plus clairement, leur objectif est moins de renverser que de déconstruire une épistémologie occidentale hégémonique et dévalorisante qui réifiait les cultures non occidentales en les définissant par des caractères intemporels et permanents (J. Pouchepadas, 2007, P.176).

L'autre type de réductionnisme que récuse les postcoloniaux studies concerne ce qu'ils appellent « le regard nationaliste » qui a eu tort d'occulter les nombreuses minorités et de les avoir maintenues dans un face à face avec l'identité coloniale. Autrement dit, dans les deux cas, aussi bien pour le regard colonial que pour le regard nationaliste, (même, s'il faut rappeler les différences essentielles entre colonialiste et nationaliste il y a dévalorisation et omission des identités plurielles et complexes.

En ce qui nous concerne, nous pensons que ces nouvelles approches légitiment des interrogations de ceux et celles qui n'ont pas été les acteurs de la production scientifique. Leur manière d'interroger la littérature, l'anthropologie, la sociologie...confèrent à celui qui n'est pas du bon côté du monde, une autorité, des compétences à fouiller les fondements idéologiques de productions scientifiques venues d'ailleurs et plaquées sur notre société.

Il reste à initier ce genre de réflexion, à dépoussiérer un savoir absorbé sans aucune réflexivité, ni pauses intellectuelles pour en mesurer les apports et les limites. Il me semble que cela est possible mais exige une grande mobilisation de tous les psys : psychiatres, psychologues, anthropologues... afin de faire l'état des lieux du type de pathologie développées par les sujets algériens, de faire le point sur les psychothérapies utilisées par les différents psys, d'identifier les représentations et les réactions de la famille, de la société en direction de la folie, de la souffrance psychique, des traitements traditionnels, des manquements à la norme. Ce serait un grand pas franchi par notre discipline et qui nous permettrait de regarder nos patients comme des êtres dotés d'une épaisseur culturelle et historique (au sens d'histoire collective) et non plus comme simple « narcissique », « psychotique », « névrotique ». Ce travail, n'est pas une rupture avec la communauté scientifique internationale, au contraire nous sommes tout à fait conscients que ce qui se fait ailleurs peut nous concerner, nous enrichir, nous éclairer, il s'agit juste d'être partie prenante dans cette communauté scientifique, d'y exister en tant qu'êtres pensants avec ses spécificités et ses points communs. Et cela n'est pas impossible.

Pour montrer une partie des questions qui se posent au psychologue clinicien algérien, j'ai choisi deux vignettes cliniques qui ne renvoient pas à la pathologie mais qui montrent que les sujets algériens peuvent être en butte, dans leur visée individualisante, aux normes, et qu'ils ne sont pas toujours figés dans des identités sclérosées.

5- Vignettes cliniques :

5-1- 1^{er} cas :

Samir a 25 ans. Il écrit sur la fiche d'identification que lui remet la secrétaire, au paragraphe « motif de consultation » : « problèmes personnels ». Je reçois un jeune homme,

bien habillé, grand, brun. Il s'assoit en face de moi et se tait pendant un long moment. Je l'invite à s'exprimer : il dit : franchement je ne sais pas si cela relève du psychologue, je ne sais pas, ça fait un moment que j'y pense et aujourd'hui j'ai décidé de franchir le pas et de frapper à la porte d'un psychologue ».

Sentant ses difficultés à s'exprimer, je me lance « vous pourriez me parler de vous ».

Il enchaîne : « je bosse, j'ai un bon poste, mon père m'a aidé, j'ai fait des études de gestion et j'ai trois frères et deux sœurs, je suis l'avant dernier de la famille ».

Il me récite ces informations d'un ton monocorde. Je sens qu'il est très gêné, qu'il est venu pour parler de quelque chose de plus important pour lui mais que des résistances l'empêchent de s'exprimer. Il use alors de mécanismes d'évitement. Il continue : je m'entends bien avec ma famille, au boulot ça va aussi ». J'ai aussi l'impression qu'il me dit de ne rien chercher et que de ce côté -là, tout va bien. Long silence.

Je comprends qu'il ne faut rien brusquer car il est capable de repartir avec ses « problèmes personnels ». Au bout d'un moment je tente un oui interrogatif. Il se lance : « mon frère vient de se marier et toute la famille espère que moi aussi je me marierai bientôt...sauf que je n'ai aucune envie de me marier, c'est impossible ».

« Je suis homosexuel. A 16- ans, j'ai compris que j'étais homo, j'ai prié tout le temps : le jour, la nuit...Et je priais pour que Dieu me ramène sur le droit chemin, pour que les idées et les fantasmes quittent mon esprit, l'islam interdit l'homosexualité et je suis musulman. Si mes parents apprennent que je suis homo, ma mère mourrait. Je n'en ai jamais parlé. J'ai regardé sur internet et j'ai vu que les homos en Occident sont libres mais nous n'avons pas la même culture ni la même religion. Il n'y a jamais rien eu, j'ai regardé des sites il y a même des musulmans homos. Il a y des sites algériens et à Alger il y a des lieux de rencontre... ». « J'ai voyagé à l'étranger et j'ai vu des européens vivre leur vie tranquillement ».

« Je pense que je vais quitter ce pays ».

« Suis-je normal, madame ? Tous les jours je me pose cette question... »

Que répondre ? Et quelle position adoptée ? La règle du psy est, bien évidemment, la neutralité bienveillante : donc s'empêcher de juger, de prendre position. Mais d'abord de quoi s'agit-il ? Ce qui me semble déranger et faire souffrir Samir, ce sont des conflits de normes : la norme dictant l'hétérosexualité de tous et criminalisant toute pratique homosexuelle. Etant bien intégré dans sa famille et dans son travail Samir n'est pas prêt à transgresser la norme de la majorité mais il sait que celle-ci peut l'obliger à faire ce qu'il ne veut pas faire, à savoir se marier. Son conflit se joue sur deux plans avec la norme sociale à

laquelle il ne répond pas mais également entre son Moi et son surmoi culturel et hyper exigeant, lui rappelant qu'il est musulman, que si ses frères et ses amis, l'apprenaient, ce serait la « honte » parce qu'il ne pourrait pas leur face (« n'qabel », dit-il) et il y a la punition divine. Il lui reste une solution : « quitter le pays » et mettre de la distance entre lui et la norme sociale. (Les guillemets indiquant les expressions de Samir).

Il s'agit donc d'une orientation sexuelle minoritaire réprouvée par la culture d'appartenance, par la religion et par la loi juridique et qui suscite chez Samir une grande souffrance psychique- la souffrance psychique n'est pas toujours synonyme de pathologie (Furtos, 2005). Cette souffrance renvoie à la culpabilité et à la honte que ressent Samir face aux prescriptions divines, aux attentes familiales et à la honte de ne pas être comme les autres hommes. Le contrat narcissique édictant tu as toute ta place dans la famille à condition d'adopter son mode d'être et de faire.

Si nous nous tournons vers Freud, dans Les Trois Essais (1905), il écrit que l'homosexualité est une perversion puisque, pour lui, le développement normal est celui qui consacre le choix d'objet hétérosexuel. Le petit garçon devant trouver, une fois grand, en dehors de la famille, son objet d'amour.

Mais Freud, dans ce même ouvrage, rappelle que l'homosexualité est une pratique courante, qu'elle a concerné des vieilles civilisations comme la Grèce, par exemple.

La psychanalyse contemporaine a éliminé de sa nosographie l'homosexualité comme perversion considérant que cette orientation sexuelle est une orientation comme une autre.

Regardons maintenant du côté du DSM. Dans ses premières versions (DSMII, 1968) l'homosexualité était considérée comme un trouble de la sexualité, c'est-à-dire comme une pathologie Mais dans celle du DSMIII, nous voyons l'homosexualité disparaître comme trouble de la sexualité. Il est dit que c'est sous la pression des lobbys homosexuels américains que les autres moutures du DSM se sont vues expurgées de ce trouble.

Ainsi, aussi bien la psychanalyse que le DSM se rejoignent pour déclarer que l'homosexualité n'est pas une pathologie, en sachant que ces changements sont le fruit des luttes des associations gays pour leur reconnaissance sociale et la fin de leur stigmatisation.

Rien de tel en Algérie, même si les homosexuels existent, même s'ils ont des sites internet, Samir nous montre le poids qui pèsent sur eux et qui les obligent à être socialement invisibles.

Et la question suis-je normal de Samir ? Il est clair que si normal répond aux seules normes retenues par la société, il n'est pas normal. Mais le psy ne saurait se suffire d'une

idée aussi incongrue et d'ailleurs il se méfie souvent des notions « normal », « normalité ».et se pose plutôt les questions suivantes : qui pose les normes ? Qui les définit ? Et qui veille à leur application ? Ces questions renvoient au fait que la norme, la normalité, sont des notions très ambiguës et très connotées idéologiquement. Elles sont souvent le produit de représentations sociales, de « théories sociales », autoritaires définissant et imposant une certaine « normalité ». Plus encore, ces théories sociales sont-là pour dicter la norme et empêcher la réflexion aussi bien dans le domaine social que scientifique et artistique. Elles induisent, ce faisant, des interdits de pensée, des impensables : la norme et le religieux. La norme se définit donc par le rôle d'exigence et de coercition qu'elle est capable d'exercer par rapport aux domaines auxquels elle s'applique. La norme est porteuse, par conséquent de pouvoir, de pouvoir de coercition...C'est un élément à partir duquel un certain exercice du pouvoir se trouve fondé et légitimé (D. Koren, 2013).

Cependant, le psychologue sait que la normalité ne se résume pas seulement à l'obéissance aveugle aux injonctions sociales et qu'une personne très conformiste, très « normale » est une personne qui est, du point de vue de son fonctionnement psychique, souvent rigide, car éprouvant de la peur face au nouveau, à l'imaginaire, à la pensée... Et qu'une certaine anormalité, une certaine désobéissance induit des comportements créatifs et épanouissants. G. Devereux, parlant d'adaptation refuse de la conjuguer avec la santé mentale car, dit-il, « on peut être très « adapté », « normal » et ne pas jouir d'une bonne santé mentale. Pour parler de santé, il met l'accent entre autres, sur la sublimation, la créativité, la souplesse du fonctionnement psychique... Hanna Arendt, dans son livre Eichman à Jérusalem (1968) met justement l'accent sur le fait que l'un des chefs de fil nazi n'était pas particulièrement pervers, fou, malade mais platement normal. Elle pose la question suivante : le problème du bien et du mal, la faculté de distinguer ce qui est bien et ce qui est mal serait-il en rapport avec notre faculté de penser ? Ce développement est intéressant pour notre propos, puisqu'il invite à penser que la normalité peut tout à fait aller de pair avec un redoutable manque de pensée et d'imagination. Ceci est à l'opposé de ce qu'on peut considérer être le propre de la santé mentale.

5-2- 2^{ème} cas :

C'est l'histoire de Houria. Je reçois une jeune femme, très élégante qui à l'air d'être à l'aise dans son contact avec les gens. Elle rentre dans le bureau, je l'invite à s'asseoir. Elle s'assoit, pousse un soupir et me sourit et se lance : « Vous savez, je suis très en colère contre moi, contre ma famille, contre la société... »

J'apprends, au cours de l'entretien, qu'elle a 34 ans, qu'elle est médecin, mère d'un garçon de 3 ans.

Elle a perdu son mari dans un accident de la circulation il y deux ans, depuis elle vit chez sa famille. Mais, elle dit qu'elle n'en peut plus : « il y a déjà mes deux –belles sœurs, chacune a trois enfants, il y a aussi mes deux autres frères et mes deux sœurs qui sont célibataires et je ne supporte plus autant de monde, la maison c'est « dar sbitar » (Titre d'un film célèbre retraçant l'histoire de familles algériennes vivant toutes ensemble dans une grande maison), je ne peux pas élever mon fils comme je veux, tout le monde se mêle de son éducation et je suis très surveillée parce que, pour mes frères et mon père, une femme divorcée doit faire attention, tout le monde la surveille, même ma mère est de la partie, dès que je tarde un peu dans mon travail le téléphone se met à sonner. Je les aime beaucoup mais je refuse de vivre la vie qu'ils m'imposent ».

« Ma mère me répète tout le temps, tu es veuve, tu devrais porter l'hidjeb, toutes les femmes de bonne famille portent l'hidjeb et à fortiori une veuve qui sort seule, qui conduit...tu feras taire les mauvaises langues ».

« Et c'est le drame depuis que je leur ai dit je retourne habiter dans l'appartement que j'ai quitté à la mort de mon mari. Ma mère pleure et crie tout le temps, mon frère aîné jure que de son vivant aucune femme de sa famille ne vivra seule et on me menace de le dire à mon père. C'est un chantage, on me dit ça, parce que mon père est malade et que s'il apprend que sa fille veut vivre seule, loin de la famille, il en mourrait ».

« Ma mère rappelle que les femmes doivent être « protégées » (mastourin) par les hommes parce que la société n'est pas clémente avec elles et que les femmes veuves sont très surveillées par l'entourage, et pour elle je commets un pêché en désobéissant à mes parents et en sortant de leur « obéissance » (ta'at el waldin dictée par le Coran, dit-elle). Tu quitteras la maison paternelle lorsque tu auras trouvé un mari, me dit-elle »

« Je comprends mais je n'ai pas envie de vivre de cette manière, j'ai envie d'avoir mon espace à moi, que mon fils ait sa chambre, qu'on puisse sortir tous les deux, quand on en a envie. Et puis je suis jeune...je suis médecin...Pour ma mère je suis folle ».

6- Suis-je normale madame ?

Là aussi, en écoutant Houria, je trouve qu'il s'agit d'une femme qui assume très bien son travail, qui a des projets de vie, mais ces projets entrent en confrontation avec les projets familiaux. Houria a fait des études supérieures, ses parents ont été très fiers de sa réussite, elle a le droit de travailler, elle a choisi son conjoint, tous ces changements ont été acceptés, soutenus par la famille. Mais l'idée qu'elle quitte le giron familial, qu'elle vive seule dans une autre ville lui est insupportable.

Houria se heurte aux injonctions familiales portées par le frère aîné et par la messagère du patriarcat, la mère. En fait, deux visions du monde s'affrontent celle de la famille, qui, il faut le signaler n'est plus figée dans les traditions qui empêchaient les femmes de s'instruire, de travailler de côtoyer des étrangers sur le lieu de travail, qui a donc bougé et assoupli sa représentation du modèle féminin, mais qui connaît des limites lorsqu'il s'agit de l'émancipation, de l'autonomie de l'individu surtout lorsqu'il s'agit des femmes.

En fait, Samir, comme Houria avaient besoin d'un espace de parole libre où ils pouvaient s'épancher, exprimer leurs ressentiments à l'égard de la famille, de certaines de ses valeurs sans être jugés. Rappelons que le dispositif thérapeutique constitue un espace dans lequel le patient (ou la personne qui décide d'en faire l'expérience) peut s'exprimer librement à l'abri de toute intervention extérieure, qui garantit du secret professionnel. Ce cadre donne au patient l'assurance que rien de ce qu'il pourra dire ne sera divulgué. Cette absence d'interférence extérieure donnera la primauté à la subjectivité.

Le conflit que vivent Samir et Houria est un conflit, évidemment interne dans la mesure où les valeurs qu'ils aimeraient adopter contrecarrent celles portées par leur surmoi, Freud rapporte que le surmoi ne « s'édifie pas en fait d'après le modèle des parents mais d'après le surmoi parental. Il se remplit du même contenu, il devient porteur de la tradition, de toutes les valeurs à l'épreuve du temps et qui se perpétuent de cette manière » (1989) ...Mais ce conflit se joue aussi avec la norme, dans la mesure où l'environnement dans lequel nous évoluons est un peu le miroir de notre reconnaissance en tant que sujet. Dans les deux cas, les deux personnes sont en « faute » par rapport au religieux et par rapport aux modèles féminins et masculins structurant la société algérienne.

Les deux sont adaptés à leur environnement, Samir n'a pas de petit ami, il n'est jamais passé à l'acte, il correspond au modèle d'homme dominant dans la société algérienne. Houria vit toujours chez ses parents et même si le mode de vie familial lui déplaît, elle n'a pas encore quitté la maison paternelle. Mais tous les deux vivent un conflit intrapsychique qui trouve ses racines à l'extérieur et à l'intérieur du Moi et qui renvoie en fait au désir et à la défense. Le surmoi étant cette instance psychique la plus proche du social, de l'interdit et du normatif.

Ceci peut arriver dans une société où les interdits concernant la sexualité et le féminin sont nombreux et généralement de l'ordre de l'impensable. Il nous est arrivé souvent d'entendre des patients nous dire que des psys leur ont conseillé de s'en remettre à Dieu, de faire la prière. Ce faisant, ces psys, de notre point de vue, introduisent dans les séances la référence divine qui, plus que tout autre, peut bloquer les individus et susciter leur appréhension de la colère divine, puisqu'il est dit qu'il faut craindre Dieu avant de craindre

ses parents. En outre, la référence au religieux pose le problème même de la spécificité de la pratique de la psychologie en Algérie.

7- Normal(e), anormal(e) : Quels sont les buts de la psychothérapie dans ce cas ?

Avant d'évoquer les buts de la psychothérapie que j'adopte dans mon travail de clinicienne, un mot sur les valeurs du psy.

Le patient aussi bien que le psy est engagé dans des liens sociaux, des activités sociales, il a un statut social, il assume des rôles (parent, enseignant...) il est un homme, une femme, elle porte l'hidjeb ou pas. Ils véhiculent, le psy et le patient les normes, les valeurs, qui circulent dans leur société et avec lesquelles ils sont en accord, en désaccord, en conflit ouvert...Le psy aussi, est issu de cette société et le système de valeurs de son patient, qu'il cerne, en écoutant son patient, résonne chez lui. Pour dire que le psy n'est pas une « planche lisse », lui aussi a des valeurs qui peuvent rencontrer celles de son patient ou bien être complètement opposées à celles-ci (et tout ce qui relève de mouvements contre transférentiels) C'est la raison pour laquelle le psy doit constamment s'adonner à un travail sur soi et l'idéal étant, bien entendu, des séances de supervision par des pairs qui peuvent constituer une tiercéité salvatrice.

La démarche que nous préconisons est une démarche centrée sur la personne, destinée à développer ses capacités réflexives, à comprendre sa souffrance comme l'expression des conflits intrapsychiques, de difficultés existentielles, de malaises liés à des situations problématiques. Il s'agit-là d'un processus de production de connaissances qui cherche à objectiver les phénomènes et les comprendre à partir d'une interaction entre un sujet supposé savoir et une personne qui le sollicite. Au cours de cette interaction le psy doit éviter toute interprétation sauvage et à fortiori les conseils de normalisations et les suggestions moralisatrices surtout dans les cas que nous venons de présenter et qui sont justement très sensibles à la morale et à la norme. Une règle fondamentale du psy est celle qui consiste à dire : le thérapeute ne doit chercher ni à édifier le sort de son patient, ni à lui inculquer ses idéaux, ni à le modeler à son image.

A mon avis, il s'agit d'aider le sujet à faire un choix en élaborant et en tentant, grâce à la liberté qui lui est donnée dans le dispositif psychothérapeutique, de réfléchir par lui-même pour faire le point sur le conflit qu'il vit. Et qu'en dernière instance la solution lui appartient.

Que la norme soit relative, qu'elle change avec les changements socioculturels est chose connue, mais celle qui est en vigueur peut effectivement entraîner la souffrance de ceux, qui sans être, anormaux, refusent de s'y soumettre en portant des projets alternatifs.

Ici, face à une orientation sexuelle minoritaire, à un désir d'émancipation, donc faisant fi de la norme dominante dans la société algérienne, les deux personnes présentées plus haut se posent des questions concernant leur normalité. Ceci montre bien que la perception de son état psychique a affaire avec le social, avec l'autre. Mais la norme n'est pas synonyme de santé mentale, au contraire, « trop de normes » placent les individus dans des situations de « normopathie » qui se rapportent à des individus encastrés dans le factuel, le répétitif, exprimant par-là la pauvreté de leur fonctionnement psychique.

Nous terminerons sur une définition de la santé mentale proposée par J. Furtos (2005) qui me semble convenir dans la mesure où elle regroupe les différents aspects qui constitue la santé mentale. Il écrit : « la santé mentale ou plutôt une santé mentale suffisamment bonne peut être définie comme la capacité du sujet de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte ; c'est-à-dire la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même, mais aussi d'investir et de créer dans cet environnement y compris des productions atypiques ».

L'intérêt de cette définition réside dans le fait qu'elle s'éloigne d'un idéal de santé qui tendrait à occulter les difficultés et les souffrances que peut ressentir tout humain, compte tenu de sa constitution, de son histoire...mais aussi le fait qu'elle mette l'accent sur la relation à soi et à l'autre et qu'elle relève la capacité pour le sujet de refuser, de modifier la réalité...

Mais elle pose aussi que l'individu considéré comme jouissant d'une santé suffisamment bonne est celui qui connaît le conflit, le doute, les, incertitudes qui sont, en fin de compte, des particularités humaines universelles.

Freud à ce propos, évoque, pour définir la santé psychique, « l'effort pour changer la réalité, d'inventer le monde et le fait que la réalité n'est pas uniquement donnée mais repose sur l'action des humains » (2012).

Les deux définitions, celle de Furtos et celle de Freud, impliquent que l'individu a des droits, de la valeur, du pouvoir et un certain degré de contrôle sur ce qui lui arrive mais qu'il lui arrive d'être dérangé par autrui et par l'infidélité du milieu dans lequel il évolue. Il faut remarquer que ni l'une ni l'autre ne met l'accent sur la normalité, l'adaptation sans toutefois l'ignorer puisqu'il est question de la capacité de vivre avec autrui, d'investir son environnement, qui, sans être directement liés à la normalité y font quand même référence car, pour pouvoir évoluer, se révolter, changer... encore faut-il avoir conscience de la norme.

8- Pour conclure :

Notre objectif thérapeutique est d'accompagner les patients (ici, il ne s'agit pas de patients au sens strict du terme) dans leur réflexion sur la situation qu'ils vivent, de les faire penser à haute voix, devant un autre qui est- là pour eux. De les aider à être à l'écoute d'eux-mêmes et ce faisant les conduire à élaborer un nouveau regard sur le monde extérieur et interne. Il s'agit ainsi d'une co-construction qui résulterait de ce travail de pensée, conscient et préconscient et du dévoilement de ce qui se joue au niveau de la vie intime et fantasmatique. L'aboutissement de cette écoute est la prise de conscience de ses capacités, de sa valeur, de sa liberté (relative mais présente à travers la possibilité de changer la réalité), ce qui impliquerait un nouveau regard sur soi et sur le monde.

La question suis-je normal(e) ne trouvera pas de réponse dans ce cas chez le psychologue dont le rôle n'est pas de rendre les personnes normales ou de normaliser les personnes qui s'adressent à lui.

Bibliographie:

- Arendt, H. (1966). *Eichmann à Jérusalem. Rapport sur la banalité du mal*. Paris, France : Gallimard.
- Beauvois, L. (2005). *Cliniques Méditerranéennes*. 1(71).
- Bouatta, C. (2011). Malaise dans la psychologie en Algérie. *Psychologie*. 18.
- Bouatta, C. (2008). Le Psychologue face au traumatisme de l'autre. Une histoire à deux temps. *Psychologie*. 14/15.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris, France : Odile Jacob.
- Fanon, F. (1961). *Les damnés de la terre*. Paris, France : Maspero.
- Freud, S. (1905-1989). *Les Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris, France : Folio.
- Freud, S. (2012). *L'analyse finie et l'analyse infinie*. Paris, France : PUF.
- Freud, S. (1989). Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse. Paris, France : Gallimard.
- Koren, D. (2013). L'envers de la normalité. *Essaim*. 3 : 71-85.
- Said, E. (1980). *L'orientalisme. L'orient créé par l'Occident*. Paris, France : Seuil.