La relation entre le trouble de stress post-traumatique et le risque suicidaire en Algérie : Résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG)

Cherifa Sider

▶ **To cite this version:**

Cherifa Sider. La relation entre le trouble de stress post-traumatique et le risque suicidaire en Algérie : Résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG). Psychologie. Université Sorbonne Paris Cité, 2017. Français. NNT : 2017USPCD023 . tel-01891630

HAL Id: tel-01891630

https://theses.hal.science/tel-01891630

Submitted on 9 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Paris XIII

École doctorale Érasme

Unité de recherche UTRPP

Numéro d'ordre : |__|__|__|__|__||__||__|

THÈSE

En vue de l'obtention du grade de docteur de l'Université de Paris 13

Discipline : **Psychologie**

Spécialité : **Psychologie Interculturelle**

Présentée et soutenue publiquement par :

Chérifa SIDER

26 Juin 2017

La relation entre le trouble de stress post-traumatique et le risque suicidaire en Algérie. Résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG)

Thèse dirigée par le Professeur Yoram MOUCHENIK

Le Jury

Professeur Thierry BAUBET, Université de Paris 13, Président du Jury

Professeur Betty GOGUIKIAN RATCLIFF, Université de Genève, Rapporteur

Madame Malika BENNABI, MCF, Université de Picardie-Jules Verne, Rapporteur

Professeur Farid KACHA, Université d'Alger

Madame Valérie GANEM, MCF, Université de Paris 13

Madame Caroline BARRY, Ingénieure de recherche, Unité Inserm U1178, Invitée

Professeur Yoram MOUCHENIK, Université de Paris 13, Directeur de thèse

Université de Paris XIII

École doctorale Érasme

Unité de recherche UTRPP

Numéro d'ordre : |__|__|__|__|__||__||__|

THÈSE

En vue de l'obtention du grade de docteur de l'Université de Paris 13

Discipline : **Psychologie**

Spécialité : **Psychologie Interculturelle**

Présentée et soutenue publiquement par :

Chérifa SIDER

26 Juin 2017

La relation entre le trouble de stress post-traumatique et le risque suicidaire en Algérie. Résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG)

Thèse dirigée par le Professeur Yoram MOUCHENIK

Le Jury

Professeur Thierry BAUBET, Université de Paris 13, Président du Jury

Professeur Betty GOGUIKIAN RATCLIFF, Université de Genève, Rapporteur

Madame Malika BENNABI, MCF, Université de Picardie-Jules Verne, Rapporteur

Professeur Farid KACHA, Université d'Alger

Madame Valérie GANEM, MCF, Université de Paris 13

Madame Caroline BARRY, Ingénieure de recherche, Unité Inserm U1178, Invitée

Professeur Yoram MOUCHENIK, Université de Paris 13, Directeur de thèse

« Le désert est fertile »

« Partir est avant tout sortir de soi. Briser la croûte d'égoïsme qui essaie de nous emprisonner dans notre propre « moi ».

Partir, c'est cesser de tourner autour de soi-même, comme si on était le centre du monde et de la vie.

Partir, c'est ne pas se laisser enfermer dans le petit monde auquel nous appartenons.

Partir, c'est avant tout s'ouvrir aux autres, les découvrir, aller à leur rencontre. S'ouvrir aux idées, y compris à celles qui sont contraires aux nôtres. Et puis… le bon voyageur sait que le grand voyage est celui de la vie, et qu'il suppose des compagnons. Heureux celui qui se sent éternellement en voyage et qui voit dans son prochain un compagnon désiré. Voyager, c'est aller à la recherche d'un but ; c'est prévoir une arrivée, un débarquement.

Partir signifie se mettre en mouvement et aider beaucoup d'autres à se mettre en mouvement, pour construire un monde juste et plus humain »

Dom Hélder Câmara (*Le Désert est fertile)*

Remerciements

« *Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries* » Marcel Proust.
Loin d'être mené en solitaire, ce travail de recherche est d'abord une rencontre chaleureuse avec des personnes de différents horizons qui ont contribué à son aboutissement.

Monsieur le Professeur Yoram MOUCHENIK
Je remercie tout d'abord, mon directeur de thèse, le Professeur Yoram MOUCHENIK**,** qui a accepté d'encadrer ce travail. Très sensible à ses qualités à la fois humaines et professionnelles, je lui exprime ici mes sincères remerciements et ma profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Marie Jean SAURET
Je remercie le Professeur Marie Jean SAURET de m'avoir soutenue d'une façon désintéressée dans tous mes choix, afin de mener cette thèse à terme dans de bonnes conditions. Je lui en suis profondément reconnaissante.

Madame Caroline BARRY et Christine HASSLER
Je remercie Mmes Caroline BARRY et Christine HASSLER, ingénieures de recherche au pôle méthodologie Inserm dans l'Unité 1018 Maison de Solenn 97, qui m'ont aidée à effectuer les analyses statistiques. Je suis très honorée par leur participation au Jury de soutenance. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Docteur Jean-Luc ROELANDT
Qu'il me soit permis de remercier le directeur du Centre Collaborateur de l'OMS, le Docteur Jean**-**Luc ROELANDT, pour m'avoir octroyé la base de données de l'enquête Santé Mentale réalisée en Algérie. Aussi, ses lectures fructueuses m'ont été d'un considérable apport aussi bien pour la réalisation de cette thèse que pour la publication d'articles scientifiques. Je lui exprime ici ma profonde reconnaissance.

Madame Iman BENRADIA

Que Madame Imane BENRADIA, responsable de l'enquête SMPG, trouve ici l'expression de mes vifs remerciements pour son soutien, sa disponibilité et ses lectures. Je lui sais le meilleur gré de sa confiance et de son aide précieuse.

Docteur Mahmoud BOUDARÈNE

Je remercie le Docteur Mahmoud BOUDARÈNE de son soutien inconditionnel durant toutes mes années d'études. De ma licence à mon Doctorat, il a fait preuve d'une grande disponibilité. Ses conseils avisés et ses encouragements m'ont permis de cheminer vers de nouveaux horizons **:** « *tiens bon…* ». Que ce travail de thèse soit un témoignage de ma reconnaissance la plus profonde envers lui.

Docteur Mohammed CHAKALI

Je remercie le Docteur Mohammed CHAKALI, responsable de la promotion de la santé mentale, de l'intêret porté à ce travail. Avec toute ma reconnaissance.

Aux membres du Jury

Monsieur le Professeur Thierry BAUBET

J'exprime ma profonde reconnaissance à Monsieur le Professeur Thierry BAUBET qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Qu'il trouve ici le témoignage de ma sincère gratitude.

Madame le Professeur Betty GOGUIKIAN RATCLIFF

Je remercie Madame le Professeur Betty GOGUIKIAN RATCLIFF d'avoir accepté de juger ce travail. Qu'elle trouve ici l'expression de ma respectueuse considération.

Madame Malika BENNABI

Je suis particulièrement honorée de la participation de Madame Malika BENNABI au jury de soutenance. Je la remercie pour le temps consacré à la lecture de cette thèse. Qu'elle soit assurée de ma sincère reconnaissance.

Madame Valérie GANEM

J'exprime également ma reconnaissance à Madame Valérie GANEM qui a accepté d'être membre du jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes vifs remerciements.

Monsieur le Professeur Farid KACHA

Je remercie également le Professeur Farid KACHA qui m'a permis d'accéder à la base de données de son enquête. Merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

À l'équipe de l'école doctorale Érasme et au laboratoire UTRPP

Je voudrais aussi remercier les membres de l'école doctorale et du laboratoire UTRPP pour leur accueil. Je remercie en particulier Mme Viviane BIRARD pour sa disponibilité et son soutien.

Aux membres de ma famille

Je remercie les membres de ma famille pour leur patience et leur soutien. Quoique loin de moi, la lumière de leur amour m'a guidée tous les jours. Je leur dis aujourd'hui **:** « *Vous avez inculqué en moi la persévérance, le sens de la responsabilité et le courage, vous avez éclairé mon chemin de vie, vous m'avez soutenue* ». Que ce travail soit un témoignage de mon attachement, de mon amour le plus sincère.

À tous ceux qui ont partagé un bout de chemin de ma thèse

Je remercie G.Kamal qui m'a accompagnée dans les moments d'inquiétude. Je le remercie pour ses lectures, ses corrections et ses conseils « pertinents ». Son énérgie et son dynamisme m'ont permis d'aller de l'avant.

Je remercie S.Olivier qui a fait preuve d'une grande bienveillance. Je le remercie pour ses lectures « minutieuses ». Je suis particulièrement touchée par sa gentillesse et son implication. Que notre amitié soit plus solide.

Je remercie A.Hamid de l'intérêt manifesté pour ce travail. Je le remercie également d'avoir publié des articles issus de cette thèse dans son journal. Avec toute ma reconnaissance.

À tous ceux qui ont croisé mon chemin…

À G.Mourad qui a toujours su donner sans compter. Il m'a accompagnée avec beaucoup d'attention tout au long de ma thèse. Je le remercie particulièrement pour la confiance et le temps qu'il m'a accordé. Merci du fond du cœur !

À R-K. Sombaye qui m'a accordé son temps malgré ses activités pressantes et ses responsabiltés professionnelles. Je le remercie pour son soutien matériel et spirituel : « Relativiser… ».

À B. Michelle, une oreille attentive, ses paroles positives ont transpercé mon âme et m'ont permis de traverser sereinement les moments difficiles. Je me souviendrai toujours de sa sagesse **:** « *Vivre selon ta vision intérieure* ».

À Frédéric qui a témoigné d'une grande disponibilité. Avec toute ma reconnaissance.

À B. Sophy, je ne saurais la remercier assez pour son aide. Merci !

À T. Kamel qui a souffert de mon absence…

Je remercie ici chaleureusement Mousse, Lina, Orane, Bruno, Moussa, Philippe, François qui m'ont soutenue. Que chacun trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Je dédie ce travail :

À l'Algérie belle et résistante
À ma mère, Louiza, source de courage et d’inspiration
À ma sœur fidèle Kahina
À toutes les femmes qui subissent leur vie
À tous ceux qui ont souffert de la violence et de l’oubli

Avant-propos

Le suicide reste, quoique tabou, un véritable problème de santé publique. À en croire les données de l'OMS, le suicide représentait 1,8 % de la charge mondiale de morbidité. Fondamentale, la prévention du suicide s'articule plus particulièrement sur la promotion de la recherche scientifique en vue d'une meilleure connaissance des différents aspects de ce phénomène. Par ailleurs, un nombre substantiel d'études épidémiologiques concluent à l'existence d'une forte « comorbidité » entre le risque suicidaire et le trouble de stress post-traumatique (PTSD). C'est pourquoi le risque suicidaire devrait être systématiquement évalué parmi les sujets manifestant une souffrance psychotraumatique, du reste patente. C'est dans cette même perspective que nous avons étudié cette problématique qui porte sur « la relation entre le PTSD et le risque suicidaire » parmi la population algérienne.

Le PTSD est un trouble anxieux invalidant dont les séquelles potentielles affectent considérablement la qualité de vie des individus. En Algérie, la réalité de la souffrance psychotraumatique demeure, à défaut de recherches d'envergure, inconnue. Il est vrai toutefois qu'une prise en charge efficace des sujets souffrant plus particulièrement de PTSD passe d'abord par une évaluation globale du contexte social marqué par des violences évidentes (inondation en 2001, séisme en 2003, attentat terroriste, etc.). D'où l'intérêt d'exploiter, dans le cadre de cette thèse, les données issues de l'enquête Santé Mentale Population Générale menée sous l'égide du Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS-Lille) et l'hôpital psychiatrique Mahfoud Boucebci de Chéraga (EHS-Alger). C'est à la lumière des résultats issus de l'enquête SMPG que nous examinons dans une perspective épidémiologique le lien entre le PTSD et le risque suicidaire.

Cette thèse a été préparée à l'Université de Paris 13- Sorbonne Cité

UTRPP
99 Avenue Jean Baptiste Clément, 93430 Villetaneuse
Tél : +33(0)1 49 40 32 56
Site : https://www.univ-paris13.fr/

L'université de Paris 13 n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Table des matières

Remerciements **4**

Avant-propos **9**

Table des matières **11**

Liste des tableaux **16**

Liste des figures **17**

Liste des encadrés **18**

Résumé **20**

Introduction générale 22

Chapitre 1. L'enquête Santé Mentale Population Générale en Algérie **33**

Première partie. La problématique de la promotion de la santé mentale en Algérie **33**

1. Introduction 33
2. La santé mentale : politique et programmes 34
3. La situation de l'Algérie en matière de santé mentale 37
   3.1. Le modèle «curatif» comme vision dominante 37
   3.2. Le phénomène de la stigmatisation 40
      3.2.1. Le stigma de la maladie mentale 40
      3.2.2. Impact de la stigmatisation 47
   3.3. La mise en oeuvre du Plan de la Promotion de la santé mentale 51

Deuxième partie. Prolongement de l'enquête SMPG en Algérie **55**

1. Présentation de l'enquête SMPG 55
   1.1. Une recherche internationale du CCOMS 56
   1.2. Contexte de l'élaboration 59
   1.3. Aspects éthiques et intérêts 60
2. État des lieux de la fréquence des troubles mentaux en Algérie 64
   2.1. Manque de données épidémiologiques 64
   2.2. Synthèse des résultats issus de l'enquête SMPG 66
3. Conclusion du chapitre 69

Chapitre 2. Le traumatisme psychologique en Algérie 70

Troixième partie. Perspective théorique du PTSD.....70

1. Bref historique : la névrose traumatique.....70
2. Quelques modèles théoriques 72
   2.1. Freud.....72
   2.2. Ferenczi 75
   2.3. Pierre Janet.....76
3. De la névrose traumatique au trouble de Stress Post-Traumatique (PTSD)....77
4. Le Diagnostic du PTSD selon le DSM-V 80
   4.1. Être exposé à un événement « traumatique » 81
   4.2. Reviviscences 83
   4.3. Attitude d'évitement.....84
   4.4. Perturbation de la cognition et de l'humeur.....84
   4.5. Activation neurovégétative 85
5. Émotions associées au traumatisme psychologique 88
   5.1. La dissociation péri-traumatique.....89
   5.2. La honte et culpabilité.....90
   5.3. Le deuil post-traumatique 92
   5.4. La résilience 93

Quatrième partie. Le cas de la violence politique en Algérie 95

1. Introduction.....95
2. Le contexte politique.....98
3. La violence terroriste 100
   3.1. Le massacre de Bentalha.....100
   3.2. La vision radicale : l'idéologie terroriste 103
   3.3. Le viol.....108
4. La survivance 112
   4.1. Le trauma entre silence et tabou 113
   4.2. La nécessité d'en témoigner.....117
5. La problèmatique de la reconnaissance de la victime 120
   5.1. La revendication du statut de victime.....120
   5.2. La négation de la victime.....123
      5.2.1. La souffrance psychotraumatique 123
      5.2.2. La Réconciliation Nationale, un oubli forcé.....126
6. Conclusion du chapitre 135

Chapitre 3. Le phénomène suicidaire.....137

Cinquième partie. Les conduites suicidaires : aspects théoriques 137

1. Introduction.....137
2. Définition du suicide.....139
3. Approches explicatives du suicide 140
   3.1. Approche psychiatrique.....140
   3.2. Approche psychologique 141
      3.2.1. Approche psychanalytique 141
      3.2.2. Approche cognitive.....142
   3.3. Approche sociologique 143
   3.4. Approche suicidologique 146
   3.5. Approche épidémiologique 148
4. Évaluation des conduites suicidaires 149

Sixième partie. Phénomène suicidaire en Algérie entre violence et tabou 154

1. Le suicide en Algérie 154
2. Étude de GRASC sur le suicide à Oran 156
3. Impact du contexte social sur les conduites suicidaires 158
4. De la souffrance psychologique au suicide 162
5. Une expérience auprès de patients suicidants à l'EHS « Fernane Hanafi » ..164
6. La stigmatisation du suicide.....167
7. Quelques stratégies préventives 171
8. Conclusion du chapitre 174

Chapitre 4. Exploitation de la base de données SMPG.....176

Septième partie. Problématique de la recherche et objectifs 176

1. Introduction.....176
2. Considérations méthodologiques.....177
   2.1. Revue de la littérature : PTSD et risque suicidaire.....179
      2.1.1. Étude d'Oquendo et al. (2003) 180
      2.1.2. Étude de Tarrier et Gregg (2004) 181
      2.1.3. Étude d'Oquendo et al. (2005) 181
      2.1.4. Étude de Vaiva et al. (2007).....182
      2.1.5. Étude de Wilcox et al. (2009) 184
      2.1.6. Étude de Cougle et al. (2009).....185
      2.1.7. Étude de Jakupcak et al. (2009).....185
      2.1.8. Étude de Guerra et Calhoun (2011) 186
   2.2. Synthèse et discussion.....187

2.3. Problématique de la recherche 189
2.4. Hypothèses 190
2.5. Objectifs fixés 190

Huitième partie. Exploitation de la base de données de l'enquête SMPG 192
1. Contexte 192
2. Élaboration de l'enquête SMPG-Alger 192
2.1. Financement 193
2.2. Adaptation du protocole de l'enquête 193
2.3. Formation des enquêteurs 194
2.4. Recueil des données 194
2.4.1. Procédure et échantillonnage 194
2.4.2. Cadre réglementaire et éthique 195
2.4.3. Vérification, saisie et organisation des données 196
2.5. Les étapes de l'exploitation des données 197
2.5.1. Fouille des données 197
2.5.2. Traitement des données 198
2.5.3. Modélisation : tester les hypothèses 199

Chapitre 5. Résultats issus de l'enquête SMPG : la relation entre le PTSD et le risque suicidaire 201

Neuvième partie. Présentations des principaux résultats 201

Première étude. Fréquence du PTSD et méthodes de soin utilisées 201
1. Problèmatique et objectifs 201
2. Méthode 202
2.1. Échantillon 202
2.2. Procédure et outils d'invesrtigation 204
2.2.1. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) 204
2.2.2. Questionnaire complémentaire 205
2.3. Analyse statistique 206
3. Résultats 207
3.1. Caractéristique de l'échantillon 207
3.2. Fréquence du PTSD 210
3.2.1. Parmi les sujets exposés 210
3.2.2. En population générale 210
3.3. Fréquence des symptômes du PTSD en fonction du sexe 211
3.4. Facteurs socio-démographiques et psychopathologiques associés au PTSD 212

3.5. Impact du PTSD 213
3.6. Les méthodes de soins utilisées 213
4. Discussion 214
Deuxième étude. La relation entre le PTSD et le risque suicidaire 217
1. Problèmatique et hypothèses 217
2. Population 218
3. Outils 218
3.1. Désignation de la personne suicidante 218
3.2. Trouble de stress-postraumatique (PTSD) 219
3.3. Risque suicidaire 219
4. Analyse des données 220
5. Résultats 221
5.1. Caractéristiques socio-démographiques 221
5.2. La relation entre le PTSD et le risque suicidaire 224
5.2.1. La fréquence du PTSD et des conduites suicidaires 224
5.2.2. Analyse univariée 224
5.2.3. Analyse mutivariée (la régression logistique) 224
5.2.4. Analyse en sous-groupe (la pratique religieuse) 226
5.3. Désignation de la personne suicidante 227
6. Discussion 227

Dixième partie. Discussion et perspectives 230
1. Discussion générale 230
1.1. Fréquence du PTSD et recours aux soins 230
1.2. Conduites suicidaires et représentations sociales associées 231
1.3. PTSD, pratique religieuse et risque suicidaire 232
2. Limites et perspectives 233
Conclusion générale 236
Références bibliographiques 240
Index 256
Glossaire 257
Annexes 260
Annexe A. Questionnaire d'enquête SMPG. 260
Annexe B. Stigmatisation du malade mental en Algérie. 305
Annexe C. The relationship between PTSD and suicide 313
Annexe D. Méthodes d'analyse statistiques 320
Résumé 322

Liste des tableaux

Tableau 1. Prévalences croisées entre les risques suicidaires et les différentes graduations de troubles psychotraumatiques.....183

Tableau 2. Synthèse de la revue de la littérature sur le PTSD et le risque suicidaire.....188

Tableau 3. Prévalence du PTSD en fonction des variables socio-démographiques.....208

Tableau 4. Prévalence du PTSD en fonction des variables psychopathologiques..209

Tableau 5. Prévalence des symptômes psychotraumatiques selon le sexe.....211

Tableau 6. Les résultats de la régression logistique bivariée/ multivariée prédisant le PTSD.....212

Tableau 7. Répartition du risque suicidaire selon les variables sociodémographique...222

Tableau8.Répartition du risque suicidaire selon les variables socio-démographiques..... 223

Tableau 9. Risque suicidaire ajusté sur des facteurs socio-démographiques et psychopathologiques.....225

Tableau 10. Risque suicidaire ajusté sur des facteurs socio-démographiques et psychopathologiques en fonction de la pratique religieuse.....226

Liste des figures

Figure 1. Fréquence des troubles mentaux diagnostiqués par le MINI Selon les résultats issues de l'enquête SMPG (CCOMS-Lille/ EHS de Chéraga-Alger).....67

Figure 2. Représentation sociales liées à la stigmatisation des individus désignés comme « fous », « malades mentaux » et « dépressifs » dans l'enquête SMPG (CCOMS-Lille/ EHS de Chéraga-Alger).....68

Figure 3. Le syndrome Général D'adaptation (SGA) selon H. Selye.....82

Figure 4. La Madone de Bentalha photo prise par Hocine Zaourar.....131

Figure 5. Théorie de l'information.....142

Figure 6. Type de suicide selon l'approche Durkheimienne. 145

Figure 7. Élaboration de l'enquête SMPG en Algérie. 196

Figure 8. Les différentes phases de l'exploitation de la base de données.....200

Figure 9. Diagramme de flux de la répartition des sujets exposé aux situations « traumatisantes.....203

Figure 10. Prévalence du PTSD dans l'enquête SMPG (CCOMS-Lille/ EHS de Chéraga-Alger).....210

Figure 11. Recours aux soins chez les sujets avec PTSD dans l'enquête SMPG (CCOMS-Lille/ EHS de Chéraga-Alger).....213

Figure 12. Représentation sociales liées au suicide dans l'enquête SMPG (CCOMS-Lille/ EHS de Chéraga-Alger).....227

Liste des encadrés

Encadré 1. Enquête santé mentale en population générale : images et réalités.....57

Encadré 2. Critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique selon le DSM-V.....86

Encadré 3. Facteurs de risque suicidaire….....149

Encadré 4. Module MINI évaluant le PTSD….....205

Encadré 5. Fiche complémentaire….....206

Encadré 6. Représentations liées à la personne suicidante….....219

Encadré 7. Évaluation du risque suicidaire….....220

Liste des abréviations

APA	Association Américaine de Psychiatrie
ANVT	Association Nationale des Victimes du *Terrorisme*
CCOMS	Centre Collaborateur de l'OMS-Lille
CIM-10	Classification statistique Internationale des Maladies
CVR	Commissions Vérité et Réconciliation
CUMP	Cellules d'urgence médico-psychologiques
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EHS	Établissement hospitalier spécialisé
FIDH	Fédération internationale des droits de l'homme
FIS	Front Islamique du Salut
GRASC	Groupe de Recherche sur le Suicide
INAVEM	Institut Aide aux Victimes et Médiation
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONS	Observatoire national contre le suicide
PCPRN	Projet de la Charte pour la Paix et la Réconciliation Nationale
SARP	Association pour l'Aide, la Recherche et le Perfectionnement en Psychologie
SGA	Syndrome général de l'adaptation
SMPG	Enquête Santé Mentale en Population Générale
TS	Tentative de suicide

La relation entre le trouble de stress post-traumatique et le risque suicidaire en Algérie. Résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG)

Résumé

Objectif. L'enquête Santé mentale en Population Générale a été réalisée, en 2003, par le centre collaborateur de l'OMS (CCOMS-Lille) en partenariat avec l'hôpital psychiatrique Mahfoud Boucebci (EHS-Alger). Les données portant sur le risque suicidaire sont exploitées dans le présent travail. Son objectif principal est d'étudier la relation entre le trouble de stress post-traumatique et le risque suicidaire.

Méthode. Huit cent quatre-vingt-dix-neuf sujets vivant en Algérie (n=899) ont participé à cette enquête. Le Minimal International Neuropsychiatric Interview (MINI) a été utilisé afin de recueillir des données relatives aux troubles mentaux.

Résultats. 61 % de la population (n=548) a été exposée à des événements potentiellement « traumatisants ». La prévalence du PTSD est estimée à 13.5 % (n=121) dans l'échantillon global. 13.6 % des sujets (n=122) présentent un risque suicidaire. Aucune relation directe entre le PTSD et le risque suicidaire n'a été observée. Toutefois, le PTSD augmente significativement le risque suicidaire chez les non-pratiquants (OR=5.81 ; IC [1.948-17.328] ; *p*=0.001) en comparaison avec les sujets pratiquants. Le risque suicidaire est 10 fois plus élevé chez les sujets pratiquants souffrant de problème d'alcool (OR =10.26 **;** IC [3.133-33.609] ; *p*<=0.0001).

Conclusion. Cette première étude en population générale souligne la prévalence relativement élevée du risque suicidaire et de PTSD. La pratique religieuse est un élément protecteur contre les conduites suicidaires. Les résultats qui en découlent pourraient être exploités dans le but de fonder une démarche de prévention du risque suicidaire.

Mots clés : enquête Santé Mentale Population Générale (SMPG), événement traumatique, PTSD, risque suicidaire, pratique religieuse, Algérie.

UTRPP – EA 4403 UP13

99 Avenue Jean Baptiste Clément, 93430 Villetaneuse

The relationship between post traumatic stress disorder and suicidal risk. Results of Mental Health Survey on General Population (MHSGP) in Algeria

Abstract

Objective. The Mental Health Survey on General Population was conducted in 2003 by the WHO collaborating centres in Lille (WHOCC-Lille) in partnership with the Mahfoud Boucebci psychiatric hospital (EHS-Alger). Data regarding suicidal risk are exploited in the present study. The main objective aims at studying the relationship between post traumatic stress disorder and suicidal risk.

Method. Eight hundred ninety-nine subjects living in Algeria (n=899) took part in this survey. Minimal International Neuropsychiatric Interview (MINI) was used to collect data related to mental disorders and suicidal behaviors.

Results. 61% of the population (n=548) were exposed to « traumatic » events. PTSD prevalence is estimated to be 13.5% (n = 121) in the overall sample. 13.6% of the subjects (n = 122) present a suicidal risk. There is no direct relationship between PTSD and suicidal risk. However, PTSD significantly increases the suicidal risk in non-practising subjects (OR = 5.81, CI [1.948-17.328], *p* = 0.001) compared to practising subjects. Suicidal risk is 10 times higher in practising subjects suffering from alcohol problems (OR = 10.26, IC [3.133-33.609], p <= 0.0001).

Conclusion. This first study in the general population highlights the relatively high prevalence of suicidal risk and PTSD. Religious practice is a protective element against suicidal behavior. These results could be exploited so that a preventive approach to suicidal risk can be put in place.

Keywords: Mental Health Survey on General Population (MHSGP), traumatic event, PTSD, suicidal risk, religious practice, Algeria.

UTRPP – EA 4403 UP13

99 Avenue Jean Baptiste Clément, 93430 Villetaneuse

Introduction générale

Le traumatisme psychologique est lié essentiellement au contexte d'une violence ordinaire et extrême. C'est un chapitre important de la psychologie et de la victimologie (Pignol, 2011). Penser ce traumatisme comme un trouble psychologique invalidant renvoie à la question de la santé mentale. Fassin et Rechtman affirment dans leur ouvrage *L'empire du traumatisme* que cette notion de traumatisme psychologique « doit [...] s'entendre à la fois au sens restreint que la santé mentale lui confère (la trace laissée dans le psychisme) et en suivant l'usage toujours plus répandu dans le sens commun (une brèche ouverte dans la mémoire collective) » (Fassin & Rechtman, 2011, p. 201).

Le trouble de stress post-traumatique (PTSD) est un trouble anxieux qui se caractérise principalement par le développement de symptômes spécifiques (réminiscence, évitement, perturbation de l'humeur et activation neurovégétative) après l'exposition à un événement particulièrement stressant ou encore à une situation troublante telle qu'une agression, un viol, un accident, etc. (APA, 2013). En effet, les séquelles qui en découlent pourraient être gravissimes, tant sur le plan individuel que socio-économique.

Du point de vue clinique, les personnes traumatisées sont sujettes à des phénomènes de reviviscences (APA, 2013). La scène traumatique est revécue sans cesse, ponctuée de réactions neurovégétatives (sueurs, tachycardie, réactions de sursaut notamment, etc.). Cette souffrance psychotraumatique s'accompagne bien souvent de comportements très pénibles (Auxéméry, 2016). Au-delà de cette peine, le traumatisme apparaît surtout comme un obstacle sérieux, surtout quand il est associé aux conduites suicidaires qui sont l'une des échappatoires à un quotidien parfois problématique et insupportable.

Dans le contexte algérien, le trouble de stress post-traumatique (le PTSD) dont il est question ici serait fréquent. Selon les données issues de l'étude de Bensadia, 13.6 % de sujets souffrent de PTSD (Bensaida, 2012). Ce résultat pourrait s'expliquer en partie par les événements « potentiellement » traumatisants auxquels la population algérienne a été auparavant exposée (attentats terroristes, inondation de 2001, séisme de 2003, banditisme et délinquance urbaines, etc.) (Bouatta, 2007).

Il a été en effet bien établi, notamment dans des études en population générale, que le risque suicidaire est associé au trouble de stress post-traumatique (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995 ; Nepon, Belik, Bolton, & Sareen, 2010 ; Oquendo et al., 2005 ; Panagioti, Gooding, Dunn, & Tarrier, 2011).

Selon le dernier rapport de l'OMS, près de 804 000 personnes se suicident chaque année dans le monde, soit une mort en moyenne toutes les 40 secondes ainsi qu'une tentative de suicide toutes les 3 secondes (OMS, 2001). L'Algérie, quant à elle, n'est pas en reste. Le suicide y est un phénomène fréquent. On recense en 2011 près de 1 865 tentatives de suicide et ce même si les études à l'échelle nationale sur le phénomène suicidaire y sont rares (Mimouni, 2010). Du point de vue culturel, c'est le manque de foi qui en est à l'origine. Le sujet suicidant est vu comme un individu « agnostique », voire « fou » (Mimouni, 2010). En plus, ces représentations sociales le rendent parfois, tout autant que ses proches, plus vulnérables à la stigmatisation et à l'exclusion.

C'est sur la question du « sens de la vie » que se base le discours philosophique sur le suicide. « *Il n'y a qu'un seul problème philosophique vraiment sérieux, c'est le suicide. Juger que la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécue, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie* », a écrit Camus (Camus, 1985, p. 18). De même, Jean Améry, dans son œuvre *porter la main sur soi parle*, parle de « l'homme du non-sens » dont « *la raison emprunte une autre voie que celle de la logique commune* » (Améry & Wuilmart, 1999, p. 27). Au-delà de cette conception, le suicide est une forme de renoncement à la vie, combinée à un sentiment de désespoir. Il en est de même pour l'immigration clandestine appelée localement « harga[1]». Elle participe aussi d'une mort lente ou d'un suicide symbolique, d'autant qu'on assiste à l'effacement du sujet ou plutôt sa fuite pressée vers d'autres horizons faute de perspectives et de climat propice pour lui dans son propre pays.

Le contexte général dans lequel évolue le jeune Algérien ne lui offre pas vraiment ce dont il a besoin (logement, travail, éducation, loisirs, etc.) (Addi, 2006). Selon des données rapportées par les médias, le taux de chômage en Algérie est estimé, en 2016, à 10.5 %.

---

[1] Ce terme désigne « ceux qui brûlent ». La Harga est l'action de « brûler les frontières ». Voir : Lydie, V. (2010). *Traversée interdite ! Les Harragas face à l'Europe forteresse* (1re éd.). Paris: Le Passager Clandestin

Cela fait du jeune une proie facile pour la délinquance, l'oisiveté et le désespoir, source d'une misère mentale et sociale (Guerroua, 2017). C'est le cas de Nassim, âgé de 37 ans, que nous avions rencontré au cours de nos investigations sur le terrain, au sein de l'institution psychiatrique « Fernane Hanafi » en Kabylie, où le taux de suicide serait relativement important. Il aurait fait une tentative de suicide par défenestration en 2008 « *j'ai connu une souffrance mortifère, j'ai perdu mon boulot, ma famille et ma santé, il me reste rien. Cette vie est injuste, je pars ailleurs car là-bas, on est tous égaux devant Dieu* » nous dit-il. Ce récit a fortement résonné dans notre conscience. Livré à son malheur, le patient-suicidant est rejeté hors de « l'espace social », puisque son problème relève du silence et de l'intime. Une forme de compassion nous a rendus d'ailleurs plus sensible à cette situation sociale dont le malade souffre.

Deux ans plus tard, cette question de suicide s'est imposée d'elle-même lors d'un stage de recherche qui a duré 3 ans au sein du Laboratoire Stress Traumatique (LST) et du service « Psychiatrie, Psychothérapie et Art-Thérapie », dirigés par le Pr. Philippe BIRMES[2]. Plusieurs patients sont pris en charge par le CHU de Toulouse qui propose des consultations spécifiques relatives au traitement du trouble de stress post-traumatique provoqué par des événements violents survenus dans la région toulousaine : explosion du complexe chimique AZF en 2001, tempête dévastatrice en 2009 et tueries en 2012 (Pechikoff, 2005).

Suite à une tempête qui a eu lieu à Toulouse, en 2009, des sujets auraient été hospitalisés et suivis pour des souffrances psychotraumatiques. Cette expérience fut une occasion pour nous de nourrir nos idées en tant qu'observateurs soucieux de s'informer sur tout ce qui a trait à notre thématique de recherche lors des différentes rencontres avec les patients.

« AZF a réveillé en moi le temps de mon cauchemar à Alger… les fous de Dieu ont lâché leur horreur, est-ce un fait de coïncidence ou une rencontre avec mon passé ? Je n'ai plus de larmes pour pleurer, le cœur est trempé dans le chagrin » (Sakina**,** patiente hospitalisée en 2009 à Toulouse suite à une tentative de suicide).

---

[2] Rattaché à l'université de Paul Sabatier, le Laboratoire du Stress Traumatique (LST)**-**EA 4560 a pour mission la réalisation de travaux de recherche, dans la perspective de l'épidémiologie psychiatrique. Ces recherches portent sur les événements traumatiques, les souffrances psychotraumatiques, les conduites de dépendance et les comportements suicidaires.

« Ces espaces interactifs hétérogènes » (Bernié, 2001) nous invitent à nous interroger sur le lien existant entre le suicide et le traumatisme psychologique. En outre, une rencontre n'est-elle le moyen idéal pour faciliter le contact avec l'autre, l'écoute, l'accueil, la bienveillance ? Cette occasion nous a permis aussi de concilier la démarche quantitative basée sur le traitement ainsi que l'analyse des données et la démarche « clinique » des réalités cliniques observées. Si notre étude concerne les données épidémiologiques recueillies par le Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS-Lille), notre thématique liée au suicide et au traumatisme psychologique aurait été analysée dans une perspective clinique, afin de dégager le sens de ces phénomènes. Nous avons tenté de rendre intelligibles par le biais de ce travail les effets de certaines violences dans la société algérienne. Il est aussi question d'appréhender le « sens » de la violence (contre autrui ou contre soi) qui s'insère dans la conjonction de l'histoire individuelle et du contexte social.

Le suicide est bien souvent l'expression de ces difficultés extérieures qui reflètent notre souffrance intérieure (Mucchielli & Renneville, 1998). Sous cet angle, le suicide est un anéantissement volontaire de soi conjugué à l'effacement de la douleur. C'est à propos du suicide en l'occurrence que Durkheim démontra l'originalité de sa méthode, en mettant en évidence la spécificité du social dans l'explication d'un problème qui relève essentiellement du psychisme individuel (Durkheim, 2007).

Il est nécessaire de se demander si la violence extérieure visible à laquelle le sujet est exposé au cours de sa vie se transforme en violence interne, intériorisée. Vraisemblablement, le sujet qui s'expose au trauma s'auto-approprie les mécanismes de cette violence par des mécanismes psychologiques (identification, refoulement, projection, etc.). Cela étant, la violence externe, au même titre que la violence contre soi, s'oppose, dans le fond, à l'autoconservation et à l'amour de soi.

Freud aurait soutenu à son époque dans son célèbre ouvrage *Le Malaise dans la civilisation* l'idée selon laquelle la vie sociale (les relations avec d'autres hommes notamment) est source de souffrance que « […] *nous la (la vie sociale) ressentons peut-être plus douloureusement que toute autre ; nous sommes enclins à voir en elle un ingrédient en quelque sorte superflu* » (Freud, 1971, p. 19). Cette réflexion nous amène à penser le tragique de la condition humaine comme malaise intrinsèque à toute civilisation.

Nous avons essayé ici de contextualiser la problématique traumatisme/suicide par une approche à la fois psychologique et sociologique dans un contexte marqué par certaines violences citées précédemment. Notons que les publications scientifiques en Algérie sur cette thématique restent peu exploitées. Notre choix n'est pas fortuit, puisque « *la psychologie individuelle est aussi d'emblée et simultanément, une psychologie sociale* » (Freud, 2010, p. 123). L'objectif de notre travail de thèse est d'aborder la question du traumatisme psychologique en lien avec le suicide.

Décidément, l'homme est partout pareil puisque les lois psychologiques sont pratiquement identiques. Toutefois, la psychologie interculturelle montre bien que chaque individu ou groupe d'individus se distingue des autres par l'affirmation d'une identité culturelle propre (Martin, 2002). De même, Marie Rose Moro rapporte, à travers ses travaux portant sur l'interculturalité, que l'homme occidental, africain et maghrébin ont, chacun, sa spécificité (Moro, 2010).

Ce regard interculturel (Boucebci, 2007, p. 279) se situe dans une approche multidisciplinaire pour atteindre les significations profondes de nos manifestations psychologiques. Car, « *la maladie, pour toute culture, est à l'interface de l'organique, du psychique et de la construction sociale* » (Maury, Abbal, & Moro, 2016, p. 270).

À cet égard, le travail du chercheur consiste tout d'abord à analyser la réalité extérieure et/ou intérieure comme architecture symbolique, tout en se distanciant de la description factuelle et temporelle. Ce dernier serait amené à articuler alors les différents niveaux d'interprétation des phénomènes. En parallèle, ce travail permet aussi de repenser le concept de « contexte » dans le domaine de la recherche psychiatrique (Corin & Rousseau, 1997). C'est une démarche rigoureuse qui nous invite à concevoir le monde dans sa diversité et sa complexité (voir chapitre 1).

Précisons ici que cette thèse de doctorat est aussi un projet d'écriture qui nous a beaucoup aidés à transcender certains tabous (maladie mentale, viol, etc.). C'est une forme de liberté de pensée qui donne de l'élan à notre imaginaire sur le monde extérieur et plus particulièrement sur les circonstances que l'on vit en Algérie. À titre personnel, l'écriture de cette thèse lève le voile sur certains aspects de la violence contre soi et autrui. Il y a également dans ce projet d'écriture une volonté de mettre nos idées et nos réflexions dans une perceptive globale qui fait de de ce travail de recherche une sorte de perspective pour d'autres dans l'avenir.

Au-delà des doutes et des moments d'inquiétude, ce dernier demande bien évidemment un certain investissement mental et un retour permanent sur soi. Il est difficile, voire délicat d'écrire à partir de sa propre expérience. Comment peut-on rédiger une thèse sans sombrer dans une certaine subjectivité ? Et puis, comment construire « l'ossature » d'une thèse cohérente, porteuse de sens ?

Bien souvent, la thèse est structurée suivant l'ordre des chapitres qui illustrent les relations logiques entre les différents thèmes abordés. Chaque chapitre est subdivisé en parties et sous-parties. Cette hiérarchisation des contenus met en évidence la logique et l'ordre qui sous-tendent ce travail d'investigation et les idées défendues. Cette justification permet d'établir une association logique entre « ce que l'on sait » et « ce que l'on veut savoir » (Bayle, 2001).

Dans la perspective de cette thèse, nous avons structuré notre travail en cinq chapitres principaux organisés de manière à explorer le lien entre le PTSD et le suicide dans une perspective à la fois théorique et pratique. L'analyse et la compréhension de notre thématique supposent, de notre point de vue, une double mise en perspective d'un cadre théorique et d'une contextualisation des phénomènes en question.

Nous avons abordé dans les chapitres 1, 2 et 3 les thèmes principaux de notre travail (santé mentale, traumatisme psychologique et suicide) sous un angle théorique. Ces éléments nous ont aidés à définir nos concepts au départ. Puis, nous avons rédigé, compte tenu de ce cadre conceptuel, le quatrième chapitre dans lequel nous présentons les résultats issus de nos recherches. Comme second axe de notre réflexion, nous avons enfin tenté d'élargir notre travail par d'autres perspectives en matière de recherche scientifique et de réorganisation de l'offre de soins en Algérie.

Dans ce qui va suivre, nous allons résumer succinctement le contenu des chapitres et des parties rédigées, afin de saisir l'enchaînement de nos idées. C'est une étape, sans doute, indispensable, qui englobe nos choix essentiels concernant la manière de présenter nos idées et de mettre l'accent sur tel ou tel aspect.

- **Le premier chapitre** porte sur « Le prologment de l'enquête Santé Mentale en Population Générale en Algérie ». Les données exploitées dans le cadre de cette thèse sont issues de l'enquête Santé Mentale Population Générale (SMPG) relaissée en 2003 par le Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS-Lille) en partenariat avec l'hôpital psychiatrique Mahfoud Boucebci (Chéraga -Alger).

Il est donc nécessaire d'en clarifier les différents aspects. Cette recherche-action s'inscrit dans la stratégie internationale de l'OMS pour la promotion de la politique de santé mentale**,** tout particulièrement dans les pays en mutation. D'autant que l'Algérie n'a pas encore adopté une politique de santé mentale pour rompre avec la culture asilaire (voir chapitre1). Nous avons brièvement exposé les objectifs fixés, à savoir la représentation de la maladie mentale et la fréquence des troubles mentaux diagnostiqués par le MINI.

À partir des résultats rapportés, nous avons montré dans ce chapitre introductif en quoi l'étude de la relation entre le PTSD et le risque suicidaire est intéressante, tant du point de vue théorique que pratique.

- **Le deuxième chapitre** recouvre le thème « le traumatisme psychologique en Algérie ». Des événements « hors du commun » sont parfois à l'origine d'une souffrance qualifiée de psychotraumatique. Cette notion de traumatisme psychologique recouvre un champ aussi hétérogène que complexe. En témoigne l'étude historique et critique ayant participé à l'émergence du domaine psychotraumatique. De la névrose traumatique au PTSD, beaucoup de théoriciens et de spécialistes ont tenté de développer un concept « opérationnel ».

À partir de ces considérations théoriques, la problématique du « traumatisme collectif en Algérie » sera évoquée, ne serait-ce que pour justifier le choix et l'importance de notre thématique de recherche. Ce traumatisme, qui est une sorte de rupture avec une société « sécurisante », prend sens dans l'histoire de l'Algérie. En effet, l'effacement de l'autre dans l'ombre de la violence intentionnelle a des séquelles gravissimes sur la santé mentale du sujet. Ce malaise s'intensifie par la négation du droit de l'individu à la compassion, à la reconnaissance du statut de victime et à la réparation matérielle et/spirituelle des préjudices. Cela empêche le travail de deuil de s'amorcer. Cet épisode sombre est d'autant plus complexe qu'il mérite d'être analysé dans une approche psychologique sans pour autant négliger le rapport des approches sociologiques, anthropologiques et politiques qui sont utiles à la compréhension transversale du traumatisme psychique.

- **Le troisième chapitre** a pour titre « Le phénomène suicidaire ». Nous nous sommes attachés dans ce chapitre à mettre en évidence des approches théoriques ayant pour but de montrer que le suicide est une conduite humaine complexe.

Cette question a connu, du point de vue historique, des variations et des explications transversales. Ce décloisonnement disciplinaire qui s'opère au sein de ce champ de recherche a d'ores et déjà permis de confronter les points de vue sur la mort volontaire, afin de dépasser certaines difficultés, qu'elles soient méthodologiques et/ou épistémologiques. Au-delà de ces aspects théoriques, il nous semble important d'analyser ce phénomène dans le contexte algérien. L'objectif principal est d'aboutir à une ébauche de réflexion sur cette problématique, d'autant que le suicide demeure un tabou social induit, selon l'imaginaire social, par le manque de foi.

- **Le quatrième chapitre** recouvre les éléments méthodologiques « Traitement et exploitation de la base de données SMPG ». Dans un premier temps, nous avons relevé les concepts ainsi que les travaux antérieurs en rapport avec notre thématique, le PTSD/suicide. Il s'agit d'une méthode « quantitative » qui correspond parfaitement au traitement et à la fouille de notre corpus. Cette partie introductive, proprement pratique, est un point d'ancrage pour clarifier la démarche suivie.

Le cinquième chapitre « Résultats issus de l'enquête SMPG : la relation entre le PTSD et le risque suicidaire ». Dans un premier temps, nous avons testé, par des méthodes statistiques, nos hypothèses de recherche. Un travail ayant débouché sur la mise en place de deux études complémentaires : fréquence du PTSD et la relation entre le PTSD et le risque suicidaire. Dans un second temps, nous avons engagé une discussion et un argumentaire sur la problématique PTSD/suicide au regard de nos résultats et du contexte dans lequel l'enquête SMPG a été réalisée. Une sorte de lecture à la fois globale et transversale, en vue d'engager notre réflexion exhaustive sur la problématique de notre recherche. Enfin, nous avons proposé, à la lumière de nos résultats, quelques perspectives de nature à nous ouvrir sur d'autres problématiques et nous projeter dans l'avenir.

Loin d'être uniquement une œuvre de pure théorie, cette thèse est, à notre sens, une « interrogation » sur la question du traumatisme psychologique en lien avec les conduites suicidaires, et surtout une ambition personnelle. Sa finalité, c'est de s'en remettre à des perspectives concrètes dans le but de « penser » le changement et les réformes nécessaires dans le domaine de la santé mentale en Algérie.

Cadre théorique

« Dis-moi donc quelle conception tu as du malade psychiatrique,
je te dirai à quel modèle de société et à quelle civilisation
tu aspires dans ton inconscient »

Mahfoud Boucebci psychiatre algérien (1937-1993)

Chapitre 1

L'enquête Santé Mentale Population Générale en Algérie

Première partie. La problématique de la promotion de la santé mentale en Algérie

1. Introduction

Ces dernières années, la problématique de la santé mentale a été réintroduite en force au sein du débat politique et sociétal**,** en particulier dans les pays développés (OMS, 2012). Elle est inscrite dans un projet de société qui s'attache au bien-être de l'individu et au vivre-ensemble (De Munck, 2004 ; Roelandt, 2012). C'est dans cette perspective que l'OMS a introduit, au moyen de multiples rapports et actions, la question de la promotion de la santé mentale dans le domaine de la santé publique à l'échelle mondiale. L'objectif consiste à sensibiliser les acteurs sociaux (décideurs, pouvoirs publics, professionnels de santé, associations, usagers, etc.) aux conséquences des affections psychologiques aussi bien au niveau individuel que sociétal (OMS, 2011). Cette démarche de sensibilisation à la charge de la morbidité[3] des troubles mentaux est l'une des stratégies de promotion de la santé.

Selon les conclusions issues de son rapport en 2012, « *les troubles mentaux non traités représentent 13 % de la charge de morbidité mondiale totale. Les troubles dépressifs unipolaires occupent la troisième place parmi les causes de morbidité, étant à l'origine de 4.3 % de la charge mondiale de morbidité…* » (OMS, 2011, p. 1). Cette prévalence et les conséquences qui en résultent pourraient s'expliquer en partie par la rapidité des changements sociaux, économiques et politiques dans le monde. En fait, le diagnostic d'une souffrance qualifiée de *« psychosociale »* montre clairement l'impact de l'environnement social (organisation pathologique, désordre, manque de planification, etc.) sur la vie psychique de l'individu (Furtos, 2008).

[3] Cette méthode d'évaluation de la charge globale de morbidité permet de quantifier l'état de santé d'une population et de faciliter la détermination des priorités d'action en santé publique.

De même, l'exposition à une situation extrême, ou même « d'urgence humanitaire[4] » est un facteur potentiel de risque de troubles mentaux. Souvent, cette souffrance se transforme en problème chronique, notamment en cas d'absence de prise en charge précoce.

De nombreuses études (Patel, Araya, de Lima, Ludermir, & Todd, 1999 ; Vikram Patel & Kleinman, 2003) rapportent que l'aggravation des affections psychologiques, quelle que soit leur nature, est beaucoup plus visible dans des milieux marqués par la précarité, le chômage, l'insécurité, etc. Outre la souffrance psychologique, les malades mentaux subissent des conditions de vie difficiles, parfois même des violences physiques et sexuelles et des traitements dégradants au sein des établissements de soins, ou dans la rue (Furtos, 2008). C'est pourquoi la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des malades mentaux est au cœur des programmes de l'OMS[5].

2. La santé mentale : politique et programmes

Il serait difficile de gérer efficacement les risques environnementaux sans la mise au point d'outils d'évaluation et le développement d'approches positives de santé mentale. Évoquée par l'OMS, cette vision consiste à agir sur les déterminants et les facteurs extérieurs. Il est question de diminuer la précarité, améliorer les réseaux sociaux et l'alimentation, et réduire la consommation de substances psychoactives pouvant affecter la santé mentale des individus. Ce modèle de prévention « anticipatif » suppose une dynamique de décision et d'actions pragmatiques en vue de prévenir les troubles mentaux et/ou comportementaux et de promouvoir la santé mentale des individus.

---

[4] L'OMS apporte un soutien psychosocial dans les situations « d'urgence humanitaire ». C'est notamment le cas en Haïti, en Indonésie, en Iraq, en Jordanie, au Liban, en Somalie et au Sri Lanka. Voir Comité permanent interorganisations. *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*. Genève, Comité permanent interorganisations, 2007.

[5] L'OMS a mis en place le Programme d'action « Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP) » associant les états membres, les organismes des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales. Chaque année, les experts internationaux se réunissent pour établir des rapports sur les priorités en matière de santé mentale, afin d'offrir des soins à toutes les personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances psychoactives.

Cela dit, la promotion de la santé « […] *a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter* » (OMS, 1986, p. 1).

Il est question de mobiliser, de ce point de vue, toute l'énergie sociale, en élaborant des actions de proximité ciblées selon la spécificité des contextes (milieu de travail, école, prison, etc.) et des groupes concernés (enfants, jeunes, parents, personnes âgées, etc.). À ce titre, des initiatives et des programmes ont été élaborés dans le champ de la santé mentale. En France par exemple, « le plan de Psychiatrie et santé mentale 2011-2015[6] » s'inscrivant dans le cadre du Pacte européen a pour objectif d'apporter des réponses en matière de soin (Goyet et al., 2013).

En Europe, un programme de promotion de la santé mentale s'intitulant « Fond-Harmant » a été élaboré en 2011 dans le cadre d'une coopération regroupant la France, l'Allemagne, la Belgique et le Luxembourg. En principe, cette mise en œuvre de plans stratégiques - conformément aux normes internationales ayant trait aux droits de l'homme - vise la promotion de la santé mentale des populations.

Il en est de même au Canada où la santé mentale s'insère dans une perspective de santé publique. Elle y est perçue *« comme une ressource de la vie quotidienne »,* en référence aux principes de la Charte d'Ottawa, la santé qui est considérée comme une affaire de société. D'ailleurs, de nombreux programmes spécifiques et préventifs des maladies mentales ont été préconisés. À titre d'exemple, le programme « Les quatre centres d'excellences » se charge de fournir une information à la fois théorique et pratique à l'échelle nationale : la protection et le bien-être des enfants (CEPB), le développement des jeunes enfants (CEDJE), les enfants et les adolescents ayant des besoins spéciaux (CEEABS) et l'engagement des jeunes (CEEJ)[7].

---

[6] L'objectif de ce plan de concertation est d'accompagner les personnes souffrant d'une pathologie mentale dans son processus de soin. Ce qui permettra de lutter contre les préjugés et la stigmatisation en mettant en œuvre les ressources la société.

[7] Voir le rapport *La santé mentale, l'affaire de tous Pour une approche cohérente de la qualité de la vie* remis à Mme Nathalie KOSCIUSKO-MORIZET, secrétaire d'État en charge de la Prospective et du Développement de l'Économie numérique, le 17 novembre 2009. http://www.strategie.gouv.fr.

Ces approches préventives s'imposent notamment dans les pratiques institutionnelles de nature à rompre avec un modèle traditionnel qui se fonde en principe sur le traitement de ces pathologies (Castel, 1973). Cette nouvelle orientation s'inspire des visions de l'OMS, qui précise que « *la santé mentale est la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle* » (OMS, 2001, p. 28).

Une logique qui s'avère encore plus pertinente, d'autant que la référence à la santé mentale aurait remplacé celle de maladie mentale (Roelandt, 2012). Elle a également participé, comme l'a souligné J……odelet, au développement de la psychologie de la santé : « *toujours d'un point de vue historique, la place de la psychologie de la santé peut être également rapportée à l'évolution de la définition de la santé dans laquelle l'OMS a joué un rôle certain* » (Jodelet, 2006, p. 221).

Cette approche globalisante de santé centrée sur la mise en œuvre de services de proximité empêche l'éclatement institutionnel (l'épuisement professionnel, les conflits internes, le désengagement, etc.) en la transformant de manière tangible. Elle est aussi une mutation institutionnelle, marquée essentiellement par la réorganisation des systèmes de soins, qui donne au sujet la possibilité de bénéficier du statut d'acteur de sa santé, lequel vient s'insérer dans la société (Ehrenberg, 2010). Dès lors, la notion de santé mentale contribue à la reconnaissance de la citoyenneté du malade qui devient désormais capable de participer activement au processus de soins (Cano & Boyer, 2012; Ehrenberg, 2010).

Au cours de ces dernières décennies, cette approche de l'*empowerment*[8] a été intégrée dans les débats publics. C'est un concept multidimensionnel qui recouvre une pensée, une pratique et un changement (Bacqué & Biewener, 2015). Elle permet aussi aux individus d'agir par eux-mêmes et d'exercer un contrôle sur les événements de leur vie pour guérir.

[8] Ce mouvement s'est développé en France dans les années 1990 sous la pression des personnes atteintes du VIH-sida. Il a été renforcé par la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.

D’un point de vue organisationnel, cette approche est une nouvelle perspective de réorganisation des actions qui consiste à penser les services de soins comme un système favorisant la participation de tous les acteurs concernés. C’est le cas, par exemple, du Centre Collaborateur de l’OMS (CCOMS-Lille) qui a développé une logique de santé communautaire, par le biais d’un soutien à la participation citoyenne (associations d’usagers, familles et aidants) dans la réforme des services de santé, ce qui est une valeur fondamentale. Notons aussi que dans le programme « collaboratif » préconisé, en 2009, par la Commission européenne et de l’OMS, ce concept a été défini comme un modèle de changement des pratiques sanitaires.

Si cette vision « *positive* » de l’individu est profondément ancrée dans la conscience occidentale, la société traditionnelle algérienne en mutation s’inspire toujours des modèles d’enfermement anciens (Chakali, 2016). Cela s'explique par le manque de moyens de prévention et de soin. En effet, l’OMS met l’accent sur cette difficulté ainsi que sur les enjeux liés à la problématique de la santé mentale en particulier (OMS, 2012).

3. La situation de l’Algérie en matière de santé mentale

3.1. Le modèle « curatif » comme vision dominante

Comme nous l’avons déjà évoqué, les organisations internationales (OMS, CCOMS, etc.) renforcent leurs actions partout dans le monde en matière de promotion de la santé mentale. Cela s’accompagne du renouvellement des visions traditionnelles, voire simplistes du bien-être individuel et collectif.

Nous nous intéressons ici à la problématique de la santé mentale en Algérie, laquelle aurait suscité nettement moins de débats qu'au sein de la communauté occidentale, dans la mesure où la préoccupation sanitaire est fondamentalement centrée sur le diagnostic et la « cure » (Boudarène, 2015). Aussi ne disposons-nous que de peu d’éléments sur la fréquence des troubles mentaux, qu'il s'agisse de leur prise en charge ou de leur prévention. Nous manquons d’enquêtes à l’échelle locale en raison d’une politique de santé mentale visiblement défaillante (Boudarène, 2015). Or, les données statistiques sont une ressource primordiale pour mieux prévenir les troubles mentaux et comportementaux.

En Algérie, la problématique de la santé mentale est réduite à l'absence de pathologie. Or, « *la bonne santé mentale ne se restreint plus à l'absence de maladie mentale et désigne plutôt le pôle positif des états psychologiques. Ce pôle positif comprend le bien-être et les ressources psychologiques permettant la gestion, de façon* « *satisfaisante* »*, de sa propre vie, même face à l'adversité ; alors que le pôle négatif inclut le mal-être et le retentissement des troubles de la subjectivité (maladie mentale et mauvaise santé mentale) dans les différents rôles de la vie quotidienne… »* (Kovess-Masfety, 2009, p. 17).

Cette conception, issue de l'héritage d'une institution coloniale, s'est développée de façon « ordinaire » afin de répondre au mieux aux besoins de l'individu[9]. En effet, l'école d'Alger fondée par Antoine Porot (1876-1965)[10] s'est intéressée tout particulièrement à l'étude de « *la mentalité indigène* » pour comprendre la pathologie et promouvoir une bonne santé mentale (Porot, 1996). Ce savoir psychiatrique a été instrumentalisé pour justifier le statut de sous-citoyenneté des Algériens. C'est dans ce contexte que Frantz Fanon (1925-1961)[11], ce militant de la première heure de la cause algérienne, s'est opposé aux pseudo-théories dites racistes (Cherki, 2000).

Aujourd'hui, les résidus de cette logique auraient pris de nouvelles configurations. Cela dit, le professionnel de santé qui se positionne dans une perspective « *curative* » soigne dans l'urgence des pathologies à la fois chroniques et complexes. Ce dernier se limite alors à un travail de « *réparation de la maladie mentale* » pour reprendre ici l'excellente expression de Robert Castel. Cela ne donne pas la possibilité à la société de promouvoir véritablement une bonne santé mentale. Car, « *au lieu de se contenter de se manifester dans l'après-coup, c'est-à-dire lorsque la pathologie s'est déjà installée, l'intervention doit se déployer en amont de l'épisode pathologique* » (Castel, 1986, p. 162).

---

[9] Voir à ce sujet l'article de KACHA F. *La psychiatrie en Algérie*. L'Information psychiatrique. 2005 ; 81 : 145-8.

[10] Antoine Porot est un psychiatre français (1876-1965), fondateur de l'école d'Alger et de la théorie raciste du primitivisme. Voir à ce sujet Collignon, R. (2010). La psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal : esquisse d'une historisation comparative. *Revue Tiers Monde*.

[11] Écrivain et psychiatre martiniquais, Frantz Fanon (1962-1961) a développé une réflexion novatrice sur les questions de la conscience noire et de la colonisation. Frantz Fanon a travaillé dans l'hôpital psychiatrique de Blida en Algérie qui porte aujourd'hui son nom. Il a mis l'accent, à travers ses réflexions et ses travaux, sur les conséquences de la colonisation au niveau de la conscience individuelle notamment.

Cette politique de santé mentale est, somme toute, marquée par les fréquentes « cures », suivies jusqu'à présent par les établissements sanitaires. Aussi, l'objectif des institutions médicales semble a priori d'offrir des soins « sécuritaires » sans se pencher réellement sur les problématiques de prévention, ni sur le suivi ou l'insertion du patient. En ce sens, « *la prise en charge des malades mentaux, dans notre pays, est prise au piège dans l'ornière de la cure. L'offre d'accompagnement durant la* « *post-cure* » *est pratiquement inexistante* » (Boudarène, 2015, p. 37). Pourtant, la promotion du bien-être mental est une démarche essentielle pour permettre au patient de faire face aux exigences de la vie quotidienne (famille, travail, relation, création, etc.) (Ehrenberg, 2010).

À l'échelle individuelle, des facteurs tels que l'isolement, le chômage, la pauvreté sont des éléments de risque et/ou d'aggravation de la maladie mentale (OMS, 2001). Or, le contexte sociopolitique algérien dans lequel les individus ont été socialisés se caractérise par l'appauvrissement socio-économique (Hadjadj, 2003) et la précarité structurelle de l'emploi. Cela peut être constaté à travers l'incapacité des gouvernements successifs à résoudre sérieusement les questions du chômage et de l'insertion sociale, touchant en grande partie les jeunes (FIDH et al., 2010).

Les conduites suicidaires les plus violentes (feu, défenestration, pendaison, etc.) sont des signes probants de ce malaise communautaire. D'où l'intérêt de planifier des mesures de prévention adaptées et de donner la priorité à des démarches collectives susceptibles d'éviter les risques extrêmes, voire tragiques. À cela s'ajoutent des émeutes[12] qui éclatent dans les villes et les quartiers pour revendiquer les droits citoyens les plus élémentaires. En effet, « *les violentes jacqueries qui secouent périodiquement les grandes villes comme les moindres douars pour tous les motifs possibles liés à la* « *mal vie* » *[…] se sont multipliées depuis […] au point de faire de l'Algérie, de l'est à l'ouest, un chaudron social en permanence au bord de l'explosion généralisée* » (CISA, 2009).

[12] Durant les émeutes du janvier 2011, l'augmentation brutale du prix des produits alimentaires de base (sucre, huile, farine, etc.) a exacerbé le malaise social de la jeunesse et provoqué une violence importante.

Remarquons, pour faire le parallèle entre la crise sociale et le phénomène suicidaire, que la plupart des suicidants hospitalisés au sein du service de psychiatrie « Fernan Hanafi » de Tizi-Ouzou sont des jeunes chômeurs « *À l'admission dans le service, Moussa un jeune chômeur de 27 ans. Il déclare avoir des difficultés financières pour soutenir sa famille. Il nous en parle avec une gêne évidente.* « *Moi, j'en ai marre de ce bled, je suis jeune sans moyens et je n'ai aucun avenir ici. L'été dernier, j'ai déposé partout mon cv pour le boulot mais je n'ai eu aucune réponse. Une lettre morte. J'ai même essayé de contacter le responsable par le biais d'une « Mâarifa*[13]*, mais pas moyen ». Moussa confirme que les idées de suicide lui surviennent brutalement. Il disait qu'il était en proie à des ruminations, ce qui l'a poussé à se pendre dans leur jardin ».*

3.2. Le phénomène de la stigmatisation

3.2.1. Le stigma de la maladie mentale

Au regard des normes sociales, l'expérience de la folie est stigmatisante. La stigmatisation se base sur la méconnaissance de l'humain. Le « malade mental » est en effet perçu comme un être dangereux qui incarne la déviance (Darcourt, 2014). Des clichés réducteurs de sa condition qui le rendent plus vulnérable à l'exclusion sociale. On lui attribue une « *identité abîmée* » (Goffman, 1975). Il perd, aux yeux de la communauté, sa place sociale sans pouvoir toutefois accéder à un statut socialement reconnu. Il se trouve dans une position flottante au sein d'une marginalité et essaie de prendre conscience de sa situation de « déraciné ». Outre sa pathologie, le malade mental subit le regard blessant de l'autre. On lui assigne socialement le statut de « fou » qui symbolise un danger potentiel et/ou réel.

L'expérience de la folie renvoie à la perte de contrôle sur soi-même (Giordana, 2010). Celle-ci se manifeste, bien souvent, dans des espaces clos, là où elle se dévoile dans son ensemble. Dans le contexte algérien, on remarquera que le concept de la folie recouvre la quasi-totalité des maladies mentales.

[13] Mâarifa ce terme est utilisé dans la culture locale pour désigner le piston. Le citoyen se voit parfois dans l'obligation de chercher dans son entourage un intermédiaire pour résoudre ses problèmes.

Une des causes principales de cette confusion est que le champ lexical destiné à décrire l'ensemble des différentes manifestations psychologiques demeure quasi inexistant (Hajbi, 2006). L'appréhension globale de leurs contenus est biaisée dans la mesure où on ne peut expliquer de manière exhaustive leur étendue. De cette difficulté à nommer les phénomènes humains découle une confusion sémantique. On ne distingue pas les états morbides des problèmes non pathologiques (difficultés à être, souffrance quotidienne, etc.). D'habitude, on utilise des termes d'inspiration religieuse (*Mahboul*, *Madjnoun*, *Markoub, Maskoun, etc.*), puisque la problématique de la maladie mentale a toujours oscillé, au cours de l'histoire, entre conceptions magico-religieuses et considérations scientifiques (Aouattah, 2000 ; Hajbi, 2006). Par ailleurs, « *dans les pays développés, les explications étiologiques sont dominées par les causes psychosociales et biologiques alors que dans beaucoup de pays en voie de développement, la croyance en une origine surnaturelle essentiellement magico-religieuse est fréquemment évoquée* (Bouhlel et al., 2013, p. 106).

En pratique clinique, les malades éprouvent du mal à nommer les problèmes psychologiques dont ils pâtissent. C'est pourquoi ils recourent aux symptômes pour faire le distinguo entre les différentes souffrances exprimées. C'est dans cette société algérienne marquée par des logiques traditionalistes que le discours sur la maladie mentale puise inéluctablement sa cohérence, une sorte de gisement ou de « *capital culturel* » dominant. Celle-ci est bien souvent considérée comme la mainmise sur la conscience d'esprits invisibles, et traitée en tant que telle. Ainsi la possession[14] devient-elle l'une des modalités de son interprétation.

Dans la pratique, on l'identifie comme une appropriation de l'esprit humain par un autre, démoniaque ou satanique : « *Dans les représentations populaires, l'atteinte mentale paraît bel et bien comme l'émanation persécutrice des esprits invisibles, le Djinn ou les Djnouns, etc.* » (Hajbi, 2006, p. 153). Cette interprétation culturelle permet, d'une part, à la société d'occulter certains de ses dysfonctionnements, et donne, d'autre part, à l'individu la possibilité de camoufler ses conflits intérieurs, lesquels s'expriment plutôt dans un langage non psychologique, culturellement toléré.

---

[14] Du point de vue religieux, la maladie est abordée uniquement sous l'aspect spirituel. C'est le Djinn qui provoque la maladie mentale « Et rappelle-toi Job, Notre serviteur, lorsqu'il appela son Seigneur : « le diable m'a infligé détresse et souffrance » (Coran 38-41). La Roqya est utilisée comme une méthode spirituelle de soin qui consiste à exorciser, c'est-à-dire brûler le Djinn en récitant le Coran.

Ce langage symbolique ne supprime pas, toutefois, les problèmes manifestés par le malade qui s'engage dans des circuits thérapeutiques traditionnels afin de restituer son intégrité mentale. Il est à souligner que les phénomènes pathologiques n'ont de sens qu'en lien avec la réalité socioculturelle qui les sous-tend (Jodelet, 2003). La folie constitue cette altérité radicale qui fonde les normes et les règles. D'un point de vue sociologique, cette dernière est utilisée comme une ressource culturelle destinée à consolider les normes sociales existantes (Bertini, 2010).

De même, la stigmatisation du fou, ou bien encore le fait d'exclure l'individu constituent des actes fondateurs de la société, permettant à celle-ci de fonctionner. « *Les frontières de la folie sont infranchissables dans la mesure où elle est cette pure extériorité qui ne se peut jamais et nulle part s'inclure, dans quelque culture que ce soit, et à quelque époque que ce soit. Ce dernier point nous conduit à la fonction sociale de la folie qui se présente et s'impose comme un agent d'organisation sociale permettant de justifier les dispositifs de contrôle et de coercition des individus et des groupes* » (Bertini, 2010, p. 23).

C'est la société qui dicte à la folie ses limites, en déterminant ses modes de pensée et de conduite. En Algérie, la reconnaissance de la souffrance psychologique passe bien, semble-t-il, par la stigmatisation que Finzen aurait qualifiée de « seconde maladie » (Giordana, 2010). Outre sa détresse psychique, le malade subit une maltraitance sociale. Or l'exclusion, au même titre que la discrimination, relève d'un déni de la fraternité, ce qui entraîne inéluctablement le reniement de l'Autre (Maisondieu, 2010).

Les pivots de cette problématique ne sont, précisions-le, pas encore fixés en raison de l'absence d'une politique de santé mentale. « *Il n'existe pas de politique de santé mentale en Algérie, probablement, parce que les responsables successifs du secteur ont été rebutés par cette pathologie qui leur renvoie l'image d'une souffrance humaine sur laquelle ils n'ont guère de prise…* » (Kacha, 2009, p. 15).

À la lumière de cette réalité socioculturelle, le phénomène de la stigmatisation est assimilé à un « non-événement », dans le sens où le malade mental est une « figure inquiétante » (Freud, 1988) qui transgresse l'ordre habituel : la norme. L'individu souffrant est, aux yeux de la communauté, responsable de ce qui lui advient. Or, tous les éléments pathogènes réunis, en nombre infini, pourraient mettre en péril le bien-être du citoyen (FIDH et al., 2010).

La stigmatisation et la discrimination sont étroitement liées. Les attitudes discriminatoires envers ceux qui en souffrent sont des phénomènes universels. La stigmatisation s'apparente à un processus d'évaluation globale de la personne en rapport avec le *stigma* auquel il s'identifie (Goffman, 1975). Son diagnostic devient alors « étiquette » discréditante, voire dans certains cas stigmatisante (Giordana, 2010). « *Il est également mobilisé pour refuser de donner un diagnostic* […] *craignant en nommant de provoquer une mise à l'ecart sociale de la personne et de sceller son destin* […]*. De plus, donner ce diagnostic de façon intempestive risquerait de brutaliser le patient et pourrait renforcer son deni* » (Moreau, 2010, p. 771).

Nous citons ici le cas de Stéphanie hospitalisée au sein du service de psychiatrie à Toulouse en 2011 : « *Stéphanie, une jeune fille âgée de 30 ans, est emmenée aux urgences de Toulouse Purpan, en 2011, à la suite des blessures au niveau de ses mains. La bizarrerie de ses comportements était à l'origine d'une hospitalisation en service de psychiatrie sans consentement. À peine arrivée, Stéphanie remet en cause le diagnostic posé par le médecin psychiatre d'une manière exaspérée car elle a perçu l'annonce du diagnostic comme un événement « perturbateur ». Ce qui a provoqué en elle un grand bouleversement et une grande confusion. En effet, elle s'était effondrée dans un espace qu'elle estime étouffant puisqu'il a perdu, en quelque sorte, sa dimension d'accueil. D'un seul coup le monde semble étrange et transfiguré, ce qui rend d'ailleurs son hospitalisation douloureuse. Stéphanie conteste fermement le motif de son hospitalisation qu'elle qualifie d'injustice et de rejet familial : « j'étais venue aux Urgences pour soigner mes brûlures, et je me retrouve comme par enchantement au service des fous, c'est injuste » ironise-t-elle.*
On a essayé de lui expliquer les motifs d'une telle décision, il n'est pas question pour elle d'accepter la perte de son identité en faveur d'une schizophrénie blessante et de surcroît stigmatisante. Cela est d'autant plus vrai que le cas de Stéphanie, qui a réussi avec brio ses études de droit, aspire à un avenir professionnel épanoui. C'est pourquoi elle refuse aussi le statut de « personne handicapée » proposé par l'institution même si elle n'a pratiquement plus aucune ressource pécuniaire ou matérielle. Stéphanie nie toutes ses difficultés psychologiques et sociales. Dans sa logique, elle n'a besoin ni de soins ni encore moins de suivi ».

Il convient de préciser ici que chaque groupe culturel élabore des valeurs collectivement partagées sur lesquelles il s'appuie afin de déterminer les contours de la normalité (Jodelet, 2003). Le malade mental se retrouve en marge de la société en ce sens qu'il manifeste des attitudes parfois incompréhensibles, voire inquiétantes. Son identité est par-là même faussée. Il est bien souvent perçu comme un individu incapable de répondre aux exigences sociales (Darcourt, 2014).

De nombreuses études (Roelandt, Caria, Defromont, Vandeborre, & Daumerie, 2010 ; Thornicroft et al., 2009) menées récemment sur la population générale, rapportent de fréquentes images connotées et dévalorisantes, suggérant cette identité dénaturée qui décrit le malade mental comme un individu dangereux, imprévisible et irresponsable. Bien évidemment, les médias renforcent la persistance de ces clichés réducteurs de la dimension humaine des personnes en souffrance (Giordana, 2010).

Dans les faits, l'opinion publique n'a manifestement que peu d'informations sur ce qu'est réellement une détresse psychique ou bien une maladie mentale. Son *stigma* ne s'impose alors qu'en tant que différence constante, dans toute relation humaine, si naturelle soit-elle. Le processus en question renvoie à ce que Bourdieu appelle « rites d'institution » dont la fonction essentielle est « *de séparer ceux qui l'ont subi, non de ceux qui ne l'ont pas encore subi, mais de ceux qui ne le subiront en aucune façon et d'instituer ainsi une différence durable entre ceux que ce rite concerne et ceux qu'il ne concerne pas* » (Bourdieu, 1982, p. 59).

C'est à partir de ces schémas de pensée « standardisés » que se créent des différences arbitraires, culturellement nécessaires, en vue de protéger l'individu de l'inconnu (Murphy, 1993). D'où la nécessité de prendre en considération le phénomène de la stigmatisation comme composante à part entière de la problématique de la maladie mentale. Face à elle, se développe de surcroît une inévitable propension à la stigmatisation (Giordana, 2010 ; Darcourt, 2014). Ce qui freine le processus de rétablissement et l'insertion d'un malade qui se retrouve parfois comme « un déraciné », flottant entre deux mondes.

Les résultats issus de l'étude INDIGO montrent qu'un quart des sujets souffrant de cette pathologie sont confrontés à la discrimination en milieu professionnel et familial (Thornicroft et al., 2009). Dans une même logique, ils pourraient s'approprier, y compris inconsciemment, les représentations négatives dominantes.

Cette auto-stigmatisation n'est qu'une appropriation du discours véhiculé par la communauté dont ils font partie (Bertini, 2010). En ce sens, ils adhèrent à des stéréotypes qui leur sont imposés dans la mesure où ils partagent les mêmes modes de pensée. L'étude de Roelandt et de ses collaborateurs (2010) montre bien que les malades sont amenés à diffuser, eux-mêmes, certains stéréotypes sur eux-mêmes, identiques à ceux que l'on retrouve au sein de la population non touchée.

Il est vraisemblable qu'en Algérie ce phénomène soit beaucoup plus visible chez les femmes. Celles-ci sont déjà exclues de la sphère publique et subissent la violence dans un silence quasi-total (Tamzali, 2009). Le « mythe de la virilité » n'est-il pas au cœur du modèle patriarcal ? Du fait qu'il se construit sur des valeurs masculines telles que la force physique/sexuelle, la robustesse, la vigueur, le courage et le rationalisme (Tamzali, 2009). Cela dit, « le stigma de la féminité » (Bertini, 2010) s'impose comme attribut essentiel de la différence dans le rapport homme/femme. « *La folie rejoint ici le féminin dans cette extériorité dangereuse et fondatrice à partir de laquelle s'institue le vertige du sens* » (Bertini, 2010, p. 118).

Au niveau de l'expérience individuelle, l'auto-stigmatisation entraîne une perte de l'estime de soi, l'isolement et une situation de fragilité dont la famille du malade mental peut également avoir à pâtir, victime « par association » (Giordana, 2010). C'est ainsi qu'on a pu observer certaines manifestations délétères à son égard, conférant à ses proches une « mauvaise réputation ». Ce dernier est alors perçu comme un « malade de la honte ». Il en résulte un climat émotionnel globalement négatif qui peut avoir de mauvaises répercussions, aussi bien au niveau individuel que familial.

« *Je suis maintenu en pyjama, j'attends toujours ma permission. Vous ne savez pas la date de ma sortie ? Au travail, j'ai toujours mal quelque part. J'essaye de me soulager moi-même en faisant ma prière, mais cela ne suffit pas pour me calmer. Si je suis ici, c'est parce que je n'en peux plus…. Personne n'est au courant de mon hospitalisation. Ma famille, mes amis me prenez pour un fou. Je prends mes médicaments en cachette* » (Samir, homme âgé de 41 ans, fonctionnaire, hospitalisé en 2008, au sein d'un hôpital psychiatrique- Tizi-Ouzou, suite à une dépression).

Le phénomène de la stigmatisation se déploie de manière significative au sein des services de psychiatrie et parmi les professionnels de santé ayant pris en charge ce malade. Il s'agit, en l'occurrence, d'une forme structurelle de celle-ci, se traduisant par la réduction des moyens matériels et/ou spirituels.

On remarque qu'en Algérie la problématique de la santé mentale est confiée uniquement à l'institution psychiatrique, implantée souvent en dehors de l'espace citadin. L'offre et l'organisation de la prise en charge se réduisent à des prescriptions et à des soins d'urgence. L'ensemble des mesures en question révèle de fortes disparités locales puisque certaines régions bénéficient d'équipements conséquents en termes de services psychiatriques tandis que d'autres sont dépourvues du minimum nécessaire à une prise en charge. Le manque de planification et d'investissement aboutit donc à une gestion approximative des affaires sanitaires.

Dans ce contexte, l'OMS a mis l'accent sur le problème d'accès aux soins**,** notamment dans des pays en mutation. Elle rapporte que « *les services de santé mentale sont très insuffisamment financés, en particulier dans les pays en développement. Près de 28 % des pays n'ont pas de budget distinct pour la santé mentale. Parmi ceux qui en ont un, 37 % lui consacrent moins de 1 % de leur budget de santé. Les dépenses de santé mentale représentent moins de 1 % des budgets de santé dans 62 % des pays en développement et dans 16 % des pays développés. Il existe donc un écart très net entre la charge de morbidité due aux troubles mentaux et les ressources consacrées aux services qui les soignent* » (WHO, 2004, p. 2).

Selon le rapport de la Fédération Internationale des Droits de l'Homme (FIDH)[15], il existe de grandes disparités entre le « Nord » et le « Sud » du pays, entre les « milieux urbains » et « ruraux » en raison d'absence de réformes financières équitables. Plusieurs patients hospitalisés se voient dans l'obligation de quitter leur lieu de résidence pour se soigner dans des établissements équipés (FIDH et al., 2010).

« *Cet hôpital est une prison, c'est dur je n'ai pas envie d'y rester. Ici on n'a qu'un toit sur la tête. C'est très loin de chez-moi. Le médecin m'a vue ce matin, mais il m'autorise pas à sortir d'ici* » (Salima, femme de 35 ans, hospitalisée en 2008 pour une tentative de suicide médicamenteuse).

[15] FIDH et al., (2010). *« La mal vie » : rapport sur les droits économiques, sociaux et culturels*. http://www.refworld.org

Aussi, l'absence de politique de santé mentale se double d'une tendance à maintenir le patient à domicile, entraînant la résurgence d'une « exclusion » qui va à l'encontre des valeurs universelles (droit aux soins, de cité, etc.). Cela témoigne, de notre point de vue, d'un déni du sujet ou du citoyen en souffrance. C'est pourquoi de nouvelles réformes (amélioration de l'accès aux soins de santé, qualité de la prestation des services, etc.) sont nécessaires. Ainsi, l'élaboration d'outils d'évaluation et d'analyse permet de recueillir des données essentielles sur le fonctionnement global des institutions psychiatriques ainsi que sur les besoins de la population en matière de soins. Bien entendu, ce travail de terrain suppose une réelle volonté et un engagement de la part des pouvoirs publics pour la promotion de la santé mentale de la population.

3.2.2. Impact de la stigmatisation

La maladie mentale est un *stigma* visible de l'altérité (Giordana, 2010). Du point de vue de la socialisation, le « sujet normal » est celui qui concilie son individualité, ses capacités intellectuelles et/ou psychologiques avec les normes sociales. Toutefois, le sujet souffrant d'un trouble mental manifeste des difficultés au niveau cognitif, émotionnel et comportemental, et se retrouve ainsi dans l'incapacité de satisfaire aux exigences sociales (APA, 2013). Il traverse une situation « *d'absence passagère* ». Cette incapacité est alors perçue par la communauté comme un signe de faiblesse sur lequel se fonde une ségrégation sociale entre un malade et un non-malade, entre « *eux* » *et* « *nous* » (Maisondieu, 2010) Or, ce processus qui s'amorce est susceptible d'empêcher toute transition et intégration en entravant la demande d'aide et d'accès aux soins.

L'individu atteint de trouble mental pourrait alors refuser les thérapies dans un environnement qu'il sent ou croit être discriminatoire (Aouattah, 2000; Hajbi, 2006). Il a peur de perdre son identité sociale à cause de la maladie, dans un milieu où il serait peut-être exclu des circuits relationnels et du champ des échanges symbolique (Furtos, 2008). Confronté à ce profond malaise, le malade va différer la demande de consultation avec le professionnel de santé. Ce dernier interviendra plus tard afin de prendre en charge une pathologie à la fois grave et chronique. Ces examens ne seront entrepris que dans le cas où le sujet manifeste des comportements hétéro-/auto-agressifs, voire incontrôlables (Hajbi, 2006).

Plusieurs études en population générale ont mis en évidence la faiblesse du taux de consultation chez les personnes ayant un diagnostic psychiatrique. De même, Lehtinen et al., 1990 montrent dans leur étude que 60% des sujets malades n'ont pas recours aux soins (Lehtinen et al., 1990).

Dans le schéma de passage du statut de « malade » à celui « d'individu intégré », le patient évolue un certain temps entre deux mondes, ni « définitivement exclu », ni « entièrement inclus ». Cette situation intermédiaire que l'anthropologue Robert Murphy appelle à juste titre « situation de liminalité » est la condition nécessaire qui lui permet de passer à un autre statut (Murphy, 1993). À en croire l'ethnologue Arnold Van Gennep, chacune des phases traversées est marquée par la succession de trois stades : la séparation, le seuil et l'agrégation (Van Gennep, 2011).

La séparation et l'intégration sont, en effet, indispensables à la perte du statut initial ou à l'accession à un autre. Le seuil permet, quant à lui, d'effacer les attributs du premier statut et d'acquérir ceux du second. Il marque une discontinuité entre eux, laquelle favorise la transition de l'un à l'autre. « *Le stade de marge permet le maintien de la distinction entre les statuts sociaux et contribue ainsi à l'ordre social* » (Calvez, 1994, p. 74).

En Algérie, le malade est d'autant plus isolé qu'il est confiné en milieu asilaire. Sa réintégration dans la société est peu envisageable, car les tabous et les préjugés y règnent. Le malade survit « déraciné » dans des espaces clos aménagés par la société. C'est une sorte *de* « *provisoire durable* » qui le projette dans un état de pivotement permanent. Blessé par le regard de l'autre, il se renferme sur lui-même, à la fois retiré et invisible. Une exclusion réussie qui « *par définition, ne peut s'appréhender puisqu'elle supposerait que la population d'exclus soit rejetée si loin de notre univers mental et de nos frontières spatiales qu'elle en soit devenue hors de notre portée, hors de notre ligne d'horizon, hors de notre pensée* »*...* (Xiberras, 1994, p. 204)

C'est ainsi que de nombreux malades mentaux échappent au regard de l'institution psychiatrique, laquelle ne dispose pas de moyens de contrôle suffisants. D'ailleurs, elle n'intervient qu'en dernier recours, c'est-à-dire, dès lors qu'elle doute de la capacité de la famille et de la communauté à apporter le soutien nécessaire aux individus qui présentent une souffrance psychologique. L'organisation des pratiques en matière de santé mentale se résume à des mesures d'internement et d'enfermement.

On soulage peu la souffrance qui assaille le malade, mais on cherche plutôt à supprimer la dangerosité apparente, *« une souffrance qu'on avait jusqu'alors laissée tomber dans le gouffre du déni, de l'indifférence. Où la logique d'enfermement institutionnel est ainsi associée à la logique de stigmatisation »* (Fassin, 2006, p. 144).

De plus, le citoyen algérien est écarté du système de sécurité sociale. Contrairement à la France, par exemple, où la Couverture maladie universelle (CMU) a été mise en place en 1999, « *l'Etat algérien ne remplit pas ses obligations en matière d'accès à la sécurité sociale et aux assurances sociales. A contrario, les inégalités caractérisent le quotidien de bon nombre d'Algériens vivant dans la pauvreté alors que leur Etat jouit de revenus conséquents, notamment du fait des ressources pétrolières et gazières* » (FIDH et al., 2010, p. 5).

En parallèle, la restriction des services de soins s'accompagne d'une politique de maintien à domicile et de responsabilisation des familles. Le malade est placé en position de victime parce que l'origine de la maladie mentale**,** selon la grille de lecture traditionnelle (Bouhlel et al., 2013) est d'ordre surnaturel, voire religieux (elle est liée notamment aux thématiques de l'envoûtement, de la sorcellerie et des esprits)[16].

En cohérence avec les conceptions dominantes, le recours aux soins traditionnels à caractère religieux s'impose de lui-même. À défaut de structures d'accueil et d'information, la famille s'investit davantage dans la prise en charge du malade mental. Elle est vue comme la principale source de soutien aux personnes concernées. Cette famille « *institutionnelle* » tente, en quelque sorte, de pallier le manque des ressources sanitaires (Morin, 2012). La solidarité familiale**,** au même titre que la solidarité collective**,** assure des fonctions providentielles. Une sorte de « bricolage » instable ou d'aménagements fragiles en vue d'aider le malade. L'engagement familial et les responsabilités qui y sont rattachées ne sont pas suffisamment reconnus. Peu de mesures de soutien aux familles des malades sont organisées.

[16] Les soins spirituels et religieux sont préconisés généralement par les marabouts et les guérisseurs qui s'investissement dans la prise en charge du malade. Ces pratiques culturelles se fondent sur certaines représentations sociales dominantes citées.

Livré à un monde qui lui est incohérent, le malade se marginalise davantage dans la pensée collective. Ce qui suscite un sentiment d'incompréhension et parfois de culpabilité. Une blessure susceptible de menacer ce que Freud nomme « sentiment de soi » (Freud, 1988). Or, se reconnaître soi-même, ou se reconnaître est un besoin fondamental et légitime. Ce n'est pas sans raison que certains malades subliment leur *stigma,* en s'investissant dans des activités socialement et culturellement valorisantes. Parfois, des malades utilisent leur maladie comme moyen d'acquisition d'une identité sociale, en s'engageant dans des activités d'ordinaire sacralisées telles que la moralisation ou la divination. Chose qui révèle une souffrance psychologique travestie pour être camouflée et dépassée.

L'échec de cette tentative subtile de réconciliation et de négociation conduit en général les malades à l'exclusion, laquelle se traduit par l'errance et le vagabondage. Ce qui témoigne d'une certaine forme de résistance à l'invisibilité. La rue est, semble-t-il, un espace d'accueil « privilégié » de la folie. De nombreux malades se désocialisent et se retrouvent en marge de la société (Martin, 2011). Ils forment symboliquement une communauté d'hommes ayant perdu le sens de leur vie et survivant aux frontières de la société. Les praticiens sont bien souvent confrontés à cette problématique : maladie mentale - errance. « *En présence d'une personne en difficulté qui le consulte, le spécialiste de la souffrance mentale ne peut esquiver le dilemme que la réalité lui impose :* […] *dans quelle mesure est-il en présence d'un malade qu'il faut amener à se soigner pour qu'il puisse s'assurer de meilleures conditions de vie alors qu'il est persuadé d'être perturbé par son entourage ou que la société le rend fou ?* » (Maisondieu, 1997).

Néanmoins, lorsque l'institution médicale est en mesure de mobiliser ses ressources, elle lui procure un hébergement, des soins, ainsi qu'une attention particulière. Dans cette prise en charge, chacun occupe une place symbolique dont les bénéfices disparaissent au sortir de l'établissement. La perte de ces avantages en termes d'accompagnement et de confort suscite une angoisse bien visible, notamment chez « *les survivants de la psychiatrie* » d'autant plus qu'en Algérie la pauvreté est en constante augmentation : « la *problématique de certains patients semble être de trouver un nid douillet, nid dans lequel court le fantasme d'un accueil inconditionnel et sans fin* » (Bittolo, 2001, p. 45). Si l'offre de soins s'inscrit donc dans une perspective d'assistance médicale et sociale, elle est plutôt conduite par une démarche de dimension humanitaire (hébergement, repas, etc.).

3.3. La mise en oeuvre du Plan de la Promotion de la santé mentale

La politique de santé mentale en Algérie est bien en deçà des standards internationaux. En témoignent le manque d'infrastructures sanitaires et l'accueil réservé aux personnes souffrantes psychologiquement et/ou mentalement. « *Concernant la couverture sanitaire en Algérie, il existe actuellement 1,43 lit pour 10.000 habitants, 1.13 psychiatre pour 100 000 habitants, 6.44 infirmiers pour 100000 habitants, 1 psychiatre pour 6 infirmiers et 1 psychiatre pour 25 lits.* […] *l´évaluation de 5 années de mise en œuvre de ce programme a fait ressortir des « insuffisances » qui ont engendré des désagréments aux malades* » (Hamidache, 2006, p. 17).

Depuis longtemps, les professionnels de santé et les usagers du secteur psychiatrique (malade, famille, entourage, etc.) font face aux mêmes problèmes. Les mesures de soins préconisées demeurent insuffisantes au regard des besoins des malades. C'est dans cette dynamique qu'une nouvelle réforme sanitaire est en cours d'élaboration en Algérie. Elle consiste à mettre en place un « *Programme de la Promotion de la Santé Mentale* » qui est une stratégie parmi d'autres de redéfinir l'ensemble de l'approche dominante « curative », inscrite dans le cadre de « *la stratégie 2000-2010* », développée par l'OMS (Chakali, 2016).

Cette stratégie constitue une des manières de redéfinir l'ensemble de la politique de santé mentale, marquée jusque-là par « *des modèles curatifs* ». En effet, « *ce plan préconise, pour tous les pays du monde, des mesures ; entre autres, éviter absolument l'enfermement des malades dans les hôpitaux. Il faut dire que, maintenant, la question se pose, en termes de droits de l'homme et donc, la privation des libertés n'est plus acceptable ; car, ceci relève d'une forme de répression* » (Chakali, 2016, p. 31).

Ce dispositif ministériel se veut en rupture avec les anciens modèles – afin de promouvoir le bien-être –, et ce d'autant plus que cette pathologie, réelle et/ou supposée, est depuis longtemps circonscrite au champ de la psychiatrie. C'est, à l'évidence, la tendance dominante.

Le communiqué ministériel évoque très clairement, en 2011, *« le malaise institutionnel* » et les limites de l'approche traditionnelle qualifiée ici d'*« asilaire* » (Ministre de la santé et de la population, 2001)[17]. Car cette politique de « *grand enfermement* » engendre des conséquences potentiellement délétères, quand elle réduit l'épanouissement ainsi que la responsabilité individuelle à néant. Ce processus témoigne d'un mode de fonctionnement social dans lequel le sujet est privé de son autonomie.

Il est en effet admis que, dans le domaine de la santé mentale, les désordres psychologiques sont définis en termes d'incapacité et de déficits psychiques et/ou mentaux (OMS, 2001). Ce type d'affections est fréquemment lié à des tensions et des formes de précarisation sociale. Ce qui se traduit par un « *stress environnemental* ». La réorganisation des stratégies d'intervention en santé mentale devrait par conséquent s'articuler autour des changements sociaux actuels, en vue de donner un sens global aux nouvelles réformes sanitaires. La politique de la promotion de la santé adoptée par l'OMS s'organisera autour de l'analyse de tous les facteurs individuels, sociaux, environnementaux, économiques, politiques et culturels pouvant avoir un impact « négatif » sur la santé mentale des citoyens.

Dans le but d'atteindre cet objectif, la psychiatrie en tant que médecine de l'âme (Roelandt, 2012) devrait être introduite dans le champ sociopolitique, en indiquant, au préalable, son positionnement spécifique au regard de la question à la fois « mentale » et « sociale » (Joubert, 2003). Face à ces nouvelles problématiques, il est donc indispensable de sensibiliser et de former les praticiens, puisque la réforme du système sanitaire est un droit fondamental, et non une simple réponse à une demande sociale. On peut évoquer ici la « psychiatrie de proximité », en tant qu'élément fondateur d'un nouveau principe de « citoyenneté » selon lequel « *la santé mentale dépend de l'absence d'entraves à l'exercice de la citoyenneté avant de dépendre de l'état mental des individus* » (Maisondieu, 2010, p. 168).

Il va de soi que le manque de stratégies véritables en faveur de la promotion de la recherche et de la valorisation des résultats pourrait faire obstacle aux changements et au déploiement d'une psychiatrie de proximité. D'où la nécessité d'encourager le développement d'analyses et d'enquêtes en la matière.

---

[17] Voir à ce sujet : http://sante.dz/Dossiers/dass/sante-mentale3.htm

Cela générera, sans doute, une réflexion et des études sur les facteurs individuels, familiaux, sociaux, culturels, environnementaux, politiques et économiques à même d'altérer et/ou d'aggraver la santé mentale de l'individu.

Les pouvoirs publics pourront donc s'appuyer sur un corpus suffisamment riche pour prendre des décisions en matière de programmes, d'orientations et de services dans tous les secteurs de la société (santé, aide sociale, éducation, etc.). C'est aussi une occasion d'amorcer un débat sur l'impact socio-économique d'une « mauvaise » santé mentale, se manifestant par une détresse psychologique et une souffrance psychique importante.

L'insuffisance des infrastructures, la stigmatisation et l'exclusion des personnes mentalement souffrantes dans la société algérienne sont autant de problèmes de santé publique qui méritent d'être traités dans une perspective globale. D'autant que « *la santé mentale en Algérie est un sujet relativement peu abordé en public, malgré la gravité de la situation. La décennie 1990 et ses violences ont laissé de graves séquelles psychiques sur les Algériens et les Algériennes – l'immense majorité de la population (92 %) a été témoin d'actes de violence et présente par conséquent des troubles de santé mentale* » (FIDH et al., 2010, p. 6).

Aussi, les programmes et les plans préconisés en santé mentale devraient s'insérer dans un projet national. Une sorte d'organisation sociale entre les différents acteurs (les usagers, les élus, les autorités publiques, les établissements sanitaires publics et privés, etc.) en vue d'apporter des réponses concrètes en matière de promotion de la santé. Cette responsabilité citoyenne étant à même d'impulser une dynamique qui garantira une meilleure coordination et collaboration des acteurs pour articuler le sanitaire et le social.

En Algérie, « *le système de soins rigide et très centralisé fonctionne sur la base d'une relation dissymétrique entre des agents actifs (les professionnels de santé) et une population considérée comme un agrégat de patients, jamais comme un acteur collectif. La 'participation' à laquelle est conviée la population consiste en une simple et stricte soumission à des règles et dispositions élaborées au sommet, sur lesquelles elle n'a pas été réellement consultée »* (FIDH et al., 2010, p. 8).

Cette vision hiérarchique et « réductrice » de la complexité du champ sanitaire freine la concertation et le changement. D'où la nécessité de travailler ensemble dans une perspective de santé communautaire. En effet, cette mise en mouvement des acteurs (usagers, services de soin, collectivités locales, associations, etc.) autour d'un objectif commun, « la promotion de la santé mentale », provoque un transfert de compétences. C'est sur la base de ce dialogue que l'action « communautaire » s'ébauche. Une nouvelle manière de « repenser » le changement qui repose sur la mobilisation de l'intelligence collective.

Deuxième partie. Prolongement de l'enquête SMPG en Algérie

« *Coopérer, c'est ajouter de l'intelligence à la réalité* **»**

J-P. FARGES

1. Présentation de l'enquête SMPG

Dans son rapport publié en 2001, l'OMS indique que la prévalence des troubles mentaux et/ou comportementaux est en constante augmentation (OMS, 2001). La stratégie globale pour développer un plan d'action en matière de santé mentale dans le monde s'appuie largement sur les résultats des recherches épidémiologiques et/ou cliniques. Comme l'a rapporté l'OMS en 2000 « *le chemin qui mène à la santé pour tous passe par l'information* » (Bayat, Cuggia, Duff, & Mauduit, 2001, p. 155).

Ces recherches-actions (Liu, 1997) sont des instruments de connaissance du monde social qui relèvent d'une démarche essentiellement quantitative. L'OMS renforce d'ailleurs sa politique internationale de la promotion de la recherche en matière de santé mentale. « *De nouvelles recherches devront être entreprises sur les aspects biologiques et psychosociaux de la santé mentale si l'on veut mieux appréhender les troubles mentaux et mettre au point des interventions plus efficaces* […] *Il est urgent de renforcer le potentiel de recherche des pays en Développement* » (OMS, 2001, p. 116).

Vu l'ampleur des troubles mentaux, plusieurs pays dont les États-Unis, la Grande Bretagne, la Finlande, le Canada et l'Australie ont mis en place des dispositifs de recherche psychiatrique par le biais d'enquêtes spécifiques en population générale. En France, plusieurs enquêtes nationales en population générale ont exploré la prévalence des troubles de santé mentale (Lamboy, 2005).

En Algérie, la première enquête épidémiologique psychiatrique en population générale a été menée en 2003 par le Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS-Lille), en partenariat avec l'hôpital psychiatrique Mahfoud Boucebci de Chéraga (EHS-Alger). Soulignons que les données empiriques relatives à la fréquence des troubles mentaux en population générale y sont rares.

Par conséquent, le praticien est parfois confronté à une insuffisance de connaissances lui permettant de fonder son approche sur des bases valables et vérifiables (diagnostic, prise en charge, prévention, etc.). Il nous paraît nécessaire d'exposer, dans le cadre de cette thèse, les résultats issus de cette enquête SMPG, laquelle constitue un outil d'aide aux chercheurs intéressés à la question de prévalence de la maladie mentale et aux représentations socioculturelles qui les sous-tendent. Dans cette optique, nous évoquerons au préalable les aspects méthodologiques et cliniques de cette enquête, afin d'en saisir globalement la structure, la logique et la démarche utilisée.

1.1. Une recherche internationale du CCOMS

Le Centre collaborateur français de l'Organisation mondiale de la Santé[18] pour la recherche et la formation en santé mentale regroupe un réseau d'acteurs sociaux (hôpitaux, centres de recherche, universités, associations, etc.), d'actions et de programmes. Ce réseau s'inspire d'une « vision systémique du monde[19] » dans laquelle les relations entre acteurs et institutions sont « interdépendantes et globalisées ». Il s'agit de nouveaux enjeux fondés sur le décloisonnement, l'échange réciproque et la réorganisation des politiques publiques à l'échelle mondiale.

En conformité avec sa stratégie coopérative, le CCOMS renforce le développement sanitaire national (informations, recherche et formation, amélioration des pratiques sanitaires, etc.). Il se charge de développer des services de santé intégrés et communautaires. Cette approche de santé publique implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration des systèmes de santé (besoins, priorités, gestion et évaluation des activités, etc.). Dans cette perspective, ce centre collaborateur a développé une politique de la promotion de la recherche[20] afin de concrétiser ce

---

[18] ccoms@epsm-lm.fr. www.ccomssantementalelillefrance.org

[19] L'approche systémique constitue en soi un paradigme qui se base sur les interactions entre les différents éléments. On considère le monde comme une organisation et un système complexe. Elle permet aussi comme l'a rapporté E. Morin, dans son ouvrage *La Méthode,* « *d'apprendre à articuler les points de vue disjoints du savoir en cycle actif* ».

[20] Plusieurs enquêtes ont été soutenues par le CCOMS : « *Les hospitalisations d'office dans quatre régions françaises* », « *États dangereux, atteintes contre les personnes, responsabilité pénale et santé mentale* », « *Impact du retentissement de la tentative de suicide sur les proches du suicidant* », « *Efficacité d'une veille après une tentative de suicide afin de prévenir la récidive* », « *Place de la santé mentale en médecine générale* ».

principe de « *pleine participation des citoyens – usagers ou non – au développement de la qualité des services de santé mentale* ».

À titre d'exemple, un dispositif de recherche s'intitulant « enquête santé mentale en population générale » a été mis en place en France et à l'étranger. Son objectif principal étant d'évaluer, d'une part, la prévalence des troubles mentaux dans la population générale issue de chaque pays, et d'identifier, d'autre part, les représentations relatives à la « folie », à la maladie mentale et la dépression. En effet, cette enquête s'est restructurée autour de deux axes principaux, articulant les « représentations sociales » et « l'évaluation des troubles mentaux ».

Encadré 1. Enquête santé mentale en population générale : images et réalités

L'enquête « Santé Mentale en Population Générale : images et réalités » (SMPG), recherche-action internationale multicentrique, menée depuis 1997**,** a deux objectifs principaux :

1. Décrire les représentations mentales liées à la « folie », « la maladie mentale », « la dépression » et aux différents modes d'aide et de soins, et estimer la prévalence des principaux troubles psychiques dans la population générale âgée de plus de 18 ans.

2. Sensibiliser les partenaires sanitaires, sociaux, associatifs et politiques à **l'**importance des problèmes de santé mentale dans la population générale.

Pour chaque site participant à l'enquête, les données sont recueillies par des enquêteurs formés, grâce à des questionnaires administrés au cours d'entretiens en face à face avec des personnes sollicitées dans la rue, anonymement, en respectant des quotas socio-démographiques (sexe, âge, CSP...) de manière à constituer un échantillon aussi représentatif que possible de la population vivant sur la zone géographique concernée. Pour chaque personne interrogée, les questions explorent ses propres représentations ainsi que la présence de troubles mentaux actuels ou passés et les recours thérapeutiques et/ou les aides utilisés.

Depuis son commencement en 1997, l'enquête SMPG a été réalisée sur 82 sites : 68 sites nationaux et 14 internationaux, soit près de 74 000 personnes interrogées (61 000 individus en France (dont 2500 dans les DOM) et près de 12 500 individus pour l'ensemble des sites internationaux).

Source. CCOMS : http://www.ccomssantementalelillefrance.org

- **Axe socio-anthropologique** : cette partie porte essentiellement sur les représentations liées à la « folie », à la « maladie mentale », et à la « dépression » dans des contextes culturels ciblés dans le cadre de l'enquête SMPG (Ruiz & Kurkdjian, 2007). Les participants sont invités à exprimer leur avis sur les phénomènes psychologiques (folie, maladie mentale, dépression, etc.). Par ailleurs, ces représentations sociales, au cœur de la psychologie sociale, s'expriment à travers le langage et le discours social. Elles « […] *naissent et se développent dans les conversations quotidiennes et par rapport à des circonstances culturelles et historiques* » (Seca, 2010, p. 13). De plus, « *les travaux sur les représentations sociales ont montré que les représentations de la maladie (signifiant) expriment sui generis une forme de rapport entre l'individuel et le social (signifié) et permettent ainsi d'accéder aux principes plus larges (appartenance, idéologie, intentionnalité) qui régissent les relations qu'entretiennent les individus avec les autres et le monde* » (Apostolidis, 2006, p. 212).

- **Axe épidémiologique** : cet axe complémentaire (Ruiz & Kurkdjian, 2007) a été construit afin d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux dans la population générale interrogée (dépressifs, anxieux, psychotiques, personnes présentant un risque suicidaire, etc.) et de recueillir les différents modes d'aides et de soins (psychiatriques, traditionnels, médecine parallèle, etc.). Du point de vue clinique, ces deux éléments sont étroitement liés dans la mesure où la présence d'un trouble psychologique nécessite dans la majorité des cas une prise en charge appropriée.

Plusieurs villes françaises et centres métropolitains (Évry, Lille, Nantes, Tourcoing et la Vallée de la Lys) ont participé à cette étude épidémiologique en population générale. 900 sujets dans chaque site ont répondu au protocole de l'enquête, selon les quotas socio-démographiques (âge, sexe, niveau de formation et catégorie socioprofessionnelle). Entre 1999 et 2003, l'enquête SMPG a permis d'interroger plus de 36 000 sujets en France métropolitaine (Roelandt et al., 2003). Un échantillon national a ainsi été constitué, en ajustant les données de 44 sites sur les variables d'âge, de sexe et de niveau d'étude.

Dans le cadre de sa collaboration internationale, le CCOMS a soutenu d'autres pays (l'Algérie, la Mauritanie, le Maroc, la Tunisie, l'Italie, Bruxelles, la Grèce, Maurice, les Comores, etc.) dans la réalisation de cette enquête[21]. En Algérie, l'équipe du Pr. KACHA, chef de service de l'hôpital psychiatrique Mahfoud Boucebci Chéraga, a bénéficié d'un soutien méthodologique et technique. Son enquête a eu lieu au sein de la commune de Chéraga**,** située dans la banlieue Ouest d'Alger.

1.2. Contexte de l'élaboration

Il convient de préciser ici le contexte dans lequel ce projet de recherche s'est ébauché. En effet, ce dernier a été évoqué lors d'un séminaire régional sur « la santé mentale » organisé par le ministère français de la Coopération et l'OMS qui a eu lieu à Antananarivo (Madagascar) en 1995 (Roelandt et al., 2003).

Ce fut une rencontre fondatrice, qui a jeté les bases de la collaboration internationale en matière de santé mentale dans l'océan Indien. C'est à cette occasion que fut largement débattue et démontrée la nécessité de développer une politique de promotion de la santé. Bien entendu, l'augmentation « perçue » des troubles mentaux — rapportés notamment par les représentants des pays en mutation — perturbe l'ensemble des paramètres de soins.

Sur la base de cette ébauche de problème, le CCOMS et ses partenaires se sont investis dans une démarche « d'expertise » au travers d'une recherche-action (RA) pour évaluer la prévalence des troubles mentaux et les représentations y afférentes. Elle s'est principalement orientée, d'un point de vue méthodologique, vers une pratique d'intervention de manière à répondre à une demande des responsables des pays en mutation « *confrontés à des difficultés, voire à des souffrances, dans des situations de la vie réelle* » (Durif-Bruckert & Gonin, 2011).

Le Centre Collaborateur de l'OMS en tant qu'organisme international a répondu favorablement aux sollicitations formulées par le biais d'une collaboration structurée entre les différents partenaires.

---

[21] Pour plus de détails, voir la liste listes des sites et des responsables locaux sur le site du CCOMS.

Au regard des besoins identifiés, une évaluation préalable était incontournable et passait par une mise en place d'une enquête. Cette pratique stratégique est un outil pédagogique destiné à apporter certaines conclusions aux problèmes précédemment exposés, d'où l'intérêt de créer un espace de dialogue interactif regroupant élus/professionnels/chercheurs.

Cette recherche « collaborative » encourage l'échange de points de vue, en raisonnant en termes de processus de façon à ce que la réalité sociale puisse changer (Liu, 1997). Cela étant, les efforts des co-collaborateurs se sont conjugués dans un espace de dialogue, de *« co-construction des connaissances* » et de rapprochement de visions dépassant largement le clivage traditionnel entre les acquis théoriques et pratiques, entre le particulier et l'universel. C'est ainsi que le chercheur-collaborateur se positionne comme acteur de la communauté afin d'articuler son savoir avec l'action, tout en lui reconnaissant ses aptitudes à la recherche (Durif-Bruckert & Gonin, 2011). C'est une nouvelle inscription de l'homme-citoyen dans la complexité du monde social en perpétuel changement pour réorganiser la Cité.

1.3. Aspects éthiques et intérêts

Bien évidemment, cette recherche coopérative véhicule un ensemble de positionnements et d'approches qui conditionnent toute la dynamique partenaire et collective. De fait, l'engagement, notamment dans des recherches collaboratives, suppose des intérêts conjoints et des valeurs partagées. En fait, l'enquête SMPG s'insère dans la stratégie globale développée par l'OMS afin de promouvoir la santé mentale à l'échelle mondiale (OMS, 2001). Cet organisme international s'en tient à la production de la connaissance et à une construction des moyens de prévention des troubles mentaux. Un travail se fondant essentiellement sur une certaine éthique morale dans la mesure où le sentiment du « *bien-être* » et du « *vivre- ensemble* » est au cœur de leur programme de promotion de la santé mentale à l'échelle mondiale.

Il est certain que l'élargissement du champ de la recherche permet de décrire les formes de la pathologie dans des contextes culturels bien différents. On crée, en quelque sorte, un *« langage commun* » qui met en évidence les réalités sociales et culturelles nous concernant.

De même, toutes les grandes études internationales (Ecological Catchment Area Program, enquêtes SMPG, etc.) montrent bien la manière avec laquelle la psychiatrie et le contexte peuvent se tisser à l'intérieur d'un paradigme de recherche épidémiologique (Tremblay, Trudel, Charest, & Breton, 1995).

Ce type d'études internationales nous invite d'abord à approfondir la réflexion sur l'impact du contexte, puis, à mettre en œuvre de nouvelles approches aussi bien sur le plan de l'investigation que sur celui de la thérapie (Corin & Rousseau, 1997). C'est l'exemple des études interculturelles sur la schizophrénie effectuées sous l'égide de l'OMS. Les résultats de cette étude rapportent que la forme de la schizophrénie et son impact sont pratiquement identiques. Il s'avère, néanmoins, que son pronostic est significativement meilleur dans les pays en mutation (Sartorius, Jablensky, & Shapiro, 1978).

Ces travaux internationaux s'inscrivent cependant dans une logique de construction de savoirs, aussi alternatifs que structurés soient-ils, sur la destruction d'autres formes de savoirs déjà dominants. Ils se situent surtout dans la mouvance de ce que Kleinman nomme « *nouvelle psychiatrie interculturelle* » (Kleinman, 1987). Autrement dit, une approche plus complexe pour saisir l'effet des acquis culturels sur les problèmes de santé mentale. Cette démarche « *ambitieuse* » consiste à étudier « *les manières dont la culture influence la perception, la classification, le processus d'étiquetage, l'explication, l'expérience des symptômes, le cours, les décisions qui concernent le traitement et la maladie* » (Memman, 1991, p. 5).

Dans cet ordre d'idées, des ethnopsychiatres ont bien confirmé que ces troubles s'expriment selon une logique culturelle donnée (Corin & Rousseau, 1997). Emil Kraepelin[22] aurait introduit en 1904 l'expression de « *psychiatrie comparée* » pour désigner l'ensemble des études de psychopathologie différentielle entre les groupes culturels distincts. Ainsi voit-on que dans l'anthropologie de la santé, la définition et l'interprétation d'un problème de santé est le résultat d'une construction sociale qui varie d'un pays et d'un groupe à l'autre.

[22] Psychiatre allemand, Kraepelin fut élève de Wundt, il est considéré comme le fondateur de la psychiatrie scientifique moderne.

L'anthropologue R. Massé[23] a présenté, à travers son livre *Culture et santé publique,* les rapports entre culture, santé, maladie dans le cadre des débats sur la santé publique : « *L'anthropologie de la santé peut être sommairement définie comme une sous-discipline de l'anthropologie consacrée à l'analyse des façons dont les gens, dans diverses cultures et dans divers sous-groupes sociaux à l'intérieur de chaque culture, reconnaissent et définissent leurs problèmes de santé, traitent leurs malades et protègent leur santé* » (Massé, 1998, p. 15).

La dimension culturelle est, semble-t-il, encore plus importante dans l'étude des troubles mentaux. L'individu étant un sujet social qui se conforme et/ou s'adapte aux normes et aux codes de la société. Chose à même de lui assurer un processus de socialisation au long cours sein de sa propre communauté. La normalité s'évalue donc en référence au groupe socioculturel auquel l'individu appartient (Bertini, 2010). Il existe un consensus sur lequel on s'appuie pour qualifier un comportement de « *normal* » ou de « *déviant* ». En effet, la norme commune est constituée d'ensembles de valeurs collectivement partagées. Par conséquent, le sujet est amené à mobiliser son potentiel personnel (physique, intellectuel, psychologique, etc.) afin de répondre aux exigences sociales. Cependant, celui qui est désigné comme « *anormal* » ou « *non-conforme* » développe un comportement ou un système symbolique incompréhensible par le groupe.

Il y a une relation étroite entre la maladie mentale et la culture (Massé, 1998). De nombreuses récentes études ont mis l'accent sur l'importance du contexte culturel dans la genèse et l'évolution des problèmes psychiatriques. Elles montrent la nécessité de mettre au point de nouvelles approches plus « rigoureuses » pour intégrer la complexité de leurs manifestations, du reste amplifiée par les différences de culture.

Cette pluralité de méthodes et de perspectives permet de développer de nouveaux modes d'intervention. En effet, la recherche en psychiatrie interculturelle consiste à étudier l'expression variable des symptômes dans des milieux sociaux distincts. Toutefois, la réalisation de ce type d'enquêtes se heurte à certaines difficultés méthodologiques.

---

[23] Professeur d'Anthropologie à l'Université Laval de Québec, Raymond Massé présente une synthèse des cadres conceptuels et des contributions à l'élaboration des programmes de prévention et de promotion de la santé.

On peut tester des hypothèses conceptuelles à partir de corpus des données épidémiologiques. Aussi est-il parfois nécessaire de s'interroger sur la solidité des résultats liés aux variables macrosociales pour aborder la question de la psychopathologie individuelle. Ceux issus des recherches interculturelles relatives à l'évolution de la schizophrénie demandent dès lors que l'on examine la manière avec laquelle les caractéristiques du milieu social et culturel modèlent cette expérience. Encore faudrait-il préciser ce que recouvre la notion de « *facteurs culturels* » et déterminer comment ces éléments sont susceptibles d'influencer l'évolution des problèmes psychiatriques.

Dans le cadre de l'enquête SMPG, l'étude des représentations collectives consiste à identifier les aspects culturels relatifs à la maladie mentale. C'est un travail de contextualisation pour analyser la « *pensée sociale* » dans le domaine de la santé mentale. Il permet une certaine lecture « *multitransversale* » en s'intéressant aux *perceptions et actions mobilisées et actualisées dans la construction de la réalité sociale* » (Apostolidis & Dany, 2012, p. 70).

Chacun interprète la maladie mentale selon les représentations dominantes. Autant dire « *une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (Jodelet, 2003). En ce sens, les différents discours sur la maladie mentale sont la somme de nos représentations mentales et de nos croyances[24]. Au-delà de ces considérations, la folie est perçue comme synonyme de dangerosité et de déviance (Giordana, 2010). L'intérêt interculturel de l'enquête SMPG réside essentiellement dans l'étude des images sociales liées principalement à la désignation du « malade mental » à travers trois dénominateurs : le fou, le malade mental, le dépressif. Car comme l'a rapporté le directeur du CCOMS, Roelandt « *cette enquête (SMPG) permet d'étudier les différences de perceptions entre ces* '*mots*' *employés couramment par les populations et les médias et, par là même, d'appréhender quelles implications ces représentations sociales peuvent avoir sur l'accès aux soins psychiatriques* » (Roelandt et al., 2003, p. 20).

---

[24] Selon le philosophe allemand Schopenhauer (1788-1860), tout un chacun parmi nous s'appuie sur la conception du monde comme volonté et représentation, d'où ce « *désir de vie aveugle et sans but* », pour reprendre ses propres termes, désir qui se confronte à la réalité de la vie elle-même. Tous les phénomènes à l'œuvre relèvent de nos sensations et surtout de notre rapport controversé au monde.

2. Etat des lieux de la fréquence des troubles mentaux en Algérie

2.1. Manque de données épidémiologiques

Dans l'enquête SMPG évoquée précédemment, le travail est axé sur la prévalence des troubles mentaux. Dix-sept affections ont été diagnostiquées au moyen d'un questionnaire auto-administré, le MINI (Roelandt, 2005).
Les troubles mentaux et du comportement sont considérés comme des affections cliniquement significatives qui s'expriment en général par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) et/ou du comportement (Vittorio, 2014). C'est une expérience de soi qui est associée à une détresse psychique tangible. Ces affections sont, il est vrai, manifestement pathologiques dans le cas d'altération des fonctions mentales. Lesquelles évoluent d'une façon naturelle ou, tout au moins, prévisible**,** notamment en cas d'absence d'intervention efficace. Or, une souffrance morale ne constitue pas nécessairement une pathologie lorsqu'elle ne présente aucun caractère invalidant pour le sujet ou son entourage. Celle-ci peut être liée à des difficultés personnelles et/ou sociales qui ne sont que passagères.

Dans la pratique clinique, les troubles mentaux et du comportement sont diagnostiqués par le biais de différentes méthodes. En effet, cette évaluation se fonde essentiellement sur des outils du diagnostic « rigoureux », lesquels ont été largement éprouvés afin d'en normaliser les critères. La classification internationale des troubles mentaux et du comportement (CIM-10) en dresse la liste complète. En outre, le DSM-V, dans lequel symptômes et signes ont été regroupés sous forme de syndrome, permet une certaine homogénéité des diagnostics (APA, 2013).

À l'échelle mondiale, la fréquence des troubles mentaux est très élevée. Près de 450 millions de personnes en sont atteintes, et ces affections ont naturellement des répercussions importantes, tant sur le plan social que sur le plan individuel (OMS, 2001). Par conséquent, leur estimation en termes de prévalence et de comorbidité s'avère fondamentale. Aussi la nosographie englobe-t-elle des troubles variés en vue d'une évaluation diagnostique multiaxiale. La notion de « comorbidité » se retrouve au cœur de la nosographie psychiatrique (APA, 2013). Il paraît dès lors indiscutable que la multiplicité symptomatologique affecte considérablement la qualité de vie des sujets concernés.

Les données épidémiologiques concernant la population française ont été scrupuleusement exploitées, analysées et publiées dans des revues francophones et anglophones**.** Quant à la base des données recueillie en Algérie, elle n'a pas été suffisamment exploitée pour évaluer la prévalence de différents troubles mentaux. Il convient donc de tirer parti de façon beaucoup plus approfondie du corpus de l'enquête SMPG sous-exploité. C'est d'autant plus indispensable que la problématique de la santé mentale en Algérie devient de plus en plus importante au fil des années (Boudarène, 2015). D'ailleurs, ce problème de la collecte systématique des données et les enjeux relatifs à l'élaboration d'un plan de promotion de la recherche et de l'information en santé mentale ont fait l'objet de débats lors des colloques et des congrès organisés à Alger par l'association franco-algérienne de psychiatrie[25].

Il est à noter que l'on ne dispose pas, à notre connaissance, de données conséquentes sur la prévalence des troubles mentaux et leur comorbidité au sein de la population générale algérienne. D'ailleurs, la majorité des enquêtes porte sur des échantillons cliniques restreints[26]. En ressortent des conclusions insuffisamment détaillées pour être extrapolées au niveau national. Bien que plusieurs centres de recherche existent, une politique claire de la recherche scientifique n'a pas encore été mise en place. L'absence d'une véritable stratégie pour la promotion de la recherche et de la valorisation des résultats dans le domaine de la santé mentale en particulier en serait, peut-être, la principale cause. D'où la nécessité d'exposer dans ce contexte les résultats issus de l'enquête.

Il est difficile, au vu de cette contrainte, de poser un véritable diagnostic de la réalité psychopathologique en Algérie. Pourtant, les données issues des enquêtes sont essentielles pour fixer des priorités en matière de santé mentale et évaluer l'efficacité des moyens thérapeutiques utilisés. À défaut de travaux de recherche, l'interprétation des phénomènes psychologiques se réalise en fonction d'une lecture traditionnelle (manque de foi, possession, etc.).

---

[25] La Société Franco-Algérienne de Psychiatrie (SFAP) est née le 25 février 2002, à l'initiative de psychiatres français et algériens. Son objet s'inscrit dans le cadre classique des associations scientifiques mais aussi dans la perspective de promouvoir et de développer les échanges humains entre les psychiatres des deux pays.

[26] En Algérie, la plupart des études sont réalisées par des étudiants dans le cadre de leurs travaux de recherche (mémoire, thèse de doctorat, etc).

2.2. Synthèse des résultats issus de l'enquête SMPG

Nous présenterons dans cette partie quelques résultats sur la fréquence des troubles mentaux en Algérie issues de l'enquête SMPG. Ce travail de synthèse nous permettra d'avoir un aperçu sur la fréquence des troubles mentaux en Algérie.

Huit cent quatre-vingt-dix-neuf (n=899) ont été invités à répondre au questionnaire « Minimal International Neuropsychiatric Interview (MINI) ». Cet entretien structuré explore dix-sept troubles psychiatriques en 120 questions (Lecrubier et al., 1997). Avec deux modalités de réponse oui/non correspondant aux critères du diagnostic du trouble en question (voir chapitre 5).

Selon les résultats obtenus, 60 % de sujets souffrent au moins d'un trouble psychologique. Cela pourrait être lié au contexte social anxiogène qui règne dans le pays et à l'absence déjà évoquée d'une véritable politique de promotion de la santé mentale. De même, l'étude ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) menée dans six pays européens (France, Belgique, Allemagne, Italie, Pays-Bas et Espagne), rapporte que les prévalences de troubles mentaux au cours de la vie s'élèvent à 25.9 %, les troubles de l'humeur à 14.7 % et anxieux à 14.5 % (Lépine et al., 2005).

Plus précisément, les troubles dépressifs diagnostiqués au sein de la population algérienne sont très fréquents. Près de 33 % des sujets souffrent d'un épisode dépressif. Dans le monde, la prévalence de ce trouble sur douze mois est de 9,5 % pour les femmes, de 5.8 % pour les hommes. 36.3 % de sujets « évalués » souffrent de troubles dépressifs. Il en ressort aussi que la fréquence des troubles anxieux est relativement importante (41.7 %).

Bien souvent, les troubles anxieux s'accompagnent de troubles dépressifs : *« la comorbidité des troubles dépressifs et anxieux est particulièrement importante ; elle a été évaluée à 14 % et 19.2 % aux États-Unis et au Canada en population générale et dans les milieux de soins primaires. Récemment, cette comorbidité dépression-anxiété a été observée chez la moitié des personnes concernées. Elle est aussi reconnue comme facteur associé aux actes suicidaires »* (Lamboy, 2005, p. 585).

Par conséquent, l'évaluation de ce risque dans la pratique clinique passe tout d'abord par la détection de ces affections qui confèrent parfois au sujet une vulnérabilité psychologique (Darcourt & Mazet, 2001).

Il a été en effet démontré que « *les troubles psychiatriques affectent une personne sur cinq chaque année et une sur trois si l'on se réfère aux taux de lifetime prevalence. Ils sont responsables d'une forte mortalité par suicide, à laquelle s'ajoute la surmortalité non suicidaire, et d'une importante morbidité* » (Rouillon, 2008).

Dans cette même perspective, nous étudierons la relation entre les troubles anxieux PTSD et le risque suicidaire en vue d'une meilleure prévention. Plusieurs études portant sur des populations cliniques ou non, rapportent que les sujets ayant un diagnostic de PTSD ont également une dépression (Breslau et al., 1998; Kessler et al., 1995).

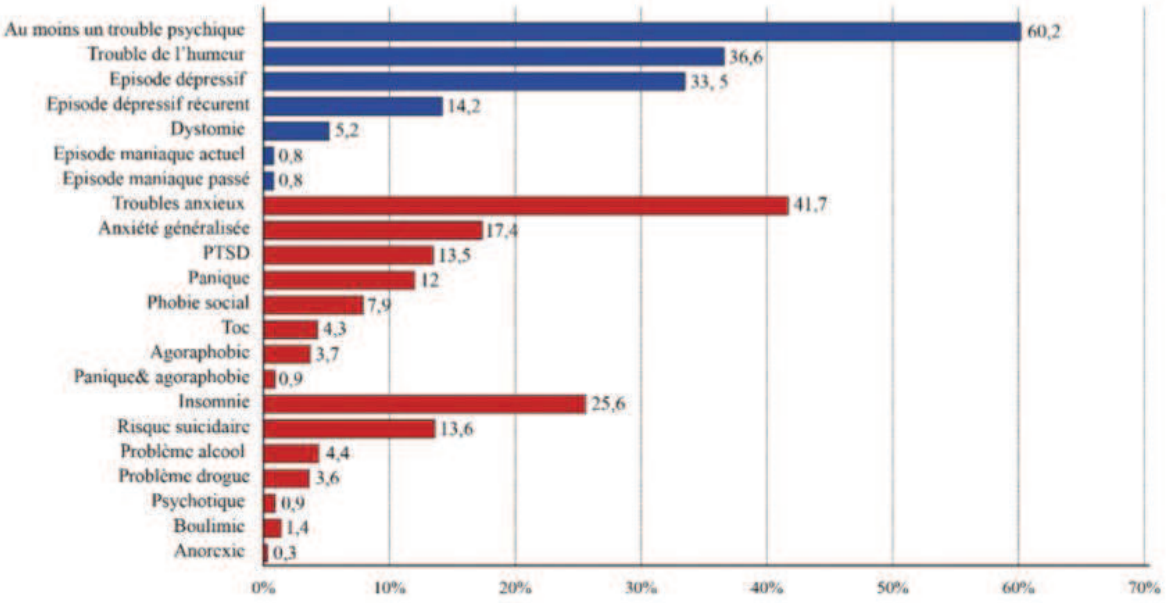


Figure 1. Fréquence des troubles mentaux diagnostiqués par le MINI Selon les résultats issus de l'enquête SMPG (CCOMS-Lille/EHS de Chéraga-Alger).

Dans le contexte algérien, la souffrance psychologique ou encore ces états pathologiques avérés sont souvent interprétés comme des expériences « anormales », ce qui est à même de justifier les conduites stigmatisantes et discriminatoires. Cela entrave le processus de prise en charge et empêche toute réintégration du malade. À en croire les données issues de l'enquête SMPG, 60 % des sujets interrogés souffrent d'au moins une difficulté psychologique qui pourrait, dans certains cas, se transformer en grave pathologie.

Loin d'être un phénomène conjoncturel, cette pathologie est l'expression d'un certain mal-être, d'autant que la pauvreté et la précarité ont considérablement augmenté, touchant notamment les plus fragiles (FIDH et al., 2010).

En outre, ce contexte de violence a suscité un malaise social palpable, anxiogène même. Les attitudes concourant à stigmatiser les malades y puisent leur source, ce qui favorise le sentiment de méfiance et de peur.

Les résultats montrent que l'exclusion est une réalité sociale à laquelle le malade est confronté. Le « fou » et le « malade mental » sont considérés comme des individus exclus du giron de la famille, du travail et de la société (figure 2). Il en ressort que le dépressif est exclu de sa famille, de sa société et de la vie professionnelle. Il est à souligner que l'exclusion professionnelle est beaucoup plus visible dans les trois groupes. Outre les désordres dont il souffre, il rencontre de graves difficultés à s'insérer dans la vie active. Dans le contexte économique actuel, les malades mentaux sont les plus touchés par la précarité et la pauvreté.

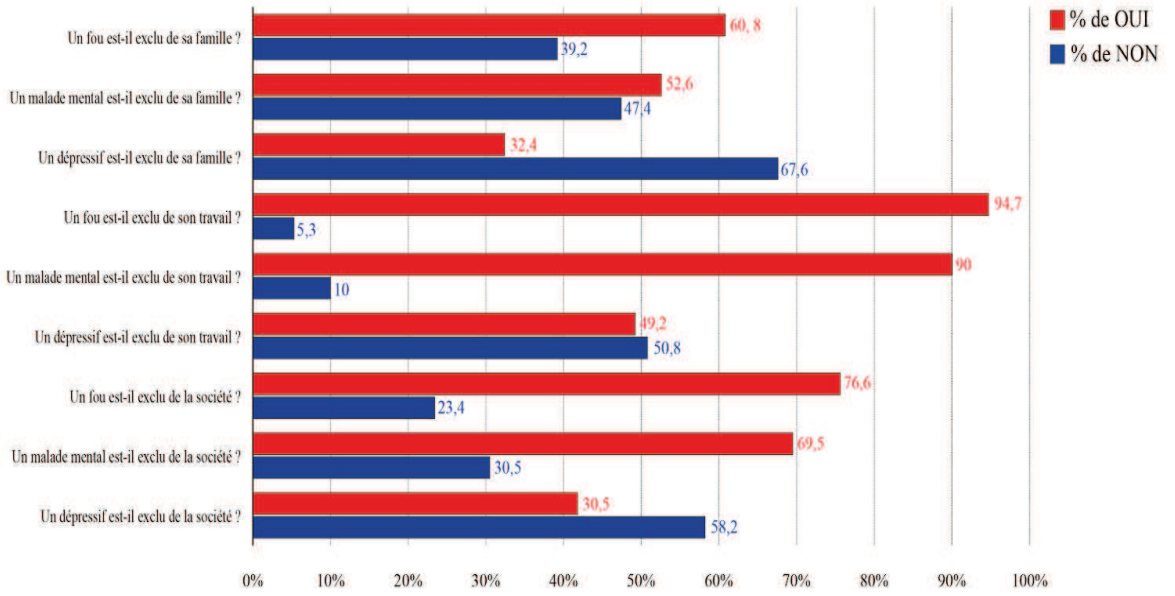


Figure 2. Représentation sociales liées à la stigmatisation des individus désignés comme « fous », « malades mentaux » et « dépressifs » dans l'enquête SMPG (CCOMS-Lille/ EHS de Chéraga-Alger).

3. Conclusion du chapitre

Un des principaux objectifs de l'enquête SMPG est, d'une part, la description des représentations liées à la « folie », à la « maladie mentale », à la « dépression », et d'autre part, l'identification des différents modes d'aide et de soins. Ce qui permet d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux parmi les adultes en population générale.L'approche des représentations sociales permet d'étudier le contenu de la croyance populaire qui exprime une forme de rapport entre l'individuel et le groupe, c'est-à-dire, les relations qu'entretiennent les individus avec les autres et le monde (Jodelet, 2003).

En Algérie, les représentations liées à la maladie mentale sont souvent négatives. La stigmatisation ainsi que l'exclusion sont une triste réalité à laquelle se confronte le sujet. Elles entraînent, en quelque sorte, une nouvelle configuration des rapports sociaux et symboliques. Elles peuvent être interprétées comme des phénomènes révélateurs de ruptures du lien social, et plus globalement du processus de « désaffiliation sociale » (Castel, 1999). Car, « *nos représentations ne nous renseignent pas seulement sur la relation que nous entretenons avec les phénomènes corporels et notre propre état de santé, mais sur les relations qu'à travers eux, nous entretenons avec les autres, avec le monde et l'ordre social* » (Herzlich, 2001, p. 198).

Les résultats montrent également que la fréquence de la dépression et les troubles anxieux sont relativement importants. Ces affections perturbent considérablement la qualité de vie des sujets. Ainsi, leur évolution, du reste chronique, serait émaillée de « *conduites autodestructrices* ». Bien entendu, cela complique davantage le diagnostic et le pronostic, d'autant que les passages à l'acte demeurent, généralement, imprévisibles. En outre, ce phénomène suicidaire touche les populations les plus vulnérables et pose un problème de santé publique (identifié comme tel par l'OMS), puisque notre société ne dispose pas d'une politique nationale de prévention du suicide.Notre travail de recherche porte en particulier sur la problématique de la souffrance psychotraumatique en lien direct avec les conduites suicidaires. Outre cette dimension méthodologique, ce cadre théorique mettra en relief notre raisonnement. Il est indispensable, par conséquent, d'évoquer, au préalable, ces notions théoriques (suicide, traumatisme, etc.), afin de démontrer la pertinence à la fois scientifique et sociale de notre problématique de recherche.

Chapitre 2

Le traumatisme psychologique en Algérie

Troixième partie. Perspective théorique du PTSD

1. Bref historique : la névrose traumatique

Les conflits mondiaux à l'origine des désordres à la fois physiques et psychologiques ont donné naissance à des travaux importants, plus particulièrement en matière de traumatisme psychique. Ces catastrophes massives (camps d'extermination, bombes atomiques et colonisation notamment) génèrent des pertes importantes, ainsi que des perturbations socio-culturelles de grande ampleur.
La Première guerre mondiale a provoqué un véritable chamboulement des repères sociétaux. En témoignent les pertes de vie humaines pendant cette période de l'histoire dont le bilan fut accablant : 18.6 millions de morts, parmi lesquels 9.7 millions de soldats ont été décomptés (Crocq, 1999)[27]. Beaucoup d'observateurs se sont penchés sur ces drames considérés comme des indices de changements fondamentaux pour l'Humanité.

C'est dans ce contexte historique que les médecins aliénistes ont développé des approches essentielles, en particulier sur un plan neurologique - qu'elles soient physiques, comportementales ou émotionnelles - de la vulnérabilité d'ordre mental qu'on nomme plus précisément « traumatisme psychique ». Ce corpus fut suffisamment fructueux pour permettre de dégager la symptomatologie associée au traumatisme psychologique, ainsi que l'impact des événements perturbateurs tels que accidents, guerres, agressions et grandes catastrophes sur la santé physique et/ou psychologique des individus qui y sont exposés (Fassin & Rechtman, 2011). Du point de vue historique, la notion clinique de traumatisme psychologique est issue des premiers essais portant principalement sur des troubles consécutifs aux accidents de chemin de fer.

---

[27] Crocq est un psychiatre français et professeur associé à l'université de Paris Decartes. Etant specialiste des névroses de guerres, Crocq a évoqué l'evolution de la notion de névrose traumatique. Voir Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob.

Alors fréquents, ces accidents provoquaient à cette époque des séquelles visibles et handicapantes qu'il fallait comprendre et prendre en charge d'une manière précoce. À cet égard, de nombreux litiges juridiques opposant les victimes accidentées aux compagnies ferroviaires eurent lieu. Par conséquent, la reconnaissance des victimes s'imposait d'elle-même comme problème de société. En raison de ces conflits émergents, les médecins se virent donc investis d'une nouvelle mission, puisqu'il est question ici de démontrer, par le biais de méthodes objectives, ce « lien de causalité » entre un événement accidentel et les troubles psychologiques afférents observés (Pignol, 2011). Ainsi ces derniers participèrent-ils, en tant qu'experts, aux débats juridiques relatifs à la reconnaissance et à l'indemnisation des victimes par les compagnies ferroviaires concernées. Or, cette tâche s'avère parfois complexe, dans la mesure où le domaine du traumatisme demeure peu exploré, tant sur le plan clinique qu'étiopathogénique.

Ces circonstances ont permis au neurologue allemand, Herman Oppenheim, de développer sa conception sur le traumatisme liée plus particulièrement aux accidents de chemins de fer. En 1884, Oppenheim introduit le terme de « névrose traumatique » dont les victimes ont souffert, en s'opposant à la conception de Charcot. « *Lorsque H. Oppenheim introduit le terme de névrose traumatique en 1884, c'est à propos des victimes d'accidents de chemin de fer. Il n'évoque pas d'emblée la mort des co-voyageurs. La névrose traumatique prend surtout le statut particulier d'avoir une étiologie extra-psychique (sa cause est extérieure à la personne), alors que les autres névroses découlent d'une étiopathogénie intrapsychique* » (Bacqué, 2003, p. 113).

Le traumatisme psychologique a été considéré comme une entité clinique autonome marquée par des symptômes spécifiques (souvenir obsédant, troubles du sommeil, cauchemars de reviviscence, phobie du chemin de fer et labilité émotionnelle). De surcroît, Oppenheim constate que l'accident déclenche une lésion, laquelle affecte d'abord le fonctionnement du système nerveux, pour générer ensuite épisodes dépressifs et paralysies temporaires chez les accidentés.

Selon cette conception novatrice, c'est l'effroi[28] (*Schreck*) qui provoque un véritable ébranlement psychique (*Seelische Erschütterung*), voire une altération psychique durable dans certains cas (Crocq, 1999). Oppenheim s'efforce donc, semble-t-il, de bien différencier l'hystérie de la névrose post-traumatique, les symptômes de cette dernière étant directement liés aux conséquences de l'événement potentiellement traumatique.

En même temps, Charcot découvre qu'un choc traumatique provoque chez le sujet une « dissociation de la conscience », c'est-à-dire une rupture de contact avec la réalité extérieure. En effet, ce dernier soutient à cette époque, à travers les *Leçons du mardi*, que les tableaux cliniques de la névrose traumatique relèvent de l'hystérie, de la neurasthénie et de l'hystéro**-**neurasthénie. En conséquence, le souvenir de l'événement demeure enfoui et inconscient. Fondamentale, cette approche a été largement reprise et poursuivie par Janet, Breuer**,** Sigmund Freud, puis par Ferenczi.

Malgré les divergences théoriques, les deux paradigmes que constituent « l'hystéro-traumatisme » de Charcot et « la névrose traumatique » conçue par H. Oppenheim deviennent les pivots du modèle de référence dominant au sein de la théorie du traumatisme psychologique.

2. Quelques modèles théoriques

2.1. Freud

Trauma et traumatisme sont des termes utilisés en médecine et en chirurgie. Le concept de trauma, provient du grec trauma, « blessure », alors que le traumatisme, « traumatismos », désigne plutôt les conséquences d'une lésion résultant d'une violence externe (Crocq, 1999).

Ces concepts ont été transposés d'une façon métaphorique sur le plan psychologique afin de rendre intelligible l'impact du choc externe sur l'ensemble de l'organisme.

---

[28] L'effroi est une réaction manifestée suite à une situation externe intense dont le sujet n'est pas à même de se protéger ou qu'il ne peut maîtriser. Freud**,** dans *Au-delà du principe de plaisir*, établit une distinction sur le plan théorique entre les concepts suivants : « Effroi » (Schreck), « peur » (Furcht), « angoisse » (Angst)**.**

Sa signification reste identique, puisque le traumatisme psychologique est considéré comme la transmission d'un choc psychique exercé par des agents extérieurs sur le psychisme, provoquant des désordres psychopathologiques (Crocq, 1999; Damiani & Lebigot, 2011).

Selon l'approche psychanalytique, les excitations extérieures font « *effraction*[29] » dans le système psychique. Freud, en tant que chercheur et clinicien, formule, à partir de ces observations, diverses questions et hypothèses. En effet, ce dernier tente d'établir une approche à la fois globale et plausible de l'inconscient, en apportant par ses propres soins des insuffisances et des lacunes liées à la construction de sa théorie.

Ses travaux sur le « traumatisme psychique » en est un exemple édifiant. Cette notion de « traumatisme psychique » a connu tout au long de ses œuvres d''importants remaniements sur le plan métapsychologique, en lien avec de sa conception de l'appareil psychique. Freud s'intéressait, pendant cette phase de reconstruction, à l'étiologie des névroses, notamment chez ses patients ayant vécu des traumatismes auparavant. Il élabore alors une théorie « métapsychologique » de l'appareil psychique[30]. En principe, l'objectif de ces tentatives d'explication sensiblement différentes est de théoriser la question du traumatisme psychologique. Dans une perspective psychanalytique, le traumatisme est considéré d'abord comme un événement personnel dont les effets sont pénibles.

En 1920, Freud évoque la notion de « pare-excitation[31] ». Il s'agit d'un appareil protecteur censé protéger le moi des excitations venant de l'extérieur. Le trauma résulte donc de la rupture de l'appareil protecteur du psychisme du sujet et introduit avec force des excitations qui déclenchent un signal de danger. Cette tentative de modélisation du traumatisme psychique a été reprise par le psychiatre F. Lebigot dans son livre le traumatisme psychique.

---

[29] Ce concept freudien est utilisé pour décrire le traumatisme psychologique. Freud emploie une métaphore, « l'effraction du pare-excitations », pour décrire la pénétration de l'image traumatique dans l'appareil psychique.

[30] Ce terme a été utilisé par Freud pour décrire la dimension la plus théorique de la psychologie (la théorie des pulsions, le processus du refoulement, etc). La métapsychologie regroupe un ensemble de modèles conceptuels issus de l'expérience.

[31] La fonction de cet appareil est de protéger (schützen) l'organisme contre les excitations en provenance du monde extérieur.

En référence à ce cadre conceptuel, Freud précise que « *nous appelons traumatiques les excitations externes assez fortes pour faire effraction dans le pare-excitations. Je crois qu'on ne saurait comprendre le concept de traumatisme sans le mettre ainsi en rapport avec la notion d'une mise à l'écart, d'ordinaire efficace, des excitations. Un événement comme le traumatisme externe provoquera à coup sûr une grande perturbation dans le fonctionnement énergétique de l'organisme et mettra en mouvement tous les moyens de défense* » (Freud, 2010, p. 78). C'est l'incapacité de l'appareil psychique à liquider la surcharge pulsionnelle qui provoque le traumatique psychique. Le principe de plaisir, tel un régulateur du fonctionnement mental, est mis hors-jeu à cause, justement, de la violence et la soudaineté de l'événement extérieur.

Le traumatisme est une situation d'effroi paralysante, dans la mesure l'individu mobilise toute son énergie psychique afin de maîtriser les « sommes d'excitations » ayant pénétré par effraction dans l'appareil psychique.

Ce traumatisme, provoqué par la non-abréaction[32] de l'expérience, s'incruste dans le psychisme comme un « corps étranger ». Par conséquent, l'absence d'élaboration psychique entraîne des compulsions répétitives et des rêves en rapport avec la situation qualifiée de traumatisante. Ainsi, ces fortes excitations se traduisent par des comportements hystériques, voire maniaques. On repère des préoccupations hypocondriaques dans le tableau clinique des névroses traumatiques.Toutefois, les défenses psychiques ordinaires ne sauraient contenir ces excitations exogènes et/ou endogènes accompagnées d'une grande faiblesse des fonctions du Moi. De ce point de vue, toute expérience qui suscite une forte mobilisation de l'énergie psychologique pourrait être considérée comme traumatique.

En 1926, Freud formule sa nouvelle théorie de l'angoisse dans *Inhibition, symptôme et angoisse*. Les excitations pulsionnelles menacent l'équilibre du Moi qui déclenche un signal d'alarme. Freud propose une nouvelle théorie de l'angoisse et met l'accent sur le lien entre le traumatisme et la perte d'objet[33] en introduisant dès lors la question des liens à l'objet qui sont au cœur la théorie psychanalytique.

---

[32] L'abréaction permet au sujet de réagir à un événement et d'éviter que celui-ci ne garde un affect pathogène.

[33] Terme freudien qui désigne le sein maternel, la perte de cet objet crée un manque chez l'individu.

2.2. Ferenczi

La clinique du trauma est l'un des apports essentiels de Sandor Ferenczi[34]. En effet, Ferenczi fut mobilisé pendant la guerre en tant que médecin chef de service de neurologie dans un hôpital militaire. Il traitait un grand nombre de cas de soldats névrosés de guerre. Il étudia par l'observation la relation entre traumatisme psychique et physique.

C'est sur la base de son travail clinique que Ferenczi a construit sa théorie inachevée du trauma. Ferenczi décrit le trauma comme un choc provoquant l'éclatement de la personnalité, et il a cherché par tous les moyens possibles à identifier l'origine de celui-ci. Ferenczi s'intéressera aussi au temps de latence des névroses dans des cas de traumatisme classés parmi les psychonévroses narcissiques. Il insiste sur la notion de régression au stade infantile de l'amour de soi marquée essentiellement par les changements de caractère et les troubles du contrôle émotionnel. Ferenczi démontrera, à travers ses analyses, l'importance du facteur événementiel. Il reprit par la suite la première théorie de Freud portant sur « *le traumatisme sexuel comme facteur pathogène* » (Barrois, 1998). Ces traumatismes surviendraient de façon précoce, c'est-à-dire avant l'acquisition du langage.

Toute sa théorie a été exposée dans le détail dans son ouvrage *Confusion de langues entre les adultes et l'enfant.* Selon Ferenczi, « *un adulte et un enfant s'aiment, l'enfant a des fantasmes ludiques* [...] *il n'en est pas de même chez les adultes ayant des prédispositions psychopathologiques* [...] *ils confondent les jeux des enfants avec les désirs d'une personne ayant atteint la maturité sexuelle et se laissent entraîner à des actes sexuels sans penser aux conséquences* » (Ferenczi, 1990). Cette confusion de langues serait à l'origine d'un traumatisme constitutif chez l'enfant et aurait des effets désorganisateurs en raison de sa personnalité faiblement développée. De plus, l'enfant présenterait une identification à l'agresseur en lien avec l'introjection[35] de la culpabilité de celui-ci.

---

[34] Sandor Ferenczi (1873-1933) est un psychiatre et psychanalyste hongrois. Il a eu d'importants échanges avec Freud, qui constituent une sorte de témoignage de leur amitié et de leur collaboration.

[35] Concept introduit par Ferenczi en 1909. Processus psychologique par lequel le sujet fait passer, sur un mode fantasmatique, du « dehors » au « dedans » des objets et des qualités inhérentes à ces objets. Chez les traumatisés, c'est plutôt la scène traumatique qui est appropriée, à défaut d'intégration symbolique de l'expérience d'anéantissement. L'introjection est un mécanisme de survie.

Ferenczi exposa la clinique du traumatisme en deux temps. Le premier temps, « *choc initial* », constituerait le moment de rupture de l'intégrité du Moi dont les effets sont destructeurs et durables. Le deuxième temps, « *l'auto clivage narcissique* »*,* est quant à lui caractérisé par un Moi fragmenté, en errance, abandonnerait le corps constituant une forme de défense par clivage. « *Il semble vraiment que sous la pression d'un danger imminent, un morceau de notre soi se clive comme instance auto-perceptive, instance voulant s'aider soi-même et ceci vraisemblablement dès la petite et même la très petite enfance* » (Ferenczi, 1990, p. 98).

2.3. Pierre Janet

Dans sa thèse intitulée *Automatisme Psychologique*, le psychiatre P. Janet (1859-1947)[36] défendit l'origine traumatique de certaines hystéries (Janet, 2014). Quelle que soit l'origine du traumatisme, le rôle de l'émotion et des sentiments associés était important. Janet a distingué deux niveaux de vie psychique : un niveau supérieur et un niveau inférieur. Selon Janet, la pensée normale synthétiserait les niveaux conscient et inconscient qui constituent l'unité du Moi. Les émotions extrêmes et l'épuisement de la conscience rétrécissent le champ de la conscience. Ce rétrécissement**,** qui dépend en partie des prédispositions individuelles**,** ne favoriserait plus une synthèse correcte et harmonieuse. Cependant, certains éléments seraient synthétisés par la conscience, alors que les autres le seraient par l'inconscient. Il s'opèrerait alors une désagrégation psychologique ou encore une dissociation. Certaines pensées, émotions ou comportements pourraient alors fonctionner de façon automatique. Les pensées isolées échappant au fonctionnement global ont été considérées comme « des pensées fixes ». Elles se développeraient de façon autonome et en dehors de la volonté de la conscience individuelle. En ce sens, « *la puissance de semblables idées dépend de leur isolement, elles grandissent, s'installent dans la pensée à la façon d'un parasite et ne peuvent plus être arrêtées dans leur développement par les efforts du sujet, parce qu'elles sont ignorées, qu'elles existent à part dans une seconde pensée séparée de la première* » (Janet, 1997, p. 214).

---

[36] P. Janet est un psychiatre français, sa thèse sur l'« automatisme psychologique » est l'une des premières tentatives d'aborder l'inconscient comme un objet scientifique.

Les traumatismes psychologiques qui seraient à l'origine de la dissociation affaibliraient la capacité de synthèse et provoqueraient un état de faiblesse psychologique. Il est important de rechercher ces idées fixes inconscientes en utilisant des voies telles que l'hypnose. Il s'agit de penser le fonctionnement psychique en termes de processus élémentaires subconscients et processus supérieurs conscients. Le traumatisme est un événement non-intégré à la conscience, lequel reste « accroché », en suspens.

Outre cette explication, Janet développe ce qu'il dénomme les « médications psychologiques » sur cette base, une psychothérapie des sujets traumatisés s'ébauche. Il s'agit de faire accéder l'événement à la conscience par le biais d'une élaboration. Cela provoquera donc une forme de purgation des émotions associées en aboutissant à les intégrer à la conscience comme un souvenir. Cette approche permet d'ouvrir, par sa complexité, de nouvelles perspectives de recherches sur la manifestation à la fois comportementales et émotionnelles du traumatisme psychique (la dissociation péri-traumatique, dissociation post-traumatique des émotions et de la répétition).

3. De la névrose traumatique au trouble de Stress Post-Traumatique (PTSD)

Comme toutes les violences extrêmes, la guerre du Vietnam (1964-1973) constitua un épisode stressant et sombre de l'histoire de l'humanité, qui engendra des séquelles psychologiques gravissimes. Après la guerre, on ne dénombrait pas moins de 700 000 soldats souffrant du *« post-Vietnam syndrome* » (Crocq, 1999), un ensemble de symptômes regroupés jusqu'ici sous le nom de « *névrose de guerre* ».

Selon les données recueillies, les conduites suicidaires étaient relativement fréquentes parmi les soldats engagés, 40 % d'entre-deux se suicidaient ou commettaient des actes antisociaux graves. D'où l'urgence de créer des structures d'accueil et des centres de prise en charge des vétérans en souffrance.

Au vu des séquelles psychologiques observées, l'Association Américaine de Psychiatrie (APA)[37] éditait dix ans plus tard le DSM-III, dans lequel le « *Post-*

[37] Association américaine de psychiatrie (*American Psychiatric Association*, APA) est une société regroupant 36 000 membres. L'APA a publié le Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM).

Traumatic Stress Disorder » était enfin reconnu en tant que pathologie à part entière. Cela dit, l'affinement des données du manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM) englobe les différentes situations de victimisation (militaires, pompiers, policiers, victimes d'attentat, de violences sexuelles ou de torture et population ordinaire...).

Dans le cadre de cette approche descriptive, il est donc question de regrouper et de classer les symptômes, afin de diagnostiquer d'abord le PTSD pour le traiter par la suite. En principe, cette démarche clinique a pour objectif de réduire les réactions aiguës qui se produisent face à des situations dites « traumatiques » et d'en prévenir les effets à court et à long terme.

Cette reconnaissance officielle du trouble de stress post-traumatique – qui s'est opérée par le biais d'une spécification de la symptomatologie traumatique – a donné lieu à de nombreuses recherches, et plus particulièrement à des études d'ordre épidémiologique conduites à l'échelle mondiale. C'est cette recherche épidémiologique qui a renforcé l'idée que le PTSD était une réalité clinique qui devait être reconnue comme telle. Ces travaux rapportent que la fréquence du PTSD au cours de la vie est relativement importante au sein de la société « moderne ». Par conséquent, la question du traitement du PTSD ainsi que sa prise en charge s'imposent avec acuité dans le domaine de la pratique clinique. D'où la nécessité de connaître l'étiologie du PTSD, d'en saisir les différents aspects et de reconnaître les symptômes associés.

Dans cette optique, il s'avère qu'en référence aux critères du DSM le PTSD est une entité clinique à part entière consécutive à un événement extérieur. Bien entendu, « *la présence de ce critère peut donner l'impression que les mécanismes responsables des symptômes post-traumatiques sont évidents et que tous les individus exposés à un même événement traumatique développent un TSPT. Or, ce n'est pas le cas. Plusieurs questions ont été soulevées dans les écrits scientifiques quant aux causes de ce développement différentiel et plusieurs études ont été menées afin de déterminer la nature de ces facteurs étiologiques. Par la suite, les théoriciens ont élaboré des modèles conceptuels de ce trouble* » (Brillon, Marchand, & Stephenson, 1996, p. 130).

Principalement, le PTSD regroupe des symptômes bien spécifiques (exposition à un événement, évitement, altération de la cognition, activation neurovégétative).

De la catastrophe naturelle à la maladie, en passant par les multiples atteintes aux droits individuels et collectifs, le traumatisme s'est progressivement imposé telle une problématique à la fois clinique et sociale (Pignol, 2011). D'où l'intérêt d'une prise en charge collective et solidaire des personnes diagnostiquées comme traumatisées.

Or, cette entité clinique, bien qu'utile dans les domaines de la clinique et de la recherche, suscite un véritable débat épistémologique, et notamment au sein de la communauté des psychiatres français d'obédience phénoménologique (Claude Barrois et Louis Crocq notamment). Crocq, au regard de leur approche compréhensive, a établi la distinction entre le stress (comme composante neurobiologique) et le traumatisme psychologique qui relève d'une experience de non-sens et de l'effraction. De même, Barrois pose un regard critique sur le nouveau paradigme descriptif intégré dans le DSM qu'il qualifié d'« *une clinique de la méconnaissance des névroses traumatiques* » (Barrois, 1998).

Le PTSD est présenté comme un trouble psychologique, afin de répondre à des questions d'ordre social et psychopathologique. Dans leur œuvre majeure intitulée *L'Empire du traumatisme*, Fassin et Rechtman en font une analyse à la fois psychologique et anthropologique, en abordant le trauma sous un angle historique, tout en évoquant les séquelles psychiques dont souffrent les victimes.

Bien que des critères objectifs soient établis, le syndrome clinique ne recouvre pas toute l'étendue de la symptomatologie psychodramatique. « *Il existe en effet des syndromes infra-critères (ils ne réunissent pas tous les critères exigés et expriment cependant une souffrance psychotraumatique réelle), et des syndromes atypiques, mettant au premier plan des symptômes psychiques ou psychosomatiques que le PTSD ne prend pas en compte, en particulier l'asthénie, l'anxiété, la dépression, les plaintes somatiques et les troubles des conduites* » (Chidiac & Crocq, 2011, p. 238).

Une situation clinique d'autant plus contraignante, dans des contextes culturels où la plainte somatique est souvent considérée comme l'expression visible de la souffrance psychotraumatique. Aussi, les troubles de la conduite aux allures caractérielles (agressions et tentatives de suicide) sont-ils classés comme des symptômes associés à la souffrance psychotraumatique. Or, le diagnostic de névrose traumatique les regroupe en tant que symptômes constitutifs, au sein de la catégorie des symptômes « non spécifiques » que l'on trouve aussi dans d'autres pathologies.

En outre, le PTSD est associé plutôt à un événement et/ou un contexte psychologiquement destructeur, lesquels déterminent la pathologie en question. Étudier l'âme en profondeur (personnalité, histoire du sujet, etc.) s'apparente, *a priori*, à un travail clinique accessoire. Cela dit, « *le traumatisme est plus la marque d'une faiblesse psychologique, d'une lâcheté que d'une éventuelle complicité, ainsi le gain pour les victimes est, à l'évidence, considérable puisqu'il éclipse enfin la douloureuse introspection narrative* » (Pignol, 2011).

C'est ainsi que l'abandon du paradigme psychanalytique s'accompagne d'un abandon de la recherche de l'affect traumatique et du travail psychologique au cœur de la démarche clinique. Autrement dit, on s'intéresse moins aux mouvements intrapsychiques et aux conflits intérieurs qui sont au cœur de la théorie psychanalytique. Ce trouble est réduit en quelque sorte à un événement extérieur qui ébranle les capacités de résistance du psychisme de l'individu. « *Les troubles post-traumatiques résultent de facteurs purement externes (l'événement traumatique) pour lesquels le sujet représente une sorte de réceptacle passif, dépourvu d'histoire et décontextualisé ; le substratum des troubles serait neurobiologique. L'acte thérapeutique qui découle logiquement de cette manière de voir les choses consiste le plus souvent à « faire parler » le sujet sur la scène traumatique* » (Baubet & Moro, 2000, p. 406).

Le traumatisme psychologique n'est, au bout de compte, qu'une « subjectivation » de l'expérience extrême (Fassin & Rechtman, 2011), qui s'inscrit au sein d'une réalité unanimement partagée. C'est dire que la névrose traumatique est avant tout une expression pathologique qui s'observe à la suite d'une exposition à une situation violente. En même temps, ce traumatisme témoigne d'une volonté de reconnaissance sociale (Fassin & Rechtman, 2011), puisque la victime recherche aussi des bénéfices matériels (réparation financière, exemption militaire dans le cas des combattants).

4. Le Diagnostic du PTSD selon le DSM-V

Le clinicien s'appuie sur son diagnostic, afin de proposer une prise en charge adaptée. Chaque trouble psychologique est associé à des traitements bien spécifiques. Il est donc indispensable de proposer – comme pour la plupart des

autres troubles psychologiques – une prise en charge « multidimensionnelle », médicamenteuse et psychothérapeutique notamment.

Bien souvent, l'évaluation de la souffrance psychotraumatique est complexe, parce que les patients n'évoquent pas toujours leurs symptômes. C'est pourquoi il importe, quelle que soit la nature de la pratique, d'utiliser une démarche diagnostique structurée qui soit basée sur une attitude globale d'écoute et de soutien du patient. Dans une perspective descriptive, l'APA a créé plusieurs versions du DSM pour homogénéiser au maximum le diagnostic des troubles mentaux, en utilisant un seul et même langage clinique (Vittorio, 2014).

Dans cet esprit, la nouvelle édition du manuel DSM-5 de l'APA apporte, en 2013, des modifications significatives dans sa présentation du trouble de stress post-traumatique (APA, 2013). Elle y ajoute notamment un chapitre intitulé *Trauma and Stress-Related Disorders*, dans lequel les troubles associés aux traumatismes ainsi qu'au stress sont suffisamment développés (trouble de stress aigu, trouble de l'adaptation, autres troubles liés à un traumatisme ou à un stresseur spécifié/non spécifié, trouble réactionnel de l'attachement, trouble de l'engagement social désinhibé). Parallèlement, on peut aussi évoquer une sorte de reconnaissance de la diversité de la souffrance humaine provoquée par des expériences de vie dites « violentes ». D'un point de vue clinique, le diagnostic du PTSD se base sur l'identification de quatre symptômes : l'exposition à un événement traumatique ; l'évitement de toutes les situations associées ; l'altération de la cognition et enfin l'hyperactivation du système nerveux. L'intensité des symptômes s'avère des plus fluctuantes, tenu compte des éléments à la fois individuels et environnementaux.

4.1. Être exposé à un événement « traumatique »

Différentes situations peuvent être à l'origine d'un stress important. Ce mot « stress » a été évoqué pour la première fois en 1936 par Hans Selye[38]. Ce physiologiste canadien conclut alors que les manifestations hormonales et neurologiques sont, somme toute, des indices de la réponse du corps.

[38] Endocrinologue, Hans Selye (1907-1982) fut le fondateur et le directeur de l'Institut de médecine et chirurgie expérimentale de l'Université de Montréal. Il est l'un des premiers chercheurs à s'être intéressé à l'etude du stress.

Cette réponse spécifique nommée « Syndrome Général de l'Adaptation (SGA) » n'est qu'une réaction physiologique de l'organisme soumis à une agression quelle qu'en soit la nature (Selye, 1950). Plus précisément, le processus physiologique à l'œuvre est composé de trois phases : la phase d'alarme ou phase de choc, la phase de résistance et la phase d'épuisement. S'inspirant du modèle comportemental au fil de ses travaux, Selye montre que des stimuli extérieurs sont susceptibles de déclencher des processus physiologiques pour que le corps s'adapte aux changements exterieurs (Selye, 1950).

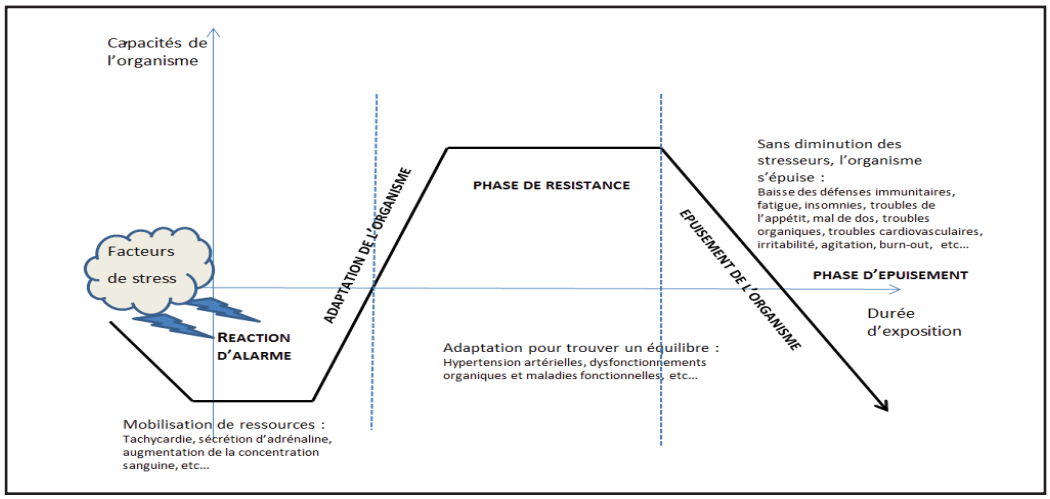


Figure 3. Le Syndrome Général D'adaptation (SGA) selon H. Selye

L'individu exposé à des événements « inhabituels » au cours de son existence finit par s'épuiser… En effet, il peut subir une pression importante qui dépasse parfois largement ses ressources personnelles.

C'est le cas, par exemple, d'un état de stress aigu apparu à la suite d'un événement « extrême » accompagné de réactions immédiates s'apparentant à la panique ou à la confusion. D'un point de vue psychotraumatique, l'événement traumatique est généralement défini comme un événement violent, susceptible de nuire à la vie du sujet concerné ou à un membre de son entourage (Crocq, 1999). Il peut être question de mort réelle ou de menace de mort, de blessure ou encore d'atteinte à l'intégrité psychique. Cela dit, l'individu peut être exposé lui-même à cette situation ou en être seulement témoin, car des événements potentiellement traumatisants de nature diverse ont des conséquences importantes sur la vie.

Dans la nouvelle version du DSM-V, l'agression sexuelle et la menace d'une telle agression, de par la proximité émotionnelle avec une victime proche, sont identifiées comme événement potentiellement traumatisant. Ainsi, la présence d'émotions « négatives » (la peur, le sentiment d'impuissance notamment.) était une condition « nécessaire » à la qualification des événements comme traumatiques. Or, ce critère A2, « *la réaction de la personne à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur* », a été supprimé dans la nouvelle version du DSM-V.

Il convient de préciser ici que les théories psychanalytiques ont d'ailleurs apporté des éclaircissements tangibles en matière de traumatisme psychique. En effet, ces dernières ont mis en évidence le concept de « moment d'effroi », lequel témoigne d'une blessure psychique. « *Ce moment de l'effroi est facile à repérer dans le discours du sujet, précocement en dehors de toute manifestation psychopathologique. Il signe qu'il y a eu effraction traumatique. Ce qu'il faut savoir néanmoins, c'est qu'il peut être* **'***oublié***'** *avec la partie de l'événement qui a fait traumatisme, par le mécanisme du déni* » (Lebigot, 2011, p. 8).

4.2. Reviviscences

La plupart des sujets traumatisés sont perturbés par des réminiscences. Ces derniers ont souvent l'impression de revivre la scène traumatique. Cet état de détresse est associé à une angoisse importante. Sur le plan clinique, ce syndrome de répétition consiste en une ré-expérience persistante spontanée ou déclenchée de l'événement traumatisant, qui peut être revécu de diverses manières.

Ces souvenirs répétitifs et envahissants (critère B2) envahissent la pensée du sujet. C'est en quelque sorte le retour, dans le réel, d'images liées à l'événement. Dans de tels cas, ce dernier se trouve complètement débordé par la reproduction mentale (représentation) intrusive de l'expérience non intégrée psychologiquement parlant, ce qui se traduit par des « flash-back », des rêves et des cauchemars à travers lesquels le sujet concerné revit l'événement.

Dans la version révisée du DSM-V, une légère modification a été apportée concernant les symptômes intrusifs (critère B) qui devraient apparaître suite à une situation traumatique : « *présence d'un (ou plusieurs) des symptômes intrusifs suivants associés à l'événement traumatique, ayant débuté après ce dernier* ».

Le patient ne souffre pas seulement de ces réviviscences mais il rumine mentalement, tout en se posant des questions du genre **:** pourquoi moi ? Pourquoi la mort de tel camarade, de mon enfant, etc. ? Pourquoi n'ai-je pas réagi autrement ? C'est une véritable rumination mentale qui s'apparente, dans le langage clinique, à une pensée obsessionnelle. Ainsi**,** des reviviscences hallucinatoires (auditives, olfactives ou sensitives) s'imposent-t-elles dans les cas extrêmes à la conscience du sujet. Parfois, on observe aussi des signes de désorganisation, aussi bien au niveau affectif que sur le plan mental.

4.3. Attitude d'évitement

Des conduites d'évitement sont toujours associées au syndrome de répétition (Association et al., 2015). En effet, le sujet évite de manière systématique les stimuli et les situations susceptibles de rappeler le traumatisme. Il élabore, habituellement, des stratagèmes, voire des moyens pour éviter ou encore se débarrasser des souvenirs et des pensées tout aussi répétitives qu'intrusives qui le hantent (critère C). Parfois, il évite des activités, situations ou endroits et des personnes pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Bien souvent, le sujet tente aussi, par le biais de l'évitement, de contrôler sa pensée pour échapper au traumatisme vécu. Dans certains cas, l'exposition à des stimuli réveillant brusquement le traumatisme (Barrois, 1998) ou la réaction initiale peut déclencher une crise d'angoisse, une attaque de panique ou une réaction agressive.

4.4. Perturbation de la cognition et de l'humeur

Dans le DSM-V, de nouveaux symptômes ont été intégrés afin d'améliorer le diagnostic **(critère D)**, à savoir, la persistance de cognitions négatives concernant soi-même, les autres / le monde, l**'**auto**-**dévalorisation et la persistance d'un état émotionnel négatif.

Aux réminiscences s'ajoute donc une distorsion de la cognition, se traduisant généralement par des pensées et des croyances négatives. C'est pourquoi les sujets souffrant de PTSD se plaignent systématiquement de problèmes de mémoire et de concentration des plus handicapants au quotidien.

Une revue de la littérature rapporte en effet que les troubles de la mémoire et de la concentration sont au nombre des séquelles gravissimes du traumatisme psychologique. S'inspirant des approches cognitives et biologiques, l'APA définit l'altération « cognitive » à travers ces symptômes regroupés de la manière suivante :

1. Incapacité à se rappeler un aspect important du ou des événement(s) traumatique(s).
2. Croyances ou attentes négatives.
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événement(s) traumatique(s) qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

Selon l'approche cognitive du PTSD, l'événement « traumatique » est perçu comme une expérience incontrôlable et imprévisible (Brillon et al., 1996). Ce qui provoque une souffrance importante, comme en témoignent les réactions d'évitement exagérées. Cet argument prendra tout son sens en psychothérapie dès les premiers temps qui suivent l'événement. Au niveau cognitif, on travaille sur les schémas de pensée « bouleversés » par rapport aux croyances antérieures (perte de foi dans le monde par exemple). Fonctionnelle, la tâche du psychothérapeute consiste alors à identifier les pensées « dysfonctionnelles », ainsi qu'à renforcer les attitudes positives en encourageant le sujet à accepter sa condition humaine et les événements pénibles.

4.5. Activation neurovégétative

Parallèlement à la perturbation des sphères cognitive et émotionnelle, des symptômes d'hyperactivation neurovégétative sont observés parmi les sujets « traumatisés », se traduisant par une hypervigilance et un état d'alerte permanent. De fait, cette hyperactivité s'accompagne d'une impression de perte de contrôle de soi et sur les événements du monde extérieur. Le sujet présente des réactions émotionnelles exagérées ayant un impact négatif sur sa vie familiale et professionnelle. Ce **critère C** a été amélioré en y introduisant « le comportement irritable ou agressif » et « troubles du comportement auto-agressif et hétéro-agressif ». Un traitement psychologique combiné à un traitement psychiatrique s'avère donc nécessaire, surtout lorsque les séquelles du traumatisme psychique sont visibles. Toute intervention retardée est un élément d'aggravation de la souffrance psychotraumatique.

De plus, il est largement reconnu que certains symptômes de la souffrance psychotraumatique se conjuguent parfois à d'autres troubles psychiatriques. Par exemple, la dépression est le trouble le plus souvent associé à un PTSD. En témoigne l'étude de Kessler et al. (1995), qui rapporte que près de la moitié des sujets qui présentaient un PTSD souffraient également d'un épisode dépressif majeur, soit 48 % d'hommes contre 49 % de femmes.

Encadré 2. Critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique selon le DSM-V

A. Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :
   1. Vivre directement l'événement traumatique.
   2. Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres.
   3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche. Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers).

B. Présence d'un (ou plusieurs) des symptômes intrusifs suivants associés à l'événement traumatique, ayant débuté après ce dernier :
   1. Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique.
   2. Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique.
   3. Réactions dissociatives (flash-backs, par exemple) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une perte totale de conscience de l'environnement actuel.)
   4. Détresse psychologique intense ou prolongée à l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.
   5. Réactions physiologiques marquées à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

C. Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique ayant débuté après ce dernier, comme en témoigne(nt) une ou les deux manifestations suivantes :
   1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.
   2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :
    1. Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).
    2. Croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées à propos de soi-même, des autres, ou du monde (par exemple, « Je suis mauvais », « On ne peut faire confiance à personne », « Le monde est complètement dangereux », « Mon système nerveux entier est définitivement ruiné ».
    3. Cognitions persistantes et déformées concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatique qui amènent l'individu à se blâmer ou à blâmer autrui.
    4. État émotionnel négatif persistant (par exemple, peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).
    5. Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives.
    6. Sentiment de détachement ou d'éloignement des autres.
    7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).

E. Altérations marquées dans l'activation et la réactivité associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :
    1. Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation) généralement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
    2. Comportement imprudent ou autodestructeur.
    3. Hypervigilance.
    4. Réaction de sursaut exagérée.
    5. Problèmes de concentration.
    6. Troubles du sommeil (par exemple, difficultés à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).

F. La durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est supérieure à 1 mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale.

5. Émotions associées au traumatisme psychologique

L'exposition à un événement potentiellement traumatisant au cours de la vie est estimée à 60 % selon des études nord-américaines (Kessler et al., 1995). L'individu est susceptible de manifester des réactions émotionnelles très intenses (stupeur, panique, repli, dissociation notamment), lorsqu'il est confronté à une situation « stressante ». En effet, ce dernier bascule dans un état de choc et d'hyper-vigilance. Cependant, toutes les situations violentes ne provoquent pas systématiquement un traumatisme psychologique, car cela dépend largement des ressources psychologiques de l'individu (capacité d'adaptation, de protection, etc.) qui s'en sort sans pour autant développer une quelconque souffrance psychotraumatique. En ce sens, chaque personne dispose de ses propres schémas de pensée à travers lesquels elle interprète la réalité (Brillon et al., 1996).

Tout événement traumatique donne lieu à une élaboration psychique[39] différente d'une personne à l'autre. Ce terme d'élaboration psychique est intégré dans le domaine de la psychopathologie du traumatisme, afin de resituer le sens de l'expérience vécue. Crocq précise justement que le traumatisme est une expérience de non-sens : « *à l'instant de l'irruption traumatique, l'espace ordonné du monde physique bascule pour faire place au chaos ; les convictions narcissiques s'effondrent, laissant le sujet désemparé ; les valeurs essentielles de l'existence – paix, morale, prix de la vie et accessibilité au sens des choses – sont tout à coup déniées et remplacées par l'absence d'ordre, de cohérence et de signification* » (Crocq, 1999, p. 275).

Le travail psychique qui relève du domaine psychanalytique est en rapport avec la catharsis ou l'abréaction[40]. En pratique clinique, l'individu pourrait extérioriser les affects et les émotions qui le perturbent de l'intérieur.

---

[39] Utilisé par Freud, ce terme renvoie principalement au travail accompli par l'appareil psychique en vue de maîtriser les excitations qui lui parviennent et dont l'accumulation risque d'être pathogène. Ce travail consiste à intégrer les excitations dans le psychisme et à établir entre elles des connexions associatives.

[40] Décharge émotionnelle par laquelle un sujet se libère de l'affect lié au souvenir d'un événement traumatique. L'abréaction comme méthode thérapeutique lève le refoulement, notamment sous hypnose.

Cette prise de conscience permet de décharger la souffrance par le biais d'un défoulement, lorsque l'individu se trouve dans une situation psychiquement douloureuse, voire insupportable. Cette méthode cathartique donne la possibilité au sujet traumatisé de mettre du sens sur un vécu ressenti comme chaotique. C'est à travers sa propre parole qu'un perpétuel travail de reconstruction de son histoire personnelle s'ébauche.

5.1. La dissociation péri-traumatique

La dissociation et la sidération sont des phénomènes psychologiques qui s'observent à la suite d'une exposition à un événement violent (Jehel, Paterniti, Brunet, Louville, & Guelfi, 2006). Un moment où le sujet est soumis à une tension importante sans possibilité d'initiative puisqu'il sort en quelque sorte hors de lui. Crocq**,** dans son ouvrage *Les Traumatismes psychiques de guerre***,** décrit le vécu du sujet manifestant une réaction de stress dépassé : « *le sujet est stupéfait, incapable de percevoir nettement, d'évaluer, de mémoriser, de raisonner ; il est stuporeux* […] ; il est *sidéré, immobile, pétrifié dans la position où le danger l'a surpris* » (Crocq, 1999, p. 75).

L'expérience clinique a montré que cette situation de sidération perturbe la chaîne des représentations mentales : « *je ne pensais à rien* », « *j'étais comme une pierre* », « *tout à coup, c'est le vide, c'est un film* », « *je ne pouvais rien faire* ». Tout se passe comme si l'événement n'était pas intégré comme d'autres expériences passées. Cette expérience reste parfois en suspens dans la mémoire du sujet qui se trouve soudainement perturbé par l'évènement vécu (Lebigot, 2011). Des souvenirs traumatiques (reviviscences et cauchemars notamment) s'imposent telle une représentation permanente, tout au moins obsédante. Ce qui entraîne une forme de débordement psychologique**,** surtout quand les reviviscences envahissantes, sont associées à une profonde détresse émotionnelle vécue douloureusement par les personnes traumatisées.

Cet état de sidération témoigne à coup sûr d'une tension importante à laquelle le sujet est exposé. Notons ici que tous ces symptômes qui apparaissent lors de la confrontation à un événement traumatique est décrite dans la CIM-10 sous le terme de « *Réaction aiguë à un facteur de stress* » (Crocq, 1999).

Cette dissociation péri-traumatique, c'est-à-dire cette désagrégation psychique, est associée généralement à un rétrécissement du champ de la conscience et à une difficulté à contrôler la situation qualifiée de traumatique. De nombreuses études ont ainsi montré que la détresse péritraumatique est à l'origine de la constitution du souvenir traumatique (Ursano et al., 1999 ; Jehel et al., 2006).
Ces éléments cliniques permettraient, dans certains cas, de prédire la survenue ultérieure d'un syndrome psychotraumatique complet. Dans le domaine psychotraumatique, le professionnel de santé se sert davantage des échelles d'évaluation du vécu dissociatif suite à un événement stressant (Philippe Birmes, Sztulman, & Schmitt, 2002). Marmar et al. (1997) ont créé une échelle permettant d'évaluer les symptômes dissociatifs « Questionnaire des Expériences de Dissociation Péritraumatique, forme auto-évaluative : QEDP[41] ». De même, Mihalescu et coll. (1998) ont validé « le *Questionnaire de dissociation DIS-Q* » composé de quatre échelles : la confusion ou le morcellement de l'identité (déréalisation et dépersonnalisation), la perte de contrôle (sur le comportement, les pensées et les émotions), l'amnésie, l'absorption (Mihaescu et al., 1998).

5.2. La honte et culpabilité

Dans la clinique des sujets psychotraumatisés, la honte est perçue comme un mode de restauration de l'intimité en ruine. La honte « […] *renvoie toujours à une expérience extrême de relation à autrui : dans le premier cas l'autre est en nous, et nous en sommes devenus perméables, dans le second, la distance est telle que nous sommes perdus à l'autre, faute de pouvoir encore le rencontrer : à l'être exilé de lui-même fait pendant un être exclu de sa communauté* » (Pignol, 2001, p.345).
Enfouie, cette honte est renforcée par un discours intérieur du type « *tu ne devrais pas faire ça* », « *tu n'es pas à la hauteur* ».

Dans la pratique clinique, honte et culpabilité ne sont pas dissociables ; elles se renforcent l'une l'autre en affectant l'estime de soi (Murphy, 1993). Cela ouvre de nouvelles perspectives dans la compréhension du traumatisme.

[41] Ce questionnaire a été traduit en langue française par P. Birmes en 2004.

Selon l'approche psychanalytique, le sentiment de honte, au même titre que le sentiment de culpabilité, est lié globalement à la fonction auto-observatrice de l'appareil psychique, le Surmoi et le Moi idéal en l'occurrence. Par ailleurs, « *ces fantasmes ont une double fonction : d'une part, atténuer l'impact traumatique du traumatisme (le sujet devenant actif là où il subit passivement, et, d'autre part, rendre possible et rendre compte d'un mouvement d'appropriation (le sujet devenant sujet d'une histoire étrangère qui s'impose à lui). On peut dire, en effet, que si le sujet est coupable de ce qu'il subit, s'il y est pour quelque chose, si l'événement est justifié, le traumatisme est alors moins traumatique, et il est par ailleurs, maîtrisé, contrôlé, car approprié par le sujet* » (Ciccone & Ferrant, 2008, p. 98).

Or, les sentiments de honte et de culpabilité suscitent parfois le désir de mourir. Ces émotions s'observent notamment chez les rescapés de grandes catastrophes naturelles ou d'accidents graves. D'ailleurs, ce syndrome de « culpabilité du survivant » est souvent évoqué dans la littérature pour décrire les sujets qui ont déjà traversé dangereusement des périodes suicidaires (Crocq, 1999).

Le concept de « culpabilité du rescapé » est élaboré plus précisément à la fin des années 1960, et considéré comme une forme de deuil pathologique, où « l'endeuillé » est complétement envahi par le sentiment de culpabilité. « *Les circonstances historiques ont rendu nécessaire la compréhension des troubles des rescapés de la première guerre mondiale pour lesquels, la mort des proches était au second plan, tandis que la menace de mort pour soi tenait le devant de la scène* » (Bacqué, 2003, p. 113).

Au regard de la théorie de Klein, « l'endeuillement » est en quelque sorte une régression au stade infantile, au cours de laquelle l'anxiété et la culpabilité se manifestent fortement. Toujours est-il que la culpabilité est plus manifeste généralement lors d'une catastrophe naturelle ou d'origine humaine. Se sauver et abandonner ses parents, ses enfants, ses amis est toujours douloureux à revivre. C'est la perte de contrôle de soi durant l'événement qui semble un élément des plus culpabilisants.

La culpabilité liée aux actes, et plus précisément à l'état d'esprit dans lequel de tels agissements ont été perpétrés par le sujet, est d'autant plus grande (Lebigot, 2011). Certes, la honte et la culpabilité, bien souvent insoutenables, sont identifiées comme de puissants facteurs suicidogènes en relation avec le traumatisme psychique.

Cependant, ces émotions pourraient avoir des répercussions négatives sur la vie de l'individu traumatisé… D'où la nécessité de créer un espace thérapeutique qui permettra au sujet de se débarrasser de ces émotions encombrantes. Ce partage d'affect, quelle que soit la nature du soin psychique proposé, est considéré à la fois comme une tentative d'auto-guérison et un levier du travail psychothérapeutique dans lequel le trauma est à même de s'élaborer (Ciccone et Ferrant, 2008).

5.3. Le deuil post-traumatique

Tout deuil nécessite un réaménagement profond de soi, c'est-à-dire une remise en question de ses certitudes et de ses croyances. Le deuil est à la fois un événement naturel et une expérience humaine socialement construite qui est liée essentiellement à la perte (Bacqué, 2003). Parfois, les événements « hors du commun » empêchent le sujet endeuillé de cheminer vers l'élaboration progressive de son expérience. En effet, le retentissement de la confrontation à la mort est tellement important que les sujets sont durablement perturbés au plus profond de leur intimité. Freud, dans son article *Deuil et mélancolie*, se réfère à l'affect normal du deuil en tant que processus de travail psychique douloureux, lequel permet à l'individu de se détacher progressivement des émotions négatives.

Dans des situations extrêmes, le deuil normal prend généralement une forme pathologique. À ce titre, Hanus, dans son article *Deuils normaux, deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques*, affirme que « *le* deuil *normal*, qui est de loin le plus fréquent, est celui que vit une personne sans troubles particuliers lorsque les circonstances de la mort sont habituelles. Il devient *difficile* soit du fait de la fragilité de la personne en deuil (son jeune âge, par exemple), soit des circonstances inhabituelles et tragiques du décès. […] le deuil *pathologique est celui qui inaugure une maladie qui ne s'était pas manifestée jusque-là* » (Hanus, 2006, p. 1).

L'endeuillé sait que l'objet n'existe plus et qu'il doit s'adapter à la situation afin d'investir son énergie ailleurs. Ce travail d'adaptation est parfois complexe en raison d'absence de représentation de la mort comme finitude de l'homme, ce qui rend dans certains cas la perte de l'autre insupportable (Damiani & Lebigot, 2011). Certains sujets tentent de conserver l'image vivante de l'objet perdu pour reconstruire un monde de représentation ruiné. Nos évoquons ici la notion de chagrin de deuil, « Traumatic Grief » qui recouvre une situation extrême de deuil se traduisant par le sentiment de nostalgie (Bacqué, 2003 ; Damiani & Lebigot, 2011).

Depuis longtemps, les professionnels de santé s'interrogent plus particulièrement sur le caractère pathologique des réactions de deuil chez certaines personnes qui, après le décès d'un proche, souffrent durablement de cette perte. Prenant en compte cette réalité clinique, certains chercheurs proposent de créer une nouvelle catégorie diagnostique (Hanus, 2006), faisant du deuil « compliqué » ou encore « pathologique », une entité nosographique à part entière pour une meilleure prise en charge de l'endeuillé.

5.4. La résilience

Une situation extrême entraîne généralement chez la plupart des individus un véritable changement de personnalité. En effet, les sujets, quoique parfois vulnérables, connaissent un autre destin moins douloureux. On parle d'individus « résilients » sur le plan psychologique. La résilience est un processus dynamique, voire fluctuant et non un état stable. On ne peut soutenir l'idée selon laquelle il y aurait des personnes résilientes et d'autres qui ne le seraient pas. Comme l'expérience clinique l'a montré, la résilience est en quelque sorte une capacité psychologique qui se reconstruit chez toute personne ordinaire au cours de l'existence.

Ce concept a été élaboré par Stefan Vanistendael qui avait travaillé depuis de longues années sur la question de la résilience (Vanistendael, 2010). À partir de son expérience de terrain, il a soutenu l'idée selon laquelle la résilience se construit sur deux éléments majeurs : le lien et le sens.

Au vu de l'utilité de cette notion dans le domaine du trauma, Boris Cyrulnik et d'autres auteurs se sont par la suite inspirés par ces travaux préliminaires. Comment survivre à une situation traumatique ? C'est l'inévitable question à laquelle doivent répondre très concrètement toutes les personnes exposées au cours de leur vie à des situations particulièrement traumatisantes, qu'il s'agisse de victimes d'attentats, d'enfants maltraités, de rescapés, ou encore de patients atteints de maladies graves. À ce titre, beaucoup de chercheurs se sont intéressés au vécu des individus ayant une existence relativement normale malgré des traumatismes importants. Le psychiatre Boris Cyrulnik, dans son livre fondamental *Un merveilleux malheur*, définit la résilience en référence à Vanistendael comme « *la capacité à réussir à vivre et à se développer positivement de manière acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement un risque grave d'une issue négative* » (Cyrulnik, 2002, p. 10).

Loin d’être une simple stratégie de défense, la résilience est une notion dynamique, une régulation complexe entre les différentes ressources psychologiques utilisées par l’individu. Bien que ces personnes soient meurtries dans leur corps et leur âme, l'expérience traumatique s’est transformée en mécanisme de survie. Autrement dit, les individus exposés aux situations traumatisantes ne présentent pas nécessairement de pathologies ou encore d’altération des capacités cognitives. On parle alors de résilience pour désigner leur adaptation positive suite à des événements traumatiques ou des conditions de vie délétères.

Quatrième partie. Le cas de la violence politique en Algérie

« *Depuis lors, à une heure incertaine,*
Cette souffrance lui revient,
Et si, pour l'écouter, il ne trouve personne,
Dans la poitrine, le cœur lui brûle »

Primo Levi (la survivance)

1. Introduction

L'Algérie a subi des événements extrêmement traumatisants sur une période relativement courte. De la guerre civile aux catastrophes naturelles (Inondation de Bab El Oued en 2001, séisme de Boumerdès en 2003, etc.), le peuple a assisté à des événements violents. Ces chocs psychologiques, qu'ils soient sécuritaires ou d'ordre écologique (OMS, 2011), engendrent parfois un sentiment de peur et d'impuissance.

Le 10 novembre 2001, le quartier populaire de Bab El Oued[42] a été complètement ravagé à la suite d'énormes inondations. Le bilan de cette catastrophe fut accablant, « *les pertes en vies humaines ont été sans précédent dans le bassin méditerranéen (780 morts et 350 disparus) ; de considérables dégâts matériels (environ 721 immeubles et la plupart des infrastructures ont été détruites ou endommagées), dont le coût total s'élève à plus de 5 milliards de dinars algériens.*) » (Menad, 2012, p. 16). Ce drame s'explique par l'absence de réglementation en matière de planification de l'espace urbain (attribution anarchique de terrains à bâtir, destruction des zones boisées, constructions illicites, etc.), de plan d'alerte météorologique et de réponse de sécurité civile adaptée.

Deux ans plus tard, un violent séisme, le 21 mai 2003 à 19h44, s'est produit dans la région de Boumerdès, à moins de 50 km d'Alger[43].

---

[42] Bab El Oued « porte de la Rivière » est une commune de la wilaya d'Alger. Ce quartier populaire a été secoué par des évènements dramatiques (émeutes en octobre 1988, inondation en 2001, etc.)

[43]. Le séisme atteint une magnitude de 6,8 sur l'échelle de Richter et l'épicentre se situe dans la région de Zemmouri, ville côtière chef-lieu de commune de la wilaya de Boumerdès.

Toute la ville était sous le choc. Des bâtiments publics ont été partiellement ou totalement endommagés, causant la perte de beaucoup de vies humaines. « *Des dizaines de bâtiments se sont aplatis comme des châteaux de cartes à Boumerdès-ville* » (Smith, 2003, p. 1). On dénombrera près de 2 280 morts, sans compter les 10 260 blessés et les 120 000 sinistrés. Cette population a été fortement traumatisée par la secousse principale et les répliques importantes qui s'ensuivirent.

Par cette irruption brutale de la mort, ces événements nous renvoient une image chaotique du monde. En parallèle, cette situation a eu des répercussions évidentes sur le plan humanitaire, sanitaire et économique (Smith, 2003). Vu sous l'angle clinique, le traumatisé bascule dans l'état de choc et d'hyper-vigilance qui conduit à revivre constamment la scène traumatique (Birmes & Schmitt, 1999). La souffrance du sujet se double alors d'une perte et d'un deuil individuel et/ou collectif.

C'est inévitablement l'expression du traumatisme psychologique qui témoigne, à coup sûr, d'une atteinte psychologique plus latente que visible. Ce contexte traumatique a mis aussi en évidence la difficulté de l'institution de soins à répondre à une forte demande en matière de prise en charge victimale (Khaled, 2004). Il est clair que l'absence de projet d'aide aux victimes a eu un impact sur la santé mentale des traumatisés. En témoignent les travaux de la SARP portant sur les conséquences des traumatismes liés aux catastrophes naturelles (Khaled, 2004 ; Bouatta, 2007).
En France, par exemple, les cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP), qu'elles soient rattachées aux hôpitaux, aux services de secours et d'urgence ou, plus récemment, aux associations, ont été créées dans les années 1980. Par ailleurs, ces structures ont été encadrées par des textes réglementaires à la suite de l'attentat terroriste de la station Saint-Michel à Paris le 26 juillet 1995[44] à la demande du Président Jacques Chirac (Joubrel & Doucet, 2012). C'est une réelle avancée qui témoigne de l'intérêt que les pouvoirs publics et les associations portent à la santé mentale des individus.
Ces événements survenus - *catastrophes naturelles ou attentats* - nous amènent à nous interroger sur ce contexte multi-traumatique, d'autant qu'il y a en Algérie peu de publications et de débats sociétaux concernant ces situations (Boudarène, 2008).

---

[44] Le 25 juillet 1995, une bombe artisanale explos**a** dans la gare RER Saint-Michel à Paris. Cet attentat fit partie de la série d'attaques menées en représailles contre la France qui soutenait le régime algérien dans la guerre civile.

Il existe seulement des données cliniques qui nous fournissent une vue d'ensemble quant aux conséquences provoquées à court et/ou à moyen et long terme parmi les individus exposés aux catastrophes naturelles en particulier (Derivois et al., 2011; Neuilly, 2008). De plus, le fait que ces catastrophes aient lieu durant la guerre civile est un facteur aggravant.

A partir du milieu des années 1990, les actes de terrorisme se sont multipliés et ont replongé le pays dans une situation lamentable ayant exigé l'instauration de l'état de siège (Sidhoum, Arar, Bouatta, Khaled, & Elmasri, 2002 ; Bouatta, 2007). La terreur aurait mis à mal les fondements d'une jeune société en reconstruction. Instrumentalisée à outrance, la nébuleuse intégriste aurait accablé toute la nation de dégâts matériels et de deuils.

Face au défi que représentait cette violence, la SARP (l'Association pour l'Aide, la Recherche et le Perfectionnement en Psychologie) s'est engagée à prendre en charge les victimes de « la décennie noire[45] » (Bouatta, 2007). Dans un tel contexte, l'inscription du psychologue au travers des rencontres cliniques participe progressivement à l'évolution de la psychologie reconnue comme telle. Chaque confrontation avec les traumatismes exige du clinicien la réinvention des modalités d'intervention pour les adapter aux victimes (Pignol, 2011).

Le propre de toute pratique psychologique est justement le dévoilement de cette souffrance par le biais d'un espace de liberté et de parole hautement important.
C'est dans cette perspective que nous exposerons tout d'abord certains éléments liés au traumatisme collectif durant la guerre civile algérienne (1992-2000). Comme le soulignent Fassin et Rechman, le traumatisme qui s'impose comme une composante historique, nous relie au passé et à la condition humaine (Fassin & Rechtman, 2011). Nous allons tenter de montrer comment l'expérience de guerre ébranle profondément le sentiment de cohérence interne de l'individu, en affectant sa santé mentale.

[45] Plusieurs termes ont été utilisés « décennie noire », « décennie du terrorisme », « années de plomb », « années de braise » pour décrire la guerre civile entre islamistes et forces armés pendant les années 1990 en Algérie. Ce sujet est à la fois douloureux et tabou.

2. Le contexte politique

La guerre civile (1992-2000) a provoqué un profond malaise social (Martínez, 1998; Stora, 2001). De fait, la société algérienne s'est transformée en champ névrotique, en ce sens que le peuple s'impliquait dans un drame à même de pulvériser tout sentiment d'absurdité. Toujours est-il que la guerre inflige des souffrances susceptibles d'attiser des haines qui se transmettent, tel un héritage brut, de génération en génération.

Dans le cas de violences de guerre, les historiens en particulier se servent bien souvent des témoignages des victimes de guerre (torturés, rescapés, exilés, etc.) pour mieux appréhender ses structures et la logique qui guide notamment les meurtriers de masse (Stora, 2001). Confrontées à des atrocités, les victimes sont bien souvent « animalisées » ou « chosifiées » avant d'être anéanties dans des scènes qui expriment souvent la négation de toute humanité. C'est l'exemple de la Shoa (Mouchenik, Feldman, & Moro, 2013).

Il convient de s'interroger ici sur les circonstances sociales, culturelles, économiques et politiques susceptibles de produire des violences aussi extrêmes. Dans le contexte algérien, la crise économique des années 1990 a généré la précarisation d'une société déjà affaiblie par le chômage, des problèmes de logement et de violence récurrents (Stora, 2001). Les individus se sont alors vus confrontés au quotidien à des privations matérielles (pénurie de produits alimentaires, chute de pouvoir d'achat, inflation, etc.). Des privations[46] d'autant plus multiples, voire durables que l'État algérien n'a pas mis en œuvre à l'époque d'actions tangibles (Lagarde, Belkaid, & Stora, 2011).

Le recours à la violence et à la répression était conçu alors comme une stratégie de secours pour garantir l'ordre social. C'est ce qui a suscité, chez la plupart des citoyens, un sentiment d'humiliation combiné à une réelle volonté de s'affirmer. Ce climat a entraîné la montée du Front Islamique du Salut (FIS) aux élections municipales de 1990, puis aux législatives de 1991 (Stora, 2001 ; Belkaïd, 2002).

---

[46] L'écart avec l'Etat se creusait, devenait visible, tout comme les manifestations de la corruption endémique qui illustraient parfaitement l'expression « *deux poids, deux mesures* ».

Le FIS[47] constituait en effet « *l'unique voix populaire mobilisée* » dans l'opposition, hors du contrôle du pouvoir, incitant de surcroît à reconquérir un espace de libertés verrouillé (Lamchichi, 2001).

Aux yeux des membres de ce parti islamiste, l'application de la « Charia[48] » par l'instauration d'une « *République Islamique* » est la seule qui puisse redonner au peuple sa liberté, sa dignité et sa gloire. D'ailleurs, c'est sur ces bases-là que le mouvement contestataire à majorité islamiste, lequel avait déjà gagné en profondeur la société algérienne depuis la fin des années 1980, est parvenu à remporter les élections municipales et législatives précédemment citées (Lagarde et al., 2011).

Toutefois, le gouvernement en place annule le processus électoral au second tour du suffrage législatif ayant eu lieu en décembre 1991, et dissout par la suite le FIS pour l'écarter définitivement du pouvoir en janvier 1992 (Stora, 2001). Cette interruption brutale du processus électoral venait s'ajouter aux conséquences désastreuses des interactions complexes entre l'impasse économique et un problème d'éthique qui gangrène la société (Lamchichi, 2001). La conjonction entre ces éléments évoqués a donné naissance à un conflit politique d'une rare intensité. En conséquence, la « violence terroriste » qui s'est enclenchée a été des plus meurtrières. Elle a endeuillé une très large partie de la population et provoqué la dislocation de son tissu sociétal. Ce tournant fatidique a marqué l'avènement d'un traumatisme de masse les Algériens (Belarouci, 2011).

Le bilan fut important, plus de 150 000 victimes, sans compter les déplacés (plus d'un million) et aussi les milliers de disparus ou d'exilés (Khaled, 2004). En effet, la force destructrice du terrorisme aura irrémédiablement conduit au massacre absurde de milliers de citoyens algériens, et ce dans le seul objectif d'imposer une vision du monde, une idéologie. Il s'agit d'une forme radicale et extrême de l'altérité qui s'exprime par le biais d'assassinats collectifs émaillés d'attentats, de viols et de meurtres multiples.

---

[47] Le Front islamique du salut est un parti politique algérien fondé en 1989, militant pour la création d'un Etat islamique en Algérie. Cette organisation a été dissoute en 1992 pour des raisons politiques.

[48] Charia (loi canonique de l'islam) est un ensemble de règles et de prescriptions islamiques permettant d'organiser la vie des musulmans. Elle se base sur le Coran, la tradition (sunna) et les déductions par analogie (qyas).

3. La violence terroriste

3.1. Le massacre de Bentalha

Ce fut en septembre 1997 que survint le plus terrible des drames de la décennie noire, le massacre de Benthala[49] (sud d'Alger). Le peuple algérien y découvre l'indicible et une mort dénuée de tout sens. Les terroristes tuent systématiquement les individus qu'ils ont d'abord mis au ban de l'humanité (Yous & Mellah, 2000). Leur projet consiste à détruire en masse les membres de la société qui entretiennent des relations de proximité, qu'elles soient familiales ou autres (claniques, géographiques, etc.) avec les autorités. Leurs victimes sont censées être proches de l'ennemi aussi bien physiquement que psychiquement. Un lien qui suppose une connaissance profonde de l'Autre (coutumes, traditions, espaces sacrés, etc.) et produit inéluctablement son lot de barbaries.

Il est clair que derrière la cruauté de proximité (Héritier, 2014), se profile une tendance sadique à « *faire souffrir* ». Certes, la violence engendre la souffrance, mais « *la cruauté ajoute une intention de faire souffrir plus encore, et ce plus ajoute un coefficient de souillure, d'avilissement à la franche douleur* » (Nahoum-Grappe, 2002, p. 601). Plus de 400 personnes sont massacrées, à huis clos, de façon particulièrement abjecte. Cette sauvagerie est fondée sur le mépris de la vie humaine allant jusqu'à l'ouverture des corps, en passant par leur découpe (têtes, sexes, etc.).

Un survivant du massacre, Nesroulah Yous[50], en témoigne : « *Ils tirent les enfants avec une agressivité extrême et les jettent par-dessus la terrasse, et, tout d'un coup, je vois l'un des tueurs arracher un enfant accroché à sa mère. Il la frappe avec une machette. Il prend l'enfant par le pied et, en faisant un demi-tour sur lui-même, lui cogne la tête contre un pilier de béton. Les autres en font autant, ils sont pris d'un rire frénétique* » (Yous & Mellah, 2000).

En réalité, la maltraitance des corps (mutilations, découpes, arrachements, par exemple) est synonyme de « la défaite de la culture de l'homme ».

---

[49] Le massacre de Bentalha s'est déroulé dans un quartier à environ 15 kilomètres au Sud d'Alger, dans la nuit du 22 au 23 septembre 1997. Voir à ce sujet l'article Bentalha : Autopsie d'un massacre.

[50] Nesroulah Yous est un survivant du massacre de Bentalha. Il a en témoigné à travers son ouvrage *Qui a tué à Bentalha ? Chronique d'un massacre annoncé.*

Ce qui provoque une rupture abrupte de la chaîne des générations et sème dans les consciences « *le culte de la mort* ». En clair, « *la destruction immédiate du corps, sans rite, tue deux fois, elle anéantit plus que l'homme, elle détruit l'humanité* » (Bacqué, 2006). Le crime initial se double ici d'un assassinat touchant à la fois à l'humanité et à la culture puisqu'il ôte aux morts leur statut de cadavre et leur droit à la sépulture[51]. Or, « *salir le mort équivaut à le nier en tant que personne, donc à le faire mourir une seconde fois* » (Thomas, 1980).

Précisons ici que cette violence a plongé le peuple algérien dans un étrange univers à l'intérieur duquel les valeurs, les repères et les relations humaines sont complètement bouleversés (Belarouci, 2011). Le massacre qui est *« un acte intentionnel de violence peut donc anéantir cet objet vital qu'est la foi en l'humanité des hommes »* (Roisin, 2010). Ce qui provoque une « catastrophe sociale » (Belarouci, 2011), qui s'exprime généralement par la destruction du « pacte sociétal » en charge d'assurer la fonction de consolidation des rapports entre les individus appartenant à la même communauté, la même société. Le déni d'altérité est ainsi imposé par la violence intentionnelle perpétrée par les terroristes.

Il semble que les terroristes « *encagoulés* » aient décidé d'abattre les « *mécréants* », du moins dans l'image du subconscient qu'ils projettent. Ils s'appuient en cela sur leur interprétation « *littérale* » du Coran**,** le but étant de créer « *un enfer fantasmé* » comparable à celui qui est décrit dans les textes sacrés et la vulgate religieuse[52]. Ainsi la plupart du temps les cadavres s'amoncellent-ils alors que des hélicoptères survolent le théâtre des événements sans vouloir intervenir. Des militaires apathiques face à la menace et au carnage qui laissent « *soupçonner* » ou penser que l'État était l'instigateur de ces crimes atroces perpétrés plusieurs heures durant (Yous & Mellah, 2000).

---

[51] La plupart furent enterrés collectivement dans de vastes charniers**.**

[52] Tuez-les partout où vous les trouverez, et chassez-les d'où ils vous auront chassés. La tentation à l'idolâtrie est pire que le carnage à la guerre. Ne leur livrez point de combat auprès de l'oratoire sacré, à moins qu'ils ne vous y attaquent. S'ils le font, Tuez-les. Telle est la récompense des infidèles. (*Le Saint Coran*, sourate 2, verset 187).

« *Vers 21 heures environ, les femmes se sont mises à crier : "Voilà l'armée. On est sauvés. Sur la route nationale, la seule qui mène à Bentalha, des militaires se sont postés avec plusieurs petits blindés. Ils ont allumé des projecteurs. On les voyait depuis nos maisons. Ils étaient à un kilomètre, pas plus. Mais au bout d'un moment, les militaires ont éteint leur lumière. Des policiers et des gardes municipaux de Baraki, le quartier à côté, sont venus offrir de l'aide. L'armée les a bloqués* » (propos d'un témoin recueillis par Aubenas[53], le 23 octobre 1997).

Outre la mort dans l'horreur, les espaces de communication se voient verrouillés et l'opinion publique muselée (Belkaïd, 2002). Il en est de même pour l'ensemble des intervenants. Ce silence imposé strictement a d'ailleurs un impact sur les victimes et leurs proches, puisqu'ils n'ont pas tous pu bénéficier d'une prise en charge. Toutefois, la publication de photos de corps torturés blessés et mutilés sans commentaire aurait contribué à ancrer dans l'imaginaire collectif un désespoir encore plus grand ainsi qu'un profond sentiment de colère. Les individus deviennent comme des spectateurs passifs « devant la douleur de l'Autre » (Sontag, 2003) en l'invitant à interpréter/réinterpréter ce « *véritable archétype de l'anéantissement* ». Lequel interroge la société dans son ensemble sur la question de l'humanité, la dignité, la fraternité et la valeur de la vie. Quel sens peut-on attribuer à ces actes de terrorisme ? Quel sens peut-on donner à ces crimes qui touchent hommes, femmes et enfants dans leur intimité sans distinction d'âge ou de sexe, alors même que les forces spéciales censées protéger les populations civiles semblent, d'après certains récits et témoignages, parties prenantes dans le massacre ?

La guerre est un temps social de transgression et de laisser-faire. « *Confronté à cet anéantissement traumatique irreprésentable, qui est, de plus, dénié à la fois par ceux qui commettent les actes barbares et par les autorités nationales et internationales, l'individu voit alors se détruire ses illusions sécurisantes sur la nature humaine et sa confiance vitale dans la non-transgression des interdits fondamentaux* » (Roisin, 2010). Bien que le massacre semble parfois absurde, une sorte de rationalité déshumanisée sous-tend ce processus.

---

[53] Bentalha, le récit de dix heures de tuerie. Un habitant raconte le carnage du 22 septembre, à moins d'un kilomètre des blindés de l'armée.
http://www.liberation.fr/evenement/1997/10/23/bentalha

Il s'agit, en effet, pour les terroristes d'imposer une vision apocalyptique selon laquelle « le vivre-ensemble » est désormais inconcevable et condamné à périr. La plupart des douleurs résultant de pratiques sadiques et subversives sont culturellement intolérables aussi bien du point de vue religieux que moral. Pourtant, la pratique de « *l'égorgement* [54]» fut une des premières formes largement répandues, voire banalisées durant cette violence contre l'humanité.

Il est vraisemblable que ces pratiques ont trouvé de pseudo-justifications dans la culture arabo-musulmane, qui intègre à son mode de vie l'égorgement des animaux, et plus particulièrement des moutons comme « pratique rituelle et sacrificielle » (Belarouci, 2011), en ce sens que le fait d'utiliser le couteau pour tuer des animaux renforce instinctivement quoique de façon indirecte une forme d'accoutumance à l'usage de l'outil en vue d'abattre les êtres vivants. Dans l'imaginaire des exécuteurs, cette pratique « *hors normes* » est dissociée de toute conséquence, aussi immorale soit-elle, pouvant en découler (Renard, 2012). C'est à titre d'exemple le cas du massacre collectif au couteau, mené intentionnellement en ex-Yougoslavie. Une guerre ethnique qui incarne une folie impensable.

3.2. La vision radicale : l'idéologie terroriste

Quoi qu'il en soit, il serait difficile de réduire la violence de masse à ses aspects tangibles dans la mesure où elle constitue le résultat d'une radicalisation de la pensée. Cela dit, la participation à la violence de masse implique bien souvent une intentionnalité ainsi qu'une radicalisation progressive (Renard, 2012). Celles-ci s'observent à travers la conduite des individus qui consentent et participent à l'entreprise collective criminelle. Radicalisés, ces derniers vivent une transformation de leurs repères moraux, ce qui les conduit à transcender dans la violence les droits de l'homme (Danieli, Brom, & Sills, 2005). Ils adhèrent « *radicalement à une idée radicale »* (Bronner, 2009, p. 130) qui guide en grande partie leurs actions.

[54] C'est un rituel musulman annuel de l'Aïd El Kebir qui impose aux musulmans d'égorger un mouton. En général, c'est le chef de famille qui effectue l'égorgement tous les ans.

Dans le cas de l'Algérie, le discours des islamistes est fondé sur une division manichéenne entre le monde « *croyant* » et le monde « *mécréant* ». En effet, dans la vision musulmane, le bon croyant se soumet systématiquement à la volonté divine, véhiculée par le Coran. Les civils qui ne s'insurgent pas activement contre un pouvoir jugé « injuste » et « oppressant » sont considérés comme des ennemis de Dieu (Belarouci, 2011).

C'est pourquoi il aurait fallu créer cet ennemi « extérieur » pour convaincre du bien-fondé d'une « sale guerre » (Souaïdia, 2001). Ce massacre ne relève pas, semble-t-il, d'une problématique raciste, puisque les terroristes armés n'éliminent pas les Algériens en tant que pères de familles, amis, voisins et enfants, mais bien plutôt parce que ce sont des mécréants (taghout). Ils « *donnent du sens à la violence subie et agie, en l'inscrivant dans le registre d'un combat pour Dieu. Ils se présentent comme des combattants d'une cause divine, agissant au nom du peuple alors même qu'ils ne sont investis d'aucune souveraineté. Pour eux, les épreuves vécues — torture, persécution, mort des proches, perte de biens… — sont à la hauteur de leur statut de combattants de Dieu, et les morts sont des martyrs de la foi* » (Belarouci, 2011, p. 110).

Mais pourquoi une telle vision du religieux conduit-elle à dénier le droit de l'être humain à la vie et à la compassion ? Et puis, comment penser l'homme en dehors de sa singularité et de son individualité ? Les terroristes ne partagent pas nécessairement la même conception de l'humanité (Danieli, Brom, & Sills, 2005) . Ils refusent toute altérité, en établissant des frontières artificielles et arbitraires entre « *croyants* » et « *mécréants* », entre « *eux-mêmes* » et « *nous-mêmes* ».
Or, tout devient possible dès lors qu'un individu n'est plus inclus dans l'univers commun des croyants[55]. Bien évidemment, « *la distinction inéluctable et absolue entre appartenants et non-appartenants est commune à ces sociétés meurtrières, par ailleurs extrêmement différentes. Une fois lancée, la pratique d'exclusion conduit à la spoliation, et la déportation et la violence dont elle est assortie transforment, avec une régularité terrifiante, le déplacement en "nettoyage", en extermination pure et simple des non-appartenants* » (Welzer & Lortholary, 2007, p. 1).

[55] « Quand vous rencontrerez les infidèles, tuez-les jusqu'à en faire grand carnage ». (*Le Coran*, sourate 47, verset 4).

C'est ainsi que, à peine affirmée, toute notion de liberté de conscience ou de volonté en venait à être réduite à néant. En outre, nous pouvons remarquer que les terroristes fanatiques se présentent comme les dépositaires exclusifs de la vérité, l'unique. Cette vision renforce bien chez eux l'impression d'être des « *surhommes* », pour emprunter la formule nietzschéenne, appartenant à un ordre surnaturel et supérieur. Or, la démocratie s'oppose à la volonté de Dieu en terre d'islam et à cette idée-postulat que le pouvoir appartient à Dieu, et « *le jugement n'appartient qu'à Dieu* » ?

On peut dire, en effet, que l'émergence de nouvelles idées a radicalement troublé l'Inconscient et inquiété « *le Soi* », sans pouvoir donner du sens à la réalité sociale. La rationalisation de la société par le biais des principes démocratiques établis provoque ce que Weber (1864-1920) et, bien plus tard, Gauchet appellent à juste titre « *le désenchantement du monde*[56] » (Gauchet, 2005). Autrement dit, un processus de sécularisation de la pensée qui permet à l'homme d'atteindre un niveau élevé de rationalité, en rompant avec les modèles traditionnels figés.

Une société laïque est privée de tout lien avec l'image puissante et inconsciente de Dieu est à même de provoquer « *le danger* […] *d'une psychose des masses* » (Liard, 2003, p. 99) car la conscience se trouve dans ce cas-là « *déracinée »*, tandis que l'inconscient « *s'est alors retranché dans une position de défense, prêt à se manifester dès que l'occasion sera propice* » (Liard, 2003, p. 99). C'est pourquoi l'individu s'identifie davantage à la conscience collective, tandis que les contenus refoulés de l'inconscient prennent de plus en plus une forme radicale. L'individualité est alors diluée dans la masse qui se dote d'une sorte d'âme commune « animalisée », en ce sens que celle-ci empêche la réflexion sur soi, son prochain et le monde (Lebl, 2010). C'est une ruine des fondements de la possession de soi qui s'ébauche.

[56] Ce concept a été utilisé par le sociologue allemand Max Weber (1864-1920) qui renvoie au processus de recul des croyances religieuses et magiques au profit des explications scientifiques. S'appuyant sur sa viesion copréhensive de la sociologie, Weber montre comment la sphère religieuse s'oppose à la sphère économique, politique et intellectuelle.

L'assujettissement au collectif, qui rime avec l'abandon de toute orientation intellectuelle au profit d'une illusion**,** aurait entraîné « *le sacrifice de l'intellect »* (Haynal, 2013). C'est de là qu'aurait surgi le malaise auquel se retrouve confrontée la société algérienne. Sur ces entrefaites, l'homme de raison semble avoir cheminé misérablement vers la violence pour accéder au pouvoir. A ce titre, beaucoup d'intellectuels algériens ont été sauvagement tués sous prétexte de contredire ou d'être trop critiques vis-à-vis de l'idéologie islamiste. Connu pour son engagement, Mahfoud Boucebci, fondateur de la psychiatrie algérienne, a été froidement abattu en 1993 (Boudarène, 2012) et de nombreux autres assassinats ont suivi, car aux yeux des islamistes, l'intellectuel est un ennemi, à la fois redoutable et injuste. C'est un suppôt du pouvoir désigné comme *Tâghout* (tyran), qui mérite d'être exécuté sur la place publique pour délit de mécréance – ce qu'on nomme *Takfir* [57]en langue arabe (Yous & Mellah, 2000).

Le 22 septembre 1997, au début de la nuit, quelque deux cents hommes armés investissent un quartier de Bentalha, une banlieue éloignée d'Alger. Méthodiquement, ils massacrent plus de 400 personnes, hommes, femmes et enfants. Les cris des victimes et les déflagrations de bombes s'entendent à des kilomètres. Les militaires, eux, prennent position à quelques dizaines de mètres de là avec des blindés et des ambulances, sans intervenir et empêchant même les voisins de porter secours (Yous & Mellah, 2000). Ce livre est le témoignage poignant d'un homme, Nesroulah Yous, qui a vécu cette nuit cauchemardesque. À travers son récit, apparaît une tout autre version du drame que celle autorisée par le régime algérien. Ce qui semblait être un acte de folie barbare des groupes islamiques se révèle répondre à une autre cohérence[58]. Nesroulah Yous montre comment ce massacre s'inscrit dans une évolution tragiquement logique, largement occultée par les médias algériens et français.

Ces terroristes, véritables exécuteurs, agissent en vertu d'une mission. Cet ordre suppose l'Unicité de la vie : un seul Dieu, une seule idéologie, ainsi qu'une seule pensée (Stora, 2001).

---

[57] Le takfîr (arabe : takfîr) est une fatwa de déchéance du statut de musulman. L'individu devient alors du point de vue social kâfir, c'est-à-dire mécréant.

[58] Celle de la manipulation directe de la violence islamiste par les services secrets algériens. Et en faisant le récit de la vie quotidienne à Bentalha depuis le coup d'État de 1992.

C'est l'étape ultime du fléchissement moral de l'individu qui permettra de préserver la société du « Taghout » évoqué plus haut. On transcende en quelque sorte toutes les opinions en faveur d'un seul idéal nommé « intolérance ». Face aux sentiments d'impuissance, des milliers d'intellectuels et d'artistes s'exilent, car ils se sentaient étrangers au drame. C'est ainsi que l'Algérie se trouve progressivement vidée de son intelligentsia et de son potentiel.

Ce traumatisme sans nom est l'objet du déni de ceux qui commettent pareilles exactions parce que ces derniers associent leur activité à un « *boulot de purification* » (Welzer & Lortholary, 2007). En effet, leur violence se fonde sur un système de responsabilité morale dans lequel le meurtre a été justifié. Bien souvent, la participation au crime est, ultimement, un acte de conformité à une idéologie (Liard, 2007). Les exécuteurs se soumettent impérativement et entièrement aux lois de cette dernière. Ces derniers se doivent de témoigner également d'une loyauté totale. Fascinés par le sentiment d'être identiques aux autres (Liard, 2007). Ils s'engagent à mettre toute leur existence au service de la cause *sacrée.* C'est le sacrifice de Soi. Un être ordinaire et raisonnable se transformera alors en bête furieuse et sauvage.

Dans la conception jungienne, « *la foule est comparable à un asile de fous ; tous deux sont mus par des forces impersonnelles et insurmontables* » (Jung, 1938, p. 30). Cela étant, l'homme ordinaire ou de masse est capable de commettre, dans certains cas, des crimes. Mais comment se transforme-t-il, étant initialement doté d'une conscience humaine, en bourreau ?

Cette problématique complexe a été précédemment évoquée par Hannah Arendt, à travers l'analyse du procès d'Eichmann Arendt conclut qu'Eichmann n'a montré ni antisémitisme ni troubles psychiques, qu'il s'est comporté comme une personne ordinaire qui aurait simplement agi pour faire carrière (Arendt, Launay, & Guérin, 1997). Elle le décrit comme la personnification même de la « *banalité du mal »* (Arendt et al., 1997). Lors du procès, Eichmann n'a pas éprouvé de sentiment de culpabilité ou de haine. La plupart des criminels nazis (Mouchenik, Feldman, & Moro, 2013), qu'ils aient été fonctionnaires ou soldats, ont généralement effectué leur travail consciencieusement pour gravir les échelons, sans se soucier des conséquences réelles de leurs tâches.

Dans cet ordre d'idées, les islamistes ont commis des massacres qui ont participé à l'effondrement de la conception strictement morale du mal (Belarouci, 2011a). En effet, toute violence intentionnelle est la manifestation « *exacerbée »* de pulsions de mort sous-jacentes (Diwo, Thomassin, Kabuth, & Messaoudi, 2004).

Celle-ci renforce le conditionnement qui reflète l'image d'un individu « détaché de la vie ». On l'arrache à ses croyances, ses liens et ses mythes. Il est question ici d'une destruction brutale et radicale de la part humaine de l'homme. En ce sens, le viol déjà « *tue la femme dans la femme »* comme dirait l'avocate Gisèle Halimi. De même pour le viol collectif qui est le stade ultime de cette barbarie qui « […] *vise à anéantir l'être même de l'autre. Elle révèle à ciel ouvert le désir de déshumanisation qui est le point ultime de toutes les formes de violence* » (Roisin, 2010, p. 175). Le féminin s'efface alors sous l'épreuve du déni de l'altérité. Cette atteinte volontaire portée à l'intégrité physique et mentale de la femme provoque parfois un traumatisme psychique qui perdure en s'accompagnant de profondes séquelles.

3.3. Le viol

En Algérie, cette guerre civile fut le théâtre d'un défoulement sexuel ayant mené à une certaine érotisation de la violence. Ainsi, le corps féminin est comme « *un champ de bataille où tous les coups sont permis : viols, mutilations, esclavage sexuel… dans le cadre des stratégies mises en place par les intégristes afin d'humilier et de détruire l'ensemble de la communauté considérée comme ennemie* » (Guenivet, 2001).Cette violence intentionnelle a provoqué une véritable psychopathologie collective, se traduisant par la destruction des liens communautaires et familiaux.

En ces temps de guerre, des groupes terroristes s'introduisent chez les habitants par la force — notamment dans des villages — afin d'enlever et de violer les femmes, devant des hommes apeurés et terrorisés par les armes (Belarouci, 2010). Parfois, la femme subit des exactions extrêmes de la part de deux forces antagonistes (militaire et terroriste) et cette confusion est hautement significative (Sidhoum et al., 2002). Cette violence intentionnelle provoque une véritable psychopathologie collective, qui se traduit par la destruction des liens communautaires et familiaux.

Il s'opère alors « *une profonde atteinte à toute la communauté dont il détruit l'identité et à qui il fait porter la honte,* car *il touche, il tache les vivants, les ancêtres, en fait toute la filiation* » (Belarouci, 2011, p. 54).

Le viol laisse une trace indélébile dans le corps et le psychisme de la victime. Du point de vue freudien, l'appareil psychique est une sorte de barrière de nature à délimiter les frontières entre l'extérieur et l'intérieur. Il existe deux couches principales : la première a pour fonction l'inscription des expériences de vie, la seconde permet, quant à elle, de filtrer les éléments cheminant vers l'intérieur. S'inspirant de ce modèle-là, Anzieu (1985) évoque la notion de « Moi-peau » et insiste sur l'importance de la sensorialité (Anzieu, 1995). Dans le cas du viol, l'enveloppe psychique (ou Moi-peau), qui assume notamment une fonction de contenance, se trouve trouée, ébréchée, voire fissurée (Kaës, 2007). Ce qui laisse le sujet incontinent et incapable d'élaborer mentalement le traumatisme. Suivant cette logique, on remarque ici un glissement inconscient de la problématique politique vers une sphère strictement sociale et privée.

En quête du pouvoir, les terroristes perçoivent le corps de la femme comme leur ultime refuge, c'est-à-dire un lieu ou un repaire de pouvoir à reconquérir. Ce qui permet symboliquement aux terroristes de posséder les vies humaines. Cette possession, quoiqu'arbitraire dans le fond, mène à un exercice « *sadique* » de l'autorité, lequel consiste à enlever à la victime féminine toute enveloppe psychique (Kaës, 2007) pour découvrir « *Allah* »*, ce* « *Dieu caché* » dans sa version radicale.

Le recours à la violence sexuelle pourrait être aussi un moyen de dominer et de terroriser durablement, qui se fonde sur une logique de destruction globale, et du féminin et de la filiation. Il s'agit de réaffirmer ce principe de virilité menacé qui est au cœur du modèle patriarcal. C'est pourquoi les agresseurs (les terroristes en l'occurrence) s'attaquent d'abord au corps sensible de la femme, vu comme un frein aux codes traditionnels. Tout l'imaginaire féminin se trouve donc ici brisé. Vivre désormais avec un corps « abîmé » est un « stigma » qui rend cette femme déjà meurtrie dans sa chair « intouchable », voire « impossible à marier ». En effet, le mariage est considéré, notamment dans la société traditionnelle, comme un rite social important permettant à l'individu d'intégrer un nouveau statut et d'investir le rôle qui lui est assigné par la communauté en y remplissant une fonction symbolique (Bozon, 2002).

Il accède alors à une autre identité sociale et personnelle. L'anthropologue Van Gennep élabore le principe des « rites de passage » pour mieux comprendre et saisir les transitions individuelles et collectives au sein de la la société (Van Gennep, 2011). Il souligne que dans les sociétés traditionnelles**,** le corps est le support par excellence des rituels (circoncision pour les hommes, incision, excision, etc.). Ritualisé, ce corps symbolise la codification et la transmission des préceptes précis sur lesquels est bâti un modèle social donné (Bozon, 2002). De même, les pratiques rituelles dotées d'une efficacité sociale permettent de conditionner l'individu par le biais de l'assimilation de règles sociales (Van Gennep, 2011).

Dans le contexte algérien, les rapports sexuels sont strictement interdits en dehors du mariage. La perte de la virginité par exemple est une source inépuisable de stigmatisation et de discrimination (Tamzali, 2009). Or**,** des centaines de femmes ont été violées par les terroristes sous couvert de mariage de complaisance et de jouissance. Ainsi, le viol a été conçu comme un procédé intentionnel afin de porter atteinte à l'honneur d'un homme, complètement réduit à l'impuissance (Belarouci, 2011).

Cette agression est d'autant plus violente que les terroristes ont sapé les repères culturels liés aux sentiments d'attachement des individus. Du point de vue culturel, le chef de famille (le père, le mari ou l'ascendant masculin) dans ces sociétés patriarcales est censé protéger son foyer. Le viol dont il est témoin fait de lui un homme passif, ce qui le rend, aux yeux de sa communauté, responsable de son malheur. Il est donc familialement disqualifié et socialement exclu du cercle communautaire. En outre, la qualité du lien enfant/père se voit durement affectée et altérée. D'autant que le père, vu comme figure d'attachement principal dans le noyau familial, n'est plus une source sécurisante pour l'enfant : « la base interne de sécurité » a été détruite, ainsi que les contenants de la dimension parentale : « *la disqualification des fonctions parentales, évaluée par les attitudes adoptées avant, pendant et après les événements traumatiques, s'exprime par l'incapacité des parents, notamment des pères, à protéger leurs enfants* » (Belarouci, 2011, p. 112).

En définitive, le viol matérialise la souffrance en une mémoire tangible et vivante. Les victimes violées par les terroristes en sont réduites à une situation d'anéantissement conjuguant impuissance et non-sens. Elles ont été « sacrifiées » au nom d'un conflit politique opposant l'État algérien aux islamistes. Bien que la violence sexuelle soit un crime répréhensible, le viol collectif et systématique demeure marginal et impuni. Souvent, les victimes sont abandonnées et rejetées par (Lassale, 2010)leur famille et leur communauté (Lassale, 2010), qui les condamnent, même inconsciemment, à disparaître de la sphère publique et/ou privée.

Dans ces conditions, la loi du silence s'impose aux femmes « souillées », parce que l'honneur de la famille repose, selon les références culturelles, sur la pureté sexuelle. Ces femmes-là ne sont plus que des survivantes aux vies fracassées, rongées par la culpabilité et l'humiliation. L'angoisse s'empare alors de tout leur être puisque leur souffrance est diluée dans des considérations d'ordre socioculturel (nif « honneur », horma « dignité », virginité déchue, etc.), lesquelles signifient marginalisation et exclusion. C'est un second traumatisme que la femme algérienne a subi. Un choc d'autant plus brutal que « *La Charte pour la Paix et la Réconciliation Nationale »* mise en application en septembre 2005 l'empêche de faire le travail de deuil.

Ce deuil « impossible », voire « difficile », émerge au travers des témoignages des survivantes de ces exactions qui mettent en évidence cette douleur indicible et sublimée en une idéologie qui cristallise la misogynie et une vision manichéenne (masculin dominant/féminin dominé) du monde. Leurs récits s'inscrivent dans une perspective de travail de vérité afin de désigner les parties antagonistes militaires/islamistes en tant que coupables et responsables des violences sexuelles, lesquelles ont largement contribué à l'anéantissement de l'imaginaire féminin au cours de ces tristes événements.

Nous illustrons nos propos ici à partir d'un témoignage de Samira, jeune fille de 19 violée par un terroriste. Ce texte *Comment j'ai été violée par un terroriste*[59] a été publié dans la presse nationale *Liberté* :

[59] Ce témoignage « *Comment j'ai été violée par un terroriste* » a été publié dans je journal national *Liberté* le 16/ 06/ 2005. http://www.djazairess.com/fr/liberte/108.

« … *La conduisant dans une des chambres de cette maisonnette, le terroriste devenu son époux l'a de suite violée. Elle n'a opposé cependant aucune résistance. "Qui pouvait, à ma place, résister à des terroristes* ***ayant droit de vie ou de mort sur moi*** *!" explique-elle. De plus, je pensais à ce qu'il pouvait advenir de mes parents, si je dénonçais ces terroristes et qu'ils venaient à l'apprendre ?"se demandait-elle. "Si je m'enfuyais et que j'avertissais les services de sécurité, qui me garantit qu'ils n'iront pas se venger contre mes parents ?" "Rien ! D'autant que dans les cas où des témoins sont menacés, l'état ne leur assure la sécurité qu'à eux et non pas à leur famille entière !" C'est donc toutes ces raisons qui ont contraint Samira à se taire, malgré elle. "L'horreur était d'autant plus importante que je n'avais jamais eu de relation physique avec un homme ; ajouté au fait que ce terroriste était dégueulasse et sentait mauvais". "Ce jour-là, dit-elle, j'avais compris que ma* ***vie était finie*** *!" "Je ne pourrais plus relever ma tête à cause du déshonneur qui m'a frappé en perdant ma virginité, j'ai perdu définitivement ma place dans la société et dans ma famille", dit-elle encore. "Si seulement je pouvais mourir, je me libérerais ainsi de cette solitude qui fait que personne ne veuille me comprendre et que tous se sont ligués contre moi…* » (Témoignage recueilli par Nadia Mellal B, le 16 juin 2005).

4. La survivance

Après l'expérience de l'extrême, le survivant d'un traumatisme demeure dans un monde situé entre la vie et la mort, d'autant que les fondements de l'humanité tels que la sécurité, l'amour de l'autre et la compassion se sont écroulés pour laisser place à l'horreur (Pignol, 2011). Des questions d'ordre éthique et social s'imposent dès lors à la conscience collective. Comment faire confiance désormais à la vie et à l'autre, quand le semblable s'est brutalement transformé en bourreau ? Et quelle réponse apporter à des souffrances « d'origine socio-politique » qui deviennent pathologiques ? Dans ce contexte, une réalité nouvelle s'impose aux victimes qui se sont approprié d'autres repères et visions du monde. On comprend ici combien il est difficile de parler de la violence quand on sait que la religion a donné lieu à des manifestations « fanatiques ». C'est la fin de l'illusion, de ce mythe d'une « religion de paix ».

Il s'ensuit un récit parfois « occulté » par des individus ayant voté pour le FIS (68% de voix ont été obtenues dans la commune de Bentalha). Cela empêche d'ailleurs toute perspective de narration.

Or, le monde d'avant la guerre est largement idéalisé dans l'imaginaire collectif, car les relations de solidarité s'inspirant du modèle traditionnel sont harmonieuses. La famille, le cousin et le voisin sont chaleureux, présents et aidants, incarnant l'image idéale de l'homme « musulman ». Cet homme-là est viril, vigoureux et moralement respectable. Tandis que la femme chaste éduque courageusement, quant à elle, ses enfants et préserve l'honneur de toute une famille (Tamzali, 2009). La persécution terroriste vient donc détruire ce bonheur du vivre ensemble. Si le lien social est alors suffisamment « solide », le témoignage est aussi un moment de nostalgie pour revivre moralement un passé confisqué par la violence terroriste !

4.1. Le trauma entre silence et tabou

C'est en de pareilles circonstances que la vie des Algériens a basculé dans l'absurdité. On a alors assisté à l'émergence d'un nouvel ordre social qui a provoqué un changement brutal dans un quotidien marqué par la persécution et la peur (Moussaoui, 2004). L'individu est soumis aux affres de la violence et de la peur. Humiliés physiquement et psychiquement, les hommes se cachent pour échapper à un destin monstrueux. Ils se retrouvent parfois spectateurs impuissants du viol de leurs mères, sœurs, épouses ou filles (Belarouci, 2011). C'est une véritable blessure narcissique pour l'homme algérien, désormais pris dans le tourbillon d'un monde absurde. Ces héritiers de la violence, pour reprendre ici le concept de Janine Altounian[60] éprouvent beaucoup de difficultés à oublier tout un patrimoine de violence, notamment lorsqu'il est lié à la destitution radicale des imagos parentaux et des systèmes familiaux (Altounian & Fédida, 2000).

Dans les faits, le sentiment d'abandon a miné toute la confiance de l'individu en son monde, et plus particulièrement en sa religion, qui n'est plus « garante » d'une société de paix (Waintrater, 2003). Cette perte de foi dans les valeurs humaines (fratrie, amour, compassion, solidarité, etc.) entrave parfois le processus de verbalisation de la souffrance.

---

[60] Née à Paris à 1934 de parents arméniens rescapés du génocide de 1915, Janine Altounian est essayiste et traductrice. Elle s'est intéressée, dans une perspective psychanalytique, à la question de la transmission transgénérationnelle du traumatisme en rapport avec son expérience de descendante d'une famille de survivants du crime perpétré contre les Arméniens. D'ailleurs, dans son livre, *La Survivance : Traduire le trauma collectif,* Altounian développe une réflexion sur l'effet du traumatisme collectif.

De nombreux rescapés d'ailleurs préfèrent garder le silence sur l'intolérable et taire leur traumatisme qui a détruit leur intimité. C'est ainsi qu'on en vient à faire l'économie de la parole subjective, parce qu'une blessure privée est « authentifiée » en tant que vérité collective (Fassin & Rechtman, 2011). La parole se retrouve étouffée au sein de la société par ce que Freud appelle une « inquiétante étrangeté » (Freud, 1988). Il s'agit d'une espèce d'état anxieux, dans lequel toute émotion se voit transformée en angoisse par un processus de refoulement (Menès, 2004), car le survivant est aussi celui qui garde la trace mémorielle de l'expérience pathogène. C'est précisément cette trace qui objective le traumatisme, non pas comme une morbidité personnelle, mais plutôt comme une situation insupportable (Allione, 2013).

Face à l'impossibilité de représenter le mal, le corps se transforme alors en seul destinataire de la mémoire traumatique. Le déni d'altérité et la déshumanisation empêchent toute métabolisation de la violence terroriste, ce qui se manifeste à travers la difficulté et l'incapacité de la famille à construire son récit et son histoire : « *nous n'avions plus de larmes pour pleurer* ».

En outre, le souvenir traumatique (Waintrater, 2003) est une douleur pour soi et pour l'Autre, puisqu'une mémoire collective se construit à partir du vécu intime de chaque individu (Barash, 2006), en lui donnant un cadre et un contenant. Cet enracinement du privé dans le collectif contribue à donner du sens et de la signification à la logique de l'effacement (Belarouci, 2010).

Quoi qu'il en soit, le silence ou la parole cathartique demeurent des actes blessés pour le survivant (Pignol, 2011). Or, les conséquences de l'expérience traumatique abordée au cours du travail thérapeutique seraient probablement atténuées. Néanmoins, « la saturation psychique » (Allione, 2013) qui donne lieu à cet état de sidération, associée à une certaine incapacité à choisir ou réfléchir, provoque une souffrance indicible. Dans une telle situation, « *c'est une partie de la vie qui s'éteint pour ne plus jamais se rallumer »* (Améry & Wuilmart, 1999, p. 74) . L'homme s'efface alors très sérieusement, parce qu'il y a perte de connexion entre l'intérieur et l'extérieur.

Dans ce cadre, la psychanalyse, comme pratique de la narration, tente de réanimer l'énergie de la parole. Cette théorie de la souvenance s'appuie alors largement sur le souvenir, du reste refoulé (Benslama, 2006).

Cependant, l'événement traumatique s'inscrit, selon la conception freudienne, sous une double forme dans le psychisme : affect et représentation. L'affect est essentiellement lié à la charge affective provoquée, laquelle fournit un contenu et « une représentation » à l'événement (Bokanowski, 2002). C'est le refoulement, tel un mécanisme de défense qui conditionne la capacité de l'individu à oublier afin de lui éviter le déplaisir. Il semble que la pratique psychanalytique en contexte de guerre soit problématique. « *Si l'analysant à Alger s'engage dans ce processus de subjectivation en son nom et à partir de sa singularité, il n'empêche qu'il traverse cet engagement comme une question portant sur le politique et interrogeant les racines du discours social. La cure devient assez vite le lieu d'une problématisation dans le langage entre le sujet et le socius »* (Lazali, 2011, p. 132).

Comme nous l'avons évoqué, les effets sont d'autant plus marqués qu'en ce qui concerne ces événements, la souffrance psychotraumatique est d'abord déniée par le politique, puis étouffée par le religieux (Belarouci, 2011).

Les individus en sont donc réduits au silence, puisque la parole est presque enfouie. C'est une terrible « mort du psychisme dans la vie », d'autant que les individus se broient dans une solitude intime. C'est notamment le cas de la femme violée qui est réduite à un objet de haine et d'étrangeté. Nombreuses sont les familles qui ont abandonné épouses, sœurs et filles violées, parce qu'elles sont, aux yeux de la communauté, coupables et responsables de leur malheur. Leur corps incarne désormais « la honte publique » (Janin, 2003). La question de l'identité féminine se pose dès lors sérieusement dans la clinique du traumatisme intentionnel.

Les familles de terroristes sont également stigmatisées et rejetées par la communauté, qui les considère, au vu d'une histoire entachée de sang, comme des « assassins ». Cette souffrance reste « *non verbalisée, elle est pourtant effective et pesante* […]. *L'ensemble des membres de la famille apparaît ainsi accablé et stigmatisé par la honte publique. À cette honte se surajoute la rancune de toute une population pour qui la justice n'a pas été rendue »* (Belarouci, 2011, p. 6).

De même, Boudarène a mis en évidence dans son article *Terrorisme en Algérie : Quel devenir pour les liens filial et social ?*[61] les répercussions du terrorisme sur les victimes et surtout sur les familles des terroristes qui sont « *coupables par procuration* » (Boudarène, 2002, p. 213). C'est le cas de Rosa qui porte la honte d'un père impliqué, *à priori*, dans des activités terroristes :

« *Rosa est une jeune femme de 29 ans. Elle est l'aînée d'une fratrie de neuf enfants et a eu une scolarité moyenne (niveau du brevet). Elle porte la tenue islamique (le hidjab). Elle a été hospitalisée en milieu psychiatrique, il y a une dizaine d'années, à la suite d'une tentative de suicide […]. Elle éclate en sanglots et dit sous le regard perplexe de son père* : « *Les frères de mon père me battent… Ils m'insultent et ne me respectent pas* ». […] Elle ajoute : « *Ils me répètent tout le temps que je suis la* ***fille d'un terroriste*** ». *Rosa dit qu'elle a envie de mourir. Son discours marqué par une anxiété importante et un désarroi profond […]. Elle nous dit : « J'aime mon père, quoi qu'il fasse c'est mon père… Mon père c'est mon père, je lui pardonne »* […] *Rosa*, « *victime expiatoire », est le bouc émissaire qui doit payer la faute afin de réduire la tension et le malaise présents au sein de la famille et de réconcilier cette dernière avec le groupe social »* (Boudarène, 2002, p. 214).

On a laissé se développer une logique de haine destructrice du lien social. Il est clair que la reconstruction des vies psychiques passe par la reconstruction du lien social brisé par les exactions délibérément perpétrées par les terroristes. Toute prise en charge de la souffrance suppose pourtant une liberté de parole. Parfois, les victimes échouent dans leur fonction de « contenance[62] » d'événement qui a fait intrusion brutale dans leur intimité. C'est pourquoi l'urgence du témoignage s'enracine au plus profond de la détresse. Ce choix de témoigner est une tentative d'éviter tout risque d'éclatement psychologique. En effet, « *quand tout est perdu, la trame des événements devient même la trame de la vie* » (Arnaud Beetschen cité par Waintrater, 2003, p. 142).

---

[61] Boudarène, M. (2002). *Terrorisme en Algérie : Quel devenir pour les liens filial et social? Revue francophone du stress et du trauma*, *2*(4), 213-217.

[62] La notion d'enveloppe psychique est une métaphore qui définit une fonction de contenance et de transformation développée dans la pratique clinique.

4.2. La nécessité d'en témoigner

La plupart des traumatisés ayant survécu à cette volonté d'anéantissement a donc eu la possibilité d'en témoigner. Ce processus consiste à rendre l'événement plus authentifiable, en construisant une mémoire partageable à large échelle, telle une vérité historique. Le souvenir traumatique est la seule façon d'appréhender vraiment les affres de la souffrance traumatique. Dans cette optique, les rescapés créent un récit cathartique visant à mettre en évidence les détails de l'épreuve vécue (Waintrater, 2003).

Tout récit où l'on relate une expérience d'extermination et de violence est un moment qui nous marquera à jamais. C'est toujours une revivification d'une blessure mal guérie par le biais de laquelle on se soulage pour pouvoir ensuite se connaître. On invente en quelque sorte un objet de connaissance commun et universel (Waintrater, 2003 ; Pignol, 2011).

Le témoignage, en particulier par « *écrit »,* permet de fixer des événements passés et atemporels dont le sens profond échappe parfois à la conscience humaine.

C'est à ce titre certes que le rescapé Nesroulah Yous décrit minutieusement dans son livre intitulé *Qui a tué à Bentalha ?* Toute la violence qu'il aurait subie lui-même et qui était dirigée contre un peuple désarmé. En effet, l'auteur accomplit « un *voyage au bout d'une nuit sanglante »* nommée Bentalha.

Le 22 septembre 1997, au début de la nuit, quelque deux cents hommes armés investissent un quartier de Bentalha, une banlieue éloignée d'Alger. Ils massacrent plus de 400 personnes, hommes, femmes et enfants. Les cris des victimes et les déflagrations de bombes s'entendent à des kilomètres. Les militaires prennent position à quelques dizaines de mètres du lieu du drame avec des blindés et des ambulances, sans intervenir et empêchant même les voisins de porter secours[63]. Les événements ont été retranscrits dans un souci de fidélité à une réalité quasi pathologique. Celle-ci reflète bien l'ampleur de la blessure**,** sinon du « *mal absolu* ». C'est ainsi que l'auteur évoque l'étrange indifférence et la froideur avec lesquelles les terroristes auraient égorgé les hommes, les femmes et les enfants.

---

[63] Ce livre est le témoignage poignant d'un homme, Nesroulah Yous, qui a vécu cette nuit cauchemardesque. À travers son récit, apparaît une tout autre version du drame que celle autorisée par le régime algérien. Nesroulah Yous montre comment ce massacre s'inscrit dans une évolution tragiquement logique, largement occultée par les médias algériens et étrangers.

Un événement qui signe sans doute le début d'une métamorphose de toute vie humaine. Le témoignage *Qui a tué à Bentalha* ? est à la fois un acte de dénonciation et d'interrogation lisible à travers lequel il montre l'évolution tragiquement logique vers l'horreur d'une violence instrumentalisée à des fins politiques. En témoigne l'absence d'intervention des forces de l'ordre à proximité du lieu du drame, alors que les victimes accablées par l'épouvante d'une « *nuit des longs couteaux* » demandaient à être secourues.

Encore faudrait-il le préciser que le cimetière de Bentalha fut le théâtre d'une tragédie symbolique des plus atroces, voire indicible. Il est un lieu qui représentait la mort d'un peuple « *rêveur d'une Algérie pacifiée »*. Des hommes et des femmes présents là-bas ne sont-ils pas noyés dans l'assourdissant bruit des sirènes de la mort et des gyrophares des secours tardifs, sans oublier le silence macabre de ce cimetière ? On voit des images floues, hachées, entrecoupées, laides, etc. Un film dramatique sans protagonistes précis, où les regards sont « *oblitérés »* par la peur, l'incompréhension, l'amertume...

Nous pouvons, dans une certaine mesure, faire un parallèle avec la vie qui démarre lorsqu'on est déporté vers un camp de concentration. Au fait d'être séparé de ses proches et de sa famille viennent se superposer l'absurdité de la situation, l'insensibilité, l'incompréhension, etc.

Dans son livre *Si c'est un homme,* l'écrivain italien Primo Levi[64] provoque des émotions très fortes chez ses lecteurs dans sa manière de retracer son voyage vers le camp de concentration où il sera interné (Levi, 1996). Ensuite, on voit, paragraphe après paragraphe, le témoin retrace les balises de son voyage mémoriel, lequel lui a permis « *la prise de la parole ».* P. Levi évoquera une extermination conçue sur un mode « industriel », qui est très familier à la plupart d'entre nous. Au camp, il observe et nous livre toutes des conditions de vie qui règnent (la promiscuité, la mort de froid et/de faim, l'humiliation, la stigmatisation, etc.). C'est le fonctionnement au quotidien d'une véritable entreprise d'effacement définitif du peuple juif, jugé indésirable sur terre. Ce dernier est alors mis au ban de « *l'espèce humaine »*, condamné à disparaître comme un déchet !

---

[64] Ecrivain italien, *Primo Levi* (1919-1987) est l'auteur du témoignage incontournable sur la shoah, *Si c'est un homme* (*Se questo è un uomo*). L'auteur y relate son expérience de survivant du camp de concentration d'Auschwitz.

Le récit de Primo Levi est aussi une réflexion morale autour de la douleur des siens. Une douleur provoquée, du reste, par une idéologie désastreuse, marquée par une lecture raciste du monde. Le témoignage des survivants est ici un engagement moral, visant la production d'un travail de mémoire et de vérité (Waintrater, 2003). C'est une sorte de contrat qu'il est pourtant aisé d'enfreindre, étant donné que le témoin a souvent perdu toute confiance en l'humanité.

Au vu des événements éprouvants qu'il a subis, le survivant est souvent forcé de revenir de façon hasardeuse au sein du monde des vivants. Persécuté et accablé, il s'investira dès lors dans une mission narrative dangereuse, essayant ainsi de garantir le processus de transmission de ce patrimoine de douleur (Waintrater, 2003). Le défi sera de rendre explicite le rapport entre des générations qui appartiennent à différents contextes. Ces dernières s'approprient les codes de façons bien distinctes.

Rendre l'expérience traumatique racontable est une entreprise très difficile, voire complexe. D'autant que tous les moments de sidération, d'écroulement et d'effondrement, qui projettent l'homme hors de son humanité, devraient être traduits à travers une narration concrète et accessible. En outre, pour se soulager, le narrateur s'efforce généralement d'aller au-delà de la plainte et de la lamentation dans ce travail de traduction de l'expérience de la douleur. Il s'agit en quelque sorte d'une mission de transmission d'un héritage s'insérant dans le champ culturel. Encore serait-il difficile de définir l'intervalle temporel entre l'intrusion du trauma dans la psyché et le récit tel un vécu dicible, c'est-à-dire, une histoire mentalement symbolisable et représentable. Cela dit, le récit ne reflète pas totalement le traumatisme vécu, puisqu'une partie de la souffrance reste inaudible. Pendant la guerre, l'horreur sous toutes ses formes demeure parfois enfouie à jamais. L'effacement progressif de l'homme au contact de la violence structurelle rime avec une défaite de la culture de la transmission.

5. La problèmatique de la reconnaissance de la victime

5.1. La revendication du statut de victime

La guerre civile a été une période sombre et « *tabou* » pour l'Algérie. C'est un chapitre de l'histoire dominé par le fanatisme et l'horreur à l'origine de la catastrophe sociale avec les effets psychologiques que nous avons précédemment évoqués.
Nombreuses ont été les victimes lâchement assassinées, torturées, harcelées et parfois forcées à l'exil. La guerre a symboliquement pris fin suite à la mise en place du « *Projet de la Charte pour la Paix et la Réconciliation Nationale*[65] *»* en septembre 2005, lequel aurait offert l'amnistie aux terroristes.
Beaucoup se sont alors demandé si cette réconciliation décrétée par la Présidence était vraiment susceptible de pacifier la société et de préfigurer la fin du cauchemar algérien. De plus, comment est-il possible d'accepter, ou tout au moins de concevoir, le pardon accordé aux terroristes, en tirant un trait définitif sur tous les crimes et les violences que le peuple a endurés ? On ne peut, en aucune manière, faire l'économie de la parole étouffée par le politique, puisque la question de la reconnaissance de la victime s'impose d'elle-même. Toujours est-il que, d'un point de vue anthropologique, la solution aux blessures intérieures, résultant des violences « d'origine sociopolitique » passe par la reconnaissance sociale des préjudices subis, laquelle prend la forme d'une revendication collective. Celle-ci devient l'un des nouveaux fondements sur lequel s'organise le principe de la citoyenneté dont fait usage le mouvement associatif dans l'objectif de faire valoir le droit à la reconnaissance du statut de la victime. Cela peut constituer une alternative novatrice et civique à la vengeance.
Citons ici l'exemple de l'INAVEM[66], association française d'Aide aux victimes qui a donné la possibilité aux victimes de se reconstruire et de répondre aux exigences du parcours judiciaire (Damiani & Szepielak, 2009).

---

[65] Ce projet de réconciliation est un processus de résolution de conflit et de pacification de la société algérienne qui a subi les affres de la violence terroriste pendant 10 ans. C'est une volonté de tourner la page, en vue de garantir la paix à tous les citoyens**.** Voir **«** Ordonnance n° 2006-01 du 28 Moharram 1427 correspondant au 27 février 2006 portant mise en oeuvre de la Charte pour la paix et la réconciliation nationale ».

[66] Institut National d'Aide aux Victimes Et de Médiation, créé en 1986. Cet organisme regroupe130 associations d'aide aux victimes sur l'ensemble du territoire métropolitain et outre-mer. http://www.france-victimes.fr

L'enfermement dans une position de victime plaintive est parfois problématique, et ce d'autant que le parcours judiciaire est parsemé d'obstacles et d'embûches porteurs d'éléments paradoxaux (survictimisation des préjudices rencontrés, manque de preuves, etc.).

De même, l'association Nationale des Victimes du Terrorisme (ANVT) créée en 1994 milite pour la reconnaissance des victimes des terroristes en Algérie comme « *martyrs de la République »* (Yous & Mellah, 2000). Ce cadre associatif était au départ conçu pour les victimes comme un lieu d'expression et de partage d'épreuves communes. Les associations des victimes des terroristes constituent une sorte d'interface avec les institutions publiques, en particulier celle de la justice, puisque la revendication « *victimale »* (Pignol, 2011) se situe sur le terrain politique et social. De telles formes d'accompagnement renforcent l'idéal de solidarité*,* lequel suppose l'engagement réciproque de la communauté. Ce travail se traduit également par l'affirmation du principe de liberté individuelle qui témoigne de la décadence de l'ordre ancien. Réfléchir ici sur les modalités de la reconstruction du lien social *brisé* dans la perspective de regrouper toutes les forces sociales autour de l'éthique du vivre ensemble renforcera incontestablement la dynamique globale d'un système trop miné de l'intérieur, *a priori,* par la violence.

Être reconnu comme victime peut empêcher l'individu de se venger dans le sang. C'est primordial, puisque l'impératif de vengeance, selon la loi du Talion « *œil pour œil, dent pour dent* », a largement façonné les mœurs de la société traditionnelle en Algérie (Moussaoui, 2004). C'est d'ailleurs plus particulièrement dans « *les crimes d'honneur*[67] », qui y sont très fréquents pour sauver ce qui reste de dignité après un attentat à la pudeur.

Le retour à la loi de la force serait des plus catastrophiques dans une société. Au demeurant, la construction d'une réalité collective, passant par la revendication, pourrait être l'occasion de redonner du sens au pacte social. Cependant, il ne s'agit toujours pas d'un investissement salvateur reconnu en tant que tel, dans un contexte de guerre.

---

[67] Un crime d'honneur est un acte violent commis à l'encontre de la personne qui déshonore sa famille (adultère, divorce, refus de mariage arrangé, etc.). Ce crime « a été justifié ou expliqué (voire atténué) par son instigateur comme une conséquence de la nécessité de défendre ou de protéger l'honneur de la famille ». Voir : Rapport « les crimes dits d'honneur » publié en 2003 par la Commission sur l'égalité des chances pour les femmes et les hommes du Conseil de l'Europe.

La revendication véhiculée par ces mouvements associatifs peut être censurée et réprimée dans la mesure où elle « *participerait activement d'une dépolitisation de la vie publique, transcendant les oppositions traditionnelles (partis, syndicats), au profit d'intérêts particularistes* » (Pignol, 2011, p. 15). Par conséquent, la victime s'est vue livrée à elle-même pour inscrire, seule, sa plainte dans un processus judiciaire. Toutefois, cette contrainte de nature « exogène *»* ne peut masquer le traumatisme psychique découlant essentiellement d'une perte brutale de repères. Celui-ci (le traumatisme) consolide, en effet, le rapport de l'individu à la souffrance et à sa condition humaine. Et on se demande comment nous sommes passés d'un traumatisme individuel à une revendication socio-politique. Le vécu subjectif constitue d'abord la marque mémorielle d'une situation vécue collectivement. En revanche, la souffrance est loin d'être réductible au seul sentiment de compassion car elle se construit dans sa double dimension clinique et sociale.
En ce sens, le traumatisme se traduit dans un champ socio-politique qui inscrit l'individu dans son rapport à sa condition. Il émerge dès lors non seulement une nouvelle vision de l'homme et du monde, mais aussi et surtout de la santé mentale. « *Personne ne s'étonne de la présence massive des psychologues et psychiatres sur la scène du malheur. Chacun adhère à cette lecture qui nous est proposée de l'événement* » (Fassin & Rechtman, 2011, p. 12).

Toutes les victimes sont soumises à une situation traumatisante, laquelle crée une massification des subjectivités. Fassin et Rechman se sont d'ailleurs attelés à restituer l'histoire de la notion du « *traumatisme* » dans sa triple dimension : individuelle, collective et clinique. En quoi, s'interrogent les auteurs, la réponse sociale (clinique, psychiatrique, politique, etc.) pourrait-elle modifier notre façon de penser, réfléchir et agir sur le monde ? Les auteurs ont procédé minutieusement au travail de déconstruction des discours, pour tenter de saisir les transformations survenues au fil de l'histoire (Fillion, 2008). Ce dévoilement du sens éthique et anthropologique de la notion de traumatisme psychologique soulève dès lors la question de la responsabilité *« comme lieu d'ordonnancement des discours et des liens des individus entre eux »* (Belarouci, 2011, p. 623). Ce qui est de nature à ouvrir un débat politique dans lequel le sujet-victime prendra la parole.
La subjectivité individuelle est perçue ici comme une construction politique. Le traumatisme a fabriqué une communauté d'hommes ayant le même destin, laquelle tente d'articuler l'individuel et le collectif, le particulier et l'universel pour donner du sens à sa survivance.

Ce qui est enfoui dramatiquement revient sous forme d'une revendication politique tel « *un retour du refoulé*[68] » pour témoigner d'une humanité sacrifiée. Il est, en effet, vraisemblable que ce processus de revendication soit entravé et dilué dans des considérations politiques parce qu'il est une menace pour l'ordre habituel marqué par une certaine rigidité. Dans cette perspective, nous évoquerons la question de la négation de la souffrance des victimes des terroristes en Algérie, pour montrer à quel point le politique aurait étouffé le processus de reconnaissance de la victime et de la réparation des préjudices.

5.2. La négation de la victime

5.2.1. La souffrance psychotraumatique

L'exposition à une violence terroriste engendre le plus souvent un traumatisme psychique important. Selon les données de la littérature, une grande partie des individus qui sont confrontés au cours de leur vie à un événement « hors du commun » manifestent une souffrance psycho-traumatique accompagnée d'autres problèmes psychologiques (dépression, anxiété, angoisse, etc.). Environ 3 à 5 % de la population générale est atteinte d'un syndrome psycho-traumatique (Kessler et al., 1995). En Algérie, les données relatives à la fréquence de la souffrance psycho-traumatique parmi les victimes des terroristes, ainsi que la prise en charge dont ces derniers ont bénéficié restent, à notre connaissance, inconnues en raison d'absence d'enquêtes épidémiologiques à l'échelle nationale.

Du point de vue clinique, une prise en charge à la fois médicamenteuse et psychothérapeutique est offerte au sujet traumatisé afin de l'aider à s'en sortir. C'est bien la prescription médicale qui s'impose comme la réponse la plus fréquente en cas de souffrance psychologique (Boudarène, 2015).

---

[68] Concept freudien qui renvoie à « un processus psychologique par lequel les éléments refoulés, n'étant jamais anéantis par le refoulement, tendent à réapparaître et y parviennent de manière déformée sous forme de compromis » (***D****ictionnaire psychanalytique*). Selon Freud, ce phénomène s'observe à travers le rêve, les actes manqués, les lapsus et d'autres symptômes psychopathologiques.

Certes, cette aide « transitoire » permet de soutenir le corps épuisé et de renforcer les fonctions psychiques, mais elle ne suffit pas à elle seule à apaiser réellement l'individu traumatisé, puisque choc et deuil demeurent non élaborés. C'est pourquoi il faut instituer un cadre suffisamment sécurisant. Cela suppose, bien entendu, l'adhésion « sincère » de l'individu lui-même au projet thérapeutique en question (recadrage, réorientation, relecture des événements, recherche de sens, etc.) afin d'amorcer le processus de guérison. C'est incontestablement un dispositif primordial, permettant à la victime d'intégrer psychiquement la violence subie et de lui donner toute sa signification (Auxéméry, 2016).

Dans la tradition psychiatrique algérienne, la souffrance, aussi minime soit-elle, est médicalisée et prend parfois la forme d'une « folie » qui est dès lors de l'ordre de l'inaccessible. Le pouvoir des soignants consiste ici à contenir cette folie-là par la raison, le médicament. Il semble pourtant que la reconnaissance de la souffrance, notamment chez les personnes psycho-traumatisées, s'inscrit parfois dans la nosographie psychiatrique moderne. L'institution en tant que lieu de soin n'a pas encore rompu avec les pratiques asilaires figées (voir chapitre1). En effet, la violence institutionnelle se justifie par la dangerosité que le patient représente pour lui-même et pour son entourage. On fait ici référence à l'hospitalisation d'office, celle qui renvoie à un internement sous contrainte d'un patient privé de sa liberté de choisir. Ces services dits « fermés » accueillent généralement des sujets étiquetés comme dangereux, voire difficiles. Dans un souci de prise en charge, le malade est alors soumis à des soins « sécuritaires ». Dans ce contexte, on peut évoquer la position ambiguë d'une institution qui se veut la garante d'une discipline médicale censée respecter son engagement social de protection sociale. La pratique institutionnelle suscite donc un double malaise au regard de la nécessité de concilier « grand enfermement » et « contrainte médicale » (Castel, 1971). De fait, l'institution renvoie fantasmatiquement à une « institution totale », laquelle devient — comme l'écrirait le sociologue Erving Goffman[69]— « *un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus vivant dans les mêmes*

[69] Erving Goffman (1922-1982) est un sociologue américain d'origine canadienne. Il a effectué, en 1961, une célèbre étude, *Asiles*, qui se fonde sur ses observations au sein d'une institution psychiatrique. Goffman a publié son essai sociologique sous le titre original *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Il regroupe quatre études sociologiques à travers lesquelles Erving Goffman préconise une démarche qualitative et compréhensive en sociologie. P. Bourdieu avait participé à la publication de l'édition française de l'ouvrage *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux* aux Éditions de Minuit en 1968.

conditions et isolés du reste de la société pendant une période de temps considérable mènent ensemble un épisode de vie contraint et réglé » (Goffman, 1968, p. 41).

Bien évidemment, une institution soignante « autocentrée » qui exclut ses usagers tombe inévitablement dans la violence. En effet, les expériences quotidiennes montrent à quel point l'hôpital psychiatrique peut ainsi s'engager dans une démarche de déculturation du patient en le privant de son autonomie. Bien que nécessaire, la contrainte (dépouiller le patient de ses affaires personnelles, limiter ses mouvements, lui faire prendre des médicaments de force, lui imposer la promiscuité, etc.) est souvent vécue comme une violence symbolique. Ces malades que Goffman qualifie à juste titre de reclus « *vivent ordinairement à l'intérieur de l'établissement et entretiennent avec l'extérieur des rapports limités »* (Goffman, 1968, p. 49). Leur identité est par là même dénaturée, voire abîmée ; ce qui peut d'ailleurs renforcer la maltraitance dont les patients sont parfois victimes.

Cette politique sanitaire d'enfermement s'enracine dans la conscience institutionnelle en raison de carences structurelles. D'un point de vue culturel, une institution de soin est, quoique dotée d'une fonction protectrice, une structure culpabilisante et stigmatisante. À défaut de politique d'insertion, plusieurs malades ayant perdu « la raison de vivre » font l'expérience de l'errance et de la stigmatisation dans la rue. Celle-ci reflète donc une triste réalité sociale qui conduit l'individu à l'isolement et à la perte de l'estime de soi. C'est une situation de vulnérabilité qui confère le statut du malade « honteux ». Celle-ci marque pour ces nouveaux marginaux le début d'une « carrière stigmatisante » qui les contraint à s'adapter progressivement à une vie clandestine (Furtos, 2008)). C'est en ce sens que le stigma de la maladie mentale est susceptible d'empêcher l'individu victime de s'insérer dans « le cercle des rapports sociaux ordinaires » (Spiers & Combaluzier, 2009).

En réalité, ce stigma est une étiquette perturbatrice qui détruit le droit du malade à la réintégration. Une fois stigmatisée, sa parole pourrait être remise en cause. Dans le cas spécifique d'un traumatisme lié à des violences extrêmes, la victime se voit, au fil du temps, dépossédée de sa capacité à revendiquer ses droits et à obtenir réparation face au préjudice subi ; ses revendications sont en fait étouffées par la stigmatisation (folie, dangerosité, etc.).

5.2.2. La Réconciliation Nationale, un oubli forcé

L'amnistie accordée par les autorités algériennes aux terroristes impose en quelque sorte une amnésie sociale. On chemine laborieusement vers l'effacement de la mémoire collective au lieu d'aller vers un travail sérieux de vérité et de réparation. Cette amnistie n'est, somme toute, qu'une forme de culpabilité dont l'aveu est insupportable, projetée à l'extérieur telle « *une négation malveillante* » de la victime.Du point de vue religieux, le pardon est un processus qui se vit dans la relation strictement intime avec Dieu. Toutefois, le pardon s'est imposé depuis les années 50 comme un outil institutionnel, voire politique pour pacifier une société (Causse, 2016).

On le remarque notamment à travers la création des « *Commissions Vérité et Réconciliation*[70]*: CVR* » en Afrique et en Amérique Latine (Chili et Argentine). Il s'agit de mettre en place un projet commun autour duquel la société s'organise et se structure en vue de jeter les fondations d'une véritable réconciliation nationale.

Au regard de nos réflexions, les crimes contre l'humanité montrent bien l'échec de la raison puisque l'Homme — capable de manifester de l'amour, de la bienveillance et de la générosité — se transforme, sous l'effet d'une idéologie néfaste, en véritable bourreau. La conscience d'avoir commis des fautes (méfaits, injure, offense, etc.) est liée principalement à cette faille existentielle. Dans ce cas de figure, la culpabilité qui émerge se traduit par des regrets et des remords. Plusieurs coupables manifestent d'ailleurs une volonté d'avouer, laquelle les pousse à reconnaître leurs fautes publiquement afin qu'on leur octroie le pardon. Or, demander pardon ne peut se faire qu'à travers un acte de parole doté d'une fonction à la fois réparatrice et libératrice (Zarka, 2014), tandis que le pardon renvoie lui-même à cette capacité de la victime à reconstruire son humanité et à la reconnaître en l'autre. Il s'agit donc ici de « […] *porter sur autrui humilié un regard qui voit l'humain à part entière et à joindre le geste au regard pour actualiser cette humanité. Le pardon commence là, et c'est à cette condition qu'il va pouvoir s'expliciter davantage dans le geste et la parole par*

[70] La Commission Vérité et Réconciliation (CVR) a été créée, en Afrique du Sud, en 1995, à la suite de longues négociations. Cette commission a pour mission d'unifier le pays après une décennie de ségrégation. Cette politique transitoire se fonde sur l'abandon de la justice pénale conventionnelle.

lesquels la victime se tournera vers le coupable, prête à lui exprimer le pardon lorsqu'il le demandera » (Causse, 2016, p. 162).

C'est pourquoi l'aveu devrait s'accompagner d'une repentance « sincère » et le témoignage d'un pardon « authentique ». Dans cette perspective éthico-morale, il est plus facile d'obtenir le pardon divin que celui de l'Autre. En effet, « *la disproportion entre l'homme et Dieu est telle que le mal que l'homme peut faire à Dieu est un quasi rien. Le blasphème, le non-respect des préceptes de la religion ne seraient rien s'ils ne concernaient que Dieu seul* » (Zarka, 2014, p. 338). Cette volonté d'avouer et le désir de pardonner participent également d'un processus qui s'inscrit dans le cadre de l'institution juridique. Cette espace d'échange et de communication permet alors de libérer plus largement la parole.

En ressort finalement la question de la responsabilité, laquelle constitue une certaine forme de lien social : « *c'est elle que l'on va voir supplanter l'ancienne culpabilité qui régissait le sens de nos existences dans un rapport de nature morale qui nous unissait d'abord et avant tout à Dieu, puis, dans sa version laïque, à la nature et à ses lois ; car avec la responsabilité c'est le 'contrat social' qui devient premier, avec comme impératif la solidarité incarnée* » (Pignol, 2011)(Pignol, 2011, p. 49) Cela dit, le pardon doit idéalement s'enraciner dans la conscience profonde de l'individu et de l'institution. C'est seulement dans ces conditions qu'il est possible d'établir une décision politique fondée sur un pardon émanant de la profondeur de l'Homme. Mais qu'en est-il concrètement de la violence de masse en Algérie commise par des terroristes ?

Dans les faits, l'État a accordé cette amnistie par le biais d'un référendum et d'un vote. Cette démarche politique demeure largement insuffisante au vu des crimes perpétrés qui la motivent. De surcroît, la victime a été exclue des circuits d'échanges et de négociation conçus pour aller vers une transition politique.

Cette seconde violence justifie ici le retour de la vengeance d'autant plus que les terroristes ont bénéficié d'offres d'intégrations, de récompenses après les années de violence (logement, soin, éducation, travail, etc.). N'est-ce pas une négation de la victime, contrainte de vivre désormais avec son bourreau ? Cette prise de conscience politique est effrayante sur le plan psychologique, dans la mesure où le travail de pacification de la société n'a été fait qu'en surface. En outre, ces souffrances « d'origine sociopolitique » déniées sont telles « *des braises qui crépitent dans des cendres refroidies d'un feu de mort* » (Allione, 2013, p. 117).

Le problème principal est que cette recherche de solution s'est faite dans un silence quasi total. Or, cette démarche n'a fait que redoubler la souffrance et surtout le ressentiment des victimes. L'amnistie « *traditionnelle* » accordée aux terroristes est une double peine, voire une double mort pour la victime, car, justement, « *le crime contre l'humanité se caractérise en effet par la volonté de supprimer jusqu'au souvenir des victimes : la réponse à ce crime est l'affirmation de l'existence de ces victimes comme personnes humaines à part entière, une affirmation qui passe par l'écoute du récit de ce que les survivants ont vécu*. » (Causse, 2016, p. 263).

Ce projet de réconciliation a de fait protégé les coupables, tout en étouffant les victimes qui sont désormais condamnées à une amnésie forcée ! Ce sont deux logiques qui s'affrontent réciproquement, comme nous le fait remarquer Bruno Étienne : « *L'amnésie est tout ce qu'une société s'empresse d'oublier parce que cela la dérange dans ses fondements et que toute société préfère une histoire fausse à la vraie quand elle est constitutive de ce qui fait que cette société ne s'écroule pas. L'amnistie, par contre, est tout ce que la société doit effacer de sa mémoire pour absoudre sa faute. Là où l'amnésie est un état d'âme, l'amnistie est un devoir civique* » (Étienne, 1998, p. 150).
Cette situation révèle une adaptation brutale à la nouvelle réalité sociale, où le Moi de chacun est absorbé par le contrôle de ses pulsions. Or, toute réconciliation suppose une libération de la parole et une reconnaissance de la victime. Il convient d'évoquer le rapport de la justice au processus du pardon. En effet, la justice a pour but de rétablir la loi par la sanction, elle veille aussi au respect de l'humanité.

Dans le cas des violences terroristes, le processus judiciaire aurait pour fonction essentielle de restaurer ce lien d'appartenance détruit par effraction des « enveloppes groupales » (Kaës, 2007).

La violence intentionnelle a provoqué ce que Barrois appelle une « rupture communautaire ». Dans le cas de la problématique algérienne, cette violence terroriste a pris la forme d'une violence « fondatrice » d'une nouvelle justice « restauratrice » marquée par « l'impunité des crimes ».

Tout au plus l'homme politique qui a échoué moralement et spirituellement dans sa mission garantir la sécurité aux citoyens aurait cherché à préserver l'ordre public par tous les moyens. Cependant, il aurait fallu sacrifier la mémoire des millions de victimes et d'un peuple pour garantir « *une société de paix* ».

C'est une logique qui se fonde sensiblement sur un autre discours politique « au nom des martyrs algériens » ; « au nom de la souveraineté nationale ». On voit ici comment une nouvelle divinité s'impose au peuple comme référence transcendantale. Mais cette vision n'est-elle pas calquée sur le discours de l'antagoniste « au nom de Dieu » ? Du point de vue de la sociologie morale, les acteurs sociaux s'appuient sur leurs capacités à justifier publiquement leurs décisions et leurs actes. Toutefois, cette justification pourrait être un pur déguisement puisque l'acte de gouverner se fonde sur la parole. Or, le discours politique n'est qu'une articulation des faits qui sont parfois dans l'impossibilité de démonter le réel occulté. C'est le cas notamment de l'idéologie nazie qui cherche à se montrer sincère et authentique.

À l'époque de la guerre civile algérienne (1992-2000), tout a prêté à confusion. *Qui tue qui* ? La religion ou l'État n'ont plus cette fonction de garant d'une paix sociale. Face à l'échec de la morale politique de restaurer la foi par le religieux, l'inconscient institutionnel a, lui, rejeté l'effort de se libérer du souvenir obsédant de « *l'homme-héros* » hégémonique lors de la guerre d'Algérie (1954-1962), ce qui a pu empêcher la libre circulation d'une nouvelle énergie créatrice. Cette fixation nous relie à un passé glorieux, considéré comme étant la profondeur de l'âme collective. Des décisions et des actes institutionnels se déforment puisque l'homme politique refuse toujours d'abandonner ces figures mythiques du passé.

On remarque, à ce titre, que « *Le Projet de la Réconciliation Nationale* » se veut en rupture radicale et brutale avec un passé à la fois douloureux et honteux. Au demeurant, on ne fait que la superposer (la réconciliation) à celui-ci (le passé), pour maintenir le peuple dans l'isolement. Car « *se soumettre à une 'réconciliation nationale', c'est-à-dire d'effacer, en quelque sorte, les traces de cet 'ayant eu lieu', c'est là le meilleur moyen d'ordonner le maintien des individus dans la terreur* » (Belarouci, 2011, p. 12).

Ce qui est effacé — c'est-à-dire considéré comme n'ayant pas eu lieu — peut être pensé en tant que blessure du passé empêchant l'articulation des histoires individuelles et collectives (Belarouci, 2011). Par conséquent, on laisse se développer une logique d'effacement progressif de ce qui inscrit l'homme dans l'humanité : l'exercice de sa citoyenneté, en ce sens que la négation de la victime est amplifiée par l'absence de parole. Ce contexte est « rationalisé » par des décisions prometteuses en apparence, qu'il s'agisse de perspectives de paix ou de

réconciliation. Comment construire dès lors un rapport de citoyenneté entre les individus, qui soit porteur de valeurs culturelles et humaines ?

La réconciliation nationale pourrait être une forme de « projection politique[71]» pour occulter la vérité des faits, au point qu'elle devienne presque un slogan ou un simple discours « *Plus jamais ça* ! ». Il s'ensuit que notre société a exercé une pression qui relève de l'intolérable sur les endeuillés, sachant que le silence conditionne les tabous et les préjugés, telles des compensations de cette pression. C'est ainsi qu'une société qui obéit à cette logique tombe inévitablement dans l'éclatement et les violences extrêmes (Allione, 2013). Mais la question qui se pose avec acuité est la suivante : comment l'Algérie est-elle en mesure de tourner un chapitre sombre de son histoire sans avoir procédé au travail de deuil et de mémoire ? Est-il possible d'accorder son pardon en excluant la victime sacrifiée ?

Cette violence symbolique manifestée à l'égard des individus endeuillés peut être « occultée » par des discours et des promesses. Précisons que « *l'amnésie et l'amnistie sont les deux abcès d'une mémoire sacrifiée ; il faut essayer de reconstruire la mémoire collective gommée, falsifiée et croisée en un double sens* » (Etienne, 1998, p. 151). C'est pourquoi il est urgent de regarder en face la violence extrême à laquelle les Algériens ont été confrontés.

Ces victimes assassinées et enterrées sans sépulture sont tout aussi innocentes que les survivants qui souffrent de séquelles et de traumatismes (Bouatta, 2007). Privé de sa parole, l'individu cultive un rapport avec l'histoire, la sienne bien entendu, médiatisé par un certain « *fétichisme*[72] *des images de guerre* ». La production photographique en particulier était aussi un outil par excellence pour dénoncer la violence intentionnelle dont les images sont effrayantes (M.-F. Bacqué, 2006). À cet égard, le photographe Hocine Zaourar dévoile au monde la souffrance *pudique* des Algériens avec la publication de « *la Madone de Bentalha* » (Guillot, 2005).

---

[71] Cette politique n'est toutefois pas sans risque quand elle échoue fatalement du point de vue moral et éthique. Elle n'est pas un pivot stable pour restaurer la paix, mais plutôt un point de bascule dans le ressentiment et la vengeance, et ce d'autant plus que les massacres de Bentalha ont miné radicalement l'imaginaire du peuple.

[72] En ethnologie, le fétichisme renvoie à l'adoration d'un objet dans le cadre d'une pratique religieuse et mystique.

Cette femme percluse de douleurs et adossée à un mur exprime le malaise profond qui règne en Algérie. Le visage de « madone » est conçu comme une peinture religieuse porteuse d'un tramatisme « transgénérationnel » traduisant la « douleur en héritage » qui nous relie au passé et à la condition humaine (Fassin & Rechtman, 2011).

Figure 4. La Madone de Bentalha photo prise par Hocine Zaourar

Ce dévoilement aurait été, d'ailleurs, violemment critiqué parce qu'il est un tabou dont la transgression se révèle dangereuse[73]. Bien évidemment, de pareilles pratiques font obstacle au travail du journaliste qui s'est opposé de front à l'impératif de la dissimulation de la réalité pendant cette violence de masses.

Toujours est-il que cette loi de la censure et du silence est justifiée par l'horreur et la peur, restées pour longtemps le symbole de la tragédie algérienne.

---

[73] Le 23 septembre 1997, le journaliste Hocine Zaourar photographie une victime terrassée par la douleur, lors d'un massacre de Bentalha, près du CHU Zmirli à El Harrach. Cette photo de la *Madone de Bentalha* a fait la « une » de 750 journaux nationaux et étrangers. Un tel retentissement s'explique par le contenu révélateur d'une douleur importante d'un peuple désarmé, et surtout par son analogie frappante avec l'iconographie chrétienne de la douleur. La diffusion mondiale de cette image a suscité une grande polémique**,** notamment sur le plan politique. Le gouvernement algérien a considéré ce travail photographique publié comme une ingérence dans les affaires nationales du pays engagé dans la lutte anti-terroriste.

Bien évidemment, cette Madone de Bentalha n'a cessé de transcender l'atrocité d'un passé irréparable. Décontextualisée, cette image donne naissance à des œuvres d'art universelles et atemporelles représentant fidèlement la douleur d'un peuple jugé ou vu comme indésirable (Hanrot & Clévenot, 2012).

En outre, ces images de la douleur ont créé une sorte d'obligation de regarder ou, du moins, de prendre position par rapport aux événements vécus. Certains pensent que c'est la sensibilité qui s'est réveillée pour secourir une humanité en danger. Il est toutefois difficile de concilier le dégoût que ces images de guerre inspirent avec la volonté d'agir. Car, « *dans la photographie*, *il y a un travail de représentation potentielle, à condition que le regard ne s'échappe pas du sentiment de déplaisir ou de culpabilité, en 'zappant' immédiatement l'image, mais qu'il accepte de revenir à la photo pour se demander ce qu'il en retient* » (M.-F. Bacqué, 2006, p. 64). Le passage du document médiatique au monument artistique est une œuvre qui relie l'individu à la douleur de l'Autre.

Au regard de ces événements, l'absence d'effort de reconnaissance de la victime montre bien la difficulté de l'État algérien à concilier politique du pardon et mémoire du massacre de Bentalha enfoui dans la conscience collective. Il semble donc nécessaire d'adopter une politique de mémoire, car « *pour guérir du mal, il faut en parler et le mettre en lumière, et non l'occulter comme cela a eu lieu dans le passé* » (Vidal, 2004, p. 12).

Lorsque tous les témoins et survivants disparaissent, l'événement qu'il faut dénoncer n'existe plus qu'à travers les médias et les formes culturelles assurant sa transmission. La guerre « d'entre-nous » (Belarouci, 2011) reste encore aujourd'hui le symbole d'une situation politique malsaine.

Ce double traumatisme provoque un véritable malaise au sein de la société algérienne, tandis que l'amnistie vient occulter ou encore refouler une violence « plurielle ». C'est la défaite de la culture politique inconciliable avec les valeurs démocratiques et humaines. Un monument érigé en l'honneur des victimes de la

décennie noire ne serait-il pas dès lors nécessaire afin de lutter symboliquement contre l'oubli et le mépris de la vie humaine[74] ?

Un monument, par exemple, est spécifiquement doté d'une valeur commémorative permettant « d'*initier un processus de guérison, une réconciliation des divisions destructrices causées par la guerre* » (Scruggs & Swerdlow, 1985, p. 85). Une cérémonie commémorative, quant à elle, est toujours associée à un moment d'ancrage des valeurs humaines pour donner un sens au deuil collectif. Dans le contexte algérien, l'amnistie qui rime avec la négation de la victime ne fait-elle pas obstacle au devoir de mémoire et au travail de vérité qui sont intimement liés ? L'individu n'a pas d'autre choix que de s'engager dans une démarche de reconstruction de la mémoire collective. C'est une revendication qui s'impose comme une nécessité pour préserver ses représentations intimes déniées par le politique. Face à cette réalité, il aurait fallu trouver un moyen d'intégrer les événements traumatiques à l'histoire collective. Or, le devoir de mémoire suppose une écriture authentique de cet épisode sombre de l'histoire du pays.

La construction d'un récit « national » passe par la déconstruction des événements si massifs. Ce travail de narration, bien que dangereux, permet « […] *à la nation de rendre une cohérence, à travers une réconciliation fournie par les relations ambiguës de la narration, aux conflits que les gens n'arrivent pas à résoudre dans le domaine strictement limité de la pensée analytique.* » (Hellmann, 1986, p. 9). C'est ainsi qu'il serait en mesure de s'effectuer par le biais des productions cinématographiques.

Le film *L'Épreuve,* réalisé par Abdelhalim Zerrouki en 2010, peut être considéré comme un objet de mémoire dédié aux victimes. On y découvre le sadisme de groupes islamistes au service d'une guerre cruelle, incompréhensible et dotée d'enjeux dépassant tout entendement. À plus d'un titre, ce film décrit une société caractérisée par la haine de la différence. Le jeune Khaled, le personnage principal, a perdu tous les membres de sa famille, égorgés par les terroristes. Ce qui l'a plongé une nouvelle fois dans la douleur et le deuil.

---

[74] Vingt ans plus tard, aucun lieu mémoriel n'a été inauguré pour rendre hommage aux victimes sacrifiées. Pourtant, celles-ci devraient être représentées dans la mémoire collective par l'intermédiaire de supports culturels.

Mais au-delà des aspects politiques et religieux, ce film commémoratif montre une certaine saturation de la vie psychique du peuple (Allione, 2013), laquelle se retrouve confinée dans la perversion et l'intolérance. Ce film-monument[75] (Tessier, 2012) peut aussi, de cet angle de vue-là, être interprété comme le début d'un processus de dévoilement et même de guérison. C'est un moment crucial d'élaboration d'une nouvelle réflexion sur le drame algérien. Cela met aussi en évidence le fait qu'il est possible d'offrir un « *soin cathartique* » à la nation traumatisée par le biais de la création artistique et/ou littéraire. C'est ainsi que nous préservons le souvenir des morts à travers la parole et la symbolique du monde, car le corps habité par la parole n'est pas réductible à sa matérialité physique ; il s'en souvient en transcendant une violence occultée.

Reconstruire une mémoire collective ne se réduit pas « au traitement compassionnel de la question sociale » (Fassin, 2006) à travers des offres provisoires (centre d'hébergement, nourriture, accueil, soutien psychologique, etc.) qui portent sur des individualités. Ces gestes permettent certes de colmater les brèches, mais sans régler pour autant la problématique de la responsabilité et de la réparation.

En réalité, cette politique de déni, qui est une remise en cause de la parole, a été largement critiquée dans la mesure où le travail de deuil, de mémoire et de vérité a été détruit au nom de l'idéal républicain d'« unité nationale ». Pourtant, la reconnaissance de la victime exige nécessairement le respect de ses droits des morts et des vivants à travers lequel s'enracine le sentiment d'appartenir à une société. En effet, la violence structurelle et intentionnelle a une histoire, un avenir et un destin.

Dans le cas de violence extrême, « le pacte social » est totalement détruit et les repères sont réduits à néant. C'est pourquoi il est essentiel de prendre en compte le rapport de l'individu à son histoire, qui devrait s'inscrire dans une perspective sociale, culturelle et anthropologique. Dans toutes les formes de démocratie, on reconnaît aux citoyens une certaine liberté individuelle.

---

[75] Laurent Tessier, dans son article « Monuments et films-monuments. À propos de la place des œuvres d'art dans les représentations collectives de la guerre du Vietnam aux États-Unis », a étudié le processus de construction du monument national dédié aux vétérans américains de la guerre du Vietnam, ainsi que les interactions entre ce monument et certains films de fiction portant sur le conflit américano-vietnamien.

En Algérie, ce droit à l'expression publique du deuil et de la douleur a été confisqué au profit d'intérêts particuliers, car « *la société ne songe qu'à sa sécurité, dirait* Jean Améry[76], *et se fiche complètement des vies endommagées : elle regarde en avant, et dans le meilleur des cas elle le fait pour éviter que ce genre de choses ne se reproduise* » (Amery, 2005, p. 152).

Cette attente, « *Plus jamais ça* », est à la fois utopique et dangereuse, car utilisable comme discours creux des politiciens qui prétendent garantir un avenir serein. Deux logiques s'affrontent ici : l'une est politique, celle de la « raison d'État » ; l'autre, « affective », est celle des victimes exclues du champ d'une négociation tournée vers la transition pacifique.

L'État a vite imposé sa politique « de l'oubli forcé » pour effectuer une rupture radicale avec un passé violent. Cette atmosphère pourrait maintenir l'individu dans une position de victime éternelle dont sa double blessure reste sans élaboration psychologique possible. Outre la négation des droits d'un peuple endeuillé, une histoire de haine officielle se construit progressivement pour empêcher le travail de « reconstruction — réconciliation » dans la société algérienne.

6. Conclusion du chapitre

La violence terroriste en Algérie s'est développée suite à la montée en puissance d'une idéologie politico-religieuse. C'est une réalité aussi tragique qu'ambiguë dans laquelle se sont déchaînés les pires instincts de l'homme. La volonté de faire disparaître l'autre l'aurait emporté sur le dialogue, laissant la place vacante durant toute cette guerre intestine à l'idéologie de l'effacement. Ainsi les terroristes se sont-ils enfermés dans des positions extrêmes, se traduisant par le dénigrement total de la vie humaine.

À l'issue symbolique du conflit, le passage du monde de la guerre au monde de la paix fut un processus qui cadrait avec un véritable « *sentiment de victimisation* ». Force est de constater que cette souffrance est entretenue, voire accélérée par l'absence d'une prise en charge et de projet d'aide aux victimes de ces exactions.

---

[76] Jean Améry (1912-1978) est un écrivain et essayiste autrichien. Rescapé d'Auschwitz, il s'oppose au régime nazi .Il se suicide en 1978 dans un hôtel de Salzbourg.

Impossible d'évaluer l'impact du traumatisme collectif et d'en dresser un tableau exhaustif sans diagnostic vital et global. Cette démarche aurait pu contribuer, dans une certaine mesure, à une transparence « démocratique » en matière de « chocs » pour cheminer vers la reconstruction du « vivre ensemble ». Ce qui donnerait également un sens aux différentes perspectives aussi bien cliniques que psychothérapeutiques.

Il va de soi que ladite démarche inscrite dans le champ de la victimologie et du psychotraumatisme est de nature à transcender les tabous. Autant dire, ces projets d'aide à la victime (l'accompagnement psychologique, juridique, social, etc.) sont comme « une alternative concomitante » au processus de guérison non seulement individuelle mais aussi nationale.

Selon toute vraisemblance, la violence terroriste peut être intériorisée comme une violence contre soi. Il nous semble important d'apporter alors des éclaircissements concernant cette problématique. Comme le précise un groupe de chercheurs au sein du CRASC : « *la situation actuelle de l'Algérie, avec toutes les secousses qu'elle a subies durant les deux dernières décennies (terrorisme et déplacements des familles surtout), permet de supposer que l'augmentation du suicide et des tentatives de suicide pourrait s'inscrire en partie* […] *dans le cadre de l'anomie, mais ces séismes répétés ont également constitué des traumatismes à des degrés divers* » (Mimouni, 2010, p. 3).

C'est aussi dans cette perspective que nous avons situé l'axe principal de notre travail de recherche. Autrement dit, étudier à partir d'un corpus épidémiologique le lien entre la souffrance psychotraumatique et le suicide. Aussi, au vu des conclusions du groupe de chercheurs cité ci-dessus, le phénomène suicidaire devrait être traité au préalable dans une perspective théorique afin de définir toutes les variables de notre présente étude. Ce travail théorique s'articule sur quelques approches explicatives du suicide ainsi que sur l'évaluation du processus suicidaire en question.

Chapitre 3

Le phénomène suicidaire

Cinquième partie. Les conduites suicidaires : aspects théoriques

« *Gratuité absurde, trou noir et vide abyssal du rien, mort solitaire sans la compagnie fraternelle des autres, mort qui ne profite à personne, mort vide de tout contenu au bénéficiaire, responsabilité devant rien ni personne, cette mort stérile est peut-être ce qu'on appelle l'enfer* »

Vladimir Jankélévitch (*La Mort*, 1977)

1. Introduction

Le suicide a suscité, depuis bien longtemps, de vifs débats au sein de la communauté scientifique. D'origine latine, ce mot signifie « *meurtre de soi* ». Il a été utilisé pour la première fois par Sir Thomas Browne en 1642. Le suicide a été associé, à cette époque, à un péché mortel contre Dieu d'autant que le projet divin sous-tend une forme d'alliance entre l'homme et Dieu fondée sur le principe de l'autoconservation (Minois, 1995). C'est pourquoi l'Église condamne fermement ce comportement « extrême », considéré à ses yeux comme une révolte contre la parole religieuse et même comme un blasphème adressé à toute l'humanité (Minois, 1995).

L'approche théologique montre que le suicide occupe une place importante dans la vie morale (Baechler, 2009). Toutefois, l'émergence de la psychiatrie comme médecine autonome a démystifié par la suite cet acte de son caractère tout aussi métaphysique que transcendant. Cela a constitué un tournant radical dans la manière de définir et d'appréhender cette conduite humaine, car les médecins aliénistes s'intéressaient tout particulièrement aux dimensions psychologiques du suicide : « *en proie à la diminution des interdits, à l'affaiblissement des positions chrétiennes sur le sujet et à l'ouverture des frontières disciplinaires le concernant, le suicide a fini par acquérir une plus grande visibilité au sein de l'espace public, visibilité qui trouve son point de consécration au lendemain de la Seconde Guerre mondiale* » (Jougla, Péquignot, Le Toullec, Bovet, & Mellah, 2003, p. 35).

Le suicide est, dès lors, associé à une affection mentale diagnostiquée et traitée comme telle. Ce qui est à l'origine de la déculpabilisation sociale de l'acte suicidaire. Cette thèse du suicide « pathologique » a été particulièrement soutenue par des aliénistes**,** comme le confirmait Esquirol : « *le suicide est presque toujours l'effet d'une maladie, il ne peut être puni, la loi n'infligeant de peine qu'aux actes volontairement commis dans la plénitude de la raison.* […] *l'homme n'attente à ses jours que lorsqu'il est dans le délire* » (Esquirol, 2014, p. 664).

Connu pour ses travaux psychiatriques, Esquirol introduisit en 1821 la notion de « mélancolie » dans son traité *Suicide précédé d'homicide*, afin de mettre en évidence le suicide mélancolique qui est lié principalement à un état de tristesse (Esquirol, 2014). Cette approche psychiatrique confère au suicide une dimension systématiquement pathologique.

À partir des années quarante, les médecins discutèrent trois conceptions médicales du suicide. La première approche, élaborée par Esquirol, consiste à associer le suicide à des aliénations non spécifiques. La seconde approche de Bourdin, le rattachait à une maladie mentale spécifique qu'il nomme « la monomanie suicide ». Il s'agit en effet d'un délire qui entraîne des passages à l'acte suicidaire. Enfin, la troisième approche, quant à elle, partageait les suicides entre différentes causes (Mucchielli & Renneville, 1998). C'est dans ce contexte que l'aliéniste Brierre de Boismont a évoqué les causes du suicide. En effet, l'originalité de son enquête résidait dans le dépouillement de 4 595 procès-verbaux de suicides recueillis à la préfecture de police (Mucchielli & Renneville, 1998). À partir de ce corpus de données, Brierre de Boismont distinguait alors des causes « prédisposantes » et des causes « déterminantes ». En 1856, il a fait le bilan de toutes ces études publiées dans son ouvrage : *Du suicide et de la folie suicide, considérés dans leurs rapports avec la statistique, la médecine et la philosophie*.

Rappelons que Durkheim s'est largement appuyé sur ces statistiques pour démontrer que les suicides sont un fait social qui varie d'un pays à l'autre (Durkheim, 2007). De même, l'aliéniste Bourdin, dans ses travaux sur les causes du suicide, rapportait que le suicide et la folie relèvent de la même étiologie. Il proposait un arsenal thérapeutique similaire pour les deux affections : « *le suicide est toujours une maladie, et toujours un acte d'aliénation mentale :* […] *par conséquent qu'il ne mérite ni louange ni blâme* » (Bourdin, 1845, p. 9).

Au-delà de ces divergences, beaucoup d'aliénistes reconnaissent unanimement que la médecine, la morale et religion sont des théories essentielles dans la compréhension du suicide.

2. Définition du suicide

Dans le sens commun, une mort naturelle est synonyme de mort dite « normale ». Cette dernière est le seuil au-delà duquel l'organisme cesse de fonctionner pour différentes raisons (vieillissement, maladies, accident, etc.). La nature humaine est, elle-même, caractérisée par une certaine violence dont la plus évidente est la mort de tout être vivant. En revanche, l'homme doté d'une conscience pourrait provoquer sa mort, un geste qualifié de « suicidaire », socialement condamnable.

Difficile de définir toutefois exactement le suicide. Cela tient au fait que sa signification est relativement diversifiée. Un ensemble de théories tentent de définir ce concept, mais aussi de l'expliquer d'une manière objective. De nombreuses encyclopédies et dictionnaires de philosophie ainsi que de morale définissent, par exemple, le suicide comme « *l'action de se tuer soi-même volontairement* » (Van Vyve, 1951). Autrement dit, tout acte par lequel un individu se tue volontairement sans aboutir systématiquement à la mort.

Cette définition ne retrace que les aspects externes et directement observables.
Durkheim propose une définition plus fonctionnelle du suicide **:** « *on appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte, positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résulta*t » ((Durkheim, 2007, p. 5). Aujourd'hui, le suicide et la tentative de suicide sont nettement distingués sur le plan clinique. La tentative de suicide est définie comme tout acte fait consciemment par un individu dans le but de se suicider, par lequel un individu met consciemment sa vie en danger sans aboutir à la mort.

Quoi qu'il en soit, le geste suicidaire est une situation dramatique pour l'entourage ainsi que pour la société elle-même. Même si l'homme a conscience qu'il va mourir, le suicide provoque effroi et impuissance. Cette mort « programmée » sous-tend des jugements de valeur. A priori, l'homme suicidaire refuse d'accomplir sa mission et son devoir de vivre que la société lui a assignés afin de jouir pleinement de la vie (Minois, 1995).

3. Approches explicatives du suicide

Chaque année, des millions de personnes se suicident dans le monde. En France par exemple, près de 10 000 personnes se suicident selon le rapport de l'Observatoire national du suicide. Le suicide est une problématique qui mérite d'être analysée en vue d'une prévention efficace. Plusieurs modèles théoriques ont été, de par la pluralité des usages, élaborés afin d'expliquer le processus suicidaire et d'en tirer des conclusions qui s'imposent (Jérémie Vandevoorde, 2013). Analyser cette conduite humaine si complexe consiste à identifier d'abord la dynamique globale qui lui est associé afin de prévenir ce genre de comportements. Ce phénomène suicidaire recouvre de multiples facettes (psychologique, sociologique, biologique, statistique, etc.). Nous présenterons quelques approches pouvant être nécessaires dans la compréhension et la prévention des comportements suicidaires.

3.1. Approche psychiatrique

Un nombre important de suicidants hospitalisés présente simultanément une pathologie psychiatrique avérée (Courtet, 2013 ; Establet & Baudelot, 2016). Cela dit, le risque de suicide est relativement important, du point de vue du pronostic, dans les cas de psychoses maniaco-dépressives et de schizophrénie. Il est vrai que ces désordres psychiques diagnostiqués témoignent d'une perturbation psychologique (Courtet, 2010) dont les conséquences sont parfois graves. Cependant, l'absence de diagnostic psychiatrique ne signifie nullement qu'il n'existe aucun dysfonctionnement psychique. Il incombe au praticien d'identifier le syndrome présuicidaire (désespoir, idéations suicidaires, plan, etc.), dans la mesure où le suicidant éprouve une douleur morale suffisamment importante pour se suicider. Soulignons que cette sémiologie est parfois fluctuante, probable source de confusion et d'erreur d'évaluation du risque suicidaire, d'où la nécessité de rencontrer le sujet à plusieurs reprises avant de proposer des soins.

3.2. Approche psychologique

3.2.1. Approche psychanalytique

Du point de vue psychanalytique, le geste suicidaire constitue un meurtre de l'autre en soi. Dans son article *Deuil et mélancolie*, Freud aurait évoqué, à travers l'analyse d'Anna O., les jalons de la psychopathologie du suicide (Freud, 2011).
En même temps, il a abordé les aspects de l'homicide, c'est-à-dire le retournement sur soi d'une impulsion meurtrière et violente. C'est le sentiment de culpabilité qui favorise les pulsions agressives dirigées contre l'Autre. Puis, Freud a rattaché, au fil du temps, dans son ouvrage *La Psychopathologie de la vie quotidienne,* « l'auto-agression » aux actes manqués qui sous-tendent les para-suicides, en ce sens que le suicide s'insère dans le large éventail des actes manqués[77] d'apparence anodine tels les lapsus, les maladresses et les envies refoulées. Selon cette vision, « *dans les erreurs pouvant avoir des conséquences graves, il est possible de découvrir par l'analyse une intention inconsciente* » (Freud, 2004, p. 224).

De même, il considère le suicide comme une punition. Cette approche met l'accent sur l'aspect contradictoire de cet acte qui est à la fois une tentative de séparation et d'affirmation d'une identité. La séparation désigne la destruction de l'autre en soi, c'est-à-dire cette partie de Soi « *haïssable* ». C'est l'exemple de l'automutilation à travers laquelle le sujet agresse son corps et sa peau (Dagenais, 2007). Contrairement à cette dimension destructive, l'affirmation d'une identité correspond à ces situations cliniques dans lesquelles les sujets semblent se reconstituer après la tentative de suicide. Notons que dans certains cas, le sujet se montre, après son geste suicidaire, soulagé et libéré des tensions intérieures. On dirait que, si l'on ose l'exprimer ainsi, la tentative de suicide est une « seconde naissance ». On imagine sans peine le risque de récidive dans ces situations de quête illusoire d'une identité au prix d'une rencontre avec la mort. C'est le cas des sujets présentant des comportements ordaliques[78].

---

[77] Les actes manqués désignent l'ensemble des ratés de la parole, de la mémoire et de l'action. Voir à ce sujet la *Psychopathologie de la vie quotidienne*

[78] Les conduites ordaliques sont des actions hautement risquées pratiquées par un individu afin de se sentir vivant (une sorte de masochisme) comme dans le cas des sports dits « de l'extrême ».

Dans les situations concrètes, le suicidant met en acte une tentative de résolution de ces deux questions essentielles de l'identité et de la séparation avec l'autre (Dagenais, 2007).

3.2.2. Approche cognitive

La théorie cognitive, quant à elle, a mis plutôt l'accent sur le traitement de l'information en proposant un modèle psychopathologique intégré de la conduite suicidaire que nous nommons « mode suicidaire ». Les conceptions de Beck reposent sur l'articulation de trois niveaux : les schémas cognitifs considérés comme structure profonde et les processus cognitifs, responsables du déclenchement de la réaction négative (Beck, 1979). En effet, les événements cognitifs traduisent cliniquement les schémas cognitifs (inconscients), qui sont considérés comme des représentations certes non spécifiques, mais organisées, de l'expérience préalable du sujet. Ce sont des structures abstraites fonctionnelles et relativement stables, qui génèrent toutes les étapes du traitement de l'information. Elles interagissent avec l'encodage et le stockage de nouvelles connaissances.

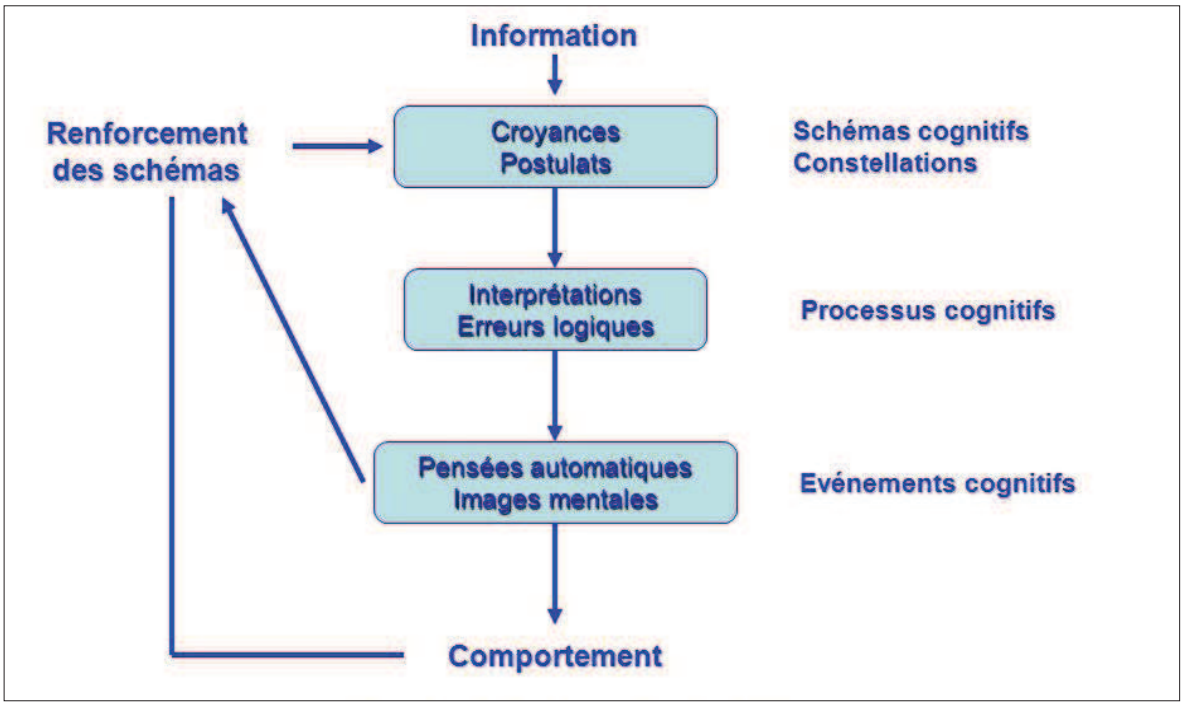


Figure 5. Théorie de l'information

Beck suggère que les suicidants ont développé des structures construites dans l'enfance - les schémas dysfonctionnels -, reliées aux expériences traumatisantes qui pourraient être déclenchés à la suite d'événements anxiogènes.

En effet, l'organisation de la pensée du suicidant prend son origine dans cette structure cognitive qui produit des distorsions interprétations négatives de l'expérience. Ces structures sont activées, généralement, par les événements de vie stressants (échecs, deuils, séparation, etc.). Bien souvent, les schémas dysfonctionnels englobent des croyances pessimistes que Beck nomme à juste titre la « *triade cognitive* » (Beck, 1979) que l'on résume de la manière suivante :

- Croyances sur soi : la personne se perçoit comme inadéquate et sans valeur ; « je ne vaux rien » ; « je suis nul » ; « je ne mérite rien ».
- Croyance sur l'environnement : le monde, aux yeux du suicidant, est rempli d'obstacles insurmontables ; « ce monde est pourri », « les gens sont égoïstes ».
- Croyances sur l'avenir : le futur est terne, sans espoir ; « je n'ai plus rien à attendre », etc.

Ces « pensées » qui sont tout aussi routinières qu'automatiques nourrissent souvent les idéations suicidaires construites d'une façon progressive. Dans cette perspective cognitive, les comportements suicidaires une conséquence des distorsions cognitives (Wenzel & Beck, 2008).

3.3. Approche sociologique

Émile Durkheim est considéré comme le fondateur de la sociologie moderne. Influencé par le positivisme d'Auguste Comte[79], il énonça la spécificité du fait social et l'organisation propre du monde social. En revanche, il s'est moins intéressé à la conception de l'individu.

[79] Le positivisme est une philosophique fondée par Auguste Comte (1798-1857) qui considère que l'homme ne peut atteindre les choses en elles-mêmes (leur être, leur essence). Seuls les faits expérimentés ont une valeur universelle. Les connaissances dites « positives » découlent directement de l'observation et de l'expérience. Le positivisme est surtout une doctrine qui affirme qu'il existe une loi inexorable du progrès de l'esprit humain (cf. les trois stades par lesquels il passerait).

Le sociologue Durkheim a publié, en 1897, son livre fondamental *Le Suicide* dans lequel il a mis en évidence les principes méthodologiques abordés précédemment dans *Les Règles de la méthode sociologique.* Durkheim soutient l'idée selon laquelle le suicide est un fait social indépendant : « *nous ne disons pas en effet que les faits sociaux sont des choses matérielles, mais sont des choses au même titre que les choses matérielles, quoique d'une autre manière. Qu'est-ce en effet qu'une chose* ? *La chose s'oppose à l'idée, comme ce que l'on connaît du dehors à ce que l'on connaît du dedans* [...] » (Durkheim, 2007).

Si on applique cette règle, « *les faits sociaux doivent être considérés comme des choses* », cela suppose que le sociologue adopte une démarche inductive analogue à celle qu'utilisent les sciences de la nature[80]. Selon la conception durkheimienne, le suicide est « *la fin de la vie, résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer… chaque société est prédisposée à fournir un contingent de morts volontaires* » (Durkheim, 2007, p.5). C'est l'étude du suicide comme « une chose sociale » qui confère à cette méthode une certaine authenticité. En effet, il considère le suicide comme un fait social qui dépend largement de la qualité du groupe auquel le sujet appartient. Il distingue, d'ailleurs, quatre types : le suicide altruiste, égoïste, anomique et fataliste :

- Le suicide égoïste survient suite à un défaut d'intégration. L'individu n'est pas suffisamment rattaché aux autres (célibataire, personne isolée, etc.).
- Le suicide altruiste est déterminé par un excès d'intégration. Il survient, par exemple, dans l'armée et les sectes.
- Le suicide anomique est lié au problème de régulation. Le contexte social est marqué par l'absence de normes.
- Le suicide fataliste se produit dans un contexte social extrêmement réglé, où les marges de manœuvre individuelles sont réduites.

[80] L*es Règles de la méthode sociologique* (1895) est un ouvrage fondateur de la sociologie écrit par Émile Durkheim. Il cherche à faire reconnaître la sociologie comme une science humaine à part entière à la fois objective et positive.

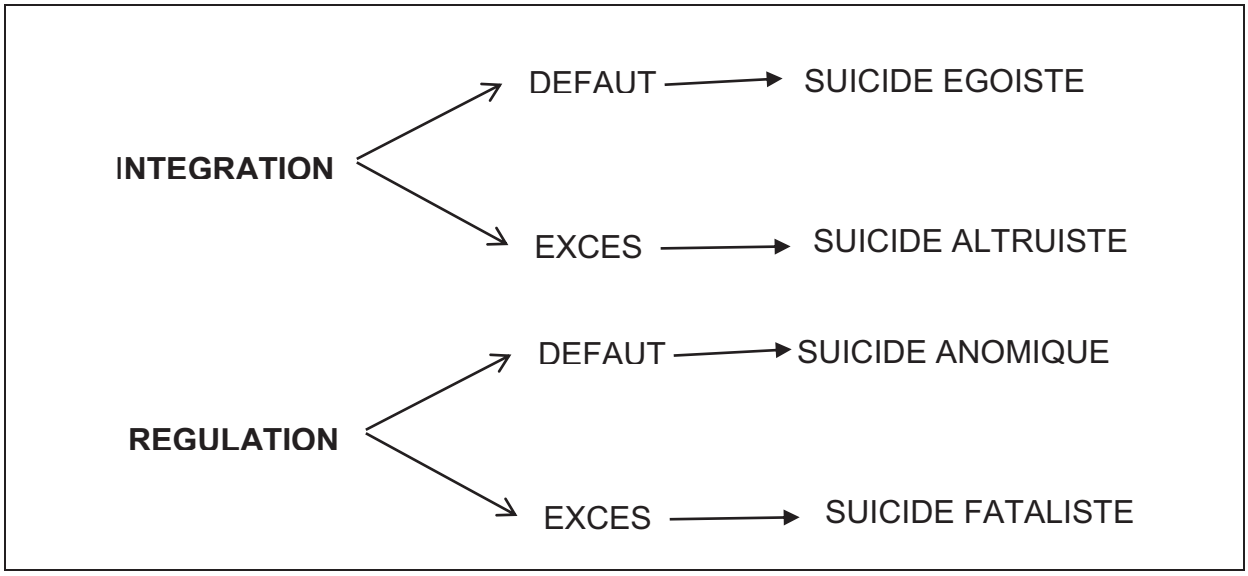


Figure 6. Type de suicide selon l'approche Durkheimienne

Il est à souligner que la réflexion de Durkheim a soulevé beaucoup de controverses dans la mesure où les aspects individuels, voire psychologiques sont exclus de son analyse sociologique (Mucchielli, 2008). En effet, Durkheim tente de démontrer d'une part que la thèse du suicide pathologique est moins développée, puisque les taux de suicide varient considérablement et régulièrement en fonction des milieux sociaux. À tire d'exemple, les protestants se suicident plus que les catholiques. Or, l'approche médicale a mis en évidence le lien entre le suicide et la pathologie mentale (Broudic, 2011). Au-delà des différences nosologiques, il appartient aux cliniciens qui soutiennent l'hypothèse d'un suicide pathologique d'en prévenir les conséquences. Ce travail psychiatrique a débouché sur des recommandations pratiques, politiques et économiques.

Au niveau épistémologique, la théorie durkheimienne du suicide prend tout son sens dans cette opposition à l'individualité. Cette situation a suscité un débat au sein de la communauté scientifique. La tâche des collaborateurs et des successeurs de Durkheim consiste désormais à introduire cette individualité qui est fondamentale, semble-t-il, dans la compréhension de la conduite suicidaire.

En raison des difficultés inhérentes à une telle tâche, sa démarche est critiquée par Halbwachs[81] dans son œuvre principale *Les causes du suicide*. Selon ce sociologue, la création d'un « abîme » entre les « grandes forces collectives » et les « motifs » est de nature à soulever des problèmes épistémologiques. Il rapporte qu'en 1930**,** un grand nombre de suicidés souffrent de troubles mentaux. Ce dernier conclut à « *l'effet d'un trouble nerveux, qui relève de causes organiques, ou d'une rupture de l'équilibre collectif, qui résulte de causes sociales* » (Halbwachs, 1930, p. 338). Il ajoute aussi que « *c'est dans la société qu'il* [*l'individu*] *a appris à vouloir, et, même lorsqu'il en est retranché moralement, et qu'il croit ne plus participer à sa vie, il suit encore en partie son impulsion* » (Halbwachs, 1930, p. 356). De même, Baudelot et Establet, même s'ils se réfèrent à quelques analyses psychiatriques contemporaines, relèvent que « *la sociologie n'explique pas tout* » (Broudic, 2011, p. 228).

3.4. Approche suicidologique

La suicidologie a été créée aux USA comme discipline à part entière par Shneidman[82] et Farberow en 1967. Elle s'intéresse à l'étude scientifique des conduites suicidaires et en fait un objet d'études à la fois épidémiologiques et cliniques (Aujard, 2007). Bien entendu, le travail d'un suicidologue consiste à identifier les circonstances et les événements de vie pouvant être suicidogènes. Selon la conception de Shneidman, les suicides sont provoqués dans la majorité des cas par une souffrance psychologique insupportable nommée « psymal » (psychache). Cela constitue la pierre angulaire de sa théorie. Ainsi, le sujet dont la souffrance psychologique est suffisamment perturbatrice cherche volontairement la mort. « [...] *la douleur, l'angoisse, le regret, la souffrance, la misère qui torturent l'esprit. C'est la souffrance intensément ressentie de la honte, de la culpabilité, de l'humiliation, de la solitude, de la perte, de la tristesse, de la terreur de vieillir ou de mal mourir* [...] » (Shneidman, 2000, p. 157).

---

[81] Maurice Halbwachs (1877-1945) est un sociologue français. Influencé par Durkheim, il publie en 1930 *Les Causes du suicide*, œuvre dans laquelle il affirme la nécessité de penser ensemble l'analyse des motifs et des circonstances individuels du suicide avec les causes sociales qui poussent à la mort volontaire.

[82] Shneidman est considéré comme le père de la suicidologie moderne**.** Il a, par le biais de ses travaux sociologiques, contribué à l'étude et à la prévention du suicide aux États-Unis. Shneidman analysait d'abord les notes des suicidés et les autopsies psychologiques à partir desquelles il publiait par la suite une série de travaux novateurs dans le domaine du suicide.

En conséquence, cette perturbation interne accompagnée d'une souffrance psychologique insoutenable et intolérable qui est à l'origine des comportements suicidaires. Les individus suicidaires auraient tous éprouvé une douleur unique et importante à la limite du supportable. Du point de vue suicidologique, cette détresse qui engendre le suicide est intrinsèquement reliée à la frustration de besoins psychologiques (affiliation, contre-attaque, défense, intégrité, évitement de la honte, du réconfort, de l'ordre et de la compréhension). Chaque individu cherche à satisfaire ses besoins psychologiques et/ou physiques, afin de vivre en harmonie. Or, la pression extérieure stressante provoque parfois des frustrations et une souffrance psychologique qui conduisent au suicide. Shneidman observe que lorsque la souffrance[83] et la perturbation sont à leur maximum, le sujet-suicidant reste fixé sur certains besoins vitaux, perçus comme difficiles à atteindre.

Cette perception d'échec qui rime avec une restriction du champ de la perception facilite le passage à l'acte. Par définition, cette restriction est, aussi bien sur le plan cognitif qu'affectif, un état émotionnel qui empêche l'individu de résoudre efficacement sa situation problématique. Ainsi Shneidman a-t-il mis en évidence l'impact de la pression et de la perturbation psychologique sur l'individu suicidant à partir de son modèle cubique ou tridimensionnel, lequel est une synthèse de sa conception du phénomène suicidaire.

Des questionnaires et des échelles ont été élaborés afin de rendre plus intelligibles et mesurables les concepts issus de cette approche suicidologique. Orbach, Mikulincer, Sirota et Gilboa-Schechtman (2003) ont validé un questionnaire en 44 items (avec neuf sous-échelles) sur la souffrance psychologique (Orbach, Mikulincer, Gilboa-Schechtman, & Sirota, 2003). De même, Holden, Mehta, Cunningham et Mccleod (2001) ont mis en place une échelle unidimensionnelle de 13 items sur le psymal (*The Psychache Scale*). Cette échelle a été traduite et validée auprès d'une population francophone (Troister & Holden, 2010).

[83] Des études recensées portent sur la mesure de la souffrance psychologique. Orbach, Mikulincer, Sirota et Gilboa-Schechtman (2003) ont entrepris l'opérationnaliser la souffrance psychologique et ont proposé une définition beaucoup plus exhaustive du phénomène de la souffrance psychologique que celle de Shneidman.

3.5. Approche épidémiologique

Les comportements suicidaires constituent un sérieux problème de santé publique. Selon l'OMS, ils sont à l'origine de près de la moitié des morts violentes (OMS, 2011).

L'approche épidémiologique qui consiste à étudier la fréquence du suicide dans différents contextes s'avère, en effet, indispensable. L'épidémiologie du suicide dans le monde est variable au regard des spécificités de chaque pays. Ce travail s'appuie essentiellement sur des enquêtes d'envergure pour apporter des réponses appropriées concernant la fréquence du phénomène étudié (Dabis & Desenclos, 2012).

Dans cette perspective, tous les auteurs s'accordent à dire que le phénomène suicidaire des facteurs socio-culturels, environnementaux et psychopathologiques qui sont en interaction les uns avec les autres.
Sur le plan clinique, les professionnels de santé se servent bien souvent des *autopsies psychologiques* qui sont des enquêtes rétrospectives étudiant les antécédents des personnes suicidées. Ce recueil minutieux des données permet d'identifier la trajectoire de vie de l'individu, en vue de comprendre les circonstances réelles de son décès.

Ces études fournissent à terme des outils de prévention du suicide (Abondo, Masson, Le Gueut, & Millet, 2008). Cela dit, « *l'autopsie psychologique se décrit comme une forme de technique de débriefing appliquée aux équipes soignantes en charge de patients suicidants* […]. *Il existe un objectif, souvent commun, à ces études : identifier rétrospectivement les facteurs prédictifs d'un passage à l'acte suicidaire, en établissant un « portrait » de la santé mentale, de la santé physique, de la personnalité, de la situation socioéconomique... des populations étudiées* » (Abondo et al., 2008, p. 345). Cette méthode d'identification de parcours de vie a été appliquée d'abord à des fins médico-légales dans les cas où les causes réelles du décès demeuraient inconnues. Aussi, les professionnels de santé se sont servis par la suite de ces autopsies psychologiques afin d'améliorer les connaissances et identifier les sujets à risque dans le cadre d'une prévention optimale du suicide.

Encadré 3. Facteurs de risque suicidaire

Environnement

- Difficultés socioprofessionnelles et manque chronique de soutien social
- Antécédent personnel de tentative de suicide
- Antécédent familial de « tentative de suicide » et de « suicide »
- Antécédent de maltraitance dans l'enfance

Personnalité

- Impulsivité, agressivité, colère
- Pessimisme (désespoir, propension aux idées de suicide, moindre perception des raisons de vivre, en réponse à la maladie ou à l'adversité sociale)

Histoire médicale

- Troubles psychiatriques (dépression, schizophrénie, abus chroniques de substances)
- Antécédents d'affection neurologique

Ces données épidémiologiques citées sont largement exploitées dans le domaine de la suicidologie. Ce type de raisonnement sous-tend trois niveaux d'analyse : la description globale des événements, l'identification des facteurs de risque associés et l'évaluation des interventions réalisées (Aujard, 2007). Bien que de nombreux travaux soient réalisés, aucun ne permet à ce jour de préciser les conditions spécifiques et nécessaires pour prédire les passages à l'acte. En effet, « *le suicide* a *engendré toute une série de théories intelligentes, certes, mais pas une seule d'entre elles ne suffit à expliquer un tant soit peu les raisons pour lesquelles les personnes se suicident. Aucune théorie ne peut réellement servir de fondement valable à une véritable prévention du suicide* » (Peter & Mösli, 2003, p. 18).

4. Évaluation des conduites suicidaires

Les conduites suicidaires ne sont pas identifiées dans le cadre d'une nosographie spécifique. Cela engendre la nécessité de créer des dispositifs d'évaluation des conduites suicidaires. La conférence de consensus s'intitulant « *la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge* », réalisée en 2001 par la Fédération française de psychiatrie, s'insère donc dans la logique de construction d'un « consensus scientifique[84] » sur lequel le professionnel de santé pourrait fonder sa pratique clinique d'évaluation des conduites suicidaires (Darcourt & Mazet, 2001).

[84] Un consensus scientifique désigne *l'ensemble des opinions partagées par la majorité des chercheurs* dans un champ donné. Il évolue suivant les nouvelles découvertes et connaissances,

Le diagnostic psychiatrique et l'évaluation psychopathologique sont des démarches essentielles dans le choix des stratégies thérapeutiques immédiates et au long cours de ces sujets (Darcourt & Mazet, 2001). Parfois, l'hospitalisation s'impose comme un moyen de prévention, notamment dans le cas d'individus à risque (adolescents, personnes âgées, etc.).

Un passage à l'acte est difficile à détecter, compte tenu de la multiplicité de ses manifestations cliniques observées parmi les suicidants. Cela dit, le geste suicidaire reste fluctuant, parfois même imprévisible (Vandevoorde, 2013). Certes, de nombreux outils ont été développés, mais il n'en demeure pas moins que la prédiction du passage à l'acte est extrêmement incertaine. « *De nombreuses démarches cliniques ont été proposées pour identifier une activité suicidaire chez un patient. Pourtant, certains passages à l'acte semblent échapper à toute évaluation clinique en présentant un caractère extrêmement brutal* » (Jérémie Vandevoorde, 2013, p. 279). Cela rend d'ailleurs la prédiction du passage difficile. C'est pourquoi beaucoup de cliniciens s'appuient bien souvent sur leur jugement clinique (intuition, appréciation globale, etc.) afin d'affiner leur diagnostic (Shea et al., 2008; Vandevoorde, 2013 ; Courtet, 2010).

Dans une perspective de modélisation des conduites suicidaires, des démarche de regroupement de symptômes avant-coureurs du suicide ont été suivies, en vue d'identifier les déterminants et les conditions suffisantes du passage à l'acte (Jérémie Vandevoorde, 2016).

À ce titre, Ringel évoque, dans ses travaux antérieurs, l'existence d'une gêne existentielle « présuicidaire » qui s'aggrave au fur et à mesure de l'évolution du processus suicidaire (Ringel, 1976). En fait, cette phase prodromique[85] se caractérise par le retournement des pulsions agressives inhibées contre soi et par le sentiment d'impuissance, voire de désespérance. Ce syndrome « présuicidaire » comme entité indépendante permettrait de prédire le risque de passage à l'acte parmi certains sujets (Ringel, 1976).

---

puisque la science est un débat permanent. Par exemple, la conférence de consensus « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge *».*

[85] La phase prodromique est la période pendant laquelle on observe un ensemble de signes avant-coureurs, qui précèdent la survenue de la phase principale de cette maladie.

Dans cet esprit, de nombreux auteurs se sont intéressés à l'etude cette phase « présuicidaire » pendant laquelle les actions préventives sont efficaces (Morasz & Danet, 2008). Ces derniers rapportent que la plupart des suicidants traversent parfois une situation de rupture d'équilibre que l'on qualifie de moment de « crise suicidaire » (Darcourt & Mazet, 2001). En apparence, cette crise psychique est généralement déclenchée par un événement précipitant, tout au moins problématique (chômage, perte, divorce, deuil, maladie, etc.).

Ce moment de rupture ou de crise psychique qui témoigne d'une certaine conflictualité intérieure se traduit plus particulièrement par une détresse importante accompagnée d'idées suicidaires. Ce qui provoque parfois un épuisement psychologique chez l'individu qui tente de résoudre son problème, dans la mesure où ce dernier bascule dans une logique de souffrance qui requiert une vigilance particulière de la part du clinicien.

Il est admis également que les événements de vie stressants (*Life Events*) renforcent la crise suicidaire, notamment chez les sujets présentant une certaine vulnérabilité psychologique[86]. « *Des événements de vie douloureux peuvent être des éléments de précipitation de la crise suicidaire. Leur diversité rend leur recensement exhaustif impossible, mais elles sont généralement de l'ordre de la perte ou du conflit* » (Walter & Tokpanou, 2003, p. 175).

S'appuyant sur les théories du stress, de nombreux auteurs ont étudié le lien entre les événements potentiellement traumatisants et les conduites suicidaires (Tarrier, Khan, Cater, & Picken, 2007 ; Panagioti, Gooding, Dunn, & Tarrier, 2011 ; Panagioti, Gooding, & Tarrier, 2012). La brutalité de la confrontation provoque généralement un vécu d'une grande détresse psychologique.

De chaque expérience suicidaire découle l'accumulation de différents facteurs propres à l'individu (histoire personnelle, état psychologique, capacités cognitives, etc.). Ces derniers influencent largement les comportements observés et les symptomatologies qui lui sont associées.

---

[86] Le développement de l'Échelle d'Événements Récents (Schedule of Recent Experiences ou S.R.E.) de Holmes et Rahe (1967) a donné naissance à de nombreuses études, notamment épidémiologiques, évaluant l'impact des événements de vie sur la santé des individus.

Quoi qu'il en soit, l'évaluation du potentiel suicidaire est une tâche clinique qui suppose l'articulation des données à la fois individuelles et externes (Shea et al., 2008a). Autrement dit, le rôle du praticien consiste à réintégrer des informations recueillies, par le biais d'une anamnèse, dans une perspective compréhensive et clinique, car chaque suicide relève d'une trajectoire de vie singulière. Il est donc essentiel de regrouper d'abord le maximum d'informations relatives à la vie du sujet, puis de les examiner minutieusement dans le cadre d'une construction d'une grille de lecture clinique. « *Dans de tels moments, les cliniciens, qui agissent presque comme des instruments de mesure, devraient être à leur plus haut niveau de sensibilité. Lors de l'exploration du monde intime de la réflexion suicidaire du patient, le clinicien doit mettre au jour même les plus petits détails liés à cet acte. De tels détails, insignifiants à première vue, peuvent ensuite fournir des indices importants concernant sa prise en charge. Ces détails peuvent également servir de voies d'accès à des secrets encore plus dangereux* » (Shea, Terra, & Séguin, 2008b, p. 142).

Notons aussi que la décision de passer à l'acte s'inscrit habituellement dans un processus psychologique allant d'une simple idée suicidaire en passant par l'élaboration d'un scénario suicidaire et d'un plan pour enfin cheminer vers l'acte suicidaire (Thompson, Dewa, & Phare, 2012). Loin d'être linaire, la dynamique du processus suicidaire varie suivant les caractéristiques individuelles et les événements extérieurs.

Du point de vue clinique, les idées suicidaires (Vandevoorde & Estano, 2015) sont considérées comme indices d'une possibilité de passage à l'acte, reflet de la situation désespérée à laquelle patient est confronté (Bordeleau, 1994). Ce dernier n'évoque pas, lors de la consultation clinique, clairement et spontanément son projet suicidaire. Ses idées suicidaires sont exprimées dans un discours empreint de pessimisme et surtout de volonté de se tuer : « *je veux mourir* », « *je n'en peux plus, je voudrais partir, disparaître* », « *je vais me reposer* une fois pour toute… ». Il est possible dans certains cas que les idées suicidaires prennent la forme d'obsession parfois incontrôlables : « *j'y pense toute la journée* », « *c'est fatiguant… il vaut mieux être mort*(*e*) ». Beck et ses collègues ont créé une échelle d'Intentionnalité suicidaire et d'idéations suicidaires (Beck, 1979).

Ces symptômes nosographiques dégagés à travers la parole favorisent l'accès au monde intérieur du sujet (pensée, émotion, conflits, etc.). C'est en quelque sorte une démarche phénoménologique qui se base sur le savoir professionnel (Roelandt & Staedel, 2016). Autrement dit, le praticien s'intéressera à l'expérience personnelle rapportée par le sujet suicidant pour saisir le sens des émotions qui se superposent (dépression, désespoir, agressivité, culpabilité, colère, etc.). Cette phase d'analyse, bien souvent complexe, conditionnera l'élaboration du plan d'intervention.

Néanmoins, on ne peut réduire la tentative de suicide à une pathologie mentale et/ou à un événement douloureux. Bien que certains suicidants ne présentent pas de maladie mentale avérée, comme cela a été démontré, le geste suicidaire témoigne pourtant d'une réelle souffrance psychique et ne s'explique pas seulement par les contraintes dramatiques des événements vécus angoissants. Au-delà des apparences et des événements de vie rapportés, le suicide est le résultat d'un processus de fragilisation qui s'installe au cours de l'existence. Il a été bien démontré que la tentative de suicide témoigne d'un fonctionnement psychologique perturbé. C'est pourquoi il est nécessaire d'intégrer dans la démarche de diagnostic des éléments relatifs à l'organisation psychique de l'individu (investissements narcissiques et objectaux, capacités d'adaptation, événements traumatiques, modalités relationnelles, conflits internes, etc.).

La trajectoire personnelle nous renseigne sur le fonctionnement psychologique du sujet suicidant (conflit, mode d'adaptation et relationnel, etc.) tout comme sur les événements ayant jalonné son existence (traumatisme, séparation, rejet, échec, etc.). Cette anamnèse est l'outil par excellence pour poser un véritable diagnostic des comportements suicidaires.

Sixième partie. Phénomène suicidaire en Algérie entre violence et tabou

1. Le suicide en Algérie

En Algérie, le phénomène suicidaire est en constante augmentations, près de 4571 de tentatives de suicide ont été recensés entre 1994 et 2003. Le suicide comme phénomène social n'a pas été suffisamment analysé et traité (Mimouni, 2010). Difficile de réduire cette conduite extrême à un simple phénomène à décrire d'une façon factuelle, car il résulte d'une situation parfois complexe et s'impose comme une question sérieuse à résoudre dans le domaine de la connaissance des pratiques suicidologiques. Une telle démarche offre un espace de réflexion pour penser toute la logique du suicide.

On remarque que cette problématique suicidaire a été largement débattue lors des colloques et des congrès scientifiques organisés afin d'obtenir un meilleur aperçu de la réalité. C'est une forme de pédagogie substitutive face au désengagement de l'État de la question sociale[87]. D'ailleurs, « *de nombreux chiffres sont avancés ici et là. Ils ne sont pas officiels et ne sont pas utilisables pour un diagnostic sérieux de la situation. Le désintérêt des pouvoirs publics pour le phénomène est manifeste* » (Boudarène, 2007).

Dans ce contexte-là, les professionnels de santé ont même évoqué « une épidémie u suicide[88] », liée en grande partie aux interactions complexes entre la crise économique et les problèmes socio-politiques (Boudarène, 2007). Cela justifie la demande de création d'un Observatoire National du Suicide (ONS) formulée lors des précédentes manifestions scientifiques et collaboratrices[89]. Cette structure à caractère préventif vise la consolidation des efforts entre les différents acteurs.

Il n'est pas aisé, faute de statistiques officielles, d'évaluer objectivement la fréquence et l'évolution du phénomène suicidaire en Algérie.

---

[87] La question sociale concerne plus particulièrement une société qui a perdu la plupart de ses repères et qui peine à trouver une issue à ses difficultés (précarisation, pauvreté, conflits, etc). Elle renvoie à la façon dont cette société fonde sa cohérence et s'organise concrètement sur un principe de solidarité.

[88] Une épidémie se définit par la propagation rapide d'une maladie dans une région donnée et pendant une période limitée (exemple du suicide).

[89] Les conclusions des colloques sont disponibles sur le site de SFAPSY : https://www.sfapsy.com.

Et pourtant, ces données sont très utiles dans la démarche de diagnostic et le travail de réflexion, de suivi et surtout de planification de mesures préventives des conduites suicidaires. De plus, ce travail préliminaire contribuera au développement du domaine de la suicidologie (Facy & Debout, 2012), lequel donnera la possibilité d'appréhender la réalité de notre société. L'objectif est d'élargir l'horizon des rapprochements de points de vue en ménageant un espace de dialogue d'où surgiront des initiatives concrètes par l'enracinement des valeurs de citoyenneté.
Très peu de travaux ont été réalisés dans le domaine en Algérie compte tenu de la montée aussi importante qu'inquiétante des conduites suicidaires. Or, toute prévention du suicide passe, inéluctablement, par la mise en place de recherches scientifiques. Une tâche d'autant plus nécessaire que notre société est dans un stade embryonnaire de construction d'une grille de lecture moderne des phénomènes psychologiques (voir chapitre1).

Il est à remarquer aussi que l'Algérie ne dispose pas encore d'outils et de stratégies de gestion des risques suicidaires ou autres événements extrêmes. Le suicide est tellement « tabou[90] » que l'on associe tout simplement au « manque de foi en Dieu ».
Souvent, le suicidant hésite et retarde même sa demande d'aide à cause du caractère sensible de cette problématique dans un environnement traditionnel stigmatisant. C'est pourquoi il est important d'encourager la recherche en matière de suicidologie. « *La suicidologie* […] *est aujourd'hui riche d'écritures théoriques diverses et débattues. La discipline tente d'extraire les ingrédients du passage à l'acte autolytique et d'en simuler la genèse* » (Vandevoorde, 2016, p. 1). Cette approche scientifique tente d'appréhender le suicide comme symptôme ou problème de société. Son objectif principal est d'établir des schémas d'intelligibilité et des grilles de lecture du suicide cohérentes (Aujard, 2007). Ainsi, cette « rationalisation » permet de le dissocier de la représentation socio-culturelle parfois stigmatisante.

Réduire le suicide au « manque de foi » revient à nier les fragilités liées à la nature humaine. Ce qui renforce, au demeurant, une certaine aliénation du discours social dominant. Le rôle de la suicidologie est justement la désaliénation de la pensée sociale, laquelle ne se limite plus désormais au domaine de la foi et du dogme.

---

[90] Un interdit d'ordre moral ou religieux dont la transgression est contraignante.

Par conséquent, l'individu adoptera une vision beaucoup plus rationnelle pour aborder son rapport à l'environnement extérieur. Il est donc nécessaire de s'ouvrir au monde et de collaborer avec la société, tout en se débarrassant de tout ce qui pourrait se substituer à un travail de terrain « rigoureux ». Ce faisant, les observations et les analyses qui en découlent forment un « *savoir opérationnel* », c'est-à-dire un ensemble de connaissances interprétées dans une matrice construite pour regrouper les facteurs et les indicateurs liés à la mortalité par suicide[91].

Dans cette perspective, l'intérêt des modèles épidémiologiques programmatiques réside notamment dans l'examen opérationnel des facteurs de risque des comportements suicidaires. Cela permettrait, d'une part, aux hommes politiques de mettre en place des mesures sanitaires collectives, et d'autre part, aux praticiens de santé de proposer des solutions préventives individuelles (Darcourt & Mazet, 2001).

2. Étude de GRASC sur le suicide à Oran

Vu l'ampleur du phénomène en Algérie, le Groupe de Recherche sur le Suicide (GRASC)[92] a mené une étude longitudinale (2002-2007) afin d'identifier les facteurs et les motifs de la tentative de suicide parmi les adolescents à Oran[93].
Les auteurs notent que les tentatives de suicide à Oran sont passées de 295 cas en 2003 à 695 cas en 2007 (394 femmes et 301 hommes). Cette enquête porte sur un échantillon de 175 jeunes ayant déjà fait des tentatives de suicide durant la période de 2002 à 2007 (Mimouni, 2010). Les résultats révèlent que les souffrances dues à la solitude, l'incompréhension et l'absence de la communication au sein de la famille sont évoquées comme motif de la tentative de suicide. Ce groupe a même soutenu l'idée selon laquelle le PTSD serait à l'origine des comportements suicidaires.

Il s'avère, à la lumière des résultats de leur étude, que « *les polytraumatismes vécus durant toutes ces années de terrorisme intégriste ont fragilisé les individus et groupes. Ainsi, le suicide et la tentative de suicide seraient un symptôme résultant*

---

[91] Le taux brut de mortalité est le nombre de décès par suicide pendant une période donnée dans la société.

[92] Le Groupe de recherche sur le suicide (GRASC) travaille au sein du centre hospitalo-universitaire d'Oran, depuis 2002, sur la problématique suicidaire en Algérie.

[93] Oran est la deuxième plus grande ville d'Algérie. C'est une ville importante, située au nord-ouest de l'Algérie, à 432 km de la capitale Alger.

d'un syndrome post-traumatique plus ou moins différé (PTSD) » (Mimouni, 2010, p. 2). Les études antérieures montrent que le PTSD augmente significativement le risque suicidaire (Kessler et al., 1995 ; M. Oquendo et al., 2005 ; Tarrier et al., 2007).
Dans le contexte algérien, la guerre civile (1990-2000) aurait perturbé le fonctionnement global de la société. Cette violence ne peut être analysée qu'au regard du lien social détruit. Il y avait eu à cette époque une forme de méfiance vis-à-vis de l'Autre qui n'est pas sans impact sur l'ordre et le fonctionnement de la société. Cela dit, la terreur provoquée par la violence intégriste a entraîné l'éclatement de la « *structure culturelle dont la fonction consiste tout à la fois à orienter l'action au nom des valeurs et à la réglementer selon des normes et la structure sociale* » (Chazel, 1967, p. 153). Durkheim soutenait déjà l'idée selon laquelle le suicide varie en fonction du degré d'intégration des groupes sociaux (Durkheim, 2007).
Chacun sait que les bouleversements de repères ou encore le manque de règles sociales affectent considérablement la vie des individus (Cusson, 1992). Parfois, le sujet mobilise ses ressources afin de s'y adapter, parce que le monde fait sens pour lui. En revanche, lorsque le contexte est suffisamment bouleversé, voire précaire, l'individu pourrait faire l'expérience du néant, le suicide.
Cette autodestruction programmée, le suicide, n'est au bout du compte une forme d'exclusion de soi qui se conjugue avec le non-sens de la vie (Guirlinger, 2000). Parfois, les événements stressants affectent la vie psychique d'une façon durable, au point que l'individu se fige dans le temps et dans des problèmes sans solutions. C'est un terreau favorable au retour à l'exil de Soi et à l'enracinement des idées noires et suicidaires[94]. Il faudrait également souligner que la crise politique et sociale que traverse l'Algérie depuis si longtemps a suscité d'une manière ou d'une autre l'émergence d'un large sentiment de mécontentement et de mépris. L'individu y est exposé à un quotidien marqué par des inégalités sociales importantes (Addi, 2006; FIDH et al., 2010).

Ainsi, nous pourrions admettre que certains éléments suicidogènes sont réunis pour nourrir le processus suicidaire chez le citoyen. Cela s'explique en partie par la précarité, le chômage, le peu de moyens et la prévalence des troubles mentaux.

[94] On peut faire référence ici à la théorie du suicidologue Shneidman qui porte sur la souffrance psychologique, appelée le « psymal ». C'est un élément important dans l'équation du suicide.

Néanmoins, la compréhension des comportements suicidaires nécessite, la prise en considération de l'interaction des facteurs socio-psychologiques qui perturbent le fonctionnement de la société.

3. Impact du contexte social sur les conduites suicidaires

Le suicide représente un certain mal-être d'une communauté exposée à des difficultés psychologiques et/ou sociales. On trouve à l'origine de tout processus suicidaire la notion de désespoir (Courtet, 2010). Celui-ci est la résultante logique d'une évaluation faite par le sujet aussi bien de ses ressources matérielles et/ou psychologiques que de ses meilleures aspirations existentielles. Cela étant, l'individu qui sombre dans l'absurdité de la vie mettra fin à ses jours. En cela, le suicidant « *échappe totalement à la logique de la vie* » dirait Améry (Améry & Wuilmart, 1999).

Dans son livre *Porter la main sur soi. Traité du suicide,* Améry[95] n'analyse pas « *la mort volontaire de l'extérieur, dans l'optique du monde des vivants ou des survivants, mais depuis le for intérieur [des] suicidaires ou suicidants* » (Améry & Wuilmart, 1999, p. 12). En s'inspirant de cette vision phénoménologique, l'auteur a dégagé deux logiques qui s'affrontent « *homme qui veut faire le grand saut, se tient « une jambe dans la logique de la vie, tandis que l'autre pend déjà dans la logique illogique de la mort* » (Améry & Wuilmart, 1999, p. 32).

Le suicide est avant tout une question personnelle (Cusson, 1992). Au fait, le suicidant est confronté désormais à la question du sens de son existence. Il parvient donc à se détacher sérieusement de la vie. Camus dit justement à ce propos que l'absurde chez l'homme « *est sa tension la plus extrême, celle qu'il maintient constamment d'un effort solitaire, car il sait que dans cette conscience et dans cette révolte au jour le jour, il témoigne de sa seule vérité qui est le défi* » (Camus, 1985, p. 25).

---

[95] Écrivain et essayiste autrichien, Jean Améry a écrit en langue allemande une œuvre majeure intitulée *Porter la main sur soi. Traité du suicide* en 1976. Vingt ans plus tard, ce livre a été traduit en langue française par Françoise Wuilmart, et publié chez Actes Sud. Ce survivant de la Shoah se donna la mort en 1978 à Salzbourg.

Sisyphe, le personnage principal de l'une de ses œuvres, se retrouve à pousser sans cesse un rocher jusqu'au sommet d'une montagne du Tartare. À peine l'objectif atteint, la pierre retombe, et Sisyphe doit recommencer son labeur. Vivre un *« supplice de Sisyphe*[96] » signifie subir une situation tout aussi absurde que répétitive.

Si l'on s'en tient à cette description, on peut dire que le citoyen fait face aux mêmes problèmes jamais résolus depuis longtemps. Cela se vérifie dans ce front social en ébullition et la propagation du fléau de la corruption qui gangrène à présent la société (Hadjadj, 2003). Ces échanges et transactions informels violent des normes publiques, juridiques et éthiques, en sacrifiant l'intérêt général au profit des intérêts privés (personnels, corporatistes, partisans, etc.) (Henri, 2000).

Beaucoup d'observateurs et de spécialistes se sont, d'ailleurs, posé une multitude de question à ce sujet : Pourquoi l'Algérie, qui possède pourtant un important potentiel (territoire gigantesque, une histoire millénaire et des ressources naturelles), n'offre-t-elle pas de possibilités de vivre dignement à son peuple ?

Cette situation crée contraste chez des individus qui sont appelés à s'autonomiser dans une société de consommation et de compétition qui ne leur donne peu de chance pour devenir performants et épanouis dans leur vie. En même temps, l'effet de la mondialisation aurait transformé la vision humaine de la société (enrichissement des groupes, oligarchie, manque de compassion, etc.). Cette double contrainte pourrait se traduire alors par des tensions psychologiques et/ou sociales qui deviennent insupportables pour un grand nombre d'entre eux.
Du point de vue social, tout se gère d'une façon transparente dans une société démocratique. La gestion des affaires publiques en Algérie semble arbitraire dans le fond (Hadjadj, 2003). Une vie sociale suppose d'abord une dynamique d'interaction qui se fonde essentiellement sur des règles permettant un échange social fécond. De même, la société comme foyer de l'histoire (l'expression est de Karl Marx) n'est pas une entreprise d'enrichissement personnel, mais bien plutôt des composantes

[96] Écrivain et philosophe, Albert Camus (1913-1960) est né en Algérie. Le *Mythe de Sisyphe* est un essai rédigé et publié en 1942. Le thème du suicide en est au cœur. C'est un prolongement de sa vision de l'absurde développée dans *Caligula*, *L'Étranger* et *Le Malentendu*.

socioculturelles, spirituelle, économiques, sociales complémentaires en gestation (Henri, 2000). En tout cas, la gestion des affaires publiques actuelles ne saurait être celle d'hier et toute dérive organisationnelle portant atteinte aux règles éthiques se révèle dangereuse et menaçante pour l'équilibre social (Henri, 2000). Celle-ci n'engendre à terme que des malaises dont il est difficile d'éviter les conséquences. Au plan individuel, le sujet s'identifie à la machine administrative comme « *sujet politique* » sur lequel s'exerce un pouvoir politique auquel il n'a pas vraiment donné son consentement. On sait que cette identité est porteuse de tensions, puisqu'elle efface « le sujet psychologique », le citoyen qui n'est pas entré, semble-t-il, en interaction avec son environnement externe en raison de sa désintégration progressive, voire sa dissolution dans la vie socio-politique du pays sans que cela ait un effet palpable sur la marche globale de ce dernier. Le phénomène de « *Harraga* » est en est une parfaite illustration.

Cette modalité d'instrumentalisation des rapports individu/société transparaît notamment dans la gestion du « sortir de la guerre civile » évoquée précédemment (voir chapitre 2). Cette représentation du « *sujet assujetti* » émerge aussi dans le discours religieux. À ce titre, Aouattah affirme dans un article très fouillé que *« le sujet étant frappé d'un manque à être qui l'empêche de se définir comme sujet de sa propre pensée. Il ne s'agit pas seulement du sujet psychologique, le je, le moi, l'identité, l'intériorité, mais également du sujet social, celui qui pose les termes de la contradiction, et qui, ce faisant, décide de s'opposer à un ordre qui lui préexiste ou de le transcender* » (Aouattah, 2007, p. 174).

Dans le fond, l'homme politique aurait insufflé et fait perdurer les mêmes mécanismes de formation psychique de l'individu dans la société. Cette démarche herméneutique d'un « *sujet politique* » est particulièrement destructrice, parce qu'elle empêche l'individu de s'inscrire dans l'espace social libéré de toutes formes d'assujettissement.

En Algérie, la crise sociale entretenue par le désengagement de l'État peut être à l'origine d'une crise individuelle résultant de l'impossibilité de répondre de manière adaptée aux exigences de la vie. Parallèlement aux problèmes cités, l'éclatement de la famille traditionnelle ou la promiscuité due à la crise de logement provoquent également une certaine instabilité (FIDH et al., 2010). L'individu se retrouverait parfois seul, replié sur lui-même dans un monde effrité et *« désorganisé »*.

Cette *«* désorganisation sociale[97] *»* dont aurait parlé Merton (1965) n'est, en réalité, qu'une rupture définitive avec les habitudes et les règles usuelles de l'échange social. Un processus qui renforce *« l'impossibilité de participer à une action par des moyens licites »*. Dans le contexte nous concernant, la corruption sape les fondements de la société, tout en portant atteinte aux droits fondamentaux du citoyen. Il est donc difficile pour les personnes en souffrance de se projeter sur le chemin de l'accomplissement et de l'épanouissement personnel. La politique de paupérisation à grande échelle, laquelle s'accompagne et de l'échec de la morale, débouchera sur ce que Durkheim nomme, à juste raison, le « *suicide anomique* ».
Dans une société déliquescente, l'individu plonge le plus souvent dans une forme de « *démoralisation active* ». Comme tout état négatif, ce processus renvoie à une perte de ses valeurs et à un affaissement moral et éthique du sujet (Cusson, 1992). Dans cet esprit, l'anomie amène certains individus à la rébellion et à la contestation. Au niveau macrosocial, l'émeute est un phénomène auquel d'aucuns ont recours pour exprimer refus ou colère. C'est le signe d'une solidarité collective et de la fusion des revendications collectives qui s'élargissent dans un espace où se matérialisent des valeurs groupales. Indépendamment de sa dimension contestataire, ce phénomène communautaire renvoie aussi à *« la primauté du groupe sur le sujet »*. Par conséquent, l'émergence du sujet social (exigences en matière d'intimité et d'expression) semble autrement difficile.

Les événements tragiques de 2001 en Kabylie[98] en sont une parfaite illustration. L'ouvrage collectif écrit par Farid Alilat et Shéhérazade Hadid *Vous ne pouvez pas nous tuer, nous sommes déjà morts* aurait retracé de façon succincte les scènes stressante ayant dopé l'intériorité individuelle et collective d'une charge émotionnelle importante.

---

[97] Cette théorie a été développée dans l'entre-deux-guerres par les sociologues de « l'École de Chicago ». Ce concept sociologique a été utilisé plus particulièrement dans l'étude des grandes villes américaines en transition. Cette approche pragmatique a mis en évidence les liens entre les zones urbaines et le déclin des valeurs collectives qui pourrait être à l'origine des conduites délinquantes.

[98] Le 18 avril 2001, Massinissa Guermah, un jeune lycéen âgé de 18 ans, a été tué d'une rafale d'arme automatique par les gendarmes dans les locaux de la gendarmerie en Kabylie, région située au nord de l'Algérie. Suite à ses événements, des émeutes ont éclaté dans toute la région. Ce « Printemps Noir » est un symbole de la résistance à une certaine forme de mépris « Hogra » de la population berbérophone. Mais la répression violente de cette contestation a provoqué la mort de 126 victimes

Dès que l'on essaie de percer le « sens » de ce titre qui frise la phobie et véhicule une image violente, on s'aperçoit qu'elle est le point le plus sensible de la relation individu/État.

4. De la souffrance psychologique au suicide

On se demande comment l'individu s'expose dangereusement au risque de l'émeute. L'histoire contemporaine de l'Algérie dévoile le caractère morbide des relations sociales et des conflits qui sont à l'origine de malaise et de frustration. Ce sentiment, entretenu par l'échec de la morale sociale, suscitera parfois une forme d'inhibition. « *Dès lors, le suicide peut apparaître comme une issue, le dernier refuge de l'espérance déçue, l'ultime tentative d'obtenir la reconnaissance de l'Autre* » (Demoulin, 2001, p. 129)**.** Ce qu'il est important de soulever, c'est que ce sentiment de perte d'estime de soi pousse le sujet à s'interroger sur son existence : « À quoi bon ? » « Rien n'est éteint, ou tout l'est ». C'est comme s'il projetait, une « catastrophe intérieure » dont l'objet de satisfaction est hors d'atteinte. En quête de compensation, les conduites auto-destructives apparaissent comme un moyen d'affirmation de Soi, car l'individu tente de conserver un minimum de dignité, en quittant une vie qui est désormais perçue comme médiocre.

Au-delà de cette nécessité, la notion de désir (Freud, 2010) est intéressante pour comprendre les mécanismes qui s'activent derrière tout phénomène de violence contre soi. La recherche du bonheur est intimement liée à l'expérience du plaisir dont résulte une certaine jouissance[99]. Celle-ci est entretenue par l'évitement ou l'effacement de la souffrance. À cet égard, Freud révèle justement que « *c'est le programme du principe de plaisir qui fixe la finalité de la vie* » (Freud, 2010). Cela dit, l'impossibilité de s'auto-réaliser provoque, notamment chez les personnes les plus fragiles, une souffrance et un sentiment de frustration à l'origine de troubles identitaires, relationnels et comportementaux. Évidemment, la société pourrait aussi fabriquer des moyens violents pour limiter et réduire la jouissance des individus, comme des restrictions politiquement légitimées (Cusson, 1992). Les conséquences qui en découlent semblent entraîner le sacrifice de certains désirs. En conséquence, l'individu pénètre dans un duel serré entre ses plaisirs et la réalité, c'est à ce niveau

[99] Ce terme désigne un excès intolérable de plaisir, une tension extrême du corps souffrance. Jacques Lacan a introduit ce concept dans la théorie psychanalytique.

précisément que la culpabilité peut surgir, rimant avec un retournement de l'agressivité vers soi-même.

Il convient de mentionner à ce propos l'essai de Freud *Le Malaise dans la civilisation* dans lequel il évoque les souffrances de l'individu dans le monde. Souffrances sur lesquelles il faut agir afin de trouver un compromis entre les exigences individuelles (vie pulsionnelle) et extérieures (Freud, 2010). C'est ici que se situe précisément la problématique de la condition individuelle liée, à la base, à la recherche du bonheur. Symboliquement, le suicide peut être considéré comme une forme de revendication de ce bonheur-là. Selon Dagenais, le suicide est perçu comme le meurtre d'une identité. Il reflète « *une dimension de la personnalité qui est visée dans le suicide et qui n'est pas que le moi personnel* […] *dans le suicide, il est question de mettre un terme à une identité, et pas seulement de quitter la vie, sa vie* » (Dagenais, 2007, p. 142).

C'est ainsi que les pulsions de la vie, Éros et Thanatos, telles que décrites par Freud dans son ouvrage *Au-delà du principe de plaisir* seraient mises en échec (Freud, 2010). En fait, nous sommes conduits à participer avec enthousiasme au grand projet de vivre dans un élan amoureux caractérisé par le culte de « l'Éros » et tendu vers l'extérieur. Or, le renoncement à la vie est la manifestation d'une pulsion de mort que Freud nomme *« Thanatos »*[100].

Le retour en dernier ressort au « repos absolu », permet d'entériner le passé qui rappelle au sujet son incapacité à vivre son « présent » et à se projeter dans son futur. Ce dernier se réjouit en quelque sorte de sa mort et s'oriente, en fin de compte, vers une pratique suicidaire.

---

[100] Cette notion de pulsion de mort introduite par Freud dans (*Jenseits des Lustprinzips*, 1920) a été largement controversée. C'est la tendance fondamentale de tout être vivant à retourner à l'état anorganique, c'est-à-dire l'état de repos absolu. C'est une pulsion de destruction qui s'oppose donc aux pulsions de vie. Freud, résume cette dualité pulsionnelle dans son livre *Abrégé de la psychanalyste* : « *le but de l'Éros est d'établir de toujours plus grandes unités, donc de conserver : c'est la liaison. Le but de l'autre pulsion, au contraire, est de briser les rapports, donc de détruire les choses* ».

5. Une expérience auprès de patients suicidants à l'EHS « Fernane Hanafi »

Notre expérience au sein de l'hôpital psychiatrique « Fernane Hanafi[101] », en Kabylie, fut l'occasion de rencontrer plusieurs patients hospitalisés suite à une tentative de suicide. L'objectif de nos entretiens est de recueillir des informations concernant les motifs du geste suicidaire. La rencontre clinique intersubjective consiste en une interaction entre deux subjectivités, celle du patient et celle du clinicien, lesquelles entrent en contact au cours d'un dialogue clinique bien établi (Chiland, 2013). Du point de vue clinique, la rencontre amène à une meilleure connaissance du patient à travers la signification que l'on attribue à sa parole.

Cette démarche est d'autant plus nécessaire qu'il y a en Algérie un manque de moyens et d'espaces de communication. Ce qui peut bloquer parfois le processus d'extériorisation et de gestion des émotions. Ce refoulement génère, par conséquent, une souffrance partiellement inaccessible et inexprimable. Le sujet se retrouve parfois « en panne », coincé dans l'engrenage des conflits et des plaintes.

À défaut d'espaces de parole et d'activités thérapeutiques (atelier de musique, peinture, ergothérapie, groupes de parole…), l'hospitalisation s'avère être aussi, au niveau individuel, un événement « stressant » pour la plupart des suicidants rencontrés. C'est pourquoi l'ergothérapie permet, par exemple, aux patients de construire leurs projets et de créer un espace de soin « médiatisé », facilitant la réinsertion et la réintégration sociales.

Parfois, l'hospitalisation provoque des fugues chez certains patients qui présentent notamment des désordres psychologiques importants (dépression mélancolique, schizophrénie, etc.).
Ces derniers sont hospitalisés dans des pavillons, selon leur degré de souffrance et leur statut (service fermé, pavillon hommes, pavillon femmes et pavillon enfants).
Il s'agit de sorte de dortoirs où les malades passent quasiment tout leur temps, car les activités thérapeutiques proposées sont très rares. Lorsque nous nous y rendons, les visites du psychiatre se font une fois par semaine pour les patients *« les plus perturbés ».*

---

[101] L'hôpital spécialisé en psychiatrie Fernane Hanafi d'Oued Aïssi (EHS) est situé à environ 10 km du chef-lieu de la wilaya (département) de Tizi Ouzou.

Beaucoup d'entre eux nous interpellent pour demander une permission de sortie quand nous traversons les petites passerelles pour accéder aux différents pavillons-cités.

Lors de notre stage au sein du service « Psychiatrie, Psychothérapie et Art-Thérapie » à Toulouse, nous avons constaté une tout autre réalité[102]. Outre son aspect médicalisé, la prise en charge du malade, revêt une dimension à la fois préventive et psychologique. En ce sens, des activités thérapuetiques sont mises en place au sein de cet établissement psychiatrique.

Des ateliers « groupe de parole » donnent l'opportunité aux patients de partager leur vécu en confrontant leurs ressentis et leurs expériences qui pourraient être similaires. En effet, nous reformulons en quelque sorte les propos de ces derniers au niveau de leur intimité, en les sollicitant à parler de leur vécu. Ainsi, l'institution offre aux patients un autre espace d'expression. Il s'agit de l'atelier de « *lecture et écriture* ». Nous sommes installés autour d'une table, dans une salle où nous disposons de livres, de romans et de tout le matériel nécessaire (stylos, feuilles, feutres, crayons, etc.). Une fois les patients assis, nous leur demandons de choisir un livre dont ils ont vraiment envie de parler. Du coup, chaque patient nous lit un des passages qui retient son attention. Au bout d'un moment, quand tout le monde aura produit un écrit, nous leur demandons de le lire. Une expérience plus qu'enrichissante pour les patients et une stratégie parmi d'autres pour la guérison. Si ces ateliers sont organisés dans les institutions psychiatriques en France, comme dans le cas de Toulouse, ils sont quasi inexistants en Algérie en raison de la vision « curative » dominante.

La plupart des suicidants interrogés lors de nos entretiens manifestent une souffrance psychologique liée essentiellement à un quotidien pénible, et en particulier aux conflits familiaux. Ces données ont été précédemment rapportées dans l'étude longitudinale menée par le GRASC. L'absence de communication et le sentiment d'incompréhension renforcent l'isolement social chez un individu suicidant

[102] La qualité de l'accueil et les moyens mis à la disposition du personnel sont nettement meilleurs. Aussi, le profil des malades suicidants et les motifs de leur geste suicidaire ne sont pas les mêmes. Ces derniers sont hospitalisés dans la majorité des cas pour une tentative de suicide médicamenteuse.

souffrant qui construit parfois sa propre bulle, et ce d'autant plus que les problèmes sont stigmatisées par la communauté. La crainte qui s'y installe entraîne avec elle un lot de violences retournées par l'individu contre sa propre personne.

« *Amine, un jeune homme de 22 ans, est hospitalisé suite à une tentative de suicide par pendaison. Il est le troisième d'une fratrie de deux garçons. Les traces de la corde avec laquelle il a tenté de se supprimer sont très visibles au niveau de son cou. Lors de l'entretien, Amine évoque un climat familial très tendu, empreint d'insultes et de violences. Son discours fait apparaître une image négative du père : « Il ne m'aime pas, il ne me supporte pas ». De plus, il se sent incompris par ses parents : « ça fait longtemps que je suis déjà mort dans le cœur dans mon père, vivant ou mort ça ne change rien ». Amine semble perturbé par ses difficultés familiales* ».

Selon la conception de Shneidman, la souffrance psychologique est renforcée par des frustrations et la non satisfaction des besoins « essentiels » (Shneidman, 2000). À ce stade, les idées suicidaires peuvent apparaître. En ce sens, « *le rapport du sujet à lui-même et au monde se modifie progressivement et de manière menaçante. Cette séquence est désormais identifiable et se traduit par une phénoménologie particulière impliquant des processus psychologiques complexes tels que le rôle de l'émotion sur la pensée, l'oscillation de l'état de conscience, la perte du contrôle moteur ou encore l'envahissement de l'esprit par les idées suicidaires* » (Vandevoorde, 2016, p. 1).

Ce processus s'épuise de lui-même et arrive à son terme, jetant l'individu dans des réflexions allant de l'envie de pendaison à celle de la défenestration, en passant par l'idée de s'immoler. Se donner la mort est dans certains cas un geste imprévisible. Cet élan suicidaire peut résulter d'une tension interne non exprimée par le dialogue.

« *Hospitalisée suite à une TS par ingestion de raticide, Nassima, âgée de 29 ans, apparaît anxieuse et triste. Des inquiétudes se dessinent sur son visage pâle. Le discours reste, au départ, factuel et centré sur la sortie de l'hôpital. Interrogée sur son geste suicidaire, Nassima parle avec prudence de ses conflits avec son frère aîné. D'après elle, ce climat de tension s'est installé depuis le décès de sa mère qu'elle considère comme la figure de l'attachement et de la sécurité : « ma mère était une femme patiente et pieuse, elle savait pourchasser les idées noires qui m'embrument la tête. Ça y est, moi je m'en vais loin de ces problèmes, ça ne sert à*

rien d'en parler ». Nassima se rappelle le moment où elle a avalé son raticide « je suis tombée dans la rue, tout était noir, d'un seul coup, je me réveille à l'hôpital ».

Le suicide par le feu est un mode opératoire qui s'est largement développé ces derniers temps en Algérie. Il s'agit de révéler, en effet, une souffrance indicible au monde, en manifestant son intention d'en finir, et ce de façon spectaculaire, avec son existence, la vie. C'est une attitude naturellement renforcée par le dégoût et le désespoir (Boudarène, 2007). Cette forme de violence contre soi-même montre à quel point l'imaginaire du corps peut être mobilisé inconsciemment et sans préméditation dans l'action. Dans tous les cas, le corps souffrant semble devenir ici un terrain de prédilection pour accueillir un nouveau langage de dénonciation, alors qu'ordinairement, il demeure confiné à la sphère privée.

6. La stigmatisation du suicide

De nombreuses publications ont souligné l'impact négatif du suicide, notamment sur les proches endeuillés. Les résultats des études, en particulier canadiennes, montrent que l'expérience du deuil par suicide se conjugue avec des sentiments de culpabilité et de honte. De même, Séguin et ses collègues, se référant à des études cas-témoin, rapportent que certaines familles présentent des difficultés d'ajustement social et/ou de cohésion familiale suite au décès par suicide (Michel Hanus, Séguin, & Dubout, 2004).

Encore faudrait-il s'interroger sur le vécu des familles endeuillées dans la société algérienne où les interprétations à caractère religieux sont dominantes. Chaque deuil est, au-delà de son aspect humain, une grande épreuve de la vie. La souffrance et la douleur sont au cœur du travail de deuil qui s'amorce. Cette douleur est le signe de l'attachement de l'endeuillé à la personne décédée.

Le sujet disparu reste toujours psychiquement présent, car la mort aurait simplement changé ce lien d'attachement mais jamais la place symbolique du mort dans le giron familial (Hanus, 2006).

L'endeuillé garde quelque chose de la personne tragiquement décédée qu'Allouch appelle justement « *un petit bout de soi* » (Allouch, 2011). Outre cette perte, les proches sont parfois violemment stigmatisés par la communauté puisque le suicide est considéré comme un péché et un empiétement du code moral.

Ce suicide est « […] *une tare honteuse, un tabou qu'il faut entourer de silence. Attentat contre Dieu, dépravation morale d'un esprit sans respect pour les valeurs établies* [...] *le suicide est refoulé avec les autres grands interdits sociaux* » (Minois, 1995, p. 15).

« Lors de la consultation, Malika, âgée de 54 ans et hospitalisée pour dépression, aborde l'épisode du suicide de son fils avec un chagrin évident. « Mon fils, il ne lui manquait rien. Il était joyeux, aimable et agréable avec les voisins. C'est la fille qui l'a rendu triste, elle l'a trompé et s'est mariée avec son cousin. Je l'ai retrouvé pendu sous un olivier, pas trop loin de la maison. C'est trop tard, je ne pouvais pas secourir un corps sans vie… C'est une malédiction ». Elle en a gardé une culpabilité manifeste, qui s'est transformée en un vécu pénible au point de rester confinée chez elle « je perds mes moyens quand les gens me regardent dans la rue, ils en parlent, ils me donnent des coups de hache ».

Il y a nécessairement dans toute représentation sociale un contenu. Dans la tradition musulmane, par exemple, Dieu envoie ceux qui se suicident en enfer : « *Et ne vous tuez pas vous-mêmes. Allah, en vérité, est Miséricordieux envers vous. Et quiconque commet cela, par excès et par iniquité, nous le jetterons au Feu, voilà qui est facile pour Allah.* » (Coran 4:29-30*).* En effet, de nombreux théologiens considèrent le corps comme le temple de l'altérité divine. L'homme qui se suicide pèche donc abominablement, parce qu'il usurpe la place de Dieu (voir approche théologique du suicide).
Ces éléments évoqués se chevauchent avec des dogmes sociaux des plus raffinés. Dans la société algérienne, « *les imams, dans leurs prêches, continuent de stigmatiser le manque de foi des Algériens et leur éloignement de l'islam, censé les protéger contre toute "déviation". Pour l'Islam, le suicidé a commis un crime contre la vie, n'a pas droit aux funérailles religieuses et doit être enterré à part* » (AFP, 2004).

D'après les religions, la souffrance est une réalité inévitable et incontournable de la vie. C'est une épreuve « *écrite sur le front* » et source de purification et de salut éternel. La peine est donc culturellement légitimée et socialement acceptée comme destin (*Maktoub*[103]). Cela suppose une certaine obéissance à Dieu tout-puissant et absolu. Cette représentation culturelle, au cœur de la tradition musulmane, permet

[103] Le mektoub traduit par « C'était écrit » renvoie à la notion de destin dans la culture locale.

aux individus d'interpréter et de donner du sens aux événements de la vie, considérés comme une expérience divine. Autrement dit, ces événements de vie sont toujours situés en dehors de la volonté individuelle. Ils relèvent essentiellement du domaine du sort et de la métaphysique. Chose qui rend les douleurs physiques et/ou morales moins pénibles « s*i le croyant musulman n'a pas à sonder ses profondeurs pour y chercher un sens à son destin, c'est pour la simple raison que celui-ci est déterminé, régi de toute éternité, indépendamment de la contribution du sujet lui-même, qui, fort de cette obédience à la volonté divine, arguera que c'était écrit, mektoub* » (Aouattah, 2007, p. 176). C'est là que se retrouve la base de l'interprétation culturelle des conduites humaines. Se suicider, dans tel contexte, signifie que « l'individu-croyant » peut devenir « Maître de sa destinée ». Il fait désormais face à sa grande peine qualifiée de stigmatisante. Dans pareilles conditions, chaque élan de l'émergence du *« sujet psychologique »* est vite freiné. On sait pertinemment que les pratiques sociales ou encore la façon d'agir puisent leurs sources dans la pensée collective du groupe ou de la communauté.

Dans notre cas, la religion est ce monde mystérieux et métaphysique qui dépasse la portée de notre entendement (Durkheim, 1991). Ce qui ne nous permet pas de comprendre notamment les dimensions objectives des phénomènes humains.

Au-delà de cet aspect moralisateur, la religion s'impose dans les faits comme une pratique discursive à travers le langage (Lemieux, 2006). Toute déviance par rapport à la normalité religieuse peut être interprétée en termes de rupture et de désobéissance à Dieu. En ce sen, l'institution religieuse pourrait exercer une fonction de contrôle social. « *Il en va de l'institution du religieux comme de l'institution du langage : pour que la parole devienne échangeable, elle doit se produire dans la nécessité d'un certain code, pourtant arbitraire et conjoncturel, faisant office de système de valeurs renvoyant les phonèmes à leur interrelativité dans l'ordre qu'il détermine* » (Lemieux, 2006, p. 17).

Dans le monde occidental, cette approche religieuse du suicide s'avère être marginale d'autant que le processus historique aurait progressivement provoqué la perte de ce « *savoir religieux* », notamment dans le cas du suicide, au profit de quelques approches savantes et scientifiques. Les progrès de la science auraient provoqué ce que Max Weber appelle « le désenchantement du monde ».

Bien que la tradition islamique condamne fortement le suicide, une nouvelle théologie s'est paradoxalement développée tout en portant atteinte aux tabous fondamentaux, dans le cadre de la guerre Sainte (« Jihâd[104] »). En ce sens, un attentat qui sera probablement fatal à son auteur est considéré comme le vrai Jihâd, c'est-à-dire une action légitime afin de lutter contre l'oppression des mécréants (Abdel-Khalek, 2004).

A ce titre, des attentats-suicide ont eu lieu dans des endroits sensibles (l'attentat terroriste du 11 décembre 2007[105]). Ces attaques ont eu pour contexte la résistance à un Pouvoir jugé illégitime.

Le discours des terroristes engagés dans le radicalisme politique aurait incité clairement le citoyen algérien au Jihâd (Flori, 2007). Précisons que cette expérience est souvent alimentée par des discours mythiques et des scénarios fantasmatiques qui augmentent chez le sujet l'envie de lutter contre l'État. Selon cette idéologie, les martyrs qui accomplissent leur « boulot de purification » seraient récompensés « […] *ces jeunes musulmans, aspirent par leur sacrifice aux ravissements et aux vierges promises par les textes coraniques dans l'au-delà* » (Munier, 2005, p. 176).

Le recours à l'arme corporelle (attentat-suicide) est une stratégie nécessaire à la construction d'une nouvelle représentation arbitraire dans laquelle le sacrifice de soi est légitime. Dans de telles conditions, mourir demeure un acte héroïque quelquefois volontairement recherché. C'est une logique inconsciente qui participe à l'effondrement symbolique de l'autoconservation de soi. Il y a une intériorisation dangereuse du « mal » dans le combat mortifère de ces terroristes qui exigent une soumission totale à leurs propres références. Essayer d'analyser le discours codifiant, ne serait-ce que par curiosité, est une attaque de cette soumission transcendante. Il est difficile d'évaluer les conséquences d'un conflit sur la construction subjective de soi. Mais force est de constater que cette violence auto-sacrificielle a inévitablement participé à la déconstruction progressive des individus et, en parallèle, à la déstigmatisation du suicide comme « péché ». Cette destruction de soi est aux yeux des terroristes une possibilité d'extirper totalement le mal.

---

[104] Ce concept a été traduit par « guerre sainte ». Une sorte de devoir collectif – combat selon la volonté de Dieu- qui concerne l'ensemble de la communauté musulmane (umma). Voir : l'article de Lamchichi *Jihâd. Un combat contre quel adversaire* ?

[105] Deux attentats à la voiture piégée les plus meurtriers ont lieu à Alger. Les terroristes ont ciblé le Conseil constitutionnel et des bureaux locaux de l'ONU. Le bilan fut accablant : 72 morts et 177 blessés.

Au vu de cette réalité, nous mettons en évidence les conséquences d'une telle idéologie sur l'agir personnel, dans la mesure où toute tentative de refus d'obéissance transgresse l'ordre fixé. C'est d'ailleurs dans cet univers symbolique à caractère religieux que l'individu s'organise et se positionne indépendamment de sa volonté (Abdel-Khalek, 2004). Cette perte d'autonomie s'oppose dans le fond à la pratique psychanalytique. D'autant plus que « *l'objectif final de la démarche psychanalytique est de libérer le sujet de toute autre attache que son propre vouloir, afin qu'il retrouve ses énergies créatrices et qu'il oriente sa vie selon ses propres canons du bien-être et du bonheur* » (Benslama, 2006, p. 6).

Critiquée, la pratique psychanalytique ouvre pourtant un vaste espace de liberté psychique. Or, le discours des terroristes, totalitaire dans son contenu, ne permet pas le développement d'une forme de pensée tolérante et ouverte. En conséquence, la propriété corporelle, au même titre que la propriété intellectuelle, est délibérément confisquée. Ce corps supplicié nié est devenu un « objet » et un enjeu important au sein du conflit politique. C'est en quelque sorte le sacrifice de soi pour réparer ce qui est symboliquement altéré (Broudic, 2011).

Le suicide meurtrier qui revêt une dimension culturelle s'inscrit dans l'histoire des affrontements des hommes. Ces contextes de violence transcendent l'instinct de l'autoconservation et provoque la défaite de la culture humaine s'oppose désormais à l'amour de soi.

7. Quelques stratégies préventives

Le suicide reste un phénomène en hausse dans la société algérienne. C'est pourquoi, il est nécessaire d'adopter une véritable politique préventive. Celle-ci devrait être une priorité nationale. Cela passera d'abord par une expertise « rigoureuse » de cette réalité sociale. Cet outil permet de susciter une réflexion permanente sur les aspects psychopathologiques de notre société (par exemple, la prévalence des troubles mentaux, les facteurs de risque et d'aggravation, la prévention, la prise en charge, etc.).

On ne pourrait souscrire entièrement à l'idée de la modernité des soins sans que nous nous penchions sur la question de la santé mentale. Une stratégie nationale en vue de connaître d'une façon objective la prévalence des conduites suicidaires et le mode de passage à l'acte est une démarche essentielle. Ce recensement débouchera sur l'établissement de statistiques à la fois sanitaires et publiques.

L'Algérie ne dispose pas encore de recueil systématique et cordonné de données fiables dans le domaine de la suicidologie.

L'étude du phénomène suicidaire au travers des enquêtes à l'échelle nationale servira de base pour la planification et la gestion du risque. Ce travail de terrain implique implicitement un examen du champ politico-social dans sa spécificité (rapports entre les institutions publiques et les mouvements sociaux, conflits, etc.). Par ailleurs, les pouvoirs publics et les collectivités locales devraient participer à la gestion du phénomène suicidaire.

Il est essentiel, pour les acteurs locaux, de connaître la prévalence du suicide et des tentatives de suicide dans leur région et/ou localité pour pouvoir orienter leurs actions d'une façon optimale. Ils seront en mesure alors d'organiser et de coordonner des actions collectives afin de mener à terme le projet de refondation de l'architecture de notre système de soins par la mobilisation des ressources financières et/ou spirituelles aussi bien au niveau local que national. Cet engagement s'articulera avec les demandes et/ou les besoins de la population en matière de prévention du suicide. Dans cet esprit, le développement des centres de prévention des conduites suicidaires en charge de la « gestion de la crise » s'avère nécessaire. Cela facilitera alors l'accès aux soins, dans la mesure où la personne en détresse demande peu ou presque pas d'aide en raison des contraintes culturelles évoquées dans les chapitres précédents.
C'est une des tâches les plus importantes à défaut d'une stratégie globale de prévention. Il faudrait donc que nous prêtions attention à la souffrance et au vécu des sujets « en situation de crise » pour leur venir en aide (Darcourt & Mazet, 2001). *A priori,* on peut dire que nos institutions n'offrent que tardivement des soins sans qu'elles ne se penchent la question de la prévention.

Le passage d'une logique de soins « sécuritaires » (hospitalisation, traitement en urgence, etc.) vers des soins psychothérapeutiques et humains (prévention, évaluation, suivi, insertion, etc.) semble être complexe dans des institutions préoccupées surtout par la suppression du symptôme.
Dans une perspective éthico-médicale, l'étude de la réalité de l'institution psychiatrique et les pratiques s'avère aussi indispensable. Cela constitue une des meilleures façons d'analyser les changements et les transformations de ces espaces de soins. Le renouvellement des pratiques institutionnelles pourrait s'inscrire dans une dynamique historique et socio-culturelle particulière, liée aux changements et

aux transformations du système social. D'où la nécessité d'élaborer des programmes de formation principalement fondés sur la *gestion* de la crise suicidaire afin de permettre aux professionnels de santé de mieux détecter ladite crise. A partir de ce dispositif, une réflexion sur la place de chacun dans la prévention du suicide s'amorce. Une nouvelle sensibilité marquée par le foisonnement d'idées aboutira au développement d'un programme de prévention du suicide et l'emportera sur les représentations destructrices, érigées parfois en culture de rejet du malade.

Faute de structures de soins et de formation continue en Algérie, la plupart des sujets en situation de crise finissent d'une façon déterminée et surtout imprévisible par se suicider. Or, une démarche clinique et diagnostique rigoureuse est à même d'identifier au mieux le geste, d'en cerner le diagnostic contextuel et le potentiel de récidive (Shea et al., 2008). À partir de cette évaluation, une décision d'hospitalisation en psychiatrie s'imposera comme une mesure préventive. Il s'agit d'une prévention primaire qui consiste à identifier les personnes « potentiellement suicidaires » et à les orienter vers les soins appropriés.

Loin d'être un problème individuel, le suicide est aussi l'expression d'un malaise social. On devrait se pencher sérieusement, dans une perspective dynamisante, sur les difficultés sociales à l'origine d'une souffrance psychologique, puisque le discours social est empreint de jugements de valeur à caractère religieux. Associée au suicide, la stigmatisation empêche le sujet et/ou sa famille de demander l'aide dont ils ont vraiment besoin. Les compagnes de sensibilisation et de conscientisation pour la lutte contre la stigmatisation du suicide permettent, justement, d'aller vers la tolérance et l'acceptation de l'autre dans sa différence. Cela cultive une nouvelle forme d'altérité qui s'enracine durablement dans l'esprit collectif.

8. Conclusion du chapitre

Différentes approches (philosophique, anthropologique, sociologique, etc.) ont contribué à la problématisation de la question suicidaire, ce qui témoigne de l'enracinement de ce problème dans les débats scientifiques. Sur la base de ces savoirs théoriques, nous avons esquissé une ébauche de réflexion sur le suicide comme incidence subjective d'une violence extérieure dont les conséquences sont importante. Cette tentative de réponse nous a permis d'articuler ce travail autour de certains facteurs d'ordres socioculturels, politiques et religieux qui auraient des répercussions sur la qualité de vie du sujet.

Une approche aussi compréhensive que globalisante « socio-psychologique et anthropologique » semble nécessaire. Pour autant, une analyse clinique, à la fois scrupuleuse et pointilleuse en termes de trajectoire personnelle, serait très utile à la compréhension des dynamiques individuelles. Cette démarche est d'autant plus enrichissante que des événements violents, potentiellement traumatisants, pourraient bouleverser l'équilibre tant individuel que social.

À la lumière des éléments apportés, nous nous intéressons, tout particulièrement, à la problématique portant sur le traumatisme psychique et le risque suicidaire. En outre, nous ajouterons, ne serait-ce que pour affirmer la justesse de ce raisonnement, que l'enquête SMPG est riche quant à la construction d'une connaissance « valable » sur la souffrance psychotraumatique et le suicide. Ce lien étudié dans une perspective épidémiologique pourrait être utile dans la démarche de prévention des conduites suicidaires.

Une fois la partie théorique présentée, nous aborderons l'aspect pratique de la problématique de notre recherche. Il serait question d'exposer dès la première étape la démarche de recherche suivie, puis, de s'intéresser aux études précédentes, c'est-à-dire situer notre étude dans un contexte à la fois théorique et pratique. Nous exposerons les différentes étapes concernant l'exploitation de la base de données SMPG en vue d'un traitement statistique du corpus.

Cadre méthodologique

La base de données recuillie par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale a été exploitée dans le cadre de ce travail.

211, rue Roger Salengro
59260 Lille-Hellemmes
Tél : 03 20 43 71 00
Fax : 03 20 43 71 15
ccoms@epsm-lm.fr
www.ccomssantementalelillefrance.org

Chapitre 4

Exploitation de la base de données SMPG

Septième partie. Problématique de la recherche et objectifs

1. Introduction

Nous avons évoqué dans les chapitres précédents le traumatisme psychique et les comportements suicidaires. Ce travail théorique nous a permis, à travers nos lectures, de conceptualiser suffisamment notre thématique en vue d'élaborer notre problématique de recherche. En effet, l'acquisition des connaissances pertinentes sur notre thématique, en l'occurrence le traumatisme et le suicide, est une première condition de toute démarche scientifique. Bien souvent, le chercheur « débutant » bute sur certaines difficultés relatives à la compréhension du contenu et de la logique du phénomène à étudier (Bonville, 2006). Cela dit, l'ensemble de ces connaissances théoriques forme une sorte de noyau dur autour duquel se cristallise notre problématique de recherche. Par ailleurs, l'élaboration de celle-ci est une opération cognitive qui relève du résonnement de chaque individu. Cette activité « abstraite » dans laquelle le chercheur s'engage lui permettra de situer son travail par rapport aux connaissances disponibles. Elle suppose, bien entendu, une prise en compte de certains aspects épistémologiques « *à défaut de quoi le chercheur se condamne à faire de la science sans conscience* » (Dépelteau, 2000, p. 12).

En fait, le chercheur devrait se positionner épistémologiquement et méthodologiquement afin de clarifier et d'expliciter sa vision et sa démarche concernant la production de la « nouvelle » connaissance[106]. En principe, cette démarche se fonde sur une analyse de la complexité des phénomènes psychologiques à étudier. Ainsi le chercheur s'inscrit-il dans une dynamique de réflexivité concernant son activité de recherche.

---

[106] Karl Popper (1902-1994) a soulevé le problème de la démarcation entre une démarche scientifique et une démarche spéculative qualifiée de pseudoscience en s'appuyant sur le critère de la reproductibilité et de la réfutabilité. Il est nécessaire de décrire les évènements d'une manière précise pour en tirer des conclusions vérifiables.

Il est difficile d'élaborer « *une connaissance supposée vraie* » sans entreprendre un travail d'introspection (idée défendue, démarches réalisées, positionnement social, etc.). Quoiqu'il en soit, cette réflexivité « […] *induit pour le chercheur-acteur une prise de conscience de ce qu'il est et de ce qu'il fait dans le développement de sa recherche, dans sa relation au terrain et dans la constitution de son objet d'étude* » (Lallé, 2004, p. 49). A priori, ces éléments abordés guideront par la suite la démarche de conceptualisation et de réalisation concrète du travail de recherche, en justifiant les choix des méthodes et de techniques utilisées tout au long de la recherche.

2. Considérations méthodologiques

La formalisation d'une méthodologie de recherche est incontournable, en particulier dans le cadre d'une recherche quantitative. Cette approche pédagogique nous permet de recadrer le travail, en nous interrogeant toujours sur la méthode d'observation, les outils utilisés ainsi que les résultats obtenus. Précisons ici que la démarche scientifique n'est pas conçue d'une façon linéaire. Autrement dit, le chercheur est amené à faire des allers-retours permanents entre les différentes étapes de son travail d'investigation qui recouvre un long processus de maturation et de réflexion.

L'élaboration d'une problématique de recherche consiste à formuler des interrogations fondées sur des concepts et des éléments théoriques cohérents et rigoureux afin de délimiter le champ de son travail (Berry, 2000). De ce point de vue pratique, la question de recherche structure notre tâche et notre démarche en termes d'investigation. Sur la base de cette ébauche, nous pourrions alors construire un projet de recherche. Ce travail suppose une méthodologie qui englobe le raisonnement du chercheur, la configuration de la démarche ainsi que les outils utilisés pour aboutir à des conclusions scientifiques valables, voire vérifiables. C'est nécessairement une approche rationnelle qui recouvre « *l'ensemble d'opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontre et les vérifie* » (Grawitz, 2000, p. 35).
Suivant cette conception, la méthode de recherche permet au chercheur, comme nous venons de le dire, de mobiliser ses capacités cognitives afin d'analyser, comprendre et expliquer la réalité étudiée parfois intelligible et saisissable.

En effet, le travail de recherche psychologique se base principalement sur deux méthodes pour étudier les phénomènes psychologiques :

1. Une méthode qualitative consistant à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative.
2. Une méthode quantitative servant à quantifier les faits observés pour établir des relations et des corrélations entre les différents événements, les variables en l'occurrence.

Il est possible d'utiliser ces deux types de méthodes indépendamment ou conjointement, selon les hypothèses à tester, pour la compréhension des processus morbides et de leur prise en charge (Bayle, 2001) dans une perspective dite « mixte ».

Par ailleurs, ce choix méthodologique n'est pas arbitraire dans la mesure où il sous-tend une certaine rationalité (Falissard, 2005).Ceci dit, nous construisons un schéma méthodologique aboutissant à la formation de notre hypothèse de recherche. Cette dernière se situe entre l'observation et la vérification. C'est une assertion « *provisoire* » qui sera soumise par la suite à des contrôles à l'aide d'outils adéquats. « *Par nature, ces hypothèses sont des hypothèses dont la validité est limitée et dont l'intérêt réside essentiellement dans leur caractère opératoire par rapport à l'observation. Leur rôle est de déclencher la recherche, de définir la problématique de celle-ci, de baliser le terrain à la fois concret et intellectuel sur lequel elle va s'exercer. Elles ne touchent que peu ou prou au fond des problèmes et à leur solution* » (Bayle, 2001, p. 263).

Dans le processus de la démarche scientifique, la formulation des hypothèses constitue une étape incontournable qui dépend largement de la capacité du chercheur à explorer scrupuleusement le maximum d'informations en rapport avec sa problématique. Cette démarche méthodique que l'on appelle d'une manière conventionnelle « la revue de la littérature » lui donnera la possibilité de s'approprier les concepts, les méthodes et/ou outils de recherche (Dépelteau, 2000). Il s'agit de recenser tout d'abord les références pertinentes en lien direct avec la thématique de recherche, puis d'examiner minutieusement les travaux menés. À ce niveau d'analyse, le chercheur extrait les informations qui sont susceptibles de nourrir sa réflexion.

Cela l'aide d'ailleurs à construire rationnellement son hypothèse déduite des travaux de recherche antérieurs. Ce raisonnement « déductif[107] » (Bayle, 2001) permet de puiser dans les données disponibles en vue d'étudier une situation spécifique.

De nouveaux éléments sont susceptibles d'enrichir le cadre théorique préexistant. Cependant, il ne s'agit pas d'une simple description ou encore d'une succession d'informations, mais plutôt d'une articulation et d'une association des éléments notés dont le chercheur se servira afin de fonder son travail sur une argumentation suffisamment rigoureuse. En outre, la revue de la littérature est aussi un exercice critique des théories et des méthodes utilisées. Une fois que les données sont recueillies, il est nécessaire de se positionner par rapport aux travaux antérieurs de façon à ce que le travail du chercheur apporte de nouvelles conclusions (Bayle, 2001).

2.1. Revue de la littérature : PTSD et risque suicidaire

Dans cette partie, nous présenterons tout d'abord les travaux de recherche sur lesquels nous nous sommes appuyés pour élaborer notre question de recherche et les hypothèses afférentes qu'il convient de tester. Dans cette perspective, notre travail de recherche consiste à vérifier notre hypothèse selon laquelle le trouble de stress post-traumatique (PTSD) est en lien avec le risque suicidaire. Nous présenterons les résultats issus des études antérieures. Sur la base de cette revue de la littérature, nous engagerons une discussion à travers laquelle nous montrons l'intérêt de notre problématique et son apport sur le plan méthodologique et clinique.

Le PTSD survient à la suite d'une exposition à un événement potentiellement traumatique (accident, viol, catastrophe naturelle, etc). Sur le plan clinique, les individus souffrant de PTSD le revivent constamment, évitent les pensées qui s'y associent et présentent des symptômes neurovégétatifs (APA, 2013). De nombreuses études épidémiologiques rapportent que les sujets manifestant un PTSD souffrent également de troubles psychiatriques concomitants (Kessler et al., 1995 ; Oquendo et al., 2005 ; Panagioti et al., 2011 ; Panagioti, Gooding, & Tarrier,

[107] Dans le la démarche déductive, on part du général pour aller vers le particulier. Le chercheur pose a priori l'hypothèse d'une relation entre différentes variables, et l'applique ensuite à l'étude d'un certain nombre d'observations.

2012). Leur qualité de vie[108] en est considérablement affectée et cela entraîne parfois une forte augmentation de la demande de soins.
Les conduites suicidaires sont reconnues dans toutes les approches épidémiologiques - parallèlement aux troubles anxieux et dépressifs - comme les comportements les plus fréquemment observés chez les sujets avec PTSD.
Dans cette perspective, nous réaliserons une revue de la littérature des différentes études analysant la relation entre risques suicidaires et PTSD.

Neuf articles publiés en langue anglaise ou française ont été retenus, sélectionnés dans *Pubmed*[109]. Soulignons d'emblée que cette revue ne saurait prétendre à l'exhaustivité, tant les travaux sur la thématique se sont multipliés. Notre choix s'est orienté notamment vers des études récentes portant plus particulièrement sur le risque suicidaire en lien avec le PTSD. Dans un premier temps, nous présenterons succinctement les outils utilisés, puis nous résumerons les conclusions tirées de ces différentes études. Dans un second temps, nous discuterons les résultats décrits et les limites de cette revue de la littérature.

2.1.1. Étude d'Oquendo et al. (2003)

Cette étude porte sur 154 sujets présentant un épisode dépressif majeur (EDM). Ils ont répondu à une entrevue clinique « *Clinician Administered PTSD Scale* (CAPS) » utilisée pour évaluer le PTSD.
Les auteurs ont spécifiquement analysé la relation entre le PTSD et la tentative de suicide (TS) en répartissant leur échantillon en deux groupes : sujets déprimés avec antécédents de PTSD et sujets déprimés avec PTSD actuel.
Les résultats de l'étude montrent que les sujets déprimés avec antécédents de PTSD (75 % vs 54 % ; $\chi^2 = 6.39$; $p=\leq 0.01$) et avec PTSD actuel (80 % vs 75 % ; $\chi^2 = 5.89$; $p=\leq 0.02$) ont fait plus de tentatives de suicide, comparativement aux sujets sans PTSD passé/actuel.

---

[108] Un concept qui sous-tend plusieurs dimensions (état de santé, sentiment de bien-être, bonheur, situation socio-économique). Globalement, il renvoie au sentiment de *satisfaction et/ou de bonheur ressenti par un individu dans sa vie.*
[109] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

En outre, les auteurs précisent que le groupe avec PTSD actuel a présenté davantage d'idéations suicidaires que les sujets souffrant seulement d'une dépression (t=-2.25 ; df=138 ; p<0.03). En résumé, la présence simultanée de la dépression et du PTSD augmentent le risque de tentative de suicide.

2.1.2. Étude de Tarrier et Gregg (2004)

L'objectif de cette étude est d'évaluer la prévalence des comportements suicidaires (idéations, plan, passage à l'acte) à partir d'un échantillon de 94 sujets souffrant de PTSD chronique. Plusieurs questionnaires ont été utilisés pour recueillir des données relatives au PTSD et à la dépression :

- The Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) : une entrevue clinique structurée pour évaluer les symptômes de PTSD
- The Structured Clinical Interview DSM-IV (SCID) : un entretien utilisé pour évaluer la présence ou l'absence de PTSD
- Impact of Event Scale (IES) : une échelle permettant d'évaluer le PTSD
- Penn Inventory : évalue les symptômes de PTSD
- Beck Depression Inventory : évalue la dépression

Selon les résultats de cette étude, le taux de prévalence de comportements suicidaires est estimé à 56.4 % (38.3 % de ces sujets ont des idéations suicidaires, 8.5 % ont un plan suicidaire, et 9.6 % ont fait une TS). Ainsi, la régression logistique montre que la dépression est associée aux comportements suicidaires. Le risque de passage à l'acte est 1.14 fois plus élevé chez les sujets déprimés. En outre, la régression multinomiale révèle que la dépression est significativement associée aux idéations suicidaires, sachant que le risque d'avoir des idéations suicidaires est 1.13 fois plus élevé chez des sujets déprimés.

2.1.3. Étude d'Oquendo et al. (2005)

Oquendo et al (2005) analysent un échantillon de 320 sujets présentant un épisode dépressif avec ou sans antécédents de PTSD. Plus précisément, les auteurs étudient la relation entre les antécédents de PTSD et la TS, en invitant les sujets à répondre aux questionnaires suivants :

- The Structured Clinical Interview for DSM-IV :
- Hamilton Depression Rating Scale : évalue la sévérité de la dépression
- Beck Depression Inventory : évalue la sévérité de la dépression
- Lethality Rating Scale : mesure le degré de létalité du geste suicidaire
- Suicide Intent Scale : évalue l'intentionnalité et les idées suicidaires
- Scale for Suicidal Ideation : évalue les idées suicidaires
- Columbia University Suicide History : identifier les antécédents de conduites suicidaires.

Au regard des résultats obtenus, des antécédents de PTSD et de dépression ont été relevés chez 59 sujets, soit 25 % de l'échantillon global (230 sujets). Le travail statistique consiste à comparer deux populations distinctes, selon la présence ou non d'antécédents de PTSD. Les résultats de l'étude montrent que les sujets avec antécédents de PTSD ont un risque plus important de commettre une tentative de suicide (65 % vs 48.5 ; $\chi^2 = 5.4$; df=1, p=0.02) ou d'être déprimés (f=1.61 ; df=2 214 ; p=0.21) que ceux sans antécédents.

Les auteurs relèvent aussi que la présence simultanée d'un PTSD et d'un épisode dépressif majeur (EDM) augmente le risque suicidaire. Selon cette étude, la TS survient à un âge plus précoce chez les sujets avec antécédents de PTSD (la différence n'étant pas statistiquement significative). Ces derniers ont subi davantage de sévices graves, sexuels et physiques avant l'âge de 16 ans (66.7 % vs 17.3 ; $\chi^2 = 20.42$; df=1 ; p=0<0.000 1). Par ailleurs, l'analyse de la régression logistique montre que les antécédents de violence sont significativement associés à la TS (r=2.91 ; df=1 ; p=0.09), avec un âge moyen de sujets présentant un PTSD de 19.2 ans. Plus de sept patients sur dix (72 %) ont développé un PTSD avant même leur première TS. Enfin, dans le cas d'un PTSD faisant suite à une TS, l'âge moyen est de 26 ans, tandis que l'âge d'apparition d'un PTSD est corrélé positivement avec la première TS (r=0.52 ; n=33 ; p <0.002).

2.1.4. Étude de Vaiva et al. (2007)

L'objectif de cette enquête est d'étudier la comorbidité entre le risque suicidaire et les différents registres de psychotraumatisme (événement, trauma, psychotraumatisme, PTSD). Sur la base du *Mini International Neuropsychiatric Interview*, Vaiva et al. (2007) ont défini les variables de leur étude. Le MINI est composé de 120 questions à deux modalités, « oui » et « non ».

L'étude de Vaiva et de ses collaborateurs prend en considération 30 126 sujets. Ces derniers manifestent différentes souffrances psychotraumatiques : 30.2 % sont exposés à un événement traumatique, 10 % sont confrontés à un trauma associé à des reviviscences, 5.3 % rencontrent un trauma tout en présentant au moins un élément de retentissement psychopathologique et 0.7 % souffrent d'un PTSD. En revanche, 69.8 % des sujets considérés dans l'étude n'ont pas été touchés par le trouble. La prévalence du risque suicidaire au sein de la population globale SMPG est de 13.7 %, se répartissant de la manière suivante : 9.7 % de risque léger, 2.1 % moyen et 1.9 % élevé. La fréquence du « PTSD complet » est évaluée à 0.7 %.

Les résultats indiquent que le risque suicidaire augmente graduellement en fonction des registres psychotraumatiques (événement, trauma, psychotraumatisme, PTSD). Parmi les 30.2 % de sujets exposés à un événement traumatique, 10.9 % développent un risque suicidaire (élevé pour 3.1 % d'entre eux), tandis qu'au sein des 9 % de ceux confrontés à un trauma, 16.4 % présentent un risque (élevé pour 5.3 %). Dans notre échantillon, 4.6 % des sujets sont confrontés à un trauma, tout en présentant un élément psychotraumatique ; 21.8 % d'entre eux développent un risque suicidaire (élevé pour 7.6 %). Ceux exposés à un évènement traumatique et souffrant d'un PTSD constituent 0.7 % de l'ensemble des sujets de l'étude ; parmi eux, 30.9 % ont des tendances suicidaires (à un niveau élevé pour 15.2 % d'entre eux).

Tableau 1. Prévalences croisées entre les risques suicidaires et les différentes graduations de troubles psychotraumatiques

	SMPG	**Evènement**		**Trauma**		**Psychotrauma**		**PTSD**	
	n = 30 126	30.2%	Risque	9%	Risque	4.6%	Risque	0.7%	Risque
Risque suicidaire global	13.7 %	10.9% *vs* 7%	X 1.5	16.4% *vs* 7.3%	X 2	21.8% *vs* 7.5%	X 3	30.9% vs 8%	X 4
Risque suicidaire élevé	1.9 %	3.1% *vs* 1.4%	X 2	5.3% *vs* 1.6%	X 3	7.6% *vs* 1.6%	X 4	15.2% *vs* 1.8%	X 8
Tentative de suicide	0.7 %	1.2 % *vs* 0.5%	X 2.5	2% *vs* 0.5%	X 4	3.6% *v s* 0.5%	X 7	7.7% *vs* 0.5%	X 15

Plus précisément, les auteurs ont calculé le risque de suicide en comparant les différentes proportions de personnes non touchées par les troubles évoqués avec celles présentant une souffrance psychotraumatique. Les données rapportées montrent que le risque suicidaire est élevé pour celles exposées aux événements potentiellement traumatisants (10.9 % vs 7 %), pour celles ayant connu des reviviscences (16.4 % vs 7.3 %), présentant à la fois des reviviscences et un élément psychotraumatique (21.8 % vs 7.5 %), mais également chez celles souffrant d'un PTSD complet (30.9 % vs 8 %). Dans les faits, les sujets exposés à un événement traumatogène ont 1.5 fois plus de chance de présenter un risque suicidaire que les sujets « sains ». Cela a été estimé en évaluant la proportion du risque suicidaire présent chez des sujets exposés à un événement traumatisant (10.9 %), par rapport à celui qu'on peut trouver chez ceux restés « indemnes » (7 %). Or, comparé à celui de ces derniers, le risque suicidaire est 4 fois plus élevé en cas de trouble psychotraumatique (21.8 % vs 3.6 %), et 7 fois plus en cas de PTSD complet (30.9 % vs 8 %). Les sujets avec PTSD rapportent quant à eux 15 fois plus de TS (7.7 % vs 0.5 %). En outre, la prévalence du risque suicidaire dans la population globale (13.7 %) a été comparée à la prévalence des risques encourus dans la population souffrant de PTSD (45.1 %). Le risque est donc 3.5 fois plus élevé chez ces derniers.

2.1.5. Étude de Wilcox et al. (2009)

Cette étude a pour objectif d'évaluer le lien entre les événements traumatiques, le PTSD et le risque suicidaire au sein de la population de 1 698 jeunes adultes (Wilcox, Storr, & Breslau, 2009). Afin d'évaluer le PTSD, deux outils ont été utilisés :

- The National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule
- The World Health Organization Composite International Diagnostic

Les sujets se répartissent de la manière suivante : 19 % des sujets n'ont pas vécu d'événement, s traumatiques, 75 % y ont été exposés sans PTSD, et 6 % des sujets ont développé un PTSD. Concernant les conduites suicidaires, dans le premier groupe, 5.6 % (n=16) d'individus ont tout de même fait une TS, 2.5 % des sujets exposés à des événements traumatiques ont fait une TS (n=29), enfin, 10 % des sujets développant un PTSD ont fait une TS.

Aussi, les résultats montrent que l'exposition à des événements, s traumatiques — qu'ils soient violents ou non — n'est pas forcément associée au risque suicidaire.

2.1.6. Étude de Cougle et al. (2009)

L'étude de Cougle et al. (2009) portant sur 3 085 femmes a pour objectif d'étudier l'effet de la présence du PTSD et de la dépression sur les idéations suicidaires (IS) et les tentatives de suicide (TS). Le recueil de données s'est fait au moyen du questionnaire : « The National Women's Study PTSD ».

Sur un échantillon de 3 085, 1.6 % présentent seulement un PTSD, 32 % souffrent d'une dépression, et 6.5 % présentent simultanément le PTSD et la dépression. Dans le premier cas (sujets avec PTSD), 2.8 % ont des idéations suicidaires et 8.6 % ont fait une TS. Dans le deuxième cas de figure (sujets déprimés), cela concerne proportionnellement plus de personne 51.9 % ont des idéations suicidaires et 30.1 % ont fait une tentative de suicide. Enfin, parmi ceux présentant à la fois un PTSD et une dépression, 29.9 % ont des idéations suicidaires et 45.2 % ont fait une tentative de suicide

L'analyse de la régression logistique montre que le PTSD (OR=3.4 ; CI=2.19-4.23 ; p<0.0001) et la dépression (OR=6.90 ; 5.25-9.07 ; p<0.0001) sont des facteurs prédictifs des idéations suicidaires. Concernant la TS, le PTSD (OR=4.5 ; CI=2.54-8.02 ; p<0.0001) et la dépression (OR=1.86 ; CI=0.89-3.19 ; p<0.0001) prédisent également la tentative de suicide.

2.1.7. Étude de Jakupcak et al. (2009)

Jakupcak et al. (2009) ont étudié la relation entre le PTSD et les idéations suicidaires chez 407 militaires déployés en Iraq et en Afghanistan (Opérations Iraqi Freedom & Enduring Freedom). Ils ont utilisé plusieurs questionnaires évaluant le PTSD, la dépression et les comportements suicidaires :

- The military version of the PTSD Checklist : évalue les symptômes de PTSD
- The Mississippi Scale for PTSD: évalue les symptômes de PTSD et les idéations suicidaires.
- The Patient Health Questionnaire Depression Subscale : évalue la sévérité de la dépression.

- The Scale for Suicidal Ideation : évalue la présence des idéations suicidaires, l'intentionnalité suicidaire et la fréquence des passages à l'acte.

Selon la répartition des sujets considérés dans cette étude, 187 rapportent des idéations suicidaires, tandis que 220 sujets n'en ont pas. Par ailleurs, les résultats montrent que le PTSD (OR=4.45, CI=2.58-7.67) est un facteur prédicteur des idéations suicidaires. En effet, le risque d'en avoir s'avère 4.45 fois plus élevé chez les sujets avec PTSD, tandis que la dépression est significativement associée aux idéations suicidaires (OR=3.63, CI=2.01-6.40). Enfin, le risque d'avoir des idéations suicidaires est 3.63 fois plus élevé chez des sujets déprimés.

2.1.8. Étude de Guerra et Calhoun (2011)

Cette étude examine la relation entre le PTSD et les idéations suicidaires chez des soldats déployés en Iraq et en Afghanistan (Opération Iraqi Freedom/Opération Enduring Freedom). Cette étude évalue, d'une part, l'effet du PTSD sur l'apparition des conduites suicidaire, et d'autre part, l'effet de l'association PTSD/ dépression sur les idéations suicidaires.

L'échantillon est constitué de 293 soldats ayant répondu aux questionnaires suivants :

- Structured Clinical Interview : l'entretien diagnostique le plus fréquemment utilisé pour évaluer la présence ou l'absence de PTSD.
- Davidson Trauma Scale (DTS) : évalue les symptômes de PTSD.
- Combat Exposure Scale (CES) : décrire les situations stressantes auxquelles les soldats sont exposés pendant la guerre.
- Beck Scale for Suicide Ideation (SSI): évalue la présence des idéations suicidaires.
- Beck Depression Inventory : évalue les symptômes dépressifs.

Cette étude rapporte que le PTSD (OR= 4.9 ; CI= 2.3–10.6 ; p < 0,000 1) et la dépression (OR=3.4 ; CI= 1.7-6.7 ; p < 0.001) sont prédicteurs des idéations suicidaires. L'existence d'une comorbidité PTSD/dépression (OR= 3.4 ; CI=1.7-6.7 ; p < 0.001) augmente significativement le risque suicidaire. Il est de 8.9, donc élevé chez les sujets présentant un PTSD et une dépression.

2.2. Synthèse et discussion

Cette revue de la littérature a mis en évidence l'existence d'une association entre le risque suicidaire le PTSD. En dépit des particularités méthodologiques qui caractérisent chacune des études épidémiologiques, les résultats montrent que ce risque est positivement associé au PTSD. Ces études comportent néanmoins certaines limites qu'il est important de mentionner.

Premièrement, les corpus de description (item des questionnaires, modalités de réponse proposées et construction des variables) sont assez hétérogènes. Cela rend d'ailleurs difficile la comparaison des données. Cette variation pourrait s'expliquer par les changements de techniques de recueil de données utilisées.

Deuxièmement, les études épidémiologiques présentées portent plus particulièrement sur l'étude du lien entre le PTSD et le risque suicidaire. Toutefois, cette procédure d'analyse se base sur l'usage des modèles statistiques. Cela dit, les concluisons « épidémiologiques », voire descriptives qui en découlent ne constituent pas nécessairement une connaissance « supposée valable » pour tout individu dans la mesure où l'on raisonne sur des ensembles d'observations « agrégés » : la population. Si ces données épidémiologiques mettent en évidence quelques pistes pragmatiques, elles ne permettent pas, dans une perspective de prévention, de prédire le passage à l'acte individuel qui dépend largement de l'évaluation subjective et du jugement clinique du praticien (Courtet, 2010).

Troisièmement, les échantillons considérés précédemment sont issus de populations de natures différentes, ce sont des patients en cours de traitement, accompagnés après des soins ou encore recrutés parmi la population générale. En effet, les études réalisées en milieu clinique comportent à la fois des patients hospitalisés et ceux suivis en ambulatoire. Or, la sévérité du PTSD est probablement différente dans ces groupes de sujets. De plus, celles faites parmi la population générale l'ont été sur des échantillons très hétérogènes. D'ailleurs, elles incluent à la fois des personnes avec un diagnostic actuel ou passé de PTSD, cherchant ou non un traitement, avec une symptomatologie d'intensité variable remplissant soit totalement, soit partiellement, les critères diagnostiques de PTSD.

Tableau 2. Synthèse de la revue de la littérature sur le PTSD et le risque suicidaire

Auteur	Sujet	PTSD	Suicide	Résultats
Oquendo et al. (2003)	154	Antécédents PTSD+ PTSD actuel	Idéation suicidaire, TS	Sujets avec antécédents de PTSD (75 % vs 54, $\chi^2 = 6.39$) et avec PTSD actuel (80 % vs 75 %, $\chi^2 = 5.89$) ont fait plus TS
Tarrier et Gregg (2004)	94	PTSD	Idéation, plan, TS	Le taux de prévalence de comportements suicidaires est estimé à 56.4 % parmi 94 sujets présentant un PTSD.
Oquendo et al. (2005)	320	Antécédents PTSD	TS	Les sujets avec antécédents de PTSD ont un risque plus important de TS (65 % vs 48.5, $\chi^2 = 5.4$, df= 1, p=0.02).
Vaiva et al. (2007)	36105	Trauma, psychotrauma, PTSD complet	Risque suicidaire	Une augmentation graduelle du risque de suicide en fonction de la sévérité des troubles psychotraumatiques (30 % vs 7 %).
Wilcox et al. (2009)	1698	PTSD	TS	La proportion de tentatives de suicide est plus élevée chez les sujets développant un PTSD (10 % vs 7 %).
Cougle et al. (2009)	3085	PTSD	Idéation suicidaire, TS	Le PTSD est un facteur prédicteur des idéations suicidaires (OR=3.4, p<0.0001).
Jakupcak et al. (2009)	407	PTSD	Idéation suicidaire	Le PTSD est un facteur prédicteur des idéations suicidaires (OR=4.45, p < *0*.01).
Guerra et Calhoun (2011)	393	PTSD	Idéation suicidaire	Le PTSD est un facteur prédictif des idéations suicidaire (OR= 4.9, p < 0.0001).

Les patients soignés ne représentent pas l'ensemble des patients en qui en souffrent à cause d'un effet du traitement. Ainsi, les patients qui présentent des diagnostics multiples, PTSD et dépression, sont plus enclins à manifester une détresse psychologique que ceux qui n'en ont qu'un.

Après avoir exposé succinctement les résultats des travaux antérieurs, nous allons présenter notre problématique de recherche qui s'inscrit largement dans la même perspective. Il est, en fait, nécessaire de montrer sommairement sa pertinence scientifique, car comme le préconise Berry, « *la justification d'une recherche* […]

n'est en effet pas de valider des concepts déjà connus, mais d'en proposer de nouveaux » (Berry, 2000, p. 91). Dans cet esprit, nous nous sommes demandé, de prime abord, en quoi le problème soulevé PTSD/suicide pourrait être intéressant sur le plan à la fois clinique et pratique. Nous tenterons d'y apporter des éléments de réponse afin d'élucider la démarche adoptée et de justifier l'intérêt de notre travail.

2.3. Problématique de la recherche

Du point de vue pathologique, le suicide, cette violence exercée contre soi, est généralement lié à des désordres mentaux (les troubles dépressifs et anxieux en particulier). Cela justifie le recours à une consultation psychiatrique.

Il va de soi que toutes les conclusions rapportées dans ces études antérieures confirment que le risque suicidaire est bien associé au PTSD. Par conséquent, le risque suicidaire devrait être systématiquement évalué chez les sujets présentant une souffrance psychotraumatique(Courtet, 2010). Une telle démarche clinique qui permettra donc au praticien d'orienter les sujets présentant un risque suicidaire vers des soins appropriés. Il est cependant difficile de prédire avec certitude le passage à l'acte suicidaire, même chez un groupe de patients hospitalisés « *à haut risque* » (Courtet, 2010). Beaucoup d'auteurs ont établi des corrélations entre les événement, s potentiellement traumatisants à l'origine d'un PTSD et les conduites suicidaires (Kessler et al., 1995 ; Oquendo et al., 2005 ; Nepon et al., 2010 ; Panagioti et al., 2011). Vaiva et al. (2007) rapportent dans leur enquête SMPG « […] *15 fois plus de TS dans le mois écoulé chez les sujets présentant un PTSD* » (Vaiva et al., 2007a, p. 26). En effet, le contexte algérien est marqué par des violences extrêmement « *anxiogènes* » (attentats, délinquance, inondations de 2001, etc.).

Nous soulignons aussi qu'un séisme puissant et meurtrier au sud d'Alger a coïncidé avec la réalisation de l'enquête Santé Mentale Population Générale (SMPG) menée en 2003 par le centre collaborateur de l'OMS (CCOMS - Lille) en partenariat avec l'hôpital psychiatrique de Chéraga (EHS - Alger). Le phénomène suicidaire (pendaison, immolation, etc.) est une problématique complexe. D'ailleurs, les professionnels de santé (sociologues, psychiatres, psychologues, etc.) tentent d'identifier l'origine de ce drame.

Certes, plusieurs facteurs de risque ont largement été évoqués pour expliquer le phénomène suicidaire, mais il n'en reste pas moins que sa dynamique suicidaire

demeure encore inconnue, en raison notamment de manque d'enquêtes sur le terrain. Difficile de prévenir les comportements suicidaires dans de telles conditions. Or, le suicide ne surgit pas de manière aléatoire puisqu'il implique toujours des facteurs spécifiques individuels et environnementaux.

2.4. Hypothèses

Sur la base de ces éléments évoqués, nous formulons l'hypothèse de recherche selon laquelle les sujets souffrant de PTSD présentent plus de risque suicidaire que les sujets exposés ou non exposé aux événements « traumatisants » :

- La variable PTSD est associée au risque suicidaire au sein de la population algérienne.

Il découle de notre hypothèse « générale » d'autres hypothèses de travail « secondaires » permettant d'approfondir notre recherche, d'autant que la base de données SMPG est riche en matière d'évaluation des troubles mentaux. Nous supposons que les énoncés suivants seront corroborés :

1. Le PTSD est un trouble fréquent parmi la population étudiée.
2. La prévalence du risque suicidaire est élevée.
3. « *La personne qui tente de se suicider*[110]» est désignée comme un individu « fou ».

C'est à la lumière de ces réponses « anticipées » que nous orienterons notre travail de recherche afin d'atteindre nos objectifs fixés. En effet, nous utilisons des méthodes statistiques pour tester ces hypothèses formulées.

2.5. Objectifs fixés

Cette thèse porte sur l'étude de la relation entre le trouble de stress post-traumatique et le risque suicidaire. Son objectif principal est d'examiner l'influence du trouble de stress post-traumatique sur l'émergence des conduites suicidaires. En outre, nous étudierons, dans une perspective épidémiologique, la prévalence du PTSD et des

[110] La question posée aux sujets « la personne qui tente de se suicider est … » a été reprise ici pour définir clairement notre variable avec les modalités de réponse correspondantes (fou, malade mental, dépressif, dangereux, peu dangereux, normal et anormal).

conduites suicidaires. Certes, quelques recherches ont été menées sur ces thématiques, mais aucune, à notre connaissance, ne l'a été jusqu'à présent sur le lien entre le PTSD et le suicide en population générale en Algérie.

Nous allons nous intéresser à la spécificité des représentations sociales inhérentes au suicide. Celles-ci nous permettent d'analyser le domaine symbolique ainsi que les significations que les individus donnent à la personne « *qui tente de se suicider* ».

Par ailleurs, ce travail de thèse est de nature à provoquer une réflexion sur la problématique PTSD/suicide dans un contexte algérien. Elle soulève, bien entendu, une difficulté liée essentiellement au manque de moyens d'évaluation et l'absence de politique nationale en matière de santé mentale. La préoccupation sanitaire est, fondamentalement, centrée sur « la cure » (voir chapitre 1).

À défaut de données sur l'épidémiologie du PTSD et du suicide, nous en sommes encore à la phase d'observation, c'est-à-dire de constat de la réalité psychopathologique en Algérie. C'est pourquoi il est nécessaire d'entreprendre des actions (diagnostics, enquêtes à l'échelle nationale, etc.) dans ce domaine en particulier. Il s'avère que l'épidémiologie est le point de départ de toute démarche évaluative et préventive à l'échelle nationale et internationale, notamment en matière de santé mentale. Cela permet, d'une part, de poser un diagnostic des phénomènes psychologiques, et, d'autre part, de mettre en en œuvre des programmes pour la promotion de la santé mentale.

Dans le cadre de notre thèse, nos objectifs se résument comme suit :

1. Étudier la relation entre le PTSD et le risque suicidaire au sein de la population algérienne.
2. Évaluer la fréquence des conduites suicidaires et du PTSD.
3. Identifier les représentations sociales liées au suicide.
4. Montrer l'intérêt de l'enquête SMPPG.
5. Dégager des perspectives en matière de prévention.

Un ordre méthodologique s'imposera progressivement en fonction de ces objectifs pour les atteindre. Ceux-ci ne sont, semble-t-il, réalisables que dans la mesure où le schéma et la structure sont bien définis (effectif, quantification de réponse, etc.). En outre, les données portent sur un échantillon conséquent (899 sujets), lesquelles nécessitent donc d'être traitées et traduites en termes de résultats et de conclusions (exprimés en pourcentages, taux ou ratios, risque, etc.).

Huitième partie. Exploitation de la base de données de l'enquête SMPG

1. Contexte

Le Centre collaborateur de l'OMS s'est engagé, en menant une enquête internationale, dans le recueil de données relatives à la prévalence des troubles mentaux et des représentations sociales y afférentes. Toutes les données qui en découlent ont été intégrées dans une « base informatique » permettant le traitement de celles-ci de manière à en retirer un corpus complet et exploitable.

Il nous semble intéressant de nous servir des données recueillies auprès d'un échantillon représentatif de la population algérienne sur le PTSD et le risque suicidaire en rapport avec notre thématique de recherche. Or, étant une propriété du CCOMS, cette base de données n'est pas facilement accessible. Nous avons donc pris contact avec les responsables de l'enquête (le Pr. Kacha et le Dr. Roelandt). Une fois notre demande acceptée, le fichier nous a été transmis. Nous avons donc exploité les données portant sur le PTSD et le risque suicidaire.

2. Élaboration de l'enquête SMPG-Alger

Une enquête épidémiologique, quelle que soit sa nature, suppose une organisation méthodique permettant d'aboutir à des conclusions satisfaisantes dans le domaine de la santé (objectifs, plan d'échantillonnage, conception du protocole, collecte des données, saisie et codage des données, analyse des données, diffusion des données, etc.). Ainsi, lorsqu'un professionnel conduit une enquête au sein d'une collectivité, il est nécessaire de structurer son travail. En principe, cela consiste à décrire au préalable le protocole de l'étude (procédures prévues, partenaires associés, ressources financières et/ou spirituelles, etc.), en s'appuyant sur certaines règles pratiques (méthode utilisée, risques prévus, responsabilités, etc.). C'est dans cette perspective que nous tenterons de présenter succinctement les différentes phases de l'enquête épidémiologique SMPG réalisée en Algérie.

2.1. Financement

Comme dans tout travail de terrain, les ressources financières sont indispensables en vue de l'aboutissement du projet construit. En Algérie, l'enquête SMPG a surtout suscité l'intérêt de la direction de l'hôpital de Chéraga et de la Société Algérienne de Psychiatrie (SAP)[111], puisque l'épidémiologie psychiatrique reste un domaine peu investi. D'ailleurs, des échanges ont eu lieu en amont avec ces responsables financeurs (avec le Pr KACHA notamment) et le CCOMS. Le budget requis pour l'ensemble de l'étude est de 400 000 DA (soit 3 000 euros).

2.2. Adaptation du protocole de l'enquête

Le protocole de l'enquête SMPG (voir annexe A) s'organise autour de deux axes principaux évoqués précédemment :

1. Partie anthropologique qui regroupe plusieurs thématiques liées essentiellement aux représentations sociales (représentation populaire de la folie, maladie mentale et dépression, reconnaissance sociale, souffrance psychologique, origine de la maladie mentale, méthodes de soins utilisées, conseils sur l'orientation d'un « fou » et le recours aux soins).
2. Partie épidémiologique qui concerne le recueil des données relatives à l'évaluation des troubles psychologiques. 17 pathologies ont été diagnostiquées par le MINI :
    - troubles de l'humeur (épisodes dépressifs, troubles dépressifs récurrents, dysthymie et épisodes maniaques actuels/passés).
    - troubles anxieux (agoraphobie actuelle, troubles paniques actuels, agoraphobie avec troubles paniques, phobie sociale actuelle, anxiété généralisée et état de stress post-traumatique (PTSD) actuel).
    - problèmes d'alcool et de drogue (dépendance et consommation abusive).
    - syndromes d'allure psychotique, comprenant les syndromes psychotiques isolés ou récurrents, passés ou actuels (une validation clinique a été rajoutée).
    - risque suicidaire.

[111] La SAP a été créée en 1998 par le Pr Kacha et le Pr Belaid pour promouvoir la santé mentale en Algérie.

Par ailleurs, un questionnaire complémentaire a été ajouté sur les modes de soins utilisés en cas de présence de trouble psychologique.

Le protocole de l'étude SMPG a été traduit intégralement dans l'arabe dialectal[112], en respectant le critère de simplicité et de clarté des questions proposées au grand public (Bensaida, 2012). Cette démarche de traduction est suivie d'une pré-enquête, afin de tester le questionnaire construit. Indépendamment de ces procédures de contrôle, la validation préalable permet la confrontation des points de vue et donne des éclairages multiples sur les aspects à la fois méthodologiques et déontologiques de l'enquête (Dabis & Desenclos, 2012).

2.3. Formation des enquêteurs

L'équipe du CCOMS a dispensé une formation aux enquêteurs concernés (étudiants en psychologie et en sociologie, résidents en psychiatrie, médecins généralistes, etc.). Cette formation porte essentiellement sur les objectifs de la recherche, les bonnes pratiques en épidémiologie et l'organisation du travail de terrain (Bensaida, 2012). Ainsi, les responsables chargés de l'étude ont mis en œuvre les moyens nécessaires pour répondre aux critères de qualité et de validité en s'assurant que l'équipe chargée de la collecte des données remplisse correctement la tâche impartie.

2.4. Recueil des données

2.4.1. Procédure et échantillonnage

L'enquête SMPG s'est déroulée dans la banlieue d'Alger, à Chéraga. Elle porte sur un échantillon de 899 personnes qui remplissaient les critères d'inclusion suivants :

- Personne âgée de 18 ou plus,
- Personne non hospitalisée,
- Personne non marginalisée.

[112] La « darija » est l'arabe dialectal parlé en Algérie qui s'oppose à l'arabe littéraire appelé « foussha » dans la culture locale.

Afin d'avoir un échantillon représentatif de la population générale, la méthode d'échantillonnage par « quota » a été utilisée. Sur le plan statistique, cette technique fait référence à un processus par lequel le chercheur tente d'obtenir une représentation « exacte » d'une population sous-jacente en fonction de certaines caractéristiques socio-démographiques (sexe, âge, revenu, etc.).

Suivant ce choix méthodologique, chaque enquêteur disposait de consignes concernant les conditions d'une bonne passation (un seul entretien par rue, varier le moment de l'enquête, ne pas interroger plusieurs personnes de la même famille ou des personnes proches, etc.) et les quotas à respecter (Bensaida, 2012) .

Les participants ont répondu aux questionnaires de l'enquête administrés en face à face dans les espaces publics (cafés, jardins, cours d'école, etc.) :

1- Questionnaire socio-anthropologique concernant les représentations de la population concernant la « folie », la « maladie mentale » et la « dépression »
2- Mini International Neuropsychiatric Interview : évaluant les troubles mentaux
3- Fiche complémentaire utilisée sont lorsqu'il y a trouble(s) : évaluation du sentiment d'être malade, de la gêne dans la vie de tous les jours et le recours aux soins utilisé.
4- Questionnaire sociodémographique (sexe, âge, revenu, etc.).

Au vu du contexte d'insécurité et de violence qui prévaut en ville, les autorités locales de la commune de Chéraga ont été précédemment sollicitées pour avoir une autorisation d'effectuer une enquête de terrain auprès de la population. Au demeurant, l'enquête SMPG a été prolongée (du 10 mai au 22 juin 2003) suite à un séisme ayant secoué la ville de Boumerdès située à près de 45 km à l'est d'Alger. **Cet événement « traumatisant » aurait perturbé le déroulement de l'enquête puisque l'équipe médicale s'est mobilisée pour prendre en charge les victimes.**

2.4.2. Cadre réglementaire et éthique

L'enquête a été conduite conformément aux consignes du CCOMS et aux recommandations déontologiques relatives à la pratique épidémiologique. Cela dit, les enquêteurs ont fourni des informations sur le déroulement de l'enquête (objectifs de l'étude et de l'utilisation des données, droit d'accès, etc.) aux participants avant

de donner leur consentement éclairé[113]. Toutes les informations collectées étaient anonymes. Dans le domaine de la recherche, la collecte et le traitement des données sont d'ores et déjà réglementés dans la grande majorité des pays[114]. Ces dispositions protectrices de la vie privée de la personne sont des éléments fondamentaux d'une collaboration de confiance entre la communauté scientifique et les membres de la société.

2.4.3. Vérification, saisie et organisation des données

Pour obtenir des résultats fiables et exploitables, les données recueillies sont vérifiées et validées avant d'être intégrées dans la base informatique de façon à effectuer des extractions et de nouveaux classements. La base a été partagée en trois volets principaux : les représentations sociales liées à la maladie mentale, l'évaluation des troubles mentaux par le MINI et les méthodes thérapeutiques utilisées.

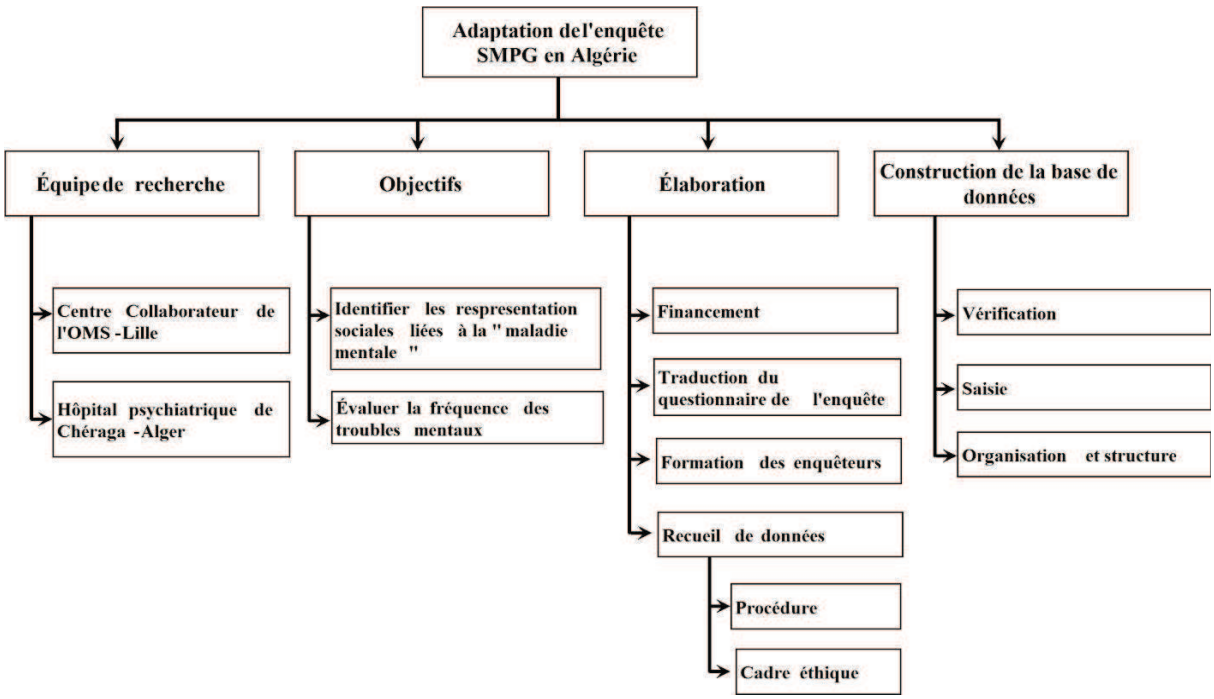


Figure 7. Élaboration de l'enquête SMPG en Algérie.

[113] Au regard du recueil de données effectué, l'enquête SMPG ne s'inscrit pas dans le champ d'application de l'article L.1121-1 et suivant du Code de la Santé Publique

[114] C'est l'exemple de la France, avec la Loi 78-17 du 6 janvier 1978 dite « informatique et libertés ».

2.5. Les étapes de l'exploitation des données

L'exploitation de la base de données recueillie s'avère ici indispensable afin de mettre en évidence les démarches d'analyse et de traitement des données entreprises avant de tester nos hypothèses précédemment élaborées.

2.5.1. Fouille des données

Tous les fichiers à notre disposition ont été vérifiés (données manquantes et redondantes, concordance des réponses, etc.). Nous nous sommes intéressés plus particulièrement au codage des réponses. La construction du code consiste à attribuer à chaque question un chiffre. En effet, les modules du MINI, utilisé pour recueillir des données psychopathologiques, sont composés de questions avec deux modalités de réponse codées : oui, 1 ; non, 2. Chacune des réponses recueillies au cours de l'enquête est codée selon cette règle définie en amont. Nous avons également procédé dans ce cas également à la vérification des diagnostics des troubles mentaux par le MINI. Chacun des modules de ce dernier comporte des consignes sous forme d'équation « si… alors ». Ces énoncés ont fait l'objet d'une exploitation par l'utilisation de formules logiques.
Après avoir effectué ce travail de contrôle, nous avons essayé de caractériser toutes nos variables qualitatives. Un fichier Excel « *Code-Book* » a été soigneusement créé à cet effet en vue de maîtriser l'ensemble des informations dont nous disposons. Elles ont été ainsi définies afin d'observer les réponses données par les interviewés.

Le corpus de travail devrait donc être conçu de façon à ce que tous les éléments soient intégrés pour garantir une certaine cohérence. Ce qui conditionnera d'ailleurs la démarche d'analyse et de traitement des données. Cette dernière se fonde essentiellement sur un raisonnement statistique, outil permettant d'évaluer de façon quantitative les relations « *statistiques* » entre les différentes variables identifiées. Bien plus, ce raisonnement est bien développé dans le domaine de l'épidémiologie et de la prédiction des risques (Falissard, 2005).
La probabilité d'avoir un tel diagnostic dépend de certains facteurs connus. Dans la pratique médicale, nous utilisons en général les caractéristiques (sensibilité et spécificité) comme indices permettant de déterminer la capacité de nos instruments à détecter la maladie dans une population donnée (Coste & Paolaggi, 2001). Ce raisonnement apparaît, quoique d'une façon implicite, à travers la variable de

« risque suicidaire » identifiée lors de nos analyses. Celle-ci sous-tend un certain degré d'incertitude puisque le passage à l'acte suicidaire reste imprévisible dans la pratique clinique. Estimer un « risque » est une notion statistique largement utilisée au cours des investigations épidémiologiques (Clément & Ouellet, 1992).
Le risque suicidaire en rapport avec le PTSD est la probabilité d'apparition des conduites suicidaires au sein d'un groupe susceptible de développer un PTSD.

2.5.2. Traitement des données

Dans cette phase, nous nous sommes appropriés les données en utilisant des tableaux de contingence. En effet, nous avons croisé systématiquement notre variable principale « risque suicidaire » avec celles qui nous semblent pertinentes. Cette statistique exploratoire (pourcentages, effectifs, etc.) a pour objectif de faciliter la visualisation des données, de révéler leur structure sous-jacente et d'extraire certaines variables importantes. Cela permet aussi dans une recherche hypothético-déductive d'affiner les interprétations dans le cadre de la vérification des hypothèses ou des questions de recherche. Outre cette technique, nous avons eu recours à l'analyse factorielle[115] à partir des tableaux croisés afin d'extraire des indications utiles.

Cette méthode statistique est utilisée lorsqu'on dispose des informations (variables) concernant une population conséquente. Ce qui nous donne la possibilité d'avoir une représentation « géométrique », c'est-à-dire des rapprochements entre les caractéristiques des individus.

Il s'agit de rendre accessibles les éléments « observables » à notre intuition pour qu'il n'y ait pas une perte d'information de base. Rappelons ici que l'analyse factorielle fournit des données graphiques, sur lesquelles les proximités entre les points-colonne et entre les points-ligne traduisent une liaison statistique qui permet, d'une part, de synthétiser l'information contenue dans un tableau de données et, d'autre part, de déterminer la relation entre les variables. Notre tâche consiste à identifier « un réseau d'inter-relations » entre celles qui sont visiblement homogènes dans ce recueil (Bouroche & Saporta, 2010).

---

[115] Cette technique a été créée en 1904 par Charles Spearman dans le but de mesurer l'intelligence

2.5.3. Modélisation : tester les hypothèses

Cette phase donne lieu à de nombreux échanges avec les biostatisticiennes, Mmes Caroline BARRY, Christine HASSLER et Aminata ALI[116]. C'est un moment où émergent de nouvelles idées fécondes, à approfondir. En effet, l'objectif poursuivi étant de tester notre hypothèse principale : le PTSD est une variable prédictive du risque suicidaire. Une démarche de modélisation statistique utilisant une « *régression logistique* » s'avère plus pertinente, puisque les variables sont dichotomiques, présence/absence de trouble.

Cette technique vise à construire un modèle permettant de prédire et expliquer la variable cible Y — qualitative le plus souvent et/ou binaire — à partir d'un ensemble de variables explicatives X. C'est la probabilité d'avoir un risque suicidaire chez les sujets souffrant d'un PTSD qui est estimée par la modélisation statistique[117].

Dans un premier temps, nous avons utilisé « *la régression univariée* **»** pour évaluer l'effet de chaque variable explicative sur la variable cible. Puis, nous avons procédé à « la régression multivariée *»* afin d'avoir un modèle complet sur lequel les variables socio-démographiques et psychopathologiques ont été ajoutées.

La régression logistique est un des modèles multivariables couramment utilisé en épidémiologie (en revue en annexe D). Elle s'utilise lorsque la variable à expliquer (variable dépendante Y) est qualitative, le plus souvent binaire (Bouyer, 1991). Les variables explicatives (variables indépendantes Xi) peuvent être soit qualitatives, soit quantitatives. Les variables indépendantes sont donc susceptibles d'influencer la survenue d'un événement (maladie ou autre). Cette technique statistique a pour but de quantifier la force de l'association entre chaque variable indépendante et la variable dépendante, compte tenu de l'effet des autres variables intégrées dans le modèle.

Nous avons en effet respecté le principe de « parcimonie », en ne gardant que celles pertinentes et issues de nos analyses exploratoires. Cela nous a permis d'avoir plus de précisions dans l'estimation des paramètres statistiques.

---

[116] Ingénieures de recherche travaillant au Pôle méthodologie Inserm Unité 1018 Maison de Solenn 97, *97* boulevard de Port-Royal 75014, Paris.

[117] On utilise le modèle statistique qui est l'équation mathématique afin d'expliquer au mieux la variable Y en fonctions des variables observées.

Solignons toutefois que nous avions suivi linéairement les étapes précédentes. Il y a eu plusieurs retours en arrière. Cela tient au fait que les premiers résultats étudiés sont moins pertinents. Il est alors plus facile de se livrer passivement aux analyses dont le contenu est une simple description au regard de notre « corpus d'observation ». Notre hypothèse de recherche a été extraite progressivement à la fin de notre travail d'exploitation et d'analyse des données en question.

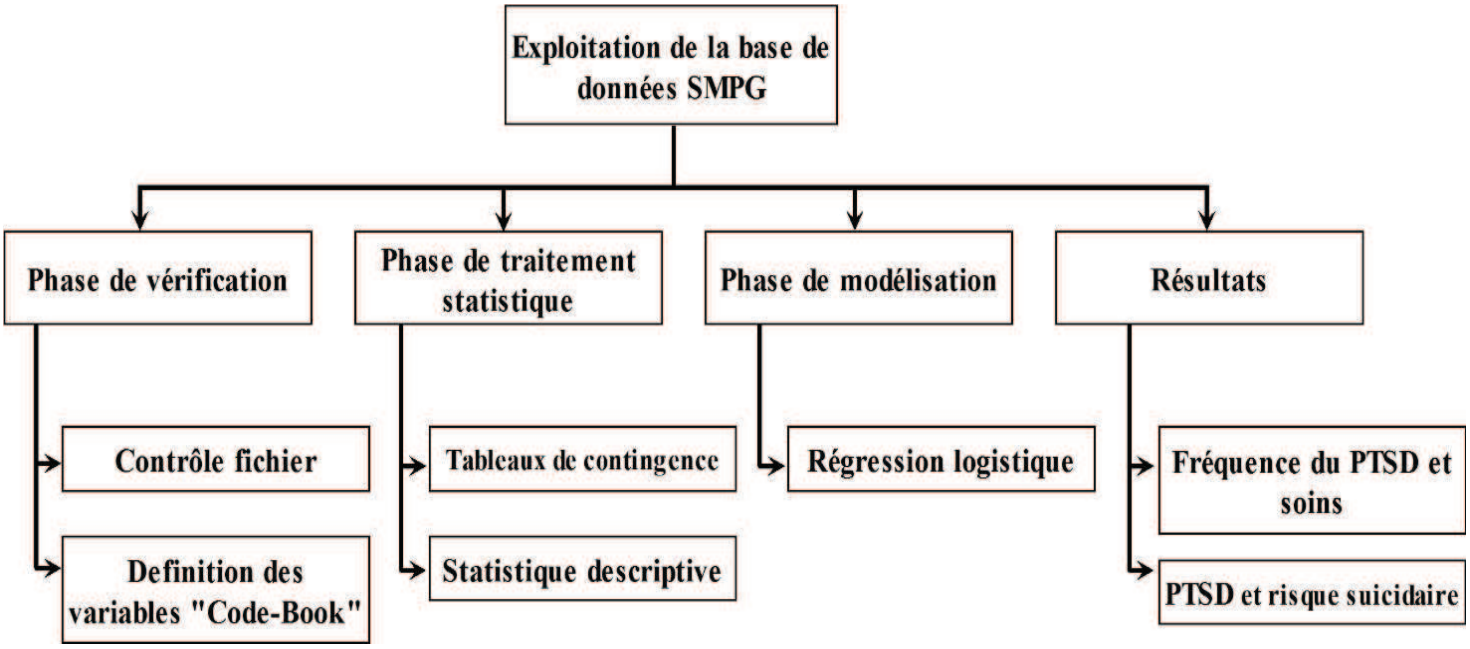


Figure 8. Les différentes phases de l'exploitation de la base de données

Chapitre 5

Résultats issus de l'enquête SMPG : la relation entre le PTSD et le risque suicidaire

Neuvième partie. Présentations des principaux résultats

Le traitement de la base de données SMPG a débouché sur la mise en place de deux études. La première porte essentiellement sur la fréquence du PTSD au sein de la population interrogée. La seconde, quant à elle, traite de la relation entre PTSD et risque suicidaire. Il nous semble plus cohérent de s'intéresser d'abord à la fréquence du PTSD, puis au lien entre PTSD et risque suicidaire. Dans ce qui va suivre, nous présenterons ces deux études d'une façon linéaire afin de comprendre globalement la démarche méthodologique entreprise ainsi que les résultats issus de notre travail. Ensuite, nous mettrons en perspective ces résultats au regard des objectifs fixés. Une discussion sera engagée en vue de montrer les implications de notre recherche par l'exposé d'une interprétation suffisamment argumentée.

Première étude. Fréquence du PTSD et méthodes de soin utilisées

1. Problèmatique et objectifs

L'exposition à un événement potentiellement traumatisant et la charge émotionnelle qui en découle pourraient avoir des séquelles psychologiques importantes. En effet, l'individu qui ont vécu une situation particulièrement traumatisante ou en ont été témoin éprouve bien souvent une peur intense et parfois un sentiment d'impuissance et d'horreur (APA, 2013). Ce contexte de mort ou de blessure est d'autant plus fragilisant que les moyens de prévention soient préconisés.

La prévalence du PTSD est estimée globalement à 6.6 % dans la population générale. Kessler et al. (1995) dans leur étude National Comorbidity Survey notaient une prévalence de PTSD de 3.5 % au cours des douze derniers mois et de 6.8 % au cours de la vie (Kessler et al., 1995).

L'étude européenne ESEMeD (Lépine et al., 2005) montrait une prévalence de 2.2 % durant les 12 derniers mois pour l'ensemble de la population française (0.7 % pour les hommes et 3.5 % pour les femmes). Le taux de prévalence de PTSD dans l'étude de Vaiva et al. (2007) en France était de 0.7 % sur l'ensemble de l'échantillon (Vaiva et al., 2007).

En Algérie, les études épidémiologiques en population générale sont rares, notamment celles portant sur les phénomènes psychotraumatiques sont rares (voir chapitre 1). On constate une forte exposition aux événements traumatiques au sein de la population algérienne (guerre civile, attentats, violence sociale, catastrophes naturelles, etc.). Le PTSD pourrait être un trouble fréquent au sein de la population algérienne, tenu compte de ces événements vécus ?

Par ailleurs, la maladie mentale dans la société algérienne est encore synonyme d'exclusion (voir chapitre 1). La stigmatisation dont les malades mentaux sont victimes (Giordana, 2010 ; Darcourt, 2014) ne favorise pas les prises en charge ou l'insertion sociale. Toutefois, le recours aux soins traditionnels reste encore une pratique courante pour restituer l'intégrité mentale (Aouattah, 2000). Nous souhaitons identifier les méthodes de soin utilisées par individus souffrant de PTSD. Comment ces derniers font-ils face à leur pathologie ?

Au regard du contexte évoqué, nous émettons les hypothèses suivantes :

1- Le PTSD est un trouble fréquent au sein de notre population.
2- Les femmes souffrent plus de PTSD en comparaison avec les hommes.
3- La dépression est un trouble associé au PTSD.
4- Les sujets souffrant de PTSD ont recours aux soins traditionnels.

Cette première étude épidémiologique a pour objectif d'évaluer d'abord la fréquence du PTSD chez les individus exposés seulement aux événements potentiellement « traumatisants » et de recueillir les différents modes de soins professionnels et/ou religieux auxquels les sujets avec PTSD ont eu recours.

2. Méthode

2.1. Échantillon

Huit cents quatre dix-neuf sujets adultes résidant à Chéraga (n=899) située dans la banlieue ouest d'Alger ont été recrutés dans les milieux publics (rues, espaces publics…). Cet échantillon non clinique a été constitué sur la base de

quotas de manière à établir un échantillon représentatif de la population générale concernant l'âge, le sexe, les catégories socioprofessionnelles et le niveau d'études.

Il est à noter que les sujets n'ayant jamais été exposés aux événements, potentiellement traumatisants ont été exclus du traitement des données. Nous travaillons à partir d'un échantillon composé de 548 sujets ont déclaré avoir été exposés à une situation « traumatisante ». Il a été bien démontré dans la revue de la littérature que les personnes ayant vécu un événement potentiellement traumatisant ne développent pas automatiquement un PTSD. Nous souhaitons identifier les variables qui pourraient être associées à la souffrance psychotraumatique en faisant des comparaisons entre les deux groupes suivants :

1. Sujets exposés aux situations « traumatisantes » sans présenter un PTSD
2. Sujets exposés aux situations « traumatisantes » souffrant de PTSD

Nous avons utilisé le diagramme de flux afin de réprsenter les les caractéristiques de notre population :

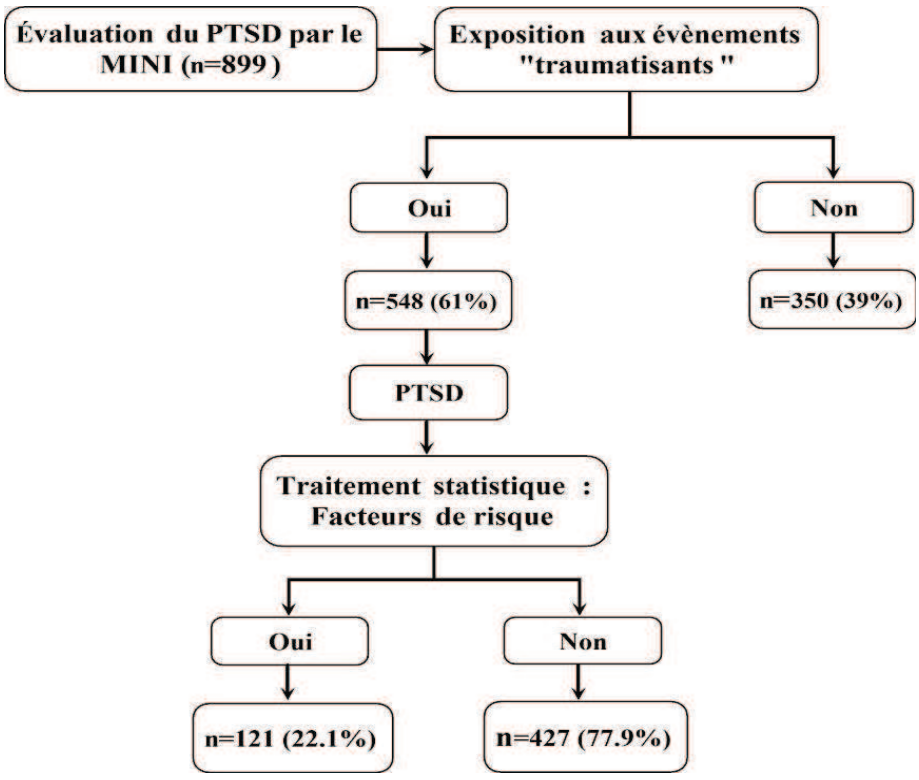


Figure 9. Diagramme de flux de la répartition des sujets exposés aux situations « traumatisantes ».

2.2. Procédure et outils d'investigation

Une formation des enquêteurs, principalement des infirmiers et des étudiants en médecine, a été préalablement organisée afin d'envisager les meilleures conditions de la réalisation de l'enquête. Chaque enquêteur disposait d'un guide de passation des questionnaires et de consignes bien spécifiques. Tous les participants remplissant les critères d'inclusion ont déclaré oralement leur consentement à participer à l'enquête SMPG. Afin de garantir l'anonymat des réponses, on a attribué à chaque questionnaire un numéro d'inclusion unique. Lors de l'analyse des données recueillies, seul ce code était utilisé. Les participants ont répondu volontairement au protocole de l'étude composé d'une série de questionnaires hétéro-administrés :

2.2.1. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Le diagnostic des différents troubles psychiatriques a été réalisé au moyen du MINI. Cet entretien structuré explore dix-sept troubles psychiatriques en 120 questions organisées selon un arbre logique avec deux à quatre questions filtres par trouble (Lecrubier et al., 1997).

Le module du PTSD comprend neuf questions avec deux modalités de réponse oui/non correspondant aux critères du diagnostic du PTSD (voir encadré 3). Cet outil a été largement utilisé dans le domaine de la recherche et en pratique clinique pour obtenir une fiabilité optimale du diagnostic de la pathologie mentale. Les caractéristiques psychométriques ont été vérifiées auprès de la population anglaise et française[118].

---

[118] La validité du MINI a été étudiée en comparaison avec le Composite International Diagnostic Interview (CIDI) et le Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). En effet, le coefficient de Kappa (0.69), la sensibilité (0.89) et la spécificité (0.64) étaient satisfaisants pour l'ensemble des diagnostics établis (à l'exception de l'anxiété généralisée, l'agoraphobie et la boulimie). En France, quarante-deux (n=42) patients ont participé au test de fiabilité. Le coefficient de fiabilité (kappa de 0,88 à 1.00) et les tests pré-test (kappa de 0.76 à 0.93) montrent une bonne validité du questionnaire. Voir : Lecrubier et al. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, *12*(5), 224- 231.

Encadré 4. Module MINI évaluant le PTSD

I.ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE [ACTUEL]

I1. Avez-vous déjà vécu un événement traumatique hors du commun comme un tremblement de terre, un déluge, un attentat, un incendie, ou un accident grave, ou participé à un combat, tué quelqu'un, ou bien encore avez-vous déjà été victime d'une agression ou d'une tentative de viol ?

I2. Pensez-vous souvent de façon pénible à cet événement, en rêvez-vous, ou avez- vous fréquemment l'impression de le revivre ?

I3. Évitez-vous tout ce qui pourrait vous rappeler cet événement ?

I4. Avez-vous du mal à vous souvenir exactement de ce qu'il s'est passé ?

I5a. Depuis cet événement, avez-vous constaté que vous aviez changé et notamment actuellement : avez-vous des difficultés à dormir ?

I5b. Depuis cet événement, avez-vous constaté que vous aviez changé et notamment actuellement : êtes-vous particulièrement irritable, vous mettez-vous facilement en colère ?

I5c. Depuis cet événement, avez-vous constaté que vous aviez changé et notamment actuellement : avez-vous des difficultés à vous concentrer ?

I5d. Depuis cet événement, avez-vous constaté que vous aviez changé et notamment actuellement : êtes-vous nerveux (se), constamment sur vos gardes ?

I5e. Depuis cet événement, avez-vous constaté que vous aviez changé et notamment actuellement : un rien vous fait-il sursauter ?

SI OUI ≥2 EN I 5—►DX=OUI, État de stress Post-traumatique Non Oui

Source. Lecrubier et al. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (Annexe A).

2.2.2. Questionnaire complémentaire

Ce questionnaire regroupe les éléments socio-démographiques (sexe, âge, niveau d'études, etc.), l'impact des troubles dont le sujet souffre ainsi que les méthodes de soins utilisées (médecine générale, psychiatrie, médecines douces, pratiques religieuses ou magico-religieuses).

Dès qu'une personne présente une souffrance psychotraumatique, elle est invitée à répondre à une série de questions explorant l'impact du trouble, les éventuelles recherches d'aide ou de soins possibles. Nous avons utilisé seulement les questions qui sont en rapport avec notre problématique de recherche (voir encadré 4).

Encadré 5. Fiche complémentaire

1. Impact du trouble

1a. Votre famille, vos proches vous ont-ils parlé de ces problèmes ?

2b. Lorsque vous avez (aviez) ces problèmes, travaillez (travailliez) vous ?

3c. Si OUI, ces problèmes vous gênent-ils (vous ont-ils gêné) dans votre travail

4d. Si OUI, avez-vous cessé de travailler à cause de ces problèmes ?

5e. Ces problèmes vous gênent-ils (vous ont-ils gêné) dans votre vie de tous les jours ?

6f. Ces problèmes vous gênent-ils (vous ont-ils gêné) dans vos relations avec les autres ?

2. Avez-vous recours aux

2a Êtes-vous allé voir quelqu'un pour ces problèmes ?

2b. **Si OUI, qui êtes-vous allé(e) voir ?**

1. Un professionnel de la santé
2. Un professionnel de la psychiatrie
3. Une relation
4. Un religieux
5. Une personne pratiquant le magico-religieux
6. Autres

Source. Questionnaire d'enquête SMPG : fiche complémentaire pour le MINI (Annexe A)

2.3. Analyse statistique

La répartition des sujets en fonction du PTSD a été décrite à l'aide des fréquences et des pourcentages. Ensuite, on a utilisé le test du χ^2 afin d'étudier les liens de dépendance entre la variable PTSD (Y) et les variables socio-démographiques (X). Cette démarche descriptive est focalisée sur l'analyse des tables de contingence. Les tests de comparaisons servent à confronter des différences entre des distributions d'effectifs et/ou des pourcentages. Le principe consiste à poser une hypothèse nulle (H0) d'égalité entre les distributions étudiées et à rejeter cette hypothèse si elle n'est pas vérifiée, au profit d'une hypothèse alternative (H1).

Nous avons utilisé également des régressions logistiques (simple et multivariée) pour déterminer les variables socio-démographiques et psychopathologiques associées au PTSD. L'odds ratio (OR) ainsi que les intervalles de confiance à 95 % ont été calculés. Le niveau de significativité est fixé à p <0 05. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS 18.0.

3. Résultats

3.1. Caractéristique de l'échantillon

L'échantillon global SMPG est constitué de cinq cent quarante-huit sujets (n=548) exposés aux événements potentiellement traumatisants (50.5 % des femmes (n=277) et 49.5 % des hommes (n=271).

La plupart de ces sujets « exposés » étaient jeunes (18-29 ans : 36.1 %) et mariés ou séparés (52 %) dont le niveau d'études est moins élevé (secondaire : 35 %). Ces derniers ont une activité professionnelle (61.9 %) dont les ressources financières étaient relativement faibles (moins de 5500 DA : 49 %). Ils se déclaraient comme pratiquants (77.9 %).

La répartition des sujets en fonction de différentes variables socio-démographiques (sexe, âge, situation matrimoniale, ressources, etc.) est présentée dans le tableau 3.

La fréquence du PTSD était relativement élevée chez les sujets jeunes (18-29 ans : 35.5 %), mariés (48.8 %), avec niveau primaire (35.5 %) ayant un revenu relativement faible (5500-16 500 : 54.3 %). Sur le plan culturel, il y a plus de pratiquants dans le groupe de sujets souffrant de PTSD (81.8%) que dans le groupe de sujets sans PTSD (76.8%). La différence n'est pas statistiquement significative.

Toutefois, nous n'avons pas observé d'associations statistiquement « significatives » entre les caractéristiques socio-démographiques et le PTSD (voir tableau 3).

Concernant les variables psychopathologiques, les résultats de notre étude montrent que la fréquence du PTSD est relativement importante parmi les sujets souffrant de dépression (19.8 % vs.11.5, p=0.017), phobie sociale (16.5 % vs 5.9 %, p = 0.000) et de panique (22.3% vs 12. 2, p=0.005). Ces résultats sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 3. Prévalence du PTSD en fonction des variables socio-démographiques

Variables		SMPG Échantillon (n=548)	Sans PTSD 77.9 % (n=427)	Avec PTSD 22.1 % (n=121)	*P*
Genre	Homme	49.5 (271)	50.1 (214)	47.1 (57)	0.559
	Femme	50.5 (277)	49.9 (213)	52.9 (64)	
Âge	18 -29 ans	36.1 (198)	36.3 (155)	35.5 (43)	0.996
	30-39 ans	27.6 (151)	27.6 (118)	27.3 (33)	
	40-49 ans	20.8 (114)	20.6 (88)	21.5 (26)	
	50 ans et plus	15.5 (85)	15.5 (66)	15.7 (19)	
Vie familiale	Célibataire	46 (252)	46.4 (198)	44.6 (54)	0.86
	Marié	46.7 (256)	46.1 (197)	48.8 (59)	
	Séparé/veuf	7.3 (40)	7.5 (32)	6.6 (8)	
Niveau d'étude	Non scolarisé	19.5 (107)	18.7 (80)	22.3 (27)	0.498
	Primaire	32.7 (179)	31.9 (136)	35.5 (43)	
	Secondaire	35.9 (197)	36.8 (157)	33.1 (40)	
	Universitaire	11.9 (65)	12.6 (54)	9.1 (11)	
Emploi n=548	Oui	61.9 (339)	63.0 (269)	57.9 (70)	0.304
	Non	38.1 (209)	37.0 (158)	42.1 (51)	
Profession n=208	Non-cadre	94.7 (322)	94.8 (256)	94.3 (66)	0.86
	Cadre	5.3 (18)	5.2 (14)	5.7 (4)	
Revenu familial n=518	Moins de 5 500 DA	49 (254)	1.7 (7)	2.6 (3)	0.150
	5 500-16 600 DA	38.6 (200)	45 (181)	54.3 (63)	
	Plus de 16 500 DA	12.4 (64)	53.2 (214)	43.1 (50)	
Pratiquant	Oui	77.9 (427)	76.8 (328)	81.8 (99)	0.242
	Non	21 (115)	23 (98)	14 (17)	
	Refus	1.1 (6)	0.2 (1)	4.1 (5)	

Tableau 4. Prévalence du PTSD en fonction des variables psychopathologiques

Variables		SMPG Échantillon (n=548)	Sans PTSD 77.9 % (n=427)	Avec PTSD 22.1 % (n=121)	*P*
Episode dépressif	Oui	34.9 (191)	33.0 (141)	41.3 (50)	0.091
	Non	65.1 (357)	67.0 (286)	58.7 (71)	
Dépression récurrente	Oui	13.3 (73)	**11.5 (49)**	**19.8 (24)**	**0.017***
	Non	86.7 (475)	88.5 (378)	80.2 (97)	
Panique	Oui	14.4 (79)	12.2 (52)	22.3 (27)	**0.005***
	Non	85.6 (469)	87.8 (375)	77.7 (94)	
Phobie sociale	Oui	8.2 (45)	**5.9 (25)**	**16.5 (20)**	**0.000***
	Non	91.8 (503)	94.1 (402)	83.5 (101)	
Anxiété généralisée	Oui	17.9 (98)	17.1 (73)	20.7 (25)	0.366
	Non	82.1 (450)	82.9 (354)	79.3 (96)	
Problème alcool	Oui	4.9 (27)	4.4 (19)	6.6 (8)	0.332
	Non	95.1 (521)	95.6 (408)	93.4 (113)	
Problème drogue	Oui	4.4 (24)	3.7 (16)	6.6 (8)	0.174
	Non	95.6 (524)	96.3 (411)	93.4 (113)	

***** *niveau de significativité est fixé à p <0.05*

3.2. Fréquence du PTSD

3.2.1. Parmi les sujets exposés

Selon les résultats obtenus, 548 sujets ont été exposés à un événement « traumatisant » et 350 sujets n'y ont pas été confrontés (voir figure 10). Parmi les sujets exposés, 22.1 % (121/548) ont développé un PTSD complet diagnostiqué par le MINI (voir tableau 5).

3.2.2. En population générale

La prévalence du PTSD en population générale composée de 899 (548 sujets exposés vs 350 sujets jamais exposés) est estimée à 13.5 % (121/899). Notons que cette répartition de notre population a été illustrée par le diagramme de flux ci-dessus (voir figure 9).

La comparaison avec l'étude SMPG menée en France par Vaiva et al. (2007) rapportait que la prévalence du PTSD était inférieure à celle observée dans notre étude (0.7 % vs 13.5 %). La différence était encore plus importante en ce qui concerne la fréquence des symptômes psychotraumatiques (reviviscences, évitements…) au sein de la population algérienne (voir tableau 5).

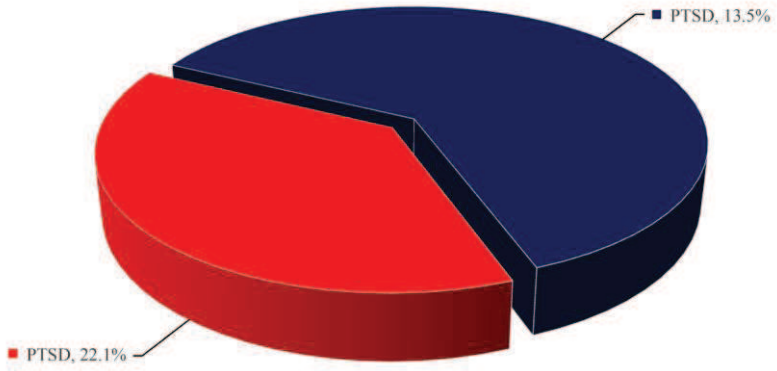


Figure 10. Prévalence du PTSD dans l'enquête SMPG (CCOMS-Lille/ EHS de Chéraga-Alger).

3.3. Fréquence des symptômes du PTSD parmi les hommes et les femmes

Concernant les symptômes du PTSD, 22.1 % de sujets (121/548) ont développé un PTSD (23.1 % des femmes et 21 % des hommes, *p* =0.559). Selon les réponses obtenues, 56.6 % des sujets (310/548) déclarent avoir connu des reviviscenceset 42.7 % (234/548) ont rapporté des attitudes d'évitement liées à l'événement vécu (question I3). Les femmes souffraient plus de reviviscences (63.5 % vs 49.4 % ; $\chi 2$ =10 806 ; ddl=1 ; *p*=0.001) et de conduites d'évitements (48.7 % vs 36.5 % ; $\chi 2$ =10 806 ; ddl=1 ; *p*=0.004) comparativement aux hommes.

Tableau 5. Prévalence des symptômes psychotraumatiques selon le sexe

Items MINI	SMPG % (n=548)	Homme % (n=271)	Femme %(n=277)	*P*
I1. Exposé à un événement,	100 (548)	49.5 (271)	50.5 (277)	
I2. A connu des reviviscences en rapport avec cet événement,	56.6 (310)	49.4 (134)	63.5 (176)	**0.001***
I3. Connaît des conduites d'évitement	42.7 (234)	36.5 (99)	48.7 (135)	**0.004***
I4. Connaît des difficultés à se souvenir des faits précisément ou en partie	23.2 (127)	21.4 (58)	24.9 (69)	0.331
<u>Actuellement</u> I5a. Difficultés à dormir ou à s'endormir	80.3 (102)	84.5 (49)	76.8 (53)	0.279
Depuis cet événement, I5b. Irritabilité caractérielle	65.9 (83)	67.2 (39)	64.7 (44)	0.765
I5c. Difficultés de concentration	70.1 (89)	74.1 (43)	66.7 (46)	0.360
I5d. Réactions d'hyperéveil végétatif	66.9 (85)	60.3 (35)	72.5 (50)	0.148
I5e. Réactions de sursaut	78 (99)	74.1 (43)	81.2 (56)	0.342
PTSD complet	22.1 (121)	21 (57)	23.1 (64)	0.559

3.4. Facteurs socio-démographiques et psychopathologiques associés au PTSD

Les résultats (odds ratios estimés) issus de la régression logistique « *non ajustée* » montrent l'existence d'une association entre le PTSD et le trouble dépressif (OR= 1.91 ; IC95 % [1.116-3.265] ; *p*=0.018), la phobie sociale (OR = 3.18 ; IC95 % [1.701-5.962] ; *p*=0.000) et le trouble panique (OR= 2.07 ; IC95 % [1.235-3.447] ; *p* =0.006).

Ayant réalisé cette analyse dite « *non ajustée* », nous avons intégré les variables statistiquement significatives ($p < 0.05$) et cliniquement intéressantes pour avoir un modèle à la fois cohérent et proche de la réalité. Les estimations réalisées (odds ratios) sont pratiquement identiques dans les deux modèles. La phobie sociale pourrait être considérée comme une varaible « pertinente » pour prédire chez les sujets souffrant de PTSD (OR =2.66 ; [1.381-5.122] ; *p*=0.003).

Tableau 6. Les résultats de la régression logistique prédisant le PTSD

Variable	Régression logistique bivariée OR [IC95 %] *p*-value			Régression multi-variée **OR ajusté** [IC95 %] *p*-value		
	OR	IC 95 %	*P*	OR ajusté	IC 95 %	*P*
Sexe	0.89	[0.592 -1.328]	0.559	1.04	[0.673-1.609]	0.857
Age	1.00	[0.982 -1.016]	0.873	1.00	[0.980-1.015]	0.751
Pratique religieuse	1.36	[0.813-2.270]	0.243	1.45	[0.831-2.546]	0.190
Phobie sociale	**3.18**	[1.701 - 5.962]	**0.000***	**2.66**	[1.381-5.122]	**0.003***
Trouble panique	**2.07**	[1.235-3.474]	**0.006***	**1.62**	[0.929-2.822]	0.089
Dépression récurrente	1.91	[1.116 -3.265]	**0.018***	1.74	[0.995-3.063]	**0.052***

3.5. Impact du PTSD

L'impact du PTSD est important, près de 49.6 % de sujets souffrant de PTSD manifestaient le sentiment « d'être malade », et 67.8 % s'estimaient gênés dans leur vie quotidienne du fait de l'existence de ce trouble.

3.6. Les méthodes de soins utilisées

Concernant le mode de soins, environ 58.6 % des sujets avec PTSD affirmaient n'avoir jamais eu recours à une aide ou à des soins. Or, les analyses montraient que les sujets souffrant simultanément d'un PTSD et d'un autre trouble psychique (PTSD+1trouble) ont eu davantage recours aux réseaux relationnels qu'aux soins professionnels. Néanmoins, l'existence de PTSD et de plusieurs troubles (PTSD ≥2 troubles) influe sur le recours aux soins professionnels. De 3.33 % chez les sujets avec PTSD et un trouble (PTSD+1trouble), ils avoisinent 15.19 % chez les sujets présentant un PTSD et plusieurs troubles psychiques (PTSD ≥2 troubles).

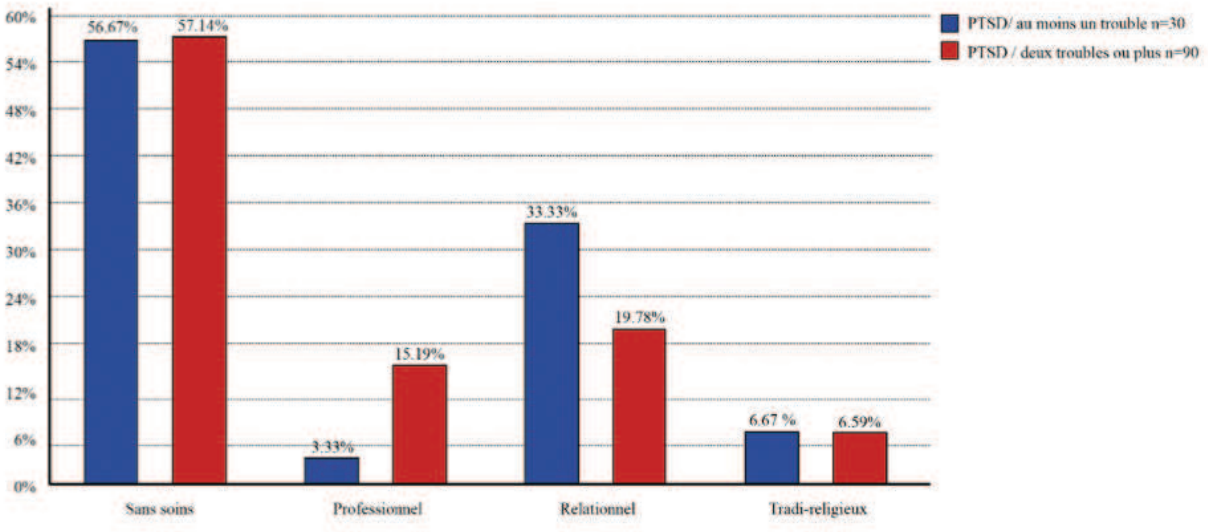


Figure 11. Recours aux soins chez les sujets avec PTSD dans l'enquête SMPG (CCOMS-Lille/ EHS de Chéraga-Alger).

4. Discussion

L'objectif principal de cette première étude SMPG était d'évaluer la prévalence du PTSD au sein de la population algérienne et d'identifier les méthodes d'aides et de soins utilisées. En effet, les résultats montraient que 61 % de sujets ont été auparavant exposés aux événements, potentiellement traumatisants dont on ne connaît pas les caractéristiques (la nature, l'intensité, la date de survenue, etc.).

Notre résultat est comparable, dans une certaine mesure, aux données rapportées dans d'autres études en population générale. Kessler et al. (1995) rapportaient que le taux d'exposition au événements traumatiques est significativement élevé dans la population américaine composée de 5888 sujets (60.7 % des hommes et 51.2 % des femmes (Kessler et al., 1995). De même, l'étude de Vaiva et al. (2007) rapportait que 30 % de la population française a été exposée au trauma (Vaiva et al., 2007). Récemment, Breslau et al. (2011) révélaient un taux de 43 % des hommes et 36.7 % des femmes.

Dans le cadre de notre étude, la fréquence du PTSD est de 13.5% en population générale (n=899) et 22 % parmi les sujets exposés aux situations traumatiques. Cette prévalence est relativement importante au regard des études antérieures. Kessler et al. (1995) notaient dans leur étude National Comorbidity Survey notaient une prévalence de PTSD de 3.5 % au cours des douze derniers mois et de 6.8 % au cours de la vie. L'étude européenne ESEMeD (Lépine et al., 2005) montrait une prévalence de 2.2 % durant les 12 derniers mois pour l'ensemble de la population française (0.7 % pour les hommes et 3.5 % pour les femmes).

Le taux de prévalence de PTSD dans l'étude de Vaiva et al. (2007) était de 0.7 % sur l'ensemble de l'échantillon. Quant à Pietrzak et al. (2011), ils relevaient une prévalence de 6.4 % (8.6 % des femmes et 4.1 % des hommes) (Pietrzak, Goldstein, Southwick, & Grant, 2011). Dans l'étude National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) menée par Blanco et al. (2013), la fréquence du PTSD était estimée à 4.83 % (2.61 % des hommes et 6.87 % des femmes) (Blanco et al., 2013).

Selon les résultats obtenus, le trouble dépressif et les troubles anxieux (trouble panique et la phobie sociale) étaient les plus fréquents parmi les sujets avec PTSD. Ces données ont été largement documentées dans la littérature (Atwoli et al., 2013 ; Brady, Killeen, Brewerton, & Lucerini, 2000 ; Breslau, Davis, Andreski, & Peterson,

1991). Kessler et al. (2005) notaient que la dépression était positivement associée au PTSD.

Dans l'étude ESEMeD, 25.7 % des sujets qui présentaient un PTSD avaient un diagnostic de dépression. Vaiva et al. (2007) soulignaient que 75 % des personnes souffrant d'un PTSD avaient au moins un trouble dépressif. Sur un échantillon de 1200 sujets, Ayazi et al. (2012) affirmaient que 9.5 % présentaient un diagnostic de PTSD et de dépression (Ayazi, Lien, Eide, Ruom, & Hauff, 2012). De même, Kashdan et al. (2009) montraient que la dépression est en rapport avec le PTSD (Kashdan, Morina, & Priebe, 2009). Cette association PTSD/dépression a été également rapportée par Hernandez et al. (Hernandez et al., 2013).

Concernant les troubles anxieux, la prévalence du PTSD était plus importante chez les sujets souffrant d'une phobie sociale et de trouble panique. Ces résultats sont globalement comparables à ceux obtenus dans des études antérieures. Les données issues de l'étude d'Orsillo et al. (1996) relevaient que 32 % de sujets présentaient à la fois le diagnostic d'un PTSD et d'une phobie sociale (Orsillo, Heimberg, Juster, & Garrett, 1996). Vaiva et al. (2007) concluaient que le risque est quatre fois plus élevé de présenter un PTSD chez les sujets souffrant plus particulièrement de la phobie sociale et du trouble panique. Pietrzak et al. (2011) montraient que la prévalence du trouble panique (24.2 % vs 18.4 %) et de la phobie sociale (19.4 % vs 12.6 %) était relativement importante dans le groupe présentant un PTSD complet en comparaison des sujets souffrant d'un PTSD partiel. Dans leur étude The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, Blanco et al. (2013) rapportaient que 22.6 % de sujets avec PTSD présentaient un trouble panique et 15.82 % souffraient d'une phobie sociale. Ces proportions étaient relativement importantes chez les sujets présentant un PTSD et une dépendance à l'alcool.

On constate que le PTSD a eu un impact considérable sur la vie des sujets psychotraumatisés. Vaiva et al. (2007) rapportaient que 53 % des sujets souffrant d'un PTSD ont éprouvé le sentiment d'être malade. Bien que les répercussions du PTSD soient invalidantes, la moitié de sujets qui en souffrent n'a utilisé aucune ressource thérapeutique. Seule une proportion restreinte de sujets a déclaré avoir eu recours aux traitements médicamenteux et/ou psychothérapeutiques d'autant que les soins professionnels ne sont envisagés qu'en cas de présence simultanée de PTSD et d'autres troubles psychiques. Ce résultat s'explique d'une part par le manque flagrant d'infrastructures matérielles et/ou humaines en matière de soins en Algérie.

D’autre part, la maladie mentale est perçue dans l’imaginaire social comme une exclusion de la communauté. Ce qui est pourrait renforcer le sentiment de crainte de demander une aide thérapeutique.

Fréquent en Algérie, le PTSD est un trouble fréquent ayant un impact sur la vie des sujets. Toutefois, la moitié des sujets en souffrance n’a pas eu recours aux soins professionnels. Première recherche en la matière, l’enquête SMPG apporte une contribution originale à l’étude de la fréquence du PTSD et les modes de soins utilisés parmi la population algérienne.

Deuxième étude. La relation entre le PTSD et le risque suicidaire

1. Problématique et hypothèses

De nombreuses études épidémiologiques ont rapporté une forte prévalence des conduites suicidaires parmi les sujets avec PTSD (Tarrier et al., 2007 ; Nepon et al., 2010 ; Panagioti et al., 2011, 2012). Ce phénomène est d'autant plus inquiétant en Algérie que le taux de tentatives de suicide reconnu est important (Mimouni, 2010). Il est en effet l'une des principales causes de mortalité, et touche principalement les jeunes (voir chapitre 3).

Quoique tabou, il reste également un véritable problème de santé publique (Establet & Baudelot, 2016). Du point de vue culturel, le suicide est associé au manque de foi. Le sujet suicidant est vu comme un individu « agnostique », voire « fou », représentations sociales qui favorisent la stigmatisation et l'exclusion.

La fréquence du PTSD en Algérie est relativement importante. Selon les données issues de l'enquête Santé Mentale en Population Générale, 13.5 % de sujets en souffrent (Bensaida, 2012). Cette prévalence serait en lien avec les événements stressants (attentats terroristes, inondations de 2001, séisme de 2003, etc.) que les individus ont précédemment vécus (voir chapitre 2).

Dans cette perspective, l'objectif principal de cet article est d'étudier la relation entre le PTSD et le risque suicidaire au sein de la population algérienne. Nous formulons l'hypothèse suivante :

-Il existe une association entre le PTSD et le risque suicidaire.

Outre cet aspect épidémiologique, nous nous intéresserons également aux perceptions liées à la désignation de la « *personne qui tente de se suicider* ». Comment l'individu « suicidant » est-il désigné dans notre population ?

-Selon notre hypothèse, l'individu « suicidant » est perçu comme « un fou ».

2. Population

Il s'agit d'une première étude épidémiologique réalisée en Algérie par le centre collaborateur de l'OMS (CCOMS - Lille) en partenariat avec l'hôpital psychiatrique de Chéraga (EHS - Alger). L'enquête SMPG(Roelandt et al., 2010) a un double objectif.

D'une part, elle identifie les représentations ayant trait à la maladie mentale (folie, maladie mentale et dépression) et, d'autre part, elle évalue la prévalence des différents troubles psychiatriques (Caria, Roelandt, Bellamy, & Vandeborre, 2010; Ruiz & Kurkdjian, 2007). 899 sujets non institutionnalisés, âgés de plus de 18 ans ont participé à cette enquête. Cet échantillon représentatif de la population générale a été construit sur la base de quotas (âge, sexe, catégories socioprofessionnelles, niveau d'études, etc.).

3. Outils

Les données ont été recueillies par des étudiants infirmiers ayant bénéficié au préalable d'une formation pédagogique. Chaque enquêteur disposait d'un guide détaillé de passation de questionnaires. Seuls y participent ceux qui ont rempli les critères d'inclusion. Une fois leur consentement oral obtenu, les sujets sont invités à répondre au protocole de l'étude. Ces questionnaires évaluant les représentations sociales du suicide, le PTSD et les conduites suicidaires ont été remplis lors d'entretiens en face à face.

3.1. Désignation de la personne « suicidante »

Ce questionnaire « socio-anthropologique » comporte des questions relatives aux représentations de la folie, à la maladie mentale et à la dépression. Seules les données concernant **les représentations liées au suicide** font l'objet d'analyse. Les individus ont décrit le comportement d'une personne « *qui tente de se suicider* ». Ils devraient choisir une seule réponse correspondant à leurs opinions : « un fou », « un malade mental », « un dépressif » ou « aucune de ces trois », tout en précisant si le suicidant est « normal » ou « anormal » ; « dangereux » ou « peu dangereux » (voir encadré 6)

Encadré 6. Représentations liées à la personne suicidante

Qui tente de se suicider…

A	B	C
1. Fou	1. Normal	1. Dangereux
2. Malade mental	2. Anormal	2. Peu dangereux
3. Dépressif		
4. Aucune des trois		

Source. Questionnaire sur les représentations de la maladie mentale (Annexe A)

3.2. Trouble de stress post-traumatique (PTSD)

Le MINI a permis de poser les diagnostics de troubles psychiatriques selon les critères CIM10. Cet entretien structuré explore dix-sept troubles psychiatriques en 120 questions organisées selon un arbre logique avec deux à quatre questions-filtres par trouble (Lecrubier et al., 1997).Chaque module est composé d'une question ou de plusieurs questions avec deux modalités de réponse : oui/non, correspondant aux critères du diagnostic du trouble en question. Cet outil a été largement utilisé dans le domaine de la recherche et en pratique clinique pour obtenir une fiabilité optimale du diagnostic de la pathologie mentale. Les caractéristiques psychométriques ont été vérifiées auprès de la population anglaise et française.

3.3. Risque suicidaire

Concernant l'évaluation du risque suicidaire, le MINI propose quatre niveaux de risque suicidaire : risque nul, risque léger, risque moyen, risque élevé (voir encadré 7). Cinq items regroupent les conduites suicidaires (Idéations suicidaires, plan suicidaire, TS, etc.). Chaque item comprend deux modalités de réponse : non et oui. Tous ces questionnaires ont précédemment été traduits en « arabe dialectal » suivant la méthodologie de l'OMS (traductions indépendantes, réunions de consensus, etc.). Vu l'effectif des catégrories citées, nous avons regroupé les modalités de la variable risque suicidaire en deux : risque nul vs risque suicidaire.

Encadré 7. Évaluation du risque suicidaire

O. **RISQUE SUICIDAIRE** [VIE ENTIERE)

Au cours du mois écoulé, avez-vous :

O1 pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e) ou souhaité être mort(e) ?

O2 voulu vous faire du mal

O3 pensé à vous suicider

O5 fait une tentative de suicide

Au cours de votre vie,

O6 avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?

SI O1 ou O2 ou O6 = OUI ⟶ léger

SI O3 ou (O2+O6) = OUI ⟶ moyen

SI O5 ou (O3+O6) = OUI ⟶ élevé

Source. Lecrubier et al. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (Annexe A).

4. Analyse des données

Des analyses descriptives ont précédemment été effectuées afin de définir les caractéristiques de la population. On a calculé par la suite des associations entre le risque suicidaire et les variables socio-démographiques (sexe, âge, etc.) par un test de X^2 ou par un test exact de Ficher. Un risque de première espèce a été fixé à α=5 %. Enfin, on a eu recours à des analyses de régressions logistiques « mutivariées » afin de déterminer les facteurs associés au risque suicidaire ajusté sur des variables socio-démographiques et psychopathologiques. La valeur du risque a été estimée par le calcul de l'odd-ratio. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS 18.0 et SAS 9.3.

5. Résultats

5.1. Caractéristiques socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques des 899 sujets inclus dans l'enquête SMPG sont présentées dans le tableau 7. Notre échantillon est composé de 49.1 % de femmes (n=441) et de 50.9 % d'hommes (n= 458).

Selon les résultats de notre étude, le risque suicidaire global est de 13.6 % (n=122). Les femmes présentent plus de risque suicidaire que les hommes (57.4 % vs 42.6 %, *p*=0.048).

Les classes d'âge les plus concernées par le risque suicidaire sont les 18-29 ans (41.8 %) et les 30-39 ans (36.1 %). Les sujets âgés de 50 ans et plus ont moins de risque en comparaison avec les autres groupes cités (9.8 %). La différence est significative (*p*=0.017).

Concernant le statut familial, le risque suicidaire est significativement plus important chez les sujets célibataires (58.2 %, *p*=0.009). Au regard des résultats obtenus, les sujets actifs ayant un revenu relativement faible (5500-16 500 DA) ont un risque suicidaire nettement plus important (51.3 %). La différence entre les trois groupes est significative (*p*=.008)
Il en est de même sur le plan religieux, les sujets pratiquants présentent plus de risque suicidaire (73.8 % vs 23.8 %, *p*=0.018).

Quelle que soit la nature du trouble manifesté, la fréquence du risque suicidaire est significativement élevée parmi les sujets interrogés. Des prévalences importantes du risque suicidaire été observées notamment chez les sujets présentant un trouble dépressif, une dépendance à l'alcool et une dépendance aux drogues (tableau 8).

Tableau 7. Répartition du risque suicidaire selon les variables socio-démographiques

Variable		Échantillon SMPG % (n=899)	Sans risque suicidaire 86.4 % (n=777)	Risque suicidaire 13.6 % (n=122)	*P*
Genre	Homme	50.9 (458)	52.3 (406)	42.6 (52)	**0.048***
	Femme	49.1 (441)	47.7 (371)	57.4 (70)	
Âge	18-29 ans	37.8 (340)	37.2 (289)	41.8 (51)	**0.017**
	30-39 ans	27.8 (250)	26.5 (206)	36.1 (44)	
	40-49 ans	18.9 (170)	19.9 (155)	12.3 (15)	
	50 et plus	15.5 (139)	16.3 (127)	9.8 (12)	
Vie familiale	Célibataire	48.2 (433)	46.6 (362)	58.2 (71)	**0.009***
	Marie	44.6 (401)	46.6 (362)	32.0 (39)	
	Séparé/veuf	7.2 (65)	6.8 (53)	9.8 (12)	
Niveau d'études	Pas scolarisé	20.1 (181)	20.7 (161)	16.4 (20)	**0.322***
	Cycle primaire	33.8 (304)	32.7 (254)	41.0 (50)	
	Cycle secondaire	33.5 (301)	33.8 (263)	31.1 (38)	
	Universitaire	12.6 (113)	12.7 (99)	11.5 (14)	
Emploi	Oui	60.7 (546)	61.1 (475)	58.2 (71)	0.537
	Non	39.3 (353)	38.9 (302)	41.8 (51)	
Profession n=547	Non-cadre	95.6 (523)	95.0 (452)	100 (71)	0.053
	Cadre	4.4 (24)	5 (24)	0 (0)	
Revenus n=853	Moins de 5500 DA	3.3 (28)	2.6 (19)	7.7 (9)	**0.008***
	De 5500 à 16 500 DA	48.5 (414)	48.1 (354)	51.3 (60)	
	Plus de 16 500 DA	48.2 (411)	49.3 (363)	41 (48)	
Pratiquant	Oui	80.6 (725)	81.7 (635)	73.8 (90)	**0.018***
	Non	18.6 (167)	17.8 (138)	23.8 (29)	
	Refus	0.8 (7)	0.5 (4)	2.5 (3)	

* niveau de significativité est fixé à p <0.05

Tableau 8. Répartition du risque suicidaire selon les variables psychopathologiques

Variable		Échantillon SMPG % (n=899)	Sans risque suicidaire 86.4 % (n=777)	Risque suicidaire 13.6 % (n=122)	*P*
Episode dépressif	Oui	33.5 (301)	29.3 (228)	59.8 (73)	**0.000***
	Non	66.5 (598)	70.7 (549)	40.2 (49)	
Dépression récurrente	Oui	14.2 (128)	12.0 (93)	28.7 (35)	**0.000***
	Non	85.8 (771)	88.0 (684)	71.3 (87)	
Dysthymie	Oui	5.2 (47)	3.7 (29)	14.8 (18)	**0.000***
	Non	94.8 (852)	96.3 (748)	85.2 (104)	
Panique	Oui	12.0 (108)	10.8 (84)	19.7 (24)	**0.005***
	Non	88.0 (791)	89.2 (693)	80.3 (98)	
Phobie sociale	Oui	7.9 (71)	6.7 (52)	15.6 (19)	**0.001***
	Non	92.1 (828)	93.3 (725)	84.4 (103)	
T O C	Oui	4.3 (39)	71.8 (28)	28.2 (11)	**0.006***
	Non	95.7 (860)	87.1 (749)	12.9 (111)	
Anxiété généralisée	Oui	17.4 (156)	16.0 (124)	26.2 (32)	**0.005***
	Non	82.6 (743)	84.0 (653)	73.8 (90)	
P T S D	Oui	13.5 (121)	12.9 (100)	17.2 (21)	0.191
	Non	86.5 (778)	87.1 (677)	82.8 (101)	
Problème alcool	Oui	4.4 (40)	3.5 (27)	10.7 (13)	**0.000**
	Non	95.6 (859)	96.5 (750)	89.3 (109)	
Problème drogue	Oui	3.6 (32)	2.3 (18)	11.5 (14)	**0.000**
	Non	96.4 (867)	97.7 (759)	88.5 (108)	
Insomnie	Oui	25.6 (230)	81.7 (188)	18.3 (42)	**0.016**
	Non	74.4 (669)	88.0 (589)	12.0 (80)	

***** niveau de significativité est fixé à p <0.05

5.2. La relation entre le PTSD et le risque suicidaire

5.2.1. La fréquence du PTSD et des conduites suicidaires

Le risque suicidaire global de l'échantillon est estimé à 13.6 % : 9.9 % de sujets présentent un risque suicidaire léger ; 2.1% un risque suicidaire moyen et 1.6 % un risque suicidaire élevé. 3 % des sujets ont des idéations suicidaires et 2 % ont des antécédents de tentatives de suicide.

5.2.2. Analyse bivariée (la régression logistique non ajustée)

L'analyse de la regression logistique « bivariée » montre que les variables sexe, âge, revenu et pratique religieuse sont des facteurs associés au risque suicidaire. La relation entre le risque suicidaire et le PTSD n'est pas significative (OR=1.41 ; [0.841-2.355] ; *p*=0.193). Toutefois, l'épisode dépressif augmente significativement le risque suicidaire. Les sujets souffrant d'une phobie sociale présentent également plus de risque suicidaire. Les Odds-ratios relatifs à l'analyse bivariée sont rapportés dans le tableau 09.

5.2.3. Analyse multivariée (la régression logistique ajustée)

La régression logistique réalisée (modèle bivarié) suggère des associations entre le le risque suicidaire et les différentes variables (sexe, âge, revenus, pratique religieuse….). Ensuite, nous avons estimé un modèle de la régression logistique « multivarié », afin d'augmenter la précision des associations statistiques observées. Notre modèle englobe deux catégories de variables : socio-démographiques (sexe, âge, statut familial, niveau d'études, revenus et pratique religieuse) et psychologiques (épisode dépressif et phobie sociale).

On observe un très léger changement de la valeur du **coefficient OR ajusté,** mais les resultats sont significatifs (*p*=<0.05)**.** La variable épisode dépressif est associé au risque suicidaire. Une association statistiquement significative entre le risque suicidaire et le la phobie sociale a été établie (voir tableau 09).

Tableau 9. Risque suicidaire ajusté sur des facteurs socio-démographiques et psychopathologiques

Variables	Analyse bivariée OR [IC95%] *p*-value			Analyse multi-variée OR ajusté [IC95%] *p*-value		
	OR	IC	*P*	OR ajusté	IC	*P*
Sexe	0.68	[0.462-0.998]	**0.049***	0.64	[0.419-0.991]	**0.045***
Age	1.02	[1006-1.042]	**0.009***	1.03	[1.003-1.055]	**0.029***
Situation matrimoniale	1.26	[0.916-1.729]	0.157	0.90	[0.587-1.371]	0.615
Niveau d'étude	1.02	[0.909-1.153]	0.696	1.12	[0.969-1.295]	0.124
Revenus	1.28	[1.070-1.538]	**0.007***	1.20	[1.006-1.431]	**0.043***
Pratiquant	0.61	[0.406-0.914]	**0.017***	0.55	[0.348-0.860]	**0.009***
PTSD	1.41	[0.841-2.355]	0.193	1.39	[.833- 2.332]	0.206
Phobie sociale	2.57	[1.462-4.523]	**0.001***	1.95	[1.071-3.557]	**0.029***
Episode dépressif récurent	2.96	[1.890-4.632]	**0.000***	2.46	[1.528-3.963]	**0.000***

***** niveau de significativité est fixé à p <0 05.

5.2.4. Analyse en sous-groupe (la pratique religieuse)

Selon les résultats de la régression logistique, le PTSD augmente significativement le risque suicidaire chez les non-pratiquants (OR=5.81 ; IC [1.948-17.328] ; *p*=0.001) en comparaison avec les pratiquants (OR=0.69 ; [0.335-1.405] ; 0.303). Le risque suicidaire est 6 fois plus élevé chez les non-pratiquants. Notons également que le risque suicidaire est 10 fois plus élevé chez les sujets pratiquants souffrant de problème d'alcool (OR =10.26 ; IC [3.133-33.609] ; *p*<=0.0001) comparativement aux non pratiquants (OR =1.7 ; IC [0.558-5.310] ; *p*=0.3445). Les Odds-ration (OR) sont exposés dans le tableau 10.

Tableau 10. Risque suicidaire ajusté sur des facteurs socio-démographiques et psychopathologiques en fonction de la pratique religieuse

Variables	Non pratiquant (n=267)			Pratiquant (n=726)		
	OR	IC	*P*	OR	IC	*P*
Sexe	1.87	[0.707-4.939]	0.2076	1.96	[1.196-3.223]	0.0076
Âge	0.98	[0.927-1.028]	0.3554	0.99	[0.961-1.014]	0.3506
Situation matrimoniale	1.10	[0.509-2.400]	0.8002	0.86	[0.561-1.335]	0.5127
Ressources financières	1.17	[0.582-2.358]	0.6585	0.70	[0.501-0.988]	0.0422
PTSD	5.81	[1.948-17.328]	0.0016	0.69	[0.335-1.405]	0.3035
Problèmes d'alcool	1.72	[0.558-5.310]	0.3445	10.26	[3.133-33.609]	0.0001

5.3. Désignation de la personne suicidante

Les résultats montrent que le suicide est associé à la dépression, et principalement à l'anormalité et à la dangerosité. 52.1 % des sujets désignent l'individu « qui tente de se suicider » comme un « dépressif », 18.6 % comme un « fou » et 15.7 % comme un « malade mental ». 83.3 % des personnes interrogées décrivent un « suicidant » comme un individu anormal et 67 % comme dangereux.

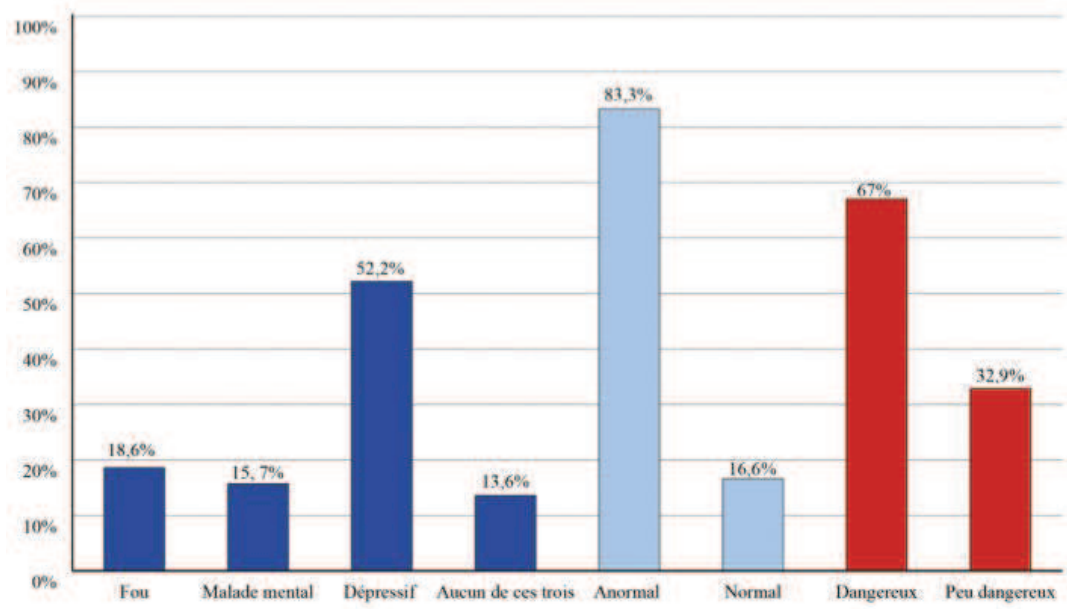


Figure 12. Représentation sociales liées au suicide dans l'enquête SMPG (CCOMS-Lille/EHS de Chéraga-Alger).

6. Discussion

L'étude SMPG montre que la prévalence du risque suicidaire global est relativement élevée (13.6 %). Ce pourcentage s'explique en partie par la prévalence des troubles mentaux parmi notre population générale. 60.2 % de sujets sont atteints au moins d'un trouble psychiatrique (33 % souffrent d'une dépression). Ainsi, le cumul des facteurs sociaux anxiogènes (chômage, précarité, violence sociale, etc.) entraîne un déséquilibre psychologique qui conduit parfois l'individu au passage à l'acte suicidaire violent et imprévisible (voir chapitre 3).

Les résultats obtenus sont similaires aux données issues de l'étude SMPG de Vaiva et al. (2007) réalisée en France(Vaiva et al., 2007). La prévalence du risque suicidaire est de 13.7 % (9.7 % de risque léger, 2.1 % de risque moyen et 1.9 % de risque élevé).

De même, l'étude européenne ESEMeD réalisée en population générale(Lépine et al., 2005) rapporte que la prévalence sur la vie est de 12.4 % pour les idées suicidaires et de 3.4 % pour les tentatives de suicide. L'étude de Danel et al. (2010) montrent que le risque suicidaire est présent chez 15 % de la population (10.44 % de risque léger, 2.37 % de risque moyen et 2.2 % de risque fort) (Danel et al., 2010).

Notre étude montre que plus de la moitié des personnes interrogées décrit le suicidant comme étant un individu « dépressif » en Algérie alors que Roelandt et al. (2010) montrent que 80 % des sujets désignent le sujet suicidant comme « dépressif » en général. De même, *S*urault (2005) montre que 62 % des sujets considèrent comme dangereux un individu « qui tente de se suicider », soit 8 % de moins qu'en Algérie (67 %) (Surault, 2005).

Au regard des études antérieures, il y a une forte prévalence de la souffrance psychotraumatique parmi la population algérienne par rapport à d'autres pays. Aux USA, l'étude NCS de Kessler et al. (1995) montre que la prévalence du PTSD est de 7.8 % sur la vie entière (10.4 % de femmes et 5.4 % d'hommes). L'étude européenne ESEMeD rapporte, quant à elle, une prévalence de 1.9 % de PTSD sur la vie entière et de 0.9 % sur les 12 derniers mois. En outre, les résultats concernant la population française (Lépine et al., 2005) indiquent une fréquence de PTSD de 2.2 % pour l'ensemble de la population sur les 12 derniers mois (3.5 % de femmes et 0.7 % d'hommes) et une prévalence de 3.9 % sur la vie entière (6 % de femmes et 1.5 % d'hommes). En France, Vaiva et al. (2007), observent une prévalence de 0.7 % de PTSD sur la vie entière.

La prévalence du risque suicidaire est de 17.6 % (n=21) chez les sujets souffrant d'un PTSD. Les études épidémiologiques identifient le PTSD comme étant un facteur de risque suicidaire. Or nos résultats ne sont pas conformes à ceux de la littérature scientifique dans la mesure où aucune relation directe entre le risque suicidaire et le PTSD n'a été observée. Il est toutefois remarquable que ce risque-là soit cinq fois plus élevé chez les non-pratiquants avec PTSD. La plupart des religions condamnent fermement le suicide, en l'assimilant à un meurtre et un grave pêché qui contrevient à un certain nombre de préceptes (la foi, l'espérance, la charité, etc., et mène à l'enfer). Il en est ainsi pour l'islam, le suicide constitue un obstacle à l'évolution spirituelle, car c'est Dieu qui donne la vie et c'est Dieu seul qui la retire.

De même, la dépendance à l'alcool est un facteur associé au risque suicidaire chez les sujets pratiquants. Cette comorbidité suicide/addiction est bien souvent retrouvée dans la littérature. La dépression augmente significativement le risque suicidaire. Ce lien entre la dépression et le suicide a suffisamment été détaillé dans des travaux antérieurs portant sur cette problématique clinique.

Dixième partie. Discussion et perspectives

1. Discussion générale

Première recherche en la matière, l'enquête SMPG apporte une contribution originale à l'étude de la fréquence du PTSD et des conduites suicidaires parmi la population algérienne. Les résultats issus de l'étude SMPG peuvent être discutés dans une perspective à la fois clinique et méthodologique. Nous présentons ici les principaux résultats :

1.1. Fréquence du PTSD et recours aux soins

Le PTSD est un trouble fréquent en Algérie. De plus, il a souvent un puissant impact sur la vie des sujets. La population algérienne a subi, par le passé, de multiples traumatismes (attentat, violence sociale et/ou politique, etc.). Et il est probable que l'effet traumatisant des événements forts stressants (attentats, banditisme, délinquance, inondation de 2001, séisme de 2003, etc.) qui domine en Algérie puisse être à l'origine de la symptomatologie psychotraumatique rapportée dans notre étude. Par ailleurs, la guerre civile algérienne (1992-2000) aurait bouleversé l'équilibre psychique et fonctionnel aussi bien à l'échelle individuelle que sociale. En outre, le violent séisme de 2003 qui coïncide avec la réalisation de l'enquête SMPG a provoqué d'importantes pertes en vies humaines.

Ce trouble a un impact sur la vie des individus, lequel se traduit en particulier par le sentiment d'être malade et de la gêne dans la vie quotidienne et/ou professionnelle. Toutefois, la moitié des sujets en souffrance n'a pas eu recours aux soins professionnels. Il n'est pas évident, du point de vue culturel, de perdre son identité sociale en faveur d'une maladie mentale qui est de surcroît stigmatisante (Aouattah, 2007).

Selon les données issues de l'enquête SMPG menée en Algérie, 69 % de sujets désignés comme « malades » ont été exclus de la société. Ce processus de stigmatisation (Giordana, 2010 ; Darcourt, 2014) qui s'amorce est susceptible d'empêcher toute transition et intégration en entravant la demande d'aide et d'accès aux soins. Ainsi, l'individu atteint de trouble mental pourrait refuser les soins dans un environnement qu'il sent ou croit être stigmatisant. Il a peur de perdre son identité

sociale au profit de la maladie dans un milieu où il serait peut-être exclu des circuits relationnels et du champ des échanges symboliques.

Confronté à ce profond malaise, le malade va différer la demande de consultation avec le professionnel de santé. Ce dernier interviendra plus tard afin de prendre en charge une pathologie à la fois grave et chronique. La consultation psychiatrique n'est entreprise que dans le cas où le sujet manifeste des comportements hétéros/auto-agressifs, voire incontrôlables (Aouattah, 2000). Cela est en rapport avec la logique curative dominante, ce qui signifie que le recours aux soins n'est nécessaire qu'en cas de douleur ou de gêne.

En outre, le malade est parfois maintenu au domicile familial parce que l'origine de sa maladie est, selon la conception traditionnelle, d'ordre surnaturel, voire religieux. Cela étant, la famille est la source principale de soutien du malade. Dans notre étude, près de 33 % des sujets psychotraumatisés ont eu recours aux réseaux relationnels et 6 % aux soins traditionnels et religieux (médecines douces, pratiques religieuses ou magico-religieuses). Le rôle des relations sociales fait l'objet de réflexions et d'études depuis plus d'un siècle. Durkheim postulait, à cette époquedes liens sociaux provoquaient des souffrances psychologiques (Durkheim, 2007).

Il est vraisemblable, dans le contexte économique actuel, que les malades mentaux soient les plus touchés par la précarité et la pauvreté. Les résultats de l'enquête SMPG montrent que l'exclusion de la vie professionnelle est beaucoup plus visible dans les trois groupes. Cette donnée a été retrouvée dans des études antérieures.

Outre la maladie mentale dont il souffre, le sujet rencontre certaines difficultés à s'insérer dans la vie professionnelle. La famille se voit donc dans l'obligation de lui apporter une aide matérielle et un soutien affectif. Aux difficultés financières s'ajoute la charge émotionnelle de la maladie qui perturbe la vie de famille au quotidien.

1.2. Conduites suicidaires et représentations sociales associées

La prévalence du risque suicidaire est relativement importante. En effet, le suicidant est décrit comme un individu « dépressif », « anormal » et « dangereux ». De telles représentations associées au suicide renforcent la stigmatisation et l'exclusion sociale. Soulignons que le suicidant est vu comme un individu « anormal » par 83 % de la population sondée. Cette perception favorise parfois l'exclusion de la

sphère familiale et sociale des personnes ayant des tendances suicidaires, d'autant que le suicide *« demeure un acte grave et anormal pour le sujet musulman »* (Mautret et al., 2013).

Cela pourrait expliquer en partie le peu d'aide « extérieure » demandée, tout comme cette « loi du silence » qui entoure les tentatives de suicide. Les représentations sociales liées au malade mental et plus particulièrement au suicidant sont essentiellement basées sur des idées ou des présupposés plutôt que sur des connaissances objectives. Cette exclusion manifestée à leur égard reste un phénomène invisible qui est un défi en matière de santé publique.

L'individu suicidant se trouve parfois fragilisé. Il est désormais en butte à des obstacles qui freinent toute réintégration dans la société. Dans certains cas, des problèmes d'identité fragiliseront l'individu « *dans l'espace ouvert par l'exclusion sociale, la dépendance vis-à-vis des institutions de prise en charge, la faiblesse des supports sociaux, les désignations catégorielles stigmatisantes et la négativité des sentiments mobilisés deviennent des conditions difficiles pour la renégociation de son identité* » (Roy, 2008, p. 22). Ainsi, ces représentations forment des savoirs « communs » qui structurent une nouvelle réalité sociale. Elles permettent d'orienter les communications et les comportements en s'appuyant sur un ensemble de valeurs et de croyances (Bertini, 2010). De nombreux travaux ont montré la pertinence de l'approche des représentations sociales dans l'analyse et la compréhension de la dynamique psychosociale en jeu dans la construction du rapport à la maladie mentale et aux conséquences qui en résultent (Apostolidis, 2006). Ces recherches ont permis d'illustrer comment la maladie telle une réalité représentée, renvoie à la mise en relation entre « l'ordre psychique » et « l'ordre social » (Apostolidis & Dany, 2012 ; De Munck, Genard, Kuty, & Vrancken, 2003 ; Apostolidis, 2006).

1.3. PTSD, pratique religieuse et risque suicidaire

Bien que la pratique religieuse soit un élément protecteur contre le suicide, ses interdits formels rendent ce sujet tabou. Une contrainte qui pourrait retarder la prise en charge précoce et optimale du sujet. Il est interdit d'anéantir le pouvoir divin par une mort volontaire. La religion propose donc un sens unique, tout au moins, obligatoire aux hommes.

Le sujet suicidant ou encore suicidaire est considéré comme un individu coupable qui refuse de se soumettre au projet de Dieu le tout-puissant (Guirlinger, 2000).

La pratique religieuse semble vitale dans les pays musulmans. Par conséquent, les manquements y sont bien plus stigmatisés. Certaines institutions religieuses refusent par exemple l'idée qu'une personne qui s'est enlevé la vie soit inhumée sur une terre consacrée. Il en découle ainsi un rejet fort de cet acte. Cela explique en partie pourquoi le taux de suicide est bien moins élevé chez les pratiquants que chez les non-pratiquants.

2. Limites et perspectives

Nos hypothèses de travail ont été testées. Toutefois, leur corroboration devrait être approfondie puisque la problématique PTSD/Suicide est peu étudiée dans le contexte algérien. Nous avons choisi de fonder notre analyse sur un corpus de données quantitatives. Il est nécessaire de faire preuve d'une certaine prudence concernant les resultats rapportés compte tenu de limites citées précédemment.

Dans cette optique, constituer une nouvelle base de données permettant d'évaluer la validité des hypothèses testées. Le travail consiste à effectuer des comparaisons entre les résultats de notre étude et les nouvelles données. En effet, ces études complémentaires permettraient d'identifier les caractéristiques sociales, économiques et psychopathologiques des individus suicidants et/suicidaires. Ces données pourraient être exploitées dans le but de fonder une démarche de diagnostic et de prévention du risque suicidaire et du PTSD.

L'intégration d'autres éléments en lien direct avec le PTSD (nature de l'événement, facteurs pré-traumatiques et post-traumatiques, etc.) permet de développer une réflexion plus approfondie. En outre, la validité et la fiabilité de ces outils de recherche à caractère « international » nécessitent une analyse plus pointilleuse. Il demeure cependant essentiel de perfectionner ces outils et d'en créer de nouveaux, afin de saisir les points communs et les différences.

Notre travail se fonde essentiellement sur les méthodes quantitatives et statistiques pour tester le lien entre le PTSD et le risque suicidaire. Cependant, d'autres méthodes cliniques (entretien, analyse de contenu, etc) peuvent être envisageables pour montrer comment la pratique religieuse protège contre les comportements

suicidaires. Peut-on considérer la pratique religieuse comme une ressource psychologique permettant de prévenir le risque suicidaire ? Suivant cette logique, associer l'analyse qualitative aux données statistiques ne consiste pas à « *remplacer l'objectivation par la subjectivation, mais d'élargir le point de vue objectivant en y intégrant un point de vue subjectivant »* (Fassin, Grandjean, Kaminski, Lang, & Leclerc, 2000, p. 138). Ainsi, la variable « pratiquant » qui sous-tend une dimension subjective (croyances, perceptions, rituels, etc) mérite d'être définie avec précision. Il s'agit de spécifier les critères de qualification des sujets « pratiquants » et « non pratiquants ». Cette démarche compréhensive « […] *s'appuie sur la conviction que les hommes ne sont pas de simples agents porteurs de structures mais des producteurs actifs du social, donc des dépositaires d'un savoir important qu'il s'agit de saisir de l'intérieur, par le biais du système de valeurs des individus* » (Kaufmann, 2011, p. 23).

Il est aussi souhaitable d'approfondir la problématique de « non-recours au soin » soulevée. Celle-ci pourrait être le reflet de certaines représentations culturelles véhiculées dans la société. Quelles représentations ont les individus des soins sanitaires (profanes) et sur quelle logique tablent-ils pour prendre leurs décisions en cas de souffrance psychologique ? L'interaction entre l'usager et les institutions sanitaires semble intéressante dans la mesure où le recours aux soins traditionnels est une pratique courante dans le contexte algérien. Etre dans une situation de non recours aux soins est un facteur de risque de troubles mentaux. L'identification de « ces populations à risque » par le biais d'une approche épidémiologique s'avère indispensable.

Ainsi, il apparaît que la promotion de la recherche, en Algérie, dans le domaine de la santé mentale est une nécessité afin d'établir un véritable diagnostic global concernant la fréquence des troubles mentaux et comportementaux.

Il s'agit d'un élément incontournable qui conditionne l'entreprise de projets de prévention des pathologies mentales et de lutte contre la stigmatisation et l'exclusion des malades. Les résultats qui en découlent serviront de base, d'une part, à la planification des investissements et à la préparation des équipements, et, d'autre part, à l'élaboration de projets préventifs et de plans de formation destinés aux personnels de la santé mentale.

La création de nouvelles structures, composées de professionnels du secteur, de chercheurs, de représentants de la société civile, de syndicats, d'associations et d'élus politiques, peut être l'une des façons de promouvoir cette pratique dans le domaine de la santé mentale. C'est également un pas vers davantage de démocratie, un lieu de débat et de dialogue pour la mise en œuvre de politiques locales de santé mentale et l'application concrète de politiques nationales. Il s'agit de la construction de connaissances, de compétences procédurales et relationnelles collectivement partagées. C'est ainsi que le Plan de santé mentale actuellement soumis à la concertation devrait intégrer un programme spécifique de prévention du suicide. Il renforce la dimension interministérielle des actions à mener auprès des jeunes notamment, tout en incitant à inscrire ce programme dans le cadre d'une approche plus globale de prévention et de soins en santé mentale.

Des campagnes de lutte contre le suicide et des plans d'action de lutte contre la violence seraient nécessaires. Cela incite à généraliser ce type de démarche préventive aux violences contre autrui. Bien que le suicide reste un grave problème dans notre société, les enveloppes budgétaires consacrées plus particulièrement à la santé mentale sont modestes au regard de la demande sociale. Il y a peu d'efforts et d'activités préventifs. C'est pourquoi la volonté politique s'avère essentielle dans l'élaboration des projets préventifs du suicide.

La santé mentale est bien l'affaire de tous. Or, il n'y a pas en Algérie de politique de santé mentale ou d'initiatives concrètes menées pour lutter contre une stigmatisation liée à la maladie mentale. C'est pourquoi il est urgent de définir des objectifs stratégiques et des priorités en vue d'élaborer des programmes de prévention de la maladie mentale à court, moyen et long terme.

Conclusion générale

Bien que fréquente, l'évaluation du PTSD et du risque suicidaire demeure insuffisante. Cela s'explique, d'une part, par l'absence d'une politique de santé mentale, et d'autre part, par le manque de coordination entre les différents acteurs concernés (élus, représentants, chercheurs, professionnels de santé, etc.). Or, une telle collaboration facilitera l'acquisition de compétences « communes », permettant de mieux prévenir la prévalence des troubles mentaux et des comportements suicidaires. Objectifs qui ne sauraient se réaliser, en amont, que par un travail à la fois collaboratif et pédagogique.

Dans cette perspective, les données des enquêtes épidémiologiques et/ou cliniques pourraient être utilisées en vue de créer une base de données *« médico-administrative nationale »*. Laquelle sera exploitée pour répondre aux besoins d'information, dépassant largement la logique descriptive des désordres mentaux. Cela nécessite aussi en parallèle un travail d'expertise et de sensibilisation sur le terrain.

À défaut d'un système d'information fonctionnel, nous nous appuyons toujours sur les statistiques, nettement sous-évaluées recueillies par la Gendarmerie nationale. Ces informations sont en général insuffisamment détaillées pour que l'on puisse poser un véritable diagnostic de notre réalité psychopathologique.

Tout ce processus de changement de modèle sanitaire participera inévitablement à la démocratisation de la connaissance en matière de santé mentale. Il repose sur la logique d'enracinement de la citoyenneté et des valeurs humaines, d'autant que notre système sanitaire dans son ensemble devrait favoriser l'élan d'une approche positive du malade.

Les principes de la modernisation des soins devraient nécessairement s'ancrer dans la conscience institutionnelle au regard de cette montée aussi importante qu'inquiétante des troubles mentaux et comportementaux. Incontestablement, cette vision nous permettra de franchir les limites du disponible, voire de l'ordinaire.

Encore faudrait-il ajouter que la promotion de la santé mentale constitue une approche globale à l'intérieur de laquelle s'inscrivent des activités de prévention des troubles mentaux et du comportement. Il s'agit de mettre en œuvre des actions préventives des conduites suicidaires, un antidote pour lutter contre les

conséquences sociales handicapantes de la maladie. De ce point de vue, « *la lutte contre les troubles mentaux, ne fait pas intervenir seulement la santé publique, mais aussi la science et la politique. Ce que la science alliée à une bonne politique de santé publique peut réaliser, la politique peut le détruire »* (OMS, 2001, p. 109).

Suivant cette logique, les collectivités locales devraient participer à la construction des champs de la santé mentale pour briser les réflexes d'une psychiatrisation massive de ces malheurs « invisibles », tout au moins intimes. Cette alliance crée une certaine base culturelle et commune de la santé mentale, favorisant la promotion d'une « santé au quotidien », laquelle suppose une véritable adhésion des organisations concernées.

Force est de constater que toute transformation sociale positive est le résultat d'une maturation humaine efficace. Il est plus courant que la fréquence des troubles mentaux et la charge de morbidité associée dénotent un problème plus complexe (OMS, 2001).

En Algérie, le contexte social est anxiogène, miné par la violence sociale. C'est pourquoi il est urgent de développer des bonnes conditions de vie et un environnement idéal pour la santé mentale. Ceux-ci permettraient aux individus d'acquérir des attitudes adaptées par l'amélioration du niveau de connaissance générale, plus particulièrement sur la question de leur santé psychique. Ils deviendront alors des sujets socialement *« compétents »,* capables de participer au processus de prévention et de soins. C'est à ce niveau-là de perfectionnement que l'institution de soins sera un véritable levier social de la promotion de la santé mentale.

Aussi, l'amélioration des niveaux de formation initiale et/ou continue des professionnels de santé s'impose en plus d'une planification. Il serait également essentiel de renforcer la formation des cadres supérieurs capables d'assurer le management des institutions de santé. C'est une initiative susceptible de développer une permanente réflexion sur les questions de la santé mentale, au cœur des priorités publiques. Elle pourrait provoquer, en revanche, des résistances dans nos institutions, marquées par des logiques traditionalistes de soins qui freinent toute initiative de changement pour construire « *une société solidaire »*. Mais, l'homme doté d'une conscience morale peut-il dépasser cette phase de doute afin de développer, au sens où l'entend Robert Castel, « *une philosophie de la prévention* [...] *travailler autant que possible avec les valeurs de la vie »* (Castel, 1986, p. 163) ?

Il est clair que cette responsabilité collective participe à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, laquelle devrait se faire à plusieurs niveaux (éducatif, sanitaire et juridique).

Les campagnes d'information encourageraient, par exemple, des attitudes et des comportements plus positifs. Dans la société traditionnelle, l'intolérance et la tendance à exclure les individus de leur communauté sont presque systématiques. *Or, « la prise de conscience que nous appartenons, comme l'écrirait Jean Vanier, à une humanité commune, et que cette appartenance est plus fondamentale que toute autre appartenance* [...] *passer de l'égoïsme à l'amour, de l'esclavage à la liberté, de l'enfermement sur soi à l'ouverture aux autres, c'est grandir ; c'est le chemin vers la pleine maturité humaine »* (Vanier, 2010, p. 2).

De par sa conception de proximité et de coopération, l'enquête SMPG enracine cette logique de maturité humaine en luttant contre la culture du rejet de l'homme. À la fois démocratique et humaine, cette dernière encourage la transformation et la modernisation des systèmes sanitaires à travers le monde. Ainsi une culture savante et surtout *« une ouverture disciplinaire »* dans le monde incertain de nos jours peuvent-elles s'amorcer. Il est évident que ce changement passe inéluctablement par l'articulation du savoir avec des actions concrètes et utiles dans un contexte en perpétuelle transformation. Ce travail sert d'élément de base, pouvant conditionner la réussite et le développement indispensable à toute société en mutation.

Outre sa dimension interculturelle, l'enquête SMPG donne du tonus à la collaboration « Sud-Nord » et à l'investissement dans la collaboration internationale. Elle concrétise ce principe de base *« Soyons le changement que nous voulons voir dans le Monde ».*

Références bibliographiques

[1] Allione, C. (2013). *La haine de la parole*. Paris : Les liens qui libèrent

[2] APA. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth). Washington, DC : APA

[3] Abondo, M., Masson, M., Le Gueut, M., & Millet, B. (2008). L'autopsie psychiatrique. *L'Encéphale*, *34*(4), 343-346..

[4] Allouch, J. (2011). *Érotique du deuil au temps de la mort sèche* (3e édition). Paris : Epel.

[5] Altounian, J., & Fédida, P. (2000). *La Survivance : Traduire le trauma collectif*. Paris: Dunod.

[6] Amery, J. (2005). *Par-delà le crime et le châtiment : Essai pour surmonter l'insurmontable*. Arles France : Actes Sud.

[7] Améry, J., & Wuilmart, F. (1999). *Porter la main sur soi : Traité du suicide* (1re éd.). Arles (France) : Actes Sud.

[8] Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau* (2e éd.). Paris : Dunod.

[9] Aouattah, A. (2000). Immigration maghrébine, maladie mentale et psychiatrie, ou quand les immigrés emmènent leurs maladies. *Annales médico-psychologiques*, *158*, 693-701.

[10] Aouattah, A. (2007). De quelques résistances à la pratique psychanalytique dans la culture arabo-musulmane. *Cahiers de psychologie clinique*, (29), 161-191.

[11] Abondo, M., Masson, M., Le Gueut, M., & Millet, B. (2008). L'autopsie psychiatrique. L'Encéphale, 34(4), 343-346.

[12] Apostolidis, T. (2006). Représentations sociales et triangulation : une application en psychologie sociale de la santé. *Psicologia : Teoria e pesquisa*, *2*(22), 211-226.

[13] Apostolidis, T., & Dany, L. (2012). Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé : le regard des représentations sociales. *Psychologie Française*, *57*(2), 67–81.

[14] Arendt, H., Launay, M.-I. B., & Guérin, A. (1997). *Eichmann à Jérusalem* (2e éd.). Paris : Gallimard.

[15] Atwoli, L., Stein, D. J., Williams, D. R., Mclaughlin, K. A., Petukhova, M., Kessler, R. C., & Koenen, K. C. (2013). Trauma and posttraumatic stress disorder in South Africa : analysis from the South African Stress and Health Study. *BMC Psychiatry*, *13*, 182.

[16] Aujard, M.-F. (2007). La suicidologie, un outil de gestion du comportement. *Recherches sociographiques*, *48*(3), 161.

[17] Auxéméry, Y. (2016a). Actualités des recommandations en psychotraumatologie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *174*(4), 304-308.

[18] Auxéméry, Y. (2016b). Quelle(s) psychothérapie(s) pour les sujets psychotraumatisés ? De la théorie à la pratique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *174*(4), 309-312.

[19] Ayazi, T., Lien, L., Eide, A. H., Ruom, M. M., & Hauff, E. (2012). What are the risk factors for the comorbidity of posttraumatic stress disorder and depression in a war-affected population ? A cross-sectional community study in South Sudan. *BMC Psychiatry*, *12*(1), 175.

[20] Bacqué, M.-F. (2003). Deuil post-traumatique et catastrophes naturelles. *Études sur la mort*, *123*(1), 111-130.

[21] Bacqué, M.-F. (2006). Du cadavre traumatogène au corps mort symboligène. *Études sur la mort*, *129*(1), 59-68.

[22] Bacqué, M.-H., & Biewener, C. (2015). *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?* Paris : La Découverte.

[23] Baechler, J. (2009). *Les suicides*. Paris : Editions Hermann.

[24] Barash, J. A. (2006). Qu'est-ce que la mémoire collective ? *Revue de métaphysique et de morale*, (50), 185-195.

[25] Barrois, C. (1998). *Les névroses traumatiques : Le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques* (2e éd.). Paris : Dunod.

[26] Baubet, T., & Moro, M. R. (2000). Trauma et cultures. *L'Autre*, *1*(3), 405-408.

[27] Bayat, S., Cuggia, M., Duff, F. L., & Mauduit, N. (2001). Les bases de données épidémiologiques. *Les Cahiers du numérique*, *2*(2), 155-176.

[28] Bayle, J.-L. L. del. (2001). *Initiation aux methodes des sciences sociales*. Paris : Editions L'Harmattan.

[29] Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York etc : Plume.

[30] Belarouci, L. (2010). Les violences sexuelles faites aux femmes : La situation en Algérie. *Le Journal des psychologues*, (254), 53-56.

[31] Belarouci, L. (2011). Le terrorisme en Algérie : entre honte et trauma. *Dialogue*, (190), 107-116.

[32] Belkaïd, A. (2002). *L'Algérie en guerre civile*. Paris : Calmann-Levy.

[33] Bensaida, M. (2012). *Prévalence des troubles anxieux dans la population générale. Résultats d'une enquête multicentrique dans la commune de Chéraga*. Université d'Alger, Alger.

[34] Benslama, F. B. (2006). La psychanalyse et l'islam. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, *62*(4), 91-100.

[35] Bernié, J.-P. (2001). *Apprentissage, développement et significations : hommage à Michel Brossard*. Bordeaux : Presses Universitaire de Bordeaux.

[36] Berry, M. (2000). Diriger des thèses de terrain. *Annales des Mines*, (62), 88-97.

[37] Bertini, M.-J. (2010). Fragments d'une économie biopolitique de la lutte contre la stigmatisation. In *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale* (p. 117-134). Paris : Masson.

[38] Birmes, P., & Schmitt, L. (1999). Hic et nunc : Le stress post-traumatique : des chroniques antiques à la Grande Guerre. *L'Évolution Psychiatrique*, *64*(2), 399-409.

[39] Birmes, P., Sztulman, H., & Schmitt, L. (2002). Dissociation péritraumatique et état de stress post-traumatique : Etude prospective de six mois. *Revue francophone du stress et du trauma*, *2*(1), 45-52.

[40] Bittolo, C. (2001). Accueil hospitalier et processus psychiques : Enjeux thérapeutiques et institutionnels en psychiatrie. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, *2*(37), 143-159.

[41] Blanco, C., Xu, Y., Brady, K., Pérez-Fuentes, G., Okuda, M., & Wang, S. (2013). Comorbidity of posttraumatic stress disorder with alcohol dependence among US adults : Results from National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, *132*(3), 630-638.

[42] Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, *66*(3), 745-757.

[43] Bonville, J. de. (2006). *L'analyse de contenu des médias : De la problématique au traitement statistique*. Belgique : De Boeck Supérieur.

[44] Bordeleau, D. (1994). Exploration phénoménologique de l'idée suicidaire. *Santé mentale au Québec*, *19*(2), 105-116.

[45] Bouatta, Bouatta, C. (2007). Violences, traumatismes et prise en charge psychologique. In A. Elisabeth, R. Scelles, & R. Roussillon, *Dispositifs de soins au défi des situations extrêmes* (p. 185–213). Paris: Erès.

[46] Boucebci, M. (2007). La psychopathologie au regard de la culture (1990). *Evolution Psychiatrique*, *72*(4), 789-802.

[47] Boudarène. (2008). *Le stress : Entre bien être et souffrance*. Alger: Berti.

[48] Boudarène, M. (2002). Terrorisme en Algérie : Quel devenir pour les liens filial et social ? *Revue francophone du stress et du trauma*, *2*(4), 213-217.

[49] Boudarène, M. (2015). Des structures relais de prise en charge externe, à des fins de réadaptation psychosociale des malades mentaux, sont indispensables. *Santé-MAG*, (36), 37.

[50] Bouhlel, S., Ben Haouala, S., Klibi, A., Ghaouar, M., Chennoufi, L., Melki, W., & El-Hechmi, Z. (2013). Évaluation des croyances et des attitudes d'une population tunisienne de proches de patients atteints de schizophrénie. *L'Encéphale*, *39*(3), 165-173.

[51] Bourdieu, P. (1982). Les rites comme actes d'institution. *Actes de la recherche en sciences sociales*, *43*(1), 58-63.

[52] Bourdin, C. É. (1845). *Du suicide considéré comme maladie*. Paris : Hennuyer.

[53] Bouroche, J.-M., & Saporta, G. (2010). *L'analyse des données*. Paris: PUF.

[54] Bouyer, J. (1991). La régression logistique en épidémiologie. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, *39*(1), 79-87.

[55] Bozon, M. (2002). Des rites de passage aux « premières fois ». Une expérimentation sans fins. *Agora débats/jeunesses*, *28*(1), 22-33.

[56] Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *61*(7), 22-32.

[57] Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, *48*(3), 216-222.

[58] Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community : The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*, *55*(7), 626-632.

[59] Brillon, P., Marchand, A., & Stephenson, R. (1996). Modèles comportementaux et cognitifs du trouble de stress post-traumatique. *Santé mentale au Québec*, *21*(1), 129.

[60] Bronner, G. (2009). *La Pensée extrême : Comment des hommes ordinaires deviennent des fanatiques*. Paris : Denoël.

[61] Broudic, J.-Y. (2011). Le suicide, réalité sociale et réalité psychique. *Le Journal des psychologues*, (262), 58-62.

[62] Calvez, M. (1994). Le handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité. *Sciences sociales et santé*, *12*(1), 61-88.

[63] Camus, A. (1985). *Le mythe de Sisyphe*. Paris : Gallimard.

[64] Cano, N., & Boyer, L. (2012). Évolution des pratiques institutionnelles : Questions éthiques autour de l'enfermement et de l'isolement. *L'information psychiatrique*, *87*(7), 589-593.

[65] Caria, A., Roelandt, J.-L., Bellamy, V., & Vandeborre, A. (2010). Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (Smpg) : Présentation de La méthodologie d'enquête. *Santé Mentale en Population Générale*, *36*(3), 1-6.

[66] Castel, R. (1971). L'institution psychiatrique en question. *Revue Française de Sociologie*, *12*(1), 57.

[67] Castel, R. (1973). Vers les nouvelles frontières de la médecine mentale. *Revue française de sociologie*, *14*(1), 111-135.

[68] Castel, R. (1986). Nouveaux concepts en santé mentale. *Social Science & Medicine*, *22*(2), 161-171.

[69] Castel, R. (1999). *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris : Folio.

[70] Causse, G. (2016). Le pardon, un geste politique ? *Nouvelle revue théologique*, *138*(2), 257-272.

[71] Chakali, M. (2016). Il y a beaucoup de choses à revoir, pour améliorer la prise en charge de la santé mentale. *Santé-MAG*, (51), 31.

[72] Chazel, F. (1967). Considérations sur la nature de l'anomie. *Revue Française de Sociologie*, *8*(2), 151.

[73] Cherki, A. (2000). *Frantz Fanon : Portrait*. Paris : Seuil.

[74] Chidiac, N., & Crocq, L. (2011). Le Psychotrauma (III) – Névrose traumatique et état de stress posttraumatique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *169*(5), 327-331.

[75] Chiland, C. (2013). *L'entretien clinique*. Paris : PUF.

[76] Ciccone, A., & Ferrant, A. (2008). *Honte, Culpabilité et Traumatisme*. Paris : Dunod.

[77] Clément, M., & Ouellet, H. (1992). Problématiques psychosociales et notion de « risque » : Une perspective critique. *Nouvelles pratiques sociales*, *5*(1), 113.

[78] Corin, E., & Rousseau, C. (1997). Sens et contexte dans l'étude des problèmes psychiatriques : A la recherche de nouveaux modèles. *médecine/sciences*, *13*(4), 527.

[79] Coste, J., & Paolaggi, J.-B. (2001). *Le raisonnement médical, de la science à la pratique clinique*. Issy-les-Moulineaux : Editions Estem.

[80] Courtet, P. (2010). *Suicides et tentatives de suicide*. Paris : Médecine Sciences Publications.

[81] Courtet, P. (2013). *Suicide et environnement social*. Paris : Dunod.

[82] Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob.

[83] Cusson, M. (1992). Deviance. In *Traité de sociologie*. Paris : PUF.

[84] Cyrulnik, B. (2002). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.

[85] Dabis, F., & Desenclos, J.-C. (2012). *Epidémiologie de terrain, méthodes et applications*. Paris : John Libbey EurotextDagenais, D. (2007). Le suicide comme meurtre d'une identité. *Recherches sociographiques*, *48*(3), 139

[86] Danieli, Y., Brom, D., & Sills, J. (2005). *The Trauma of Terrorism: Sharing Knowledge and Shared Care, an International Handbook*. New York : Routledge.

[87] Damiani, C., & Lebigot, F. (2011). *Les mots du trauma - Vocabulaire de psychotraumatologie*. Savigny-sur-Orge : Phillipe Duval Editions.

[88] Damiani, C., & Szepielak, D. (2009). Le soutien psychologique des victimes en France. *Le Journal des psychologues*, (264), 31-36.

[89] Danel, T., Vilain, J., Roelandt, J. L., Salleron, J., Vaiva, G., Amarie, A., Duhamel, A. (2010). Risque suicidaire et tentative de suicide en Nord-Pas de Calais. Enseignements de l'enquête santé mentale en population générale. *L'Encéphale*, *36*(3), 39-57.

[90] Darcourt, G. (2014). La double stigmatisation des personnes atteintes de psychose et désocialisées. *L'information psychiatrique*, *83*(8), 671-673.

[91] Darcourt, G., & Mazet, P. (2001). *La Crise suicidaire : Reconnaître et prendre en charge*. Montrouge : John Libbey Eurotext.

[92] De Munck, J. (2004). Folie et citoyenneté : Où en est la psychiatrie ? *Sciences humaines*, (147), 38-41.

[93] De Munck, J., Genard, J.-L., Kuty, O., & Vrancken, D. (2003). *Santé mentale et citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action publique*. Belgique : Academia Press.

[94] Demoulin. (2001). Suicide et pulsion de mort. *Psychoanalytische Perspectieven*, *45*(44), 123-131.

[95] Dépelteau, F. (2000). *La démarche d'une recherche en sciences humaines : De la question de départ à la communication des résultats*. Belgique : De Boeck Supérieur.

[96] Derivois, D., Jean-Jacques, R., Merisier, G. G., Mouchenik, Y., Mathieu, M. C., & Bika, G. (2011). Résilience et processus créateur chez les enfants et adolescents victimes de catastrophes naturelles en Haïti. *L'Autre*, *12*(1), 77-79.

[97] Diatkine, G. (2006). Traumatismes de masse en Algérie. *Perspectives Psy*, *45*(2), 113-118.

[98] Diwo, R., Thomassin, L., Kabuth, B., & Messaoudi, M. (2004). Pulsion de vie, pulsion de mort : Une intrication à mieux évaluer dans une démarche de prévention de l'agir suicidaire à l'adolescence. *Psychologie clinique et projective*, *1*(10), 57-88.

[99] Durif-Bruckert, C., & Gonin, A. (2011). Le dispositif de recherche-action comme espace psychosocial d'un débat critique sur les enjeux de la prévention. *Psychologues et prévention*, *17*(2), 137-151.

[100] Durkheim, E. (1991). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris: PUF.

[101] Durkheim, E. (2007). *Le suicide : Etude de sociologie*. PUF.

[102] Ehrenberg, A. (2010). *La question mentale*. Paris : Erès.

[103] Esquirol, E. (2014). *Des Maladies Mentales Tome 1*. Paris : Book on Demand Ltd.

[104] Establet, R., & Baudelot, C. (2016). *Suicide : L'envers de notre monde*. Paris : Seuil.

[105] Etienne, B. (1998). Amnésie, amnistie, anamnèse : amère Algérie. Dire la violence. *Mots*, *57*(1), 148-157.

[106] Facy, F., & Debout, M. (2012). *Acteurs et chercheurs en suicidologie*. Paris : EDK Editions.

[107] Fassin, D. (2006). Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. *Politix*, (73), 137-157.

[108] Falissard, B. (2005). *Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie*. Paris: Masson.

[109] Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T., & Leclerc, A. (2000). *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte.

[110] Fassin, D., & Rechtman, R. (2011). *L'empire du traumatisme : Enquête sur la condition de victime*. Paris : Flammarion.

[111] Ferenczi, S. (1990). *Journal clinique, janvier-octobre 1932*. Paris : Payot.

[112] FIDH, CFDA, & LADDH. (2010). *« La mal vie » : Rapport sur les droits économiques, sociaux et culturels*.

[113] Fillion, E. (2008). D. Fassin, R. Rechtman, L'Empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime. *Sciences sociales et santé*, *26*(2), 113-117.

[114] Flori, J. (2007). Jihad et guerre sainte. *Cités*, (14), 57-60.

[115] Freud, S. (1971). *Malaise dans la civilisation*. Paris : PUF.

[116] Freud, S. (1988). *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Paris : Gallimard.

[117] Freud, S. (2004). *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Paris : Payot.

[118] Freud, S. (2010). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris : Payot.

[119] Freud, S. (2011). *Deuil et mélancolie*. Paris : Payot.

[120] Furtos, J. (2008). *Les cliniques de la précarité - Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Issy-les-Moulineaux : Masson.

[121] Gauchet, M. (2005). *Le désenchantement du monde : Une histoire politique de la religion*. Paris : Folio.

[122] Giordana, J.-Y. (2010). *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Issy-les-Moulineaux : Masson.

[123] Goffman, E. (1968). *Asiles. : Etude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Les Editions de Minuit.

[124] Goffman, E. (1975). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les Editions de Minuit.

[125] Goyet, V., Duboc, C., Voisinet, G., Dubrulle, A., Boudebibah, D., Augier, F., & Franck, N. (2013). Enjeux et outils de la réhabilitation en psychiatrie. *L'Évolution Psychiatrique*, *78*(1), 3-19.

[126] Grawitz, M. (2000). *Méthodes des sciences sociales* (11e éd.). Paris : Dalloz.

[127] Guenivet, K. (2001). *Violences sexuelles : La nouvelle arme de guerre*. Paris : Editions Michalon.

[128] Guirlinger, L. (2000). *Le Suicide et la mort libre* (1re éd.). Nantes : Pleins Feux

[129] Guerroua, K. (2017). *Exil nostalgie*. Paris : Ressouvenances.

[130] Hadjadj, D. (2003). Violence et corruption : Cas de l'Algérie. *Bulletin de l'APAD*, (25),1-13.

[131] Hajbi, M. (2006). Anthropologie et psychiatrie : Regards croisés sur le Maghreb. *Perspectives Psy*, *45*(2), 151-156.

[132] Halbwachs, M. (1930). *Les causes du suicide*. Paris : Librairie Félix Alcan.

[133] Hanrot, J., & Clévenot, D. (2012). Fabrique d'une icône : La Madone de Bentalha. Entretien avec Juliette Hanrot. *Écrire l'histoire*, (9), 111-118.

[134] Hanus, M. (2006). Deuils normaux, deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *164*(4), 349-356.

[135] Hanus, M., Séguin, M., & Dubout, M. (2004). *Le deuil après le suicide*. Paris : Maloine.

[136] Haynal, A. (2013). Le fanatisme entendu par un psychanalyste. *Le Coq-héron*, *214*(3), 69-78.

[137] Hellmann, J. (1986). *American Myth and the Legacy of Vietnam*. New York : Columbia University Press.

[138] Henri, B. (2000). *Au coeur de la corruption : Par une commissaire des RG*. Paris : Calmann-Lévy.

[139] Hernandez, J. M., Cordova, M. J., Ruzek, J., Reiser, R., Gwizdowski, I. S., Suppes, T., & Ostacher, M. J. (2013). Presentation and prevalence of PTSD in a bipolar disorder population : A STEP-BD examination. *Journal of Affective Disorders*, *150*(2), 450-455.

[140] Herzlich, C. (2001). Les représentations sociales de la santé et la santé en mutation : Un regard rétrospectif et prospectif sur la fécondité d'un concept. In F. Buschini & N. Kalampalikis, *Penser la vie, le social, la nature. Mélanges en l'honneur de Serge Moscovici* (p. 189-200). Paris : Maison des Sciences de l'Homme.

[141] Janet, P. (1997). *Les médications psychologiques* (3e éd.). Paris : Masson.

[142] Janet, P. (2014). *L'automatisme psychologique*. De Boeck Supérieur.

[143] Janin, C. (2003). Pour une théorie psychanalytique de la honte (honte originaire, honte des origines, origines de la honte). *Revue française de psychanalyse*, *67*(5), 1657-1742.

[144] Jehel, L., Paterniti, S., Brunet, A., Louville, P., & Guelfi, J.-D. (2006). Peritraumatic distress prospectively predicts PTDS symptoms in assault victims. *L'Encéphale*, *32*(6), 953-956.

[145] Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales*. Paris : PUF.

[146] Jodelet, D. (2006). Culture et pratiques de santé. *Nouvelle revue de psychosociologie*, *1*(1), 219-239.

[147] Joubert, M. (2003). *Santé mentale, ville et violences*. Ramonville Saint-Agne : Erès.

[148] Joubrel, D. I., & Doucet, C. (2012). L'intervention des cellules d'urgence médico-psychologique : Réflexions cliniques à partir de l'expérience de la CUMP d'Ille-et-Vilaine (35). *L'information psychiatrique*, *84*(9), 847-852.

[149] Jougla, E., Péquignot, F., Le Toullec, A., Bovet, M., & Mellah, M. (2003). Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide. *ADSP*, (45), 31-38.

[150] Jung, C. G. (1938). *Psychology and Religion*. New Haven, États-Unis : Yale University Press.

[151] Kaës, R. (2007). Du Moi-peau aux enveloppes psychiques. Genèse et développement d'un concept. *Le Carnet PSY*, (117), 33-39.

[152] KACHA F. *La psychiatrie en Algérie*. L'Information psychiatrique. 2005 ; 81 : 145-8.

[153] Kashdan, T. B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*(2), 185-196.

[154] Kaufmann, J.-C. (2011). *L'entretien compréhensif - L'enquête et ses méthodes* (3e éd.). Paris : Armand Colin.

[155] Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*(12), 1048-1060.

[156] Khaled, N. (2004). Psychological Effects of Terrorist Attacks in Algeria. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *9*(1-2), 201-212.

[157] Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *The British Journal of Psychiatry*, *151*, 447-454.

[158] Kovess-Masfety, V. (2009). *La santé mentale, l'affaire de tous - Pour une approche cohérente de la qualité de vie.* Paris : Centre d'analyse stratégique.

[159] Lagarde, D., Belkaid, A., & Stora, B. (2011). *Algérie, la désillusion*. Paris : Express Roularta.

[160] Lallé, B. (2004). Production de la connaissance et de l'action en sciences de gestion. *Revue française de gestion*, *158*(1), 45-65.

[161] Lamboy, B. (2005). La santé mentale : Etat des lieux et problématique. *Santé Publique*, *17*(4), 583-596.

[162] Lamchichi, A. (2001). *L'islamisme politique*. Paris : Editions L'Harmattan.

[163] Lazali, K. (2011). Guerre civile et position(s) de l'étranger. À partir de la pratique de la psychanalyse en Algérie. *La clinique lacanienne*, *20*(2), 131-154.

[164] Lebigot, F. (2011). *Le traumatisme psychique*. Bruxelles : Editions Fabert.

[165] Lebl, L. S. (2010). Radical Islam in Europe. *Orbis*, *54*(1), 46-60.

[166] Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K., Dunbar, G. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, *12*(5), 224-231.

[167] Lehtinen, V., Joukamaa, M., Jyrkinen, E., Lahtela, K., Raitasalo, R., Maatela, J., & Aromaa, A. (1990). Need for mental health services of the adult population in Finland : Results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *81*(5), 426-431.

[168] Lemieux, R. (2006). *Religion et socialisation des déviances : Concurrences et alternatives dans les rapports entre discours religieux et pratiques médicales*. Chicoutimi : J.-M. Tremblay.

[169] Lépine, J.-P., Gasquet, I., Kovess, V., Arbabzadeh-Bouchez, S., Nègre-Pagès, L., Nachbaur, G., & Gaudin, A.-F. (2005). Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population. *L'Encéphale*, *31*(2), 182-194.

[170] Levi, P. (1996). *Si c'est un homme*. France loisirs.

[171] Liard, V. (2003). C.G. Jung et le malaise social dans le monde occidental. *Sociétés*, *82*(4), 93-106.

[172] Liard, V. (2007). *Carl Gustav Jung, Kulturphilosoph*. Paris : Presses Sorbonne.

[173] Liu, M. (1997). *Fondements et pratiques de la recherche-action*. Paris : L'Harmattan.

[174] Maisondieu, J. (1997). *La fabrique des exclus*. Paris : Bayard Jeunesse.

[175] Maisondieu, J. (2010). Citoyenneté et santé mentale. In M. Joubert, *Santé mentale, ville et violences* (p. 155-176). Paris : Erès.

[176] Martin, H. (2002). Perspective sur la psychologie interculturelle comparative. In P. R. Dasen & C. Perregaux, *Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation* (p. 85). Paris : De Boeck Supérieur.

[177] Martin, J.-P. (2011). *La rue des précaires : Soins psychiques et précarités*. Toulouse : Erès.

[178] Martínez, L. (1998). *La guerre civile en Algérie : 1990-1998*. Paris : Khartala Editions.

[179] Massé, R. (1998). *Culture et santé publique*. Montréal : Gaëtan Morin.

[180] Maury, C., Abbal, T., & Moro, M.-R. (2016). Clinique du psychotraumatisme et erreur de diagnostic en situation transculturelle. *Annales Médico-psychologiques*, *174*(4), 266-273.

[181] Menad, W. (2012). *Risques de crue et de ruissellement super ciel en métropole méditerranènne : Cas de la partie ouest du Grand Alger*. Université Denis-Diderot-Paris VII
Menès, M. (2004). L'inquiétante étrangeté. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, *56*(2), 21-24.

[182] Mihaescu, G., Vanderlinden, J., Sechaud, M., Heinze, X., Velardi, A., Finot, S. C., & Baettig, D. (1998). The Dissociation Questionnaire DIS-Q : Preliminary results with a French-speaking Swiss population. *L'Encéphale*, *24*(4), 337-346.

[183] Mimouni, B. M. (2010). *Tentatives de suicide et suicide des jeunes à Oran*. Oran : Crasc.

[184] Minois, G. (1995). *Histoire du suicide - La société occidentale face à la mort volontaire*. Paris : Fayard.

[185] Morasz, L., & Danet, F. (2008). *Comprendre et soigner la crise suicidaire*. Dunod.

[186] Moreau, D. (2010). Que fait-on quand on nomme ? Le handicap psychique face aux figures de la folie et de la maladie mentale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *168*(10), 770-772.

[187] Morin, M.-H. (2012). D'agent causal à famille compétente : Un regard sur la transformation du rôle des membres de familles dans les pratiques en santé mentale. *Le partenaire*, *20*(4), 4-10.

[188] Moro, M. R. (2010). *Grandir en situation transculturelle* (2e éd.). Paris : Editions Fabert.

[189] Mouchenik, Y., Feldman, M., & Moro, M.-R. (2013). Les « enfants cachés », survivants de la Shoah. Traumatismes et deuils. Études rétrospectives. *L'information psychiatrique*, *89*(7), 523-532.

[190] Moussaoui, A. (2004). La politique de l'injure. Une décennie meurtrière en Algérie. *Revue des mondes musulmans et de la Méditerranée*, *103*(104), 165-179.

[191] Mucchielli, L. (2008). Une société plus violente ? *Déviance et Société*, *32*(2), 115-147.

[192] Mucchielli, L., & Renneville, M. (1998). Les causes du suicide : Pathologie individuelle ou sociale ? Durkheim, Halbwachs et les psychiatres de leur temps (1830-1930). *Déviance et société*, *22*(1), 3-36.

[193] Munier, V. (2005). Quelques réflexions autour du tabou et du suicide. *Cahiers de psychologie clinique*, (22), 171-184.

[194] Murphy, R. (1993). *Vivre à corps perdu : Le témoignage et le combat d'un anthropologue paralysé*. Paris : Presses Pocket.

[195] Nahoum-Grappe, V. (2002). Anthropologie de la violence extrême : Le crime de profanation. *Revue internationale des sciences sociales*, *174*(4), 601-609.

[196] Nepon, J., Belik, S.-L., Bolton, J., & Sareen, J. (2010). The relationship between anxiety disorders and suicide attempts : Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depression and Anxiety*, *27*(9), 791-798.

[197] Neuilly, M.-T. (2008). *Gestion et prévention de crise en situation post-catastrophe : Prise en charge des traumatismes collectifs*. Belgique : De Boeck Supérieur.

[198] OMS. (1986). Charte d'Ottawa 1986. Promotion de la santé.

[199] OMS. (2001). Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs.

[200] OMS. (2011). *Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays : rapport du Secrétariat*. Genève.

[201] OMS. (2012). *Statistiques sanitaires mondiales 2012* (p. 178). Genève.

[202] Oquendo, M., Brent, D. A., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Mann, J. J. (2005). Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression : Factors mediating the association with suicidal behavior. *Am J Psychiatry*, *162*.

[203] Oquendo, M., Brent, D. A., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Mann, J. J. (2005). Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(3), 560-566.

[204] Orbach, I., Mikulincer, M., Gilboa-Schechtman, E., & Sirota, P. (2003). Mental Pain and Its Relationship to Suicidality and Life Meaning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *33*(3), 231-241.

[205] Orsillo, S. M., Heimberg, R. G., Juster, H. R., & Garrett, J. (1996). Social phobia and PTSD in Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, *9*(2), 235-252.

[206] Panagioti, M., Gooding, P. A., Dunn, G., & Tarrier, N. (2011). Pathways to suicidal behavior in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *24*(2), 137-145.

[207] Panagioti, M., Gooding, P. A., & Tarrier, N. (2012a). A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality : the role of comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(7), 915-930.

[208] Panagioti, M., Gooding, P. A., & Tarrier, N. (2012b). Hopelessness, defeat, and entrapment in posttraumatic stress disorder : Their association with suicidal behavior and severity of depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *200*(8), 676-683.

[209] Patel, V., Araya, R., de Lima, M., Ludermir, A., & Todd, C. (1999). Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science & Medicine (1982)*, *49*(11), 1461-1471.

[210] Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, *81*(8), 609-615.

[211] Pechikoff, S. (2005). L'événement AZF ou la solidarité à l'épreuve de la tiercéité. In J. Furtos & C. Laval, *La santé mentale en actes* (p. 109-115). Toulouse : Érès.

[212] Peter, H.-B., & Mösli, P. (2003). *Suicide : La fin d'un tabou ?* (Vol. 1). Genève : Labor et Fides.

[213] Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2011). Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States : Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*(3), 456-465.

[214] Pignol, P. (2011). *Le travail psychique de victime : Essai de psycho-victimologie*. Thèse de doctorat, Université Rennes 2.

[215] Porot, A. (1996). *Manuel alphabétique de psychiatrie* (7e éd.). Paris : PUF.

[216] Renard, J.-B. (2012). Gérald Bronner, La pensée extrême. Comment des hommes ordinaires deviennent des fanatiques. *Archives de sciences sociales des religions*, (156), 133-133.

[217] Ringel, E. (1976). The presuicidal syndrome. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *6*(3), 131-149.

[218] Roelandt, J.-L. (2005). La santé mentale en population générale : Images et réalités, une enquête pas comme les autres. *L'Information Psychiatrique*, *81*(4), 285-286.

[219] Roelandt, J.-L. (2012). De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : Bilan actuel et pistes d'évolution. *L'information psychiatrique*, *86*(9), 777-783.

[220] Roelandt, J.-L., Caria, A., Anguis, M., Benoist, J., Bryden, B., & Defromont, L. (2003). La santé mentale en population générale : Résultats de la première phase d'enquête 1998- 2000. *L'Information Psychiatrique*, *79*(10), 867-878.

[221] Roelandt, J.-L., Caria, A., Defromont, L., Vandeborre, A., & Daumerie, N. (2010). Representations of insanity, mental illness and depression in general population in France. *L'Encéphale*, *36*(3), 7-13.

[222] Roelandt, J.-L., & Staedel, B. (2016). *Médiateurs de santé pairs, un programme ambitieux, novateur et polémique !* Montrouge : Doin - John Libbey Eurotext.

[223] Roisin, J. (2010). *De la survivance à la vie : Essai sur le traumatisme psychique et sa guérison*. Paris : PUF.

[224] Rouillon, F. (2008). Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *166*(1), 63-70.

[225] Roy, S. (2008). De l'exclusion à la vulnérabilité : Continuité et rupture. In V. Châtel & S. Roy, *Penser la Vulnérabilité : Visages de la Fragilisation du Social* (p. 13-34). Québec : PUQ.

[226] Ruiz, C., & Kurkdjian, L. (2007). La santé mentale en population générale : Images et réalités. *L'information psychiatrique*, *83*(10), 821-826.

[227] Sartorius, N., Jablensky, A., & Shapiro, R. (1978). Cross-cultural differences in the short-term prognosis of schizophrenic psychoses. *Schizophrenia Bulletin*, *4*(1), 102-113.

[228] Scruggs, J. C., & Swerdlow, J. L. (1985). *To Heal a Nation : The Vietnam Veterans Memorial* (1st edition). New York : Harpercollins.

[229] Seca, J.-M. (2010). *Les représentations sociales* (2e éd.). Paris : Armand Colin.

[230] Selye, H. (1950). Stress and the General Adaptation Syndrome. *British Medical Journal*, *1*(4667), 1383-1392.

[231] Shea, S. C., Terra, J.-L., & Séguin, M. (2008a). *Evaluation du potentiel suicidaire- Comment intervenir pour prévenir*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

[232] Shneidman, E. S. (2000). *Le tempérament suicidaire : Risques, souffrances et thérapies*. Paris : De Boeck.

[233] Sidhoum, M. A., Arar, F., Bouatta, C., Khaled, N., & Elmasri, M. (2002). Terrorism, Traumatic Events and Mental Health in Algeria. In J. D. Jong (Éd.), *Trauma, War, and Violence : Public Mental Health in Socio-Cultural Context* (p. 367-404). Netherlands : Joop De Jong.

[234] Sontag, S. (2003). *Devant la douleur des autres*. Paris : Christian Bourgois Editeur.

[235] Souaïdia, H. (2001). *La Sale Guerre*. Paris : Gallimard.

[236] Spiers, E., & Combaluzier, S. (2009). Stigmatisation perçue en fin d'hospitalisation et réinsertion sociale de sujets malades mentaux. *Recherche en soins infirmiers*, (97), 98-103.

[237] Stora, B. (2001). *La guerre invisible. Algérie, années 90*. Paris : Les Presses de Sciences Po.

[238] Surault, P. (2005). Milieu social et santé mentale : Représentations, stigmatisation, discrimination. *L'Information Psychiatrique*, *81*(4), 313-324.

[239] Tamzali, W. (2009). *Une femme en colère : Lettre d'Alger aux Européens désabusés*. Paris : Gallimard.

[240] Tarrier, N., Khan, S., Cater, J., & Picken, A. (2007). The subjective consequences of suffering a first episode psychosis : Trauma and suicide behaviour. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*(1), 29-35.

[241] Tessier, L. (2012). Monuments et films-monuments. *Sociologie de l'Art*, *OPuS 7*(2), 107-144.

[242] Thomas, L. V. (1980). *Le cadavre : De la biologie à l'anthropologie*. Bruxelles : Complexe.

[243] Thompson, A. H., Dewa, C. S., & Phare, S. (2012). The suicidal process : Age of onset and severity of suicidal behaviour. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(8), 1263-1269.

[244] Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M., & INDIGO Study Group. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia : A cross-sectional survey. *Lancet*, *373*(9661), 408-415.

[245] Tremblay, M. A., Trudel, F., Charest, P., & Breton, Y. (1995). *La construction de l'anthropologie québécoise : Mélanges offerts à Marc-Adélard Tremblay*. Québec : Presses Université Laval.

[246] Troister, T., & Holden, R. R. (2010). Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality : A test of Shneidman's theory of suicide. *Personality and Individual Differences*, *49*(7), 689-693.

[247] Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Epstein, R. S., Crowley, B., Vance, K., Kao, T. C., & Baum, A. (1999). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *The American Journal of Psychiatry*, *156*(11), 1808-1810.

[248] Vaiva, G., Ducrocq, F., Jehel, L., Genest, P., Duchet, C., Omnes, C., … Roelandt, J.-L. (2007a). Psychotraumatismes et risque suicidaire en France : Prévalences croisées dans l'enquête SMPG. *Revue francophone du stress et du trauma*, *7*(2), 69-77.

[249] Vaiva, G., Ducrocq, F., Jehel, L., Genest, P., Duchet, C., Omnes, C., Roelandt, J.-L. (2007b). Psychotraumatismes et risque suicidaire en France : Prévalences croisées dans l'enquête SMPG. *Revue francophone du stress et du trauma*, *7*(2), 69-77.

[250] Van Gennep, A. V. (2011). *Les rites de passage*. Paris : Editions A&J Picard.

[251] Van Vyve, M. (1951). La mort volontaire. *Revue Philosophique de Louvain*, *49*(21), 78-107.

[252] Vandevoorde, J. (2013). *Psychopathologie du suicide*. Paris : Dunod.

[253] Vandevoorde, J. (2016). Les modèles théoriques du passage à l'acte suicidaire. *Psycho Sup*, 49-77.

[254] Vandevoorde, J., & Estano, N. (2015). Contexte préparatoire et comportement de prédisposition dans les gestes violents d'apparence impulsive :

[255] Evaluation des éléments de planification et de préméditation. *La Revue de Médecine Légale*, *6*(1), 11-19.

[256] Vanistendael, S. (2010). *Humour et résilience : le sourire qui fait vivre*. Paris : Érès.

[257] Vidal, C. (2004). La commémoration du génocide au Rwanda. *Cahiers d'études africaines*, *44*(175), 575-592.

[258] Vittorio, P. D. (2014). La psychiatrie et la santé mentale à l'épreuve du DSM. *Déviance et Société*, *38*(1), 103-121.

[259] Waintrater, R. (2003). *Sortir du génocide : Témoigner pour réapprendre à vivre*. Paris : Payot.

[260] Walter, M., & Tokpanou, I. (2003). Identification et évaluation de la crise suicidaire. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *161*(2), 173-178.

[261] Welzer, H., & Lortholary, B. (2007). *Les exécuteurs: Des hommes normaux aux meurtriers de masse*. Paris : Gallimard.

[262] Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior : Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, *12*(4), 189-201.

[263] WHO. (2004). *Guide des politiques et des services de santé mentale : La situation de la santé mentale* (p. 47). Genève: World Health Organization.

[264] Wilcox, H. C., Storr, C. L., & Breslau, N. (2009). Posttraumatic stress disorder and suicide attempts in a community sample of urban american young adults. *Archives of General Psychiatry*, *66*(3), 305-311.

[265] Xiberras, M. (1994). *Les théories de l'exclusion*. Paris : Armand Colin.

[266] Yous, N., & Mellah, S. (2000). *Qui a tué à Benthala ?* Paris : La Découverte.

[267] Zarka, Y. C. (2014). Le pardon de l'impardonnable. *Archives de Philosophie*, *Tome 77*(3), 435-447.

Article de presse

[1] Addi, L. (2006, avril). En Algérie, du conflit armé à la violence sociale. *Le Monde diplomatique*, p. 6-7 : http://www.monde-diplomatique.fr.

[2] AFP. (2004, août 4). Le désespoir pousse de nombreux jeunes au suicide en Kabylie : https://www.sfapsy.

[3] Boudarène, M. (2007). Suicide, toxicomanie, émeutes, harraga, jeunesse et désespérance. *El Watan* : http://www.elwatan.com.

[4] Mellal, N. (2005, juin 16). « Comment j'ai été violée par un terroriste » *El Watan* : www.djazairess.com.

[5] Boudarène, M. (2012, Juin 06). Psychiatre, un métier périlleux mais exaltant (1re partie). http://www.djazairess.com.

[6] CISA. (2009). Entre répression et manipulations : Le courageux combat des syndicats autonomes algériens. *Algeria-Watch* : http://www.algeria-watch.org.

[7] Guillot, C. (2005). Photographie : l'encombrante. *Le Monde*.

[8] Guerroua, K. (2012, Juin 12). Le monologue d'un harrag désabusé | Opinion. *Le Matin d'Algérie*. http://www.lematindz.net.

[9] Hamidache, N. (2006, âout). Plus de 26.000 malades recensés en 2005. *L'Expression* : http://www.lexpressiondz.com.

[10] Kacha. (2009, mai 25). Psychiatrie, santé mentale et Société en Algérie. *Le Soir d'Algérie* : http://www.lesoirdalgerie.com.

[11] Lassale, G. (2010, mars 8). Violées par les intégristes, abandonnées par l'Etat algérien. *El Watan* : http://www.elwatan.com.

[12]Smith, S. (2003). Un tremblement de terre meurtrier dévaste Alger et sa région. *Le Monde*.

Vidéos et documentaires

[1] Bentalha, autopsie d'un massacre : https://youtu.be/PLc9OmVif9M

[2] Algérie - La nuit des tueurs : https://youtu.be/9r2Q6X4UJUc

Index

A

Algérie · 8, 20, 24, 27, 28, 29, 37, 38, 45, 46, 50, 51, 53, 65, 66, 95, 96, 107, 116, 118, 121, 127, 129, 130, 135, 154, 155, 157, 159, 162, 164, 165, 172, 194, 217, 228, 230, 235, 330
APA · 19, 77, 81, 85

B

Bentalha · 17, 100, 102, 117, 130, 131, 132

C

Centre Collaborateur de l'OMS · 4, 19, 26, 28, 37, 55, 59

D

DSM-V · 18, 19, 64, 80, 83, 84, 86

F

FIS · 19, 98, 99, 112
Freud · 26, 50, 72, 73, 74, 75, 88, 92, 114, 123, 141, 162, 163

M

Mahfoud Boucebci · 9, 20, 21, 28, 32, 55, 59, 106, 330, 331
MINI · 17, 18, 20, 21, 29, 64, 66, 67, 182, 193, 196, 197, 204, 205, 206, 211, 219, 330, 331

O

OMS · 9, 19, 20, 24, 29, 34, 36, 37, 46, 51, 55, 59, 60, 61, 69, 148, 189, 192, 217, 219, 238, 330

P

Pratique religieuse · 212
Primo Levi · 95, 118
PTSD · 9, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 28, 29, 30, 67, 70, 77, 78, 79, 80, 81, 84, 85, 86, 156, 157, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 224, 225, 226, 228, 230, 232, 233, 237, 330, 331

R

Réconciliation Nationale · 19, 111, 120, 126, 129
Risque suicidaire · 16, 183, 188, 209, 219, 221, 222, 223, 225, 226

S

Shneidman · 146, 147, 157, 166
Suicide · 19, 138, 144, 154, 156, 182, 186, 188, 233
Survivance · 113

T

Témoignage · 112
Terrorisme · 19, 116, 121

Glossaire

Termes	Définitions
APA	Association de psychiatrie américaine regroupant 36 000 membres. Elle a pour mission le diagnostic, le traitement et la prévention des troubles mentaux.
Base de données SMPG	Fichier informatique regroupant les données issues de l'enquête SMPG.
Centre Collaborateur de l'OMS-Lille	Organisme francophone qui effectue des activités de soutien en faveur des programmes de l'OMS.
Charge de morbidité	Indice calculé par l'OMS pour donner une image complète de l'état de santé mondial par l'utilisation des années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI, DALY en anglais : disability-adjusted life years).
Collecte des données	Phase d'une enquête au cours de laquelle le chercheur recueille des informations relatives à son objet de recherche (ex : suicide).
Donnée	Tout élément ou combinaison d'éléments collectés et enregistrés au cours de l'étude.
DSM-V	Cinquième édition du manuel publié par l'APA (American Psychiatric Association) permettant de décrire et de classifier les troubles mentaux. DSM signifie *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
Échantillon représentatif	Sous-ensemble de la population mère qui est constitué par sondage aléatoire (tirage au sort) où tous les individus issus de la population globale ont la même probabilité d'être sélectionnés.
Épidémiologie	Étude de la distribution des phénomènes étudiés selon des facteurs (individuels et extérieurs) dans des populations sélectionnées.
Événement traumatique	Situation « stressante » qui suscite le sentiment de peur et d'impuissance selon le DSM-V.
Facteur de risque	Situation sociale, économique, politique liée à une maladie donnée.
FIS	Front islamique du salut, parti politique algérien fondé en 1989, militant pour la création d'un État islamique en Algérie.
Guerre civile algérienne	Violence politique provoquée par l'annulation du second tour des élections législatives remportées par le FIS et la dissolution de ce parti politique.

Hôpital psychiatrique Mahfoud-Boucebci	Établissement hospitalier spécialisé de psychiatrie situé à Chéraga dans la banlieue Ouest d'Alger.
Madone de Bentalha	Photo d'une victime du massacre de Bentalha prise à l'hôpital de Zmirli près d'Alger.
Massacre de Bentalha	Le Groupe Islamiste Armée (GIA) a massacré les habitants de Bentalha dans la nuit du 22 au 23 septembre 1997 pendant la guerre civile algérienne.
MINI	*Mini International Neuropsychiatric Interview*. Questionnaire explorant les dix-sept troubles psychiatriques en 120 questions.
OMS	Organisation mondiale de la santé. Organisme international créé en 1948 qui se charge de coordonner les activités internationales relatives aux problématiques sanitaires à l'échelle mondiale.
Politique de santé publique	Ensemble des choix stratégiques permettant de définir les champs d'intervention ainsi que les objectifs à atteindre.
Politique sanitaire	Processus qui relève de la politique interne du pays en donnant la possibilité de définir les priorités et les stratégies d'action en fonction des besoins sanitaires des individus.
Prévention de la maladie	Stratégie pour lutter contre la maladie et les conséquences qui en résultent.
Programme de santé publique	Ensemble d'actions et de stratégies en vue de promouvoir la santé (ex : programme tuberculose).
Promotion de la santé	Processus d'amélioration de la santé des individus.
Protocole de l'étude	Documents regroupant des informations relatives à la réalisation et à la publication des résultats issus d'une enquête.
PTSD	*Posttraumatic Stress Disorder*. Trouble psychologique qui s'observe à la suite d'une exposition à une situation qualifiée de « traumatisante ».
Représentations sociales	Modalité de pensée qui sous-tend des attitudes, opinions, croyances et des valeurs en rapport avec un objet donnée (ex : maladie mentale).
Risque suicidaire	Probabilité de se suicider chez un individu.
Santé mentale	État de bien-être individuel et collectif.
Santé publique	Notion sociale et politique. Elle a pour objectif d'améliorer la qualité de vie à des populations entières, par la promotion de la santé, la prévention de la maladie et d'autres types d'intervention sanitaire.

Société de Psychiatrie Algérienne	Créée en 1998 par le Pr. Kacha et le Pr. Belaid pour promouvoir la santé mentale en Algérie.
Souffrance psychologique	État de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental.
Stigmatisation	Désapprobation ou dénigrement moral des personnes qui possèdent un attribut discréditant (handicap, maladie, pauvreté, etc). Ces dernières ne sont pas considérées comme des humains à part entière.
Suicidologie	Discipline qui a pour objectif l'étude scientifique des comportements suicidaires.
Traitement des données	Ensemble d'opérations réalisées en vue de l'exploitation des informations recueillies.
Trouble mental	Ensemble de symptômes associés à une perturbation de la sphère cognitive, émotionnelle et comportementale de la personne. Plusieurs troubles sont répertoriés dans deux classifications internationalement reconnues : la CIM-10 et le DSM-V

Annexe A.

Questionnaire d'enquête SMPG

Pays	n° 10
Centre	n° 1
Enquêteur	n°
Sujet	n°

GROUPE DE RECHERCHE EN SANTÉ MENTALE

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE MULTICENTRIQUE

LA SANTÉ MENTALE EN POPULATION GÉNÉRALE : IMAGES ET RÉALITES

Centre : **ALGER - CHERAGA**

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE

Version bilingue français – arabe

08/05/2003

HOPITAL MAHFOUD BOUCEBCI - CHERAGA

INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE - ALGER

CENTRE COLLABORATEUR FRANÇAIS DE L'OMS – LILLE

QUESTIONNAIRE SUR LES REPRESENTATIONS
DE LA FOLIE, LA MALADIE MENTALE ET LA DEPRESSION.

A LIRE A L'ENQUÊTE

Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux connaître l'idée que chacun peut se faire de la maladie mentale, de la folie, de la dépression et de la manière dont on peut les soigner.
Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. Le mieux est de donner la réponse qui vous vient à l'esprit en premier. Si vous hésitez entre deux réponses, choisissez celle dont vous vous sentez le plus proche.
Il est important que vous répondiez à toutes les questions qui suivent.

حضرنا هذه الأسئلة باش نتعرف مليح واش هو المعنى اللي يعطوه الناس للمرض العقلي ؛ الهبالْ، الانهيار العصبي la dépression أو الاكتئاب و كيف أش نعالج هم . ما كنش هن جواب صحح و لا جواب خاطئ. الأفضل أنك تَعْطي الجواب الأول اللي يظهر في بالك. وإذا اخترت بين ا جابتين خيرْ الجواب اللي هو أقرب لرأيك. من المهم جدًا أنك تجاوب على جميع الأسئلة الآتية

ENTOURER L'ORDRE DE PASSATION DES QUESTIONS A, B, C (a, b, c, d, e ou f)
APRES VERIFICATION SUR LA FEUILLE DE ROUTE.

a	A	1	b	A	1	c	A	2	d	A	2	e	A	3	f	A	3
	B	2		B	3		B	1		B	3		B	1		B	2
	C	3		C	2		C	3		C	1		C	2		C	1

NOTER DANS LA CASE CORRESPONDANTE, L'ORDRE DANS LEQUEL SONT **POSEES** LES QUESTIONS A, B, C.

A ☐

Selon vous, qu'est ce qu'un fou ?

على حسب رأيك واش معنى إنسان مهبُول

NOTER :……
……
……

B ☐

Selon vous, qu'est ce qu'un malade mental ?

على حسب رأيك واش معنى إنسان مريض عقلي

NOTER :……
……
……

C ☐

Selon vous, qu'est ce qu'un dépressif ?

« dépression » « diprimi » يعني إنسان مصاب بانهيار عصبي على حسب رأيك واش معنى

NOTER :……
……
……

1 COCHEZ UNE SEULE REPONSE PAR QUESTION EN A- B- C

	Selon vous, quelqu'un qui : على حسبك واحد اللي رآه	A				B		C	
		Fou مهبول	**Malade Mental** مريض عقلي	**Dépressif** منهار *diprimi*	**Aucun des trois** حتى وحد من هم	**Normal** عادي	**Anormal** غيرعادي	**Dangereux** خطيرا	**Peu dangereux** شوية **خطير**
1a	- pleure souvent, et est qui la plupart du temps triste est : يبكي قريب ديما الوقت حزين هو واكثرمن	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1b	- tente de se suicider est : يحاول ينتحر يعني يقتل روح هو	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1c	- prend régulièrement des drogues : (cannabis, héroïne, cocaïne, etc.…) est : يأخذ قريب ديما المخدرات(كم الشيره او الكشيات، الغبرة) هو	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1d	- boit régulièrement des boissons alcoolisées est : يشرب ديما المشروبات الكحولية (الشراب) هو	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1e	- bat régulièrement son mari ou sa femme ou ses enfants est: يضرب قريب ديمًا الزوج أو الزوجة أنتاعو أوالأولاده هو	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1f	- est violent envers les autres et les objets est : عنيف مع الآخرين أو الأشياء هو	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1g	- est violent envers lui-même est : عنيف مع روحُ هو	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1h	- délire, hallucine est : يهترف ويتخيل هو	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1i	- est déficient intellectuel, attardé est : متخلف عقلي أو بهلول هو	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

COCHEZ UNE SEULE REPONSE PAR QUESTION EN A- B- C

	Selon vous, quelqu'un qui : على حسبك واحد اللي رآه	A Fou مهبول	Malade mental مريض عقلي	Dépressif منهار *diprimi*	Aucun des trois حتى وحد من هم	B Normal عادي	Anormal غير عادي	C Dangereux خطيرا	Peu dangereux شوية خطيرا
1j	- fait des crises, des convulsions est : (chute, tremblements,bave,évanouissement,…) يتكريز و يتخبط هو (يطيح، يرعش، عنده رغاوي، يتنسرع) هو	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1k	- a un comportement bizarre est: عندُ تصرفات غريبه هو	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1l	- a un discours bizarre, sans aucun sens est : عندُ كلام غريب بلا معنى هو	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1m	- est négligé, souvent sale est : هامل روحو، دائما موسخ هو	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1n	- est isolé, en retrait, cherche à être seul est : معزول و يحب يكون وحد وهو	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1o	- est anxieux est : مقلق هو	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1p	- commet un viol est : يرتكب تعدي جنسي(يغتصب جنسيا) هو	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1q	- commet un inceste est : يرتكب تعدي جنسي(يغتصب) على أفراد عائلته هو	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1r	- commet un meurtre est : يرتكب قتل هو	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2a – Selon vous, à quoi peut-on reconnaître à première vue :
على حسب رأيك كيفاش نقدر نعرف في النظرة الأولى

COCHER AU MAXIMUM 2 REPONSES PAR QUESTION

Codage

a- Un fou ?
NOTER :.....
الإنسان المهبول ☐ ☐

b- Un malade mental ? *NOTER* :.....
الإنسان مريض عقليا ☐ ☐

c- Un dépressif ?
NOTER :.....
الإنسان المصاب بالانهيار العصبي يعني "*diprimi* ☐ ☐

	OUI	NON
3a – Selon vous, un fou est-il responsable de ses actes ? على حسب رأيك ، هل المهبول مسئول على تصرفاتو	☐	☐
3b – Selon vous, un malade mental est-il responsable de ses actes ? على حسب رأيك ، هل المريض عقليا مسئول على تصرفاتو	☐	☐
3c – Selon vous, un dépressif est-il responsable de ses actes ? على حسب رأيك، هل الشخص اللي حدث لو انهيار عصبي مسئول على تصرفاتو *diprimi*	☐	☐
4 a – Selon vous, un fou est-il responsable de sa folie ? على حسب رأيك ،الإنسان المهبول هو السبب في هبا لو	☐	☐
4b – Selon vous, un malade mental est-il responsable de sa maladie ? على حسب رأيك ، الإنسان المريض عقليا هو سبب في مرضه	☐	☐
4c – Selon vous, un dépressif est-il responsable de sa dépression ? على حسب رأيك ، الشخص المصاب بالانهيار العصبي هو سبب في هذا الانهيار *diprimi*	☐	☐
5a – A votre avis, un fou sait-il qu'il est fou ? على حسب رأيك ، الشخص المهبول عارف بلي رآه مهبل	☐	☐
5b – A votre avis, un malade mental sait-il qu'il est malade mental ? على حسب رأيك، المصاب بالمرض العقلي عارف بلي رآه مريض	☐	☐
5c - A votre avis, un dépressif sait-il qu'il est dépressif ? على حسب رأيك، الإنسان اللي عنده انهيار عصبي عارف بلي رآه منهار *diprimi*	☐	☐
6a – A votre avis, est-ce qu'un fou souffre ? على حسب رأيك، الشخص المهبول يتألم(اسوفري)	☐	☐
6 b – A votre avis, est-ce qu'un malade mental souffre ? على حسب رأيك، المريض عقليا يتألم (اسوفري)	☐	☐
6 c – A votre avis, est-ce qu'un dépressif souffre ? على حسب رأيك، المصاب بانهيار العصبي يتألم(اسوفري) *diprimi*	☐	☐

	OUI	NON
7a – A votre avis, est-ce que la famille d'un fou souffre ? على حسب رأيك، عائلة الشخص المهبول تتألم(تسوفري)	☐	☐
7b – A votre avis, est-ce que la famille d'un malade mental souffre ? على حسب رأيك، عائلة المصاب بمرض عقلي تتألم (تسوفري)	☐	☐
7c – A votre avis, est-ce que la famille d'un dépressif souffre ? على حسب رأيك، عائلة المصاب بالانهيار العصبي تتألم (سوفري) *Diprimi*	☐	☐
8a – Selon vous, un fou est-il exclu de sa famille ? على حسب رأيك، هل الشخص المهبول يتهمش من طرف عائلته	☐	☐
8b – Selon vous, un malade mental est-il exclu de sa famille ? على حسب رأيك، هل المريض عقليا من يتهمش طرف عائلته	☐	☐
8c – Selon vous, un dépressif est-il exclu de sa famille ? على حسب رأيك، هل المنهار عصبيا من يتهمش طرف عائلته *Diprimi*	☐	☐
9b-Selon vous, un malade mental est-il exclu de son travail ? على حساب رأيك، المريض عقليا يطرد من خدمت	☐	☐
9c-Selon vous, un dépressif est-il exclu de son travail ? على حساب رأيك، الشخص المنهار عصبيا يطرد من *Diprimi*	☐	☐
10b-Selon vous un malade mental est-il exclu de la société ? في رأيك، المريض عقليا يتهمش من المجتمع	☐	☐
10c-Selon vous un dépressif est-il exclu de la société ? في رأيك، المنهار عصبيا يتهمش من المجتمع *Diprimi*	☐	☐

CODER AU MAXIMUM 2 REPONSES PAR QUESTION

11- Selon vous qu'est-ce qui peut rendre في رأيك، واش اللي يجعل الإنسان	*codage*	
a - fou : *NOTER* : …… مهبول	☐	☐
b- malade mental : *NOTER* :…… مريض عقليا	☐	☐
c - dépressif : *NOTER* : …….. منهار عصبيا *Diprimi*	☐	☐
12- Selon vous, est-il possible de soigner : في رأيك، هل ممكن نعالج	**OUI**	**NON**
a- un fou sans médicament ? شخص مهبول بلا أدوية	☐	☐
b- un malade mental sans médicament ? المصاب بمرض عقلي بلا أدوية	☐	☐
c- un dépressif sans médicament ? *diprimi* المصاب بانهيار عصبي بلا أدوية	☐	☐

13- Selon vous est-il possible de guérir :

في رأيك، هل نقدر نبري

a- un fou ? ☐ ☐ شخص مهبول

b- un malade mental ? ☐ ☐ الشخص المصاب بمرض عقلي

c- un dépressif ? *diprimi* ☐ ☐ الشخص ا لمصاب بانهيار عصبي

14- Est-il possible de guérir complètement, totalement :

في رأيك، هل يمكن نبري تماما وكليا

a- un fou ? ☐ ☐ شخص مهبول

b- un malade mental ? ☐ ☐ شخص مريض عقليا

c- un dépressif ? *diprimi* ☐ ☐ شخص مصاب بانهيار عصبي

	OUI	NON
15 a - Un fou peut-il guérir tout seul ? هل ممكن يبرى المهبول وحد و	☐	☐
15 b - Un malade mental peut-il guérir tout seul ? هل ممكن يبرى المصاب بمرض عقلي وحد و	☐	☐
15 c - un dépressif peut-il guérir tout seul ? هل ممكن يبرى الإنسان المنهار عصبيا وحد و *diprimi*	☐	☐

16- Pensez vous que l'on doit soigner :

هل تضن لأزم علينا نعالج

a- Un fou qui ne le veut pas ? ☐ ☐ المهبول اللي يرفض العلاج

b- Un malade mental qui ne le veut pas ? ☐ ☐ المريض العقلي اللي يرفض العلاج

c- Un dépressif qui ne le veut pas ? ☐ ☐ المنهار عصبيا اللي يرفض العلاج

diprimi

17- Connaissez-vous dans votre entourage quelqu'un qui est (ou a été)

	OUI	NON
هل تعرف واحد قريب لك رآه أو كان		
a- fou ? مهبول	☐	☐

SI OUI, pouvez-vous préciser (ami, famille, voisin, collègue…) :

شكون هو: صديق، العائلة ، جار، زميل في العمل ***codage***

NOTER :…… ☐ ☐

	OUI	NON
b- malade mental ? مريض عقليا	☐	☐

SI OUI, pouvez-vous préciser (ami, famille, voisin, collègue…) :

شكون هو: صديق، العائلة ، جار، زميل في العمل ***codage***

NOTER :..... ☐ ☐

OUI **NON**

c - dépressif ? مصاب بانهيار عصبي ☐ ☐

diprimi

SI OUI, pouvez-vous préciser (ami, famille, voisin, collègue…) :

شكون هو: صديق، العائلة ، جار، زميل في العمل

codage

NOTER :..... ☐ ☐

18- Selon vous, comment peut-on soigner ***codage***

في رأيك كيف أش نقدر نعالج

a- un fou ? :*NOTER* :..... ... الشخص المهبول ☐ ☐

b- un malade mental ? :*NOTER* :..... المريض عقليا ☐ ☐

c- un dépressif ? :*NOTER* :..... المصاب بي انهيار العصبي ☐ ☐

diprimi

19- Selon vous, quels genres de soins sont donnés dans un hôpital ou une clinique psychiatrique ?

في رأيك واش هي أنواع العلاج اللي يتلقاها الشخص المريض في مستشفى و لا عيادة الأمراض العقلية ***codage***

NOTER :..... ☐ ☐

20a- Connaissez-vous d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un fou ? **OUI** **NON**

هل تعرف مواقع خرين يعالج فيهم ا لمهبول من غير مستشفى الأمراض العقلية. إذا تعرف، قول لنا شكونهما ☐ ☐

Codage

SI OUI, lesquels ? *NOTER* :..... ☐☐☐

OUI **NON**

20b- Connaissez-vous d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un malade mental ? ☐ ☐

هل تعرف أماكن خرين يعالج فيهم المصابين بالأمراض العقلية من غير مستشفى الأمراض العقلية. إذا تعرف ، قول لنا شكونهما:

Codage

SI OUI, lesquels ? *NOTER* :..... ☐ ☐ ☐

OUI **NON**

20 c -Connaissez-vous d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un dépressif ? ☐ ☐

هل تعرف أماكن خرين يعالج فيهم المصابين بي لانهيار العصبي: قول لنا شكونهما

diprimi

Codage

SI OUI, lesquels ? *NOTER* :…… ☐ ☐ ☐

21-Conseillerez-vous à un de vos proches qui est : **OUI** **NON**

هل تقدر تنصح واحد قريب ليك

a- fou d'être hospitalisé à l'hôpital psychiatrique ? ☐ ☐
مهبول باش يدخل لمستشفى الأمراض العقلية

b- malade mental d'être hospitalisé à l'hôpital psychiatrique ? ☐ ☐
مريض عقليا باش يدخل لمستشفى الأمراض العقلية

c- dépressif d'être hospitalisé à l'hôpital psychiatrique ? ☐ ☐
منهار عصبيا باش يدخل لمستشفى الأمراض العقلية
diprimi

22-Accepteriez-vous de soigner à la maison un de vos proches qui est :

هل تقبل أنك تعالج في المنزل واحد قريب ليك

a- fou ? مهبول ☐ ☐

b- malade mental ? مريض عقليا ☐ ☐

c- dépressif ? مصاب بانهيار عصبي*diprimi* ☐ ☐

23- Feriez-vous une réunion de famille, avant de prendre une décision, concernant un de vos proches qui est : **OUI** **NON**

هل تدير اجتماع عائلي قبل ما تأخذ قرار يخص واحد قريب ليك يكون

a- fou ? مهبول ☐ ☐

b- malade mental ? مريض عقلي ☐ ☐

c- dépressif ? مصاب بانهيار عصبي*diprimi* ☐ ☐

24-Pensez-vous qu'une famille peut accueillir à nouveau un de ses membres, soigné ou actuellement en traitement, qui a été :

هل تظن بأن العائلة تقدر تستقبل من جديد واحد من أعضائها تعالج ولا ما زل في العلاج و هو:

		OUI	NON
a - fou ?	مهبول	☐	☐
b - malade mental ?	مريض عقليا	☐	☐
c - dépressif ?	مصاب بانهيار عصبي *diprimi*	☐	☐
d - enfant fou ?	طفل مهبول	☐	☐
e - enfant malade mental	طفل مريض عقليا	☐	☐
f - enfant dépressif ?	طفل منهار عصبيا *diprimi*	☐	☐
g - toxicomane ?	مدمن على المخدرات	☐	☐
h - alcoolique ?	سكارجي	☐	☐
i - violeur ?	مغتصب، يهتك عرض بنات الناس	☐	☐

25- A la maison : **OUI** **NON**

في المنزل:

a- si un de vos proches est fou, sa présence est-elle une charge ? ☐ ☐

إذا كان واحد من العائلة مهبول، هل يضايقكم وجودُ بينكم وتعتبروه حمل ثقيل عليكم

b- si un de vos proches est malade mental, sa présence est-elle une charge ? ☐ ☐

إذا كان واحد من العائلة مريض عقليا، هل يضايقكم وجودُ بينكم و تعتبروه حمل ثقيل

c- si un de vos proches est dépressif, sa présence est-elle une charge ? ☐ ☐

إذا كان واحد من العائلة مصاب بانهيار عصبي، هل يضايقكم وجودُ بينكمو تعتبروه حمل ثقيل عليكم

diprimi

26a -Si à la maison, un de vos proches est fou, à partir de quelles situations vous ne le supportez plus et faites appel à une aide extérieure ?

إذا كان عندكم في الدار واحد مهبول واش هو الحد اللي ما تقدر وش تتحملوه وتستنجدوا بمساعدة من خارج البيت

codage

NOTER :……. ☐ ☐

26b -Si à la maison, un de vos proches est malade mental, à partir de quelles situations vous ne le supportez plus et faites appel à une aide extérieure ?

إذا كان عندكم في الدار واحد من العائلة مريض عقليا، واش هو الحد اللي ما تقدر وش تحملوه، و تستنجدوا بمساعدة من خارج البيت

codage

NOTER :……. ☐ ☐

26c -Si à la maison, un de vos proches est dépressif, à partir de quelles situations vous ne le supportez plus et faites appel à une aide extérieure?

إ ذا كان عندكم في الدار واحد من العائلة اللي مصاب بانهيار عصبي واش هو الحد اللي ما تقدروش تتحملوه و تستنجدُ بمساعدة من خارج البيت

codage

diprimi

NOTER :…….. ☐ ☐

27a- Si un de vos proches (famille ou ami) est fou, qui lui dites-vous d'aller voir :

إذا كان واحد قريب لك (من العائلة ولا صديق) مهبول، شكون تقول يروح يشو ف

codage

NOTER :……. ☐ ☐

27b- Si un de vos proches (famille ou ami)est malade mental, qui lui dites-vous d'aller voir :

إذا كان واحد من قريب لك (من العائلة ولا صديق) مريض عقليا، شكون تقول يروح يشوف

codage

NOTER *:*……. ☐ ☐

27c- Si l'un de vos proches (famille ou ami) est dépressif, qui lui dites-vous d'aller voir :

إذا كان واحد قريب ليك (من العائلة ولا صديق) منهار عصبيا

diprimi ، شكون تقولو يروح يشوف

codage

NOTER :……... ☐ ☐

SI LE SUJET N'A PAS D'ENFANT, PASSER A LA QUESTION 28B

28a- Si votre enfant /un de vos enfants a des troubles mentaux, qui allez-vous voir :

إذا كان طفلك و لا واحد من أطفالك عندُ إختلال عقلي، شكون تروح تشوف

codage

NOTER :……. ☐ ☐

OUI NON

28b-Selon vous, les enfants avec des problèmes psychologiques doivent-ils être admis dans les mêmes lieux (crèches, écoles…) que les autres enfants : ☐ ☐

على حساب رأيك، هل الأطفال اللي عندهم مشاكل نفسية نحطّهم في نفس الأماكن (روضة الأطفال *crèche* المدارس) مع الأطفال الآخرين،

28c-Pensez-vous qu'un enfant maltraité peut rester dans sa famille, si cette famille est aidée psychologiquement et socialement ? ☐ ☐

على حساب رأيك الطفل اللي عاملوه معاملة سيئة يقدر يقعد مع عائلته، إذا تلقات هذه العائلة مساعدة نفسية واجتماعية

Imaginez que vous n'êtes pas bien dans votre peau. Vous avez des difficultés dans votre vie. Vous êtes dans une situation de mal-être et de malaise. Vous ne savez plus où vous en êtes. Vous ne comprenez pas ce qui vous arrive… vous êtes mal dans votre tête…

أتصور بلي مراكش تحس روحك مليح و عندك صعوبات في حياتك رآك في وضعية غير لائقة أو ماشي مرتاح، مراكش حتى فاهم واش صرا لك، رآك مبحر، مراكش مليح في راسك

29 – Qui allez vous voir en premier ?

شكون تروح تشوف في الأول ***codage***

NOTER :…… ☐

30 - Concernant la personne que vous allez voir, qu'est-ce qui est le plus important pour vous ?

فيما يخص الشخص اللي تروح تشوفُ، واش هو الشيء الأهم بالنسبة لك ***codage***

NOTER :…… ☐

---

31 - Etes-vous déjà entré(e) dans un hôpital psychiatrique ou un service de psychiatrie ? **OUI** **NON**

هل دخلت قبل هذا اليوم لمستشفى أو مصلحة الأمراض العقلي ☐ ☐

32- Avez-vous déjà pris des médicaments pour les nerfs, pour la tête (tranquillisants, somnifères, antidépresseurs, autres…) ? **OUI** **NON**

قبل اليوم، هل تناولت دوا باش تهدي أعصابك و انتع الرأس(مهدءات منومات ، و غيرها...) ☐ ☐

32a- Si oui, pour quel(s) problème(s) ? ***codage***

واش هو المشكل

NOTER :…… ☐☐☐☐

32b- Quel(s) médicament(s) واش هو دواء ألي شربت

NOTER :……

☐☐☐☐

32c- En prenez-vous encore aujourd'hui ? هل مزال تشربهم اليوم

OUI☐**NON** ☐

32d – Si oui, quel(s) médicament(s) ? ***codage***

إذا نعم، واش من الدواء

NOTER :……

☐☐☐☐

33- Avez-vous déjà été soigné(e) pour folie ? هل تعالجت قبل اليوم على الهبال **OUI☐NON ☐**

33a- SI OUI, comment ? إذا كان نعم، كيف أش ***codage***

NOTER :..... ☐ ☐ ☐ ☐

33b- En avez-vous été satisfait(e) ? هل كنت راضي بهذا العلاج **OUI☐NON ☐**

33c- Actuellement, êtes-vous encore soigné(e) pour folie ? هل مزال تعالج على الهبال **OUI☐NON ☐**

34- Avez-vous déjà été soigné(e) pour maladie mentale ? هل عالجت قبل اليوم على المرض العقلي **OUI☐NON ☐**

34 a –SI OUI, comment ? إذا كان نعم، كيف أش ***codage***

NOTER..... ☐ ☐

34 b- En avez-vous été satisfait(e) ? هل كنت راضي بنتيجة هذا العلاج **OUI☐NON ☐**

34c- Actuellement, êtes-vous encore soigné (e) pour maladie mentale ? هل مزال تعالج على مرض عقلي **OUI☐NON ☐**

35- Avez-vous déjà été soigné(e) pour dépression ? هل عالجت قبل اليوم على الانهيار العصب **OUI☐NON☐**

dépression

35 a- SI OUI, comment ? إذا كان نعم، كيف أش ***codage***

NOTER :..... ☐ ☐

35 b-En avez-vous été satisfait(e) ? هل كنت راضي بنتيجة هذا العلاج **OUI☐NON ☐**

35c- Actuellement, êtes-vous encore soigné (e) pour dépression ? هل مزالك تعالج على الانهيار العصب **OUI☐NON ☐**

dépression

36-Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ? هل عالجت قبل اليوم عن طريق العلاج النفسي **OUI☐ NON☐**

36a- Si oui, la poursuivez-vous encore actuellement ? هل مزال تعالج الآن **OUI☐NON ☐**

Maintenant, pour conclure cette première partie, je voudrais vous demander à nouveau :
قبل ما نختم الجزء الأول من هذه الأسئلة ، نطلب منك من جديد

ENTOURER L'ORDRE DE PASSATION DES QUESTIONS 37A, B, C (a, b, c, d, e ou f)
C'EST LE MEME QU'EN PAGE 2, AU DEBUT DU QUESTIONNAIRE

a	A	1	b	A	1	c	A	2	d	A	2	e	A	3	f	A	3
	B	2		B	3		B	1		B	3		B	1		B	2
	C	3		C	2		C	3		C	1		C	2		C	1

NOTER DANS LA CASE CORRESPONDANTE, L'ORDRE DANS LEQUEL SONT POSEES LES QUESTIONS 37 A, B, C.

37A | | Selon vous, qu'est-ce qu'un fou ?

حسب رأيك واش معنى مهبول

NOTER :.....
.....
.....

37 B | | Selon vous, qu'est –ce qu'un malade mental ?

حسب رأيك واش معنى مريض مصاب بمرض عقلي

NOTER :.....
.....
.....

37 C | | Selon vous, qu'est-ce qu'un dépressif ?

حسب رأيك واش معنى مصاب بانهيار عصبي يعني*diprimi*

NOTER :.....
.....
.....

38- Vous considérez-vous comme :	هل تعتبر نفسك	**OUI**	**NON**
38a - fou ?	مهبول	☐	☐
38b - malade mental ?	مريض عقلي	☐	☐
38c - dépressif ?	منهار عصبي *diprimi_*	☐	☐
38d - aucun des trois ?	حتى واحد منهم	☐	☐

Pays	n° **10**
Centre	n° **1**
Enquêteur	n°
Sujet	n°

MINI

Version définitive 1.0 (AVRIL 2003)
Pour l'enquête « la santé mentale en population générale : images et réalités»

TRADUCTION INCORPOREE

Maintenant, je vais vous poser quelques questions plus personnelles concernant votre santé

الآن رايح نطرح عليك أسئلة شخصية تتعلق أكثر بصحتك

Mini International Neuropsychiatric Interview – Version CIM- 10

Europe : Y. Lecrubier, E. Weiller, L.I Bonora, P. Amorim, J.P. Lepine Inserm U302 – Hôpital de la Salpétrière - Paris
USA : D. Sheehan, J. Janavs, E. Knapp, M. Sheehan, R. Baker, K.H. Sheehen – University of South Florida - Tampa

Tous droits réservés. Ce document ne doit pas être reproduit, tout ou en partie, sans une autorisation écrite préalable des auteurs.

A. EPISODE DEPRESSIF [2 DERNIERES SEMAINES]

A1 **Au cours des deux dernières semaines** :

في السمانتين اللخرين

a Vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux (se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ? **OUI NON**

هل حسيت (ي) روحك حزين (حزينا) مهموم (مهموما) كاره(كارها) طول النهار تقريبً كل يوم يعني

b Aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ? **OUI NON**

هل شعرت قريبْ كل الوقت بلي حاجا ما راهي تحللك أو بلي الحوايج اللي كانوا يعجبك ما عاد وش يهمُك ولا يعجبوك

c Vous sentez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie ?

هل رآك (ي) تحس (ي) بروحك قريب دايما عيان (عيانا) بلا قوة **OUI NON**

SI OUI ≤1 —► DX=NON

A2 Durant ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e)/sans intérêt pour les choses/fatigué(e) :

في السمانتين اللخرين كي تحس (ي) بروحك كاره (كارها) حاجا ما تهمك، عيان (عيانا)

a Votre appétit a-t-il notablement changé ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? **OUI NON**

الشهية نتاعك في ألما كلا تبدلت و لا نقصتْ فلميزان و لا سمنت بلا ما تحاب

b Aviez-vous des problèmes de sommeil (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, hypersomnie) presque toutes les nuits ? **OUI NON**

هل كان عندك مشاكل متعلقا برقاد (النعاس ، الفطن فليل و لا تفطن (تفطني) بكري ولا الرقاد فوق اللازم قريب كل الليالي

c Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e) et aviez-vous du mal à rester en place ? **OUI NON**

هل كنت (ي) تتكلم (تتكلمي) بثقل ولا تمشي بثقل أكثر من العادة و لا بالعكس حسيت (حسيتي) روحك مضطرب (مضطربة) و صعب عليك تقعد (تقعدي) في مكان واحد

d Manquiez-vous de confiance en vous même, ou vous sentiez-vous sans valeur, voire inférieur(e) aux autres ? **OUI NON**

هل كانت تخصك الثقة في نفسك و لا كنت (كنتي) تحس(تحسي) ماعندكش قيما ولا لخرين خير منك

e Vous êtes-vous fait des reproches, ou vous êtes-vous senti(e) coupable ? **OUI NON**

هل لمت روحك أو حسيت زوحك مدنب

f Avez-vous eu du mal à réfléchir ou à vous concentrer, ou aviez-vous du mal à prendre des décisions ? **OUI NON**

هل صعب عليك التفكير و التركيز ، ولا صعب عليك تاخذ (تاخذي) قرارات

g Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ? **OUI NON**

هل جاءوك عدة مرات أفكار سودا، كيم نقول فكرت (فكرتي) أو لو كان نموت خير ولا فكرت (فكرتي) تدير (تديري) حاجا ماشي مليحا في عمرك

DE A1a à A2g, SI OUI ≥4, ENTOURER OUI en DX

	F
DX	3
	2

OUI	NON
—► A3	—► B1

EPISODE DEPRESSIF

A3 SI LE SUJET PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF, POSER :

---

a Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes ayant duré <u>au moins deux semaines</u> où vous vous sentiez déprimé(e) tout en ayant les problèmes dont nous venons de parler ? **—► DX=NON**

في حياتك ، هل قعدت (ي) كاش مرا زوج سمانات على الأقل حست (حسيتي) فيهم روحك كاره(كارها) وأنت (أنتي) تعاني بي المشاكل اللي تكلمنا عليهم

OUI **NON**

b Avant que vous ne vous sentiez déprimé(e) cette fois-ci, vous êtes vous senti(e) bien pendant au moins deux mois ? **OUI** **NON**

قبل ما تشعر (تشعري) بروحك كاره(كارها) هل حسيت (حسيتي) بنفسك مليح (مليحا) مدة شهرين على الأقل

SI A3b= OUI —► DX=OUI
SI A3b= NON—► DX=NON

	F
DX	3
	3

OUI	NON

TROUBLE DEPRESSIF RECURRENT

B. DYSTHYMIE [2 DERNIERES ANNEES]

SI LE SUJET PRESENTE UN TROUBLE DEPRESSIF RECURRENT (DX F33=OUI) —► DX=NON

B1 **Au cours des deux dernières années**, vous êtes-vous senti(e) triste cafardeux (se), déprimé(e), la plupart du temps ? في العامين اللخرين ، حسيت (حسيتي) روحك حزين (حزينا) مهموم(مهموما) كاره(كارها) في اكثريه ا لوقت	**OUI**	**NON**	—► ***DX=NON***
B2 Durant cette période, vous est-il arrivé de vous sentir bien pendant plusieurs semaines ? في هذا المُدة هل شعرت (شعرتي) بروحك مليح(مليحا) مدة أسابيع متتالية	**OUI**	**NON**	—► ***DX=NON***
B3 Depuis que vous vous sentez déprimé(e) la plupart du temps : ملي رآك(ركي) تحس(تحسي) روحك كاره(كارها) في اكثريه الوقت هل			
a Manquez-vous d'énergie ? كانت تخصك ا لطاقة	**OUI**	**NON**	
b Avez-vous des problèmes de sommeil ? (endormissement, réveils nocturnes ou précoces) ? كانت عندك مشاكل متعلقا برقاد(النعاس) نود فليل أو نود بكري قبل من الوقت	**OUI**	**NON**	
c Avait-vous perdu confiance en vous- même, vous vous sentez-vous moins valable que les autres ? فقدت(فقدت) الثقة في نفسك، حسيت بلي لخرين عندهم قيما خير منك	**OUI**	**NON**	
d Avez-vous des difficultés à vous concentrer ? عندك صعوبات في التركيز	**OUI**	**NON**	
e Vous arrive-t-il souvent de pleurer ? تبكي في معظم الأوقات	**OUI**	**NON**	
f Avez-vous perdu l'intérêt ou perdu le plaisir pour les choses qui vous plaisaient auparavant ? الحاجات آلي كانت يعجبوك في السابق ما يهموكش ولا راحت لك الرغبة فيهم	**OUI**	**NON**	
g Vous arrive-t-il souvent de perdre espoir ? غالبًا تفقد الأمل	**OUI**	**NON**	
h Avez-vous souvent l'impression de ne pas pouvoir faire face aux responsabilités de la vie quotidienne? يحدث لك في كثيرمن الأحيان أنك(أنكي) ما تقد رش(تقد ريش) تواجه(تواجهي) مسئوليات الحياة اليومية	**OUI**	**NON**	
i Avez-vous souvent l'impression que votre vie n'a jamais été satisfaisante et que cela ne pourra jamais aller mieux ? شعرت(تي) في أغلب الأحيان بلي حياتك عمرها و لا كانت مرضيا و بلي عمرها و لا تتحسن	**OUI**	**NON**	
j Avez-vous moins d'activités sociales qu'auparavant, avez-vous tendance à rester replié sur vous-même ? نقصت النشاطاتك الاجتماعية علي ما كانت في السابق ، هل رجعت (رجعتي) تميل (تميلي) أن تقعد وحدك مع نفسك	**OUI**	**NON**	
k Parlez-vous moins qu'avant ? رآك (راكي) تتكلم (تتكلمي) اقل من السابق	**OUI**	**NON**	

SI OUI ≥3 EN B3—►DX=OUI

F 3 DX 4 1

OUI **NON** —►**C1**

DYSTHYMIE

C .EPISODE MANIAQUE [VIE ENTIERE]

C1 Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes, ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ? كاش مرا حسيت (ي) بروحك نشط (نشطا) بل بزاف و قافز (قافزا) و تسببت لك هذه الحالة في مشاكل و ألا ناس من محيطك ظنُ بلي ماراكش (ما راكيش) في حالتك العادية	**OUI**	**NON**
C2 Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à crier, voire même à vous battre ? كاش مرا حسيت بروحك ماشي مليح(مليحة) كامل ووصلت (وصلتي) حتى سبيت (سبيتي) الناس أو تعيط (تعيطي) ووصلت(وصلتي) حتى لضرب	**OUI**	**NON**
SI C1 ET C2 COTEES NON —► DX= NON		
C3 L'une de ces périodes a-t-elle duré au moins une semaine ou avez-vous déjà été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ? هل بقيت(بقيت) على هذه الحالة اسبوع على الأقل ولا دخلت(ي) على جال هذا المشاكل للمستشفى	—► **DX=NON** **OUI**	**NON**
C4 Au cours du mois écoulé avez-vous eu ces problèmes ? في الشهرة ألي فات هل صراولك هذا المشاكل اللي تكلمنا عليهم	**OUI**	**NON**
C5 Lorsque vous vous êtes senti(e) plus exalté(e) / plus irritable : كي حسيت (حسيتي) بروحك ناشت(ة) اكثر من العادة مرنك(مرنكة)و مقلق		
a- Aviez-vous besoin d'une telle activité physique que vous ne pouviez rester en place ? هل حسيت بلي لازم لك تتحرك(تتحركي) وما تقد رش(ماتقدريش) تبقى(تبقاي) حابس(حابسة) في مكان واحد	**OUI**	**NON**
b- Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens ne pouvaient vous comprendre ? هل كنت(ي) تتكلم(تتكلمي)بسرعة ولا بزاف حتى ولاو الناس ما يفهموش	**OUI**	**NON**
c- Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ? هل كانت أفكارك تدور بسرعة في رأسك حتى ما تقد رش(ماتقدرتيش) تبعهم (تبعيهم) كما لازم	**OUI**	**NON**
d- Etiez-vous tellement actif (ve) que votre entourage s'inquiétait pour vous ? هل كنت(ت) نشط (نشطة) بزاف حتى لدايرين بيك تحيرو عليك	**OUI**	**NON**
e- Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude ? هل حسيت(ي) بروحك محتاج(محتاجة) للنعاس أقل من العادة	**OUI**	**NON**
f- Aviez-vous le sentiment que vous pourriez faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ? هل شعرت(شعرتي) بلي رآك(راكي) قادر(قادرة) تدير(تديري) حاجات اللي لحرين ما يقدر وش يديروها ، ولا بلي رآك(راكي) إنسان(إنسانة) مهم	**OUI**	**NON**
g- Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ? هل كنت(ي) تغي (تغيسي) بسهولة وأقل شيء يجعلك تنسى(تنساي) واش كنت(ي) تدير (تديري) و لا تخمم	**OUI**	**NON**
h- Certaines activités vous paraissaient-t-elle tellement agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire des achats inconsidérés, conduire imprudemment,…)?	**OUI**	**NON**

هل كانة بعض الحاجات من قوت اللي يعجبوك و لا يغويوك حتى تنسى(تنساي) الأخطار ولا الصعوبات اللي يقدر يصرولك على جلهم (تشري حاجات اللي ما تحتاجهمش(تحتاجيهم) ، تسوق (ي) السيارة بال حذر

i- Vos désirs sexuels étaient-ils si forts que vous aviez une activité sexuelle inhabituelle pour vous ? **OUI** **NON**

هل الرغبات الجنسية نتاعك من قوت اللي كانت كبيرا كنت(ي) تمارس(ي) العلاقات الجنسية بيطريقة غيز معتادة

SI EN C5 OUI ≤ 2 ⟶ DX=NON

SI EN C5 OUI = 3 ET SI C1 = NON ⟶ DX=NON

SI EN C5 OUI > 3, POSER C6

C6 Ces problèmes vous ont-ils gêné dans votre travail ou dans vos relations sociales, ou bien encore ont-ils nécessité une hospitalisation ? **OUI** **NON**

هل هذه المشاكل زعجوك في العمل و لا في العلاقات الاجتماعية نتاعك و لا على جلهم دخلت (دخلتي) حتى للمستشفى

SI C6=OUI ⟶ DX=OUI F

SI C6=NON ⟶ DX=NON DX 3

0

SPECIFIER SI L'EPISODE DECRIT EST ACTUEL OU PASSE

SI C4=OUI COCHER ACTUEL

SI C4=NON COCHER PASSE

OUI	**NON**
EPISODE MANIAQUE	
ACTUEL	*PASSE*
☐	☐

D. AGORAPHOBIE [ACTUELLE]

D1 Etes-vous particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou bien où il est difficile d'avoir une aide, comme :
هل تحس(ي) روحك ماشي مرتاح(مرتاحا) في بعض أماكن و لا كي تكون(تكوني) في وضعية يصعب عليك التخلص منها و لا الخروج منها و لا حتى يصعب عليك تلقى (تلقاي) فيها المساعدة كما:

a Etre dans une foule, ou dans une file d'attente,	تكون(تكوني) في وسط الغاشي ، و لا في لاشان	OUI	NON
b Dans un endroit public,	فى مكان عمومى	OUI	NON
c Loin de votre domicile,	في مكان بعيد على دارك(داركم)	OUI	NON
d Dans l'autobus, le métro, le train ou l'avion,	في الحافلة و لا القطار، الطيارة	OUI	NON
e Ou dans toute autre situation(ascenseur,…) ?	وضعيا وحد خرى كما المصعد (لاسانسور)	OUI	NON

SI OUI ≤1 EN D1 ⟶ DX=NON

D2 Redoutez-vous tellement ces endroits/situations que vous les évitez, ou que vous ressentez un trouble intense lorsque vous devez les affronter ? ⟶ DX=NON
هل تخاف(تخافي) هذه الأماكن و لا الو ضعيات لدرجت أنك تتفاداهم(تتفادايهم) يعني تبعد(ي) عليهم ولا تحس(ي) باضطراب كبير كي تكون ريح (ريحا) تواجهاه
OUI NON

D3 Pensez-vous que ces peurs sont excessives ou déraisonnables ? ⟶ DX=NON
هل تظن (تظني) بلي خوفك هذا كبير اكثر من ا لازم أو غير معقول
OUI NON

D4 Ces peurs vous gênent-elle dans votre travail, vos activités sociales ou quotidiennes, ou bien encore sont-elle la cause d'un trouble intense ? ⟶ DX=NON
هذا الخوف اللي يجئك، يضايقك في خدمتك و نشاطاتك أو في النشاطات الاجتماعية أو اليومية ولا يضايقوك حتى يكون سبب اضطراب كبير
OUI NON

D5 Vous est-il déjà arrivé parce que vous étiez dans l'une de ces situations :
هل صراتلك في هذه الحالة، هذه الأشياء

a De sentir votre cœur battre très fort ?	حسيت(حسيتي) قلبك يخبط بزاف	OUI	NON
b De transpirer ?	تعرق (تعرقي)	OUI	NON
c D'avoir des tremblements ou des secousses musculaires ?	ترعش (ترعشي) و لا حسيت(حسيتي) عضلاتك يتهزو	OUI	NON
d D'avoir la bouche sèche ?	حسيت(حسيتي) فمك ناشف	OUI	NON

SI TOUT EST COTE NON de D5a à D5d ⟶ DX=NON

e D'avoir du mal à respirer	وليت (وليتي) تتنفس(تتنفس) بصعوبة	OUI	NON

f D'avoir l'impression de suffoquer ? حسيت(حسيتي) بلي رايح (رايحة) تتخنق (تتخنقي)	**OUI**	**NON**
g De ressentir une douleur ou une gêne au niveau de la poitrine ? حسيت(ي) بالسطر ولا بضيق في صدرك	**OUI**	**NON**
h D'avoir la nausée ou une gêne au niveau de l'estomac ? جاءك لقيا أو حسيت بلي حبيت(حبيتي) ترد(تردي) و لا حسيت(حسيتي) بحاجا مضايقاتك في المعدة	**OUI**	**NON**
i De vous sentir étourdi(e), pris(e) de vertiges ou sur le point de vous évanouir ? حسيت(حسيتي) بروحك مذهول مدوخ ولا الدنيا تدور بك ولا قريب رايح(رايحا) تنصرع (تنصرعي	**OUI**	**NON**
j D'avoir l'impression que vous même ou les choses qui vous entouraient étaient irréels ? حسيت(حسيتي) كلي انت(ى) و لا الحاجات اللي دايرين بيك ماشي حقيقية و كلي خياليه	**OUI**	**NON**
k D'avoir peur de devenir fou (folle), de perdre le contrôle ou de perdre connaissance ? خفت(حفتي) ترجع(ترجعي) مهبول(مهبولة) ولا ما تقدرش تتحكم في نفسك ولا تتغاشا	**OUI**	**NON**
l D'avoir peur de mourir ? خفت(خفتي) تموت(تموتي)	**OUI**	**NON**
m D'avoir des bouffées de chaleur ou des frissons ? تتطلع لك السخان ولا لحمك يتشوك	**OUI**	**NON**
n D'avoir des engourdissements ou des picotements ? حسيت(حسيتي) لحمك ينمل أ و يغز فيك	**OUI**	**NON**

SI OUI ≥2 EN D5 ▬► DX=OUI

D X F 4 0 . 0

OUI	**NON**
AGORAPHOBIE	

E. TROUBLE PANIQUE [ACTUEL]

E1 Avez-vous fréquemment des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous sentez subitement très anxieux (se), très mal à l'aise ou effrayé(e) dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? —► *DX=NON*

OUI **NON**

هل يجوك قريب ديما أزمات و لا حالات تحس(ي) روحك تمتم مقلق(مقلقة) ما تحسش(ما تحسيش) روحك مليح(مليحا) كامل و لا مخلوع(مخلوعة) و هذا في حالات ولا و ضعيات يكون فيها الكثرة من الناس عاديين

E2 Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles ? —► *DX=NON*

OUI **NON**

بعض هذا الأزمات حتى لو كان صرا ولك عندهم بزاف ما كنتش(ماكونتيش) متوقعهم يصراولك

E3 Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :

في هده الازمات وين حسيت روحك ماشي مليح(مليحة) خلاص

a Votre cœur battait-il très fort ? **OUI** **NON**

هل كان قلبك يخبط بزاف

b Transpiriez-vous ? **OUI** **NON**

هل كنت(كنتي) تعرق(تعرقي)

c Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ? **OUI** **NON**

هل كنت(كنتي) ترعش(ترعشي)

d Aviez-vous la bouche sèche ? هل كان فمك ناشف **OUI** **NON**

SI EST COTE NON DE E3a à E3d—► DX=NON

e Aviez-vous du mal à respirer ? هل كنت(كنتي) تتنفس(تتنفسي) بصعوبة **OUI** **NON**

f Aviez-vous l'impression de suffoquer ?

هل حسيت(حسيتي) بلي رايح(رايحا) تتخنق(تتخنقي) **OUI** **NON**

g Ressentiez- vous une douleur ou une gêne au niveau de La poitrine ?

هل حسيت(حسيتي) بالسطر ولا بضيق في صدر **OUI** **NON**

h Aviez-vous la nausée ou une gêne au niveau de l'estomac ?

هل حسيت(حسيتي) بلي رآك(راكي) رايح(رايحة) تتقيا(تتقياي) و لا حسيت(حسيتي) بلي كاين حاجا مضايقاتك في ا لمعدة **OUI** **NON**

i Vous sentiez-vous étourdi(e),pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?

هل حسيت(حسيتي) بروحك مذهول مدوخ (مذهولا، مدوحة) و لا الدنيا تدور بيك و لا قريب رايح(رايحا) تنصرع(تنصرعي **OUI** **NON**

j Aviez-vous l'impression que vous-même ou les choses qui vous entouraient étaient irréels ? **OUI** **NON**

حسيت(حسيتي) كلي انت(ى) و لا الحاجات اللي دايرين بيك ماشي حقيقية و كلي خياليه

k Aviez-vous peur de devenir fou (folle), de perdre le contrôle ou de perdre connaissance ? **OUI** **NON**

هل خفت(خفتي) ترجع(ترجعي) مهبول(مهبولة) ولا تفقد(ي) التحكم في روحك ولا تتغاشا

l Aviez-vous peur de mourir ? هل خفت(خفتي) تموت(تموتي) **OUI** **NON**

m Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ? **OUI** **NON**

هل حسيت بلي تطلع لك السخانة و لا حمى باردة

n Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ? **OUI** **NON**

هل حسيت (ي) بروحك استرخيت(استرخيتي) و لا لحمك ينمل و يغز فيك

SI OUI ≥4 EN E3 —► DX=OUI

F
4
DX 1
.
0

OUI	NON
—►F1	
TROUBLE PANIQUE	

SI LE SUJET PRESENTE UNE AGORAPHOBIE (F40.0=OUI)
UN TROUBLE PANIQUE (F41.0=OUI) —► POSER E4

E4 Vous avez dit être particulièrement mal à l'aise dans certaines situations comme (SITUATIONS CITEES EN D1).
Les crises que nous venons de décrire surviennent- elles uniquement dans ces situations ?
رآك (راكي) قلت(قلتي) بلي في بعض الحالات خاصة تحس(تحسي) بروحك ماشي مرتاح(مرتاحا) كيم الحالات آلي وصفناها ضرك هل يصر أولك هذه الاشياء غير في هذه الحالات.

OUI **NON**

SI E4 = OUI —► DX =OUI

F
4
DX 0
.
0
1

OUI	NON
AGORAPHOBIE avec TROUBLE PANIQUE	

F. PHOBIE SOCIALE [ACTUELLE]

F1 Redoutez-vous d'être soumis(e) à l'attention des autres ou êtes-vous gêné(e) à l'idée d'être humilié(e) dans certaines situations sociales, par exemple, lorsque vous devez prendre la parole devant un groupe de gens, utiliser les toilettes publiques, ou écrire lorsque l'on vous regarde ?
Ou bien encore, évitez-vous de vous trouver dans de telles situations sociales?
هل تخاف(تخافي) يتولهو بك الناس و يخزرو فيك ولا تضايق(تضايقي) كي تفكر(تفكري)بلي رايح(رايحا) تحشم(تحشمي) في بعض الوضعيات كما

نقول راك (راكي) رايح (رايحا) تتكلم قدام جماعة و لا تروح(تروحي) لبيت الراحة العمومي ولا تحشم(ي) كي تكون(تكوني) تكتب(تكتبي) و الناس يخزرو فيك وهل تحاول(تحاولي) بش تتبعد من هذه الوضعيات

—► ***DX=NON***
OUI **NON**

F2 Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ?
هل تظن(تظني) بلي خوفك هذا أكبر من اللازم و لا هوغير معقول

—► ***DX=NON***
OUI **NON**

F3 Cette peur vous gêne-t-elle dans votre travail, vos activités sociales ou quotidiennes, ou bien encore est-elle la cause d'un trouble intense ?
هذا الخوف يضايقك في خدمتك و نشاطات الاجتماعية او اليومية ، أو هي السبب في هل اضطرابات قويه

—► ***DX=NON***
OUI **NON**

F4 Vous est-il déjà arrivé parce que vous étiez dans l'une de ces situations :
هل في هذه الو ضعيات هل صراو لك هذه الأشياء

a De rougir ou de trembler ? وجهك حمار أو وليت ترعش (وليتي ترعشي)	**OUI**	**NON**
b D'avoir peur de vomir ? خفت(خفتي) تتقيا(تتقياي)	**OUI**	**NON**
c De ressentir un besoin urgent d'aller aux toilettes, ou de le redouter ? حسيت(حسيتي) بلي عصرك البول و لازم تروح(تروحي) لبيت الماء في الحين و لا خفت(خفتي) تكون في هذه الحالة	**OUI**	**NON**

SI TOUT EST COTE NON DE F4a à F4c ⟶ DX=NON

F5 Vous est-il également déjà arrivé dans l'une de ces situations :
هل كنت (ي) تحس (تحسي) في هذه الوضعية

a De sentir votre cœur battre très fort ? قلبك يخبط بزاف	**OUI**	**NON**
b De transpirer ? تعرق ؟	**OUI**	**NON**
c D'avoir des tremblements ou des secousses musculaires ? تترعد (تترعدي) و عضلاتك ترعش؟	**OUI**	**NON**
d D'avoir la bouche sèche ? فمك نشف ؟	**OUI**	**NON**

SI TOUT EST COTE NON DE F5a à F5d ⟶ DX=NON

e D'avoir du mal à respirer ? هل كنت(كنتي) تتنفس(تتنفسي) بصعوبة	**OUI**	**NON**
f D'avoir l'impression de suffoquer ? هل حسيت(حسيتي) بلي رايح(رايحا) تتخنق(تتخنقي	**OUI**	**NON**
g De ressentir une douleur ou une gêne au niveau de la poitrine ? حسيت(ي) بالسطر ولا بضيق في صدرك	**OUI**	**NON**
h D'avoir la nausée ou une gêne au niveau de l'estomac ? هل حسيت(حسيتي) بلي رآك(راكي) رايح(رايحة) تتقيا(تتقياي) و لا حسيت(حسيتي) بلي كاين حاجا مضايقاتك في ا لمعدة	**OUI**	**NON**
i De vous sentir étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ? هل حسيت(حسيتي) بروحك مذهول مدوخ (مذهولا، مدوحة) و لا الدنيا تدور بيك و لا قريب رايح(رايحا) تننصرع(تننصرعي)	**OUI**	**NON**
j D'avoir l'impression que vous-même ou les choses qui vous entouraient étaient irréels ? حسيت(حسيتي) كلي انت(ى) و لا الحاجات اللي دايرين بيك ماشي حقيقية و كلي خياليه	**OUI**	**NON**
k D'avoir peur de devenir fou (folle),de perdre le contrôle ou de perdre connaissance ? هل خفت(حفتي) ترجع(ترجعي) مهبول(مهبولة) ولا تفقد(ي) التحكم في روحك ولا تتغاشا	**OUI**	**NON**
l D'avoir peur de mourir ? هل خفت(خفتي) تموت(تموتي)	**OUI**	**NON**

m D'avoir des bouffées de chaleur ou des frissons ? **OUI** **NON**
هل حسيت بلي تطلع لك السخان و لا حمى باردة

n D'avoir des engourdissements ou des picotements ? **OUI** **NON**
لحمك ينمل و لا يغزفيك

SI OUI ≥2 EN F5 ▬► DX=OUI

F
D X 4
0
.
1

OUI	NON
PHOBIE SOCIALE	

G. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF (DEUX DERNIERES SEMAINES)

G1 Au cours des deux dernières semaines, avez-vous souvent eu des pensées déplaisantes qui revenaient sans cesse alors que vous ne le souhaitiez pas, par exemple l'idée que vous étiez sale ou aviez des microbes, ou que vous alliez frapper quelqu'un malgré vous ? **OUI** **NON**
في السمانتين اللخرين هل يجيوك تقريب ديما أفكار ماشي ملاح ماشي حابهم يدور في رأسك ،مثلا حسيت (حسيتي) بروحك موسخ (موسخة) عندك ميكروبات و لا حسيت (حسيتي) بلي رايح (رايحا) تضرب (تضربي) واحد بلا ما تحب (تحبي) ؟
(NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS EXCESSIVES POUR DES PROBLEMES DE LA VIE QUOTIDIENNE, NI DES PREOCCUPATIONS LIEES A UN AUTRE TROUBLE)

G2 Au cours des deux dernières semaines, avez-vous souvent éprouvé le besoin de faire certaines choses sans cesse, sans pouvoir vous en empêcher, comme vous laver les mains, compter ou vérifier des choses sans arrêt ? **OUI** **NON**
في السمانتين اللخرين، هل حسيت (حسيتي) بلي رآك (راكي) محتاج (محتاجا) باش تدير حوايج بلا ما تقدر (تقدري) تمنع (تمنعي) روحك عليها كما مثلا تغسل(تغسلي) يديك ، تحسب (تحسبي) أو تراقب (تراقبي) حاجات دائما؟

Si GI ET G2 COTEES NON ▬► DX=NON

G3 Pensez-vous que ces comportements (/idées) sont le produit de vos propres pensées et qu'ils (/elles) ne vous sont pas imposé(e)s de l'extérieur ? ▬► *DX=NON*
هل تظن (تظني) بلي هذه التصرفات أو الأفكار، جايين من الأفكار نتوعك برك و م لآ مافزوضين عليك من الخارج ؟ **OUI** **NON**

G4 Pensez-vous que ces comportements (/idées) sont déraisonnables, absurdes, ou hors de proportion ? ▬► *DX=NON*
هل تظن (تظني) بلي هذه التصرفات أو الأفكار مشي معقولة و يتعداو الحدود **OUI** **NON**

G5 Essayez-vous, mais sans succès, de résister à certain(e) s de ces comportements (/idées), de les ignorer ou de vous en débarrasser ? ▬► *DX=NON*
هل رآك لكن بلآ ماتنجح تحاول تتغلب على بعض هذه التصرفات (أو الأفكار) و تحاول ما تعطيهاش أهمية أو تتخلص منها ؟ **OUI** **NON**

G6 Ces comportements (/idées) sont-ils (-elles) la cause d'un trouble intense ou bien encore vous gênent-ils (-elles) dans vos activités quotidiennes, votre

travail, ou dans vos relations sociales, ne serait-ce que par la perte de temps occasionnée ? **OUI** **NON**

هل هذه التصرفات (الأفكار) هما اللي يسب بولك اضطراب كبير ولا يزعجوك في خدمتك اليومية و لا في علاقتك الاجتماعية مع الناس و هذا يا لو كان إلا في الوقت اللي تضيعو ؟

SI G6=OUI —► DX=OUI
SI G6=NON—► DX=NON

	F
DX	4
	2

OUI **NON**

TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

H. ANXIETE GENERALISEE (6 DERNIERS MOIS)

NE PAS EXPLORER CETTE SECTION SI LE SUJET PRESENTE UN AUTRE TROUBLE ANXIEUX (F 40.0-OU F41.0 OU F40.01 OU F 40.1 OU F42 SOIT DX = OUI PAGES 22 - 24 – 26 ou 27)

H1 Au cours des six derniers mois, vous êtes-vous senti(e) excessivement inquiet(e), anxieux (se), à propos de plusieurs problèmes de la vie quotidiennes (argent, santé des enfants, finances,…) ? Presque tous les jours ? Plus que la plupart des autres ne l'auraient été ? (ou vous a-t-on dit que vous vous faisiez trop de soucis ?) —► *DX=NON*
OUI **NON**

في الست الشهور اللخرين هل حسيت(ي) بروحك كثرت الأوقاتبزاف متحير (متحيرا) مضطرب (مضطربا) على جال بزاف مشاكل الدنيا (الدراهم، الصحة، للولد المصروف....) ؟ هل يحدث هذا كل يوم ؟ هل يصرا لك هذى أكثر من اللخرين ؟ ولا قال ولك الناس بلي رآك (راكي) تدير (تديري) بزاف الوسواس لعمرك؟

H2 Durant cette période vous est –il souvent arrivé :

في هذه الفترة، هل كنت (ي) تحس (تحسي)

a De sentir votre cœur battre très fort ? **OUI** **NON**
قلبك يخبط بزاف

b De transpirer ? **OUI** **NON**
تعرق ؟

c D'avoir des tremblements ou des secousses musculaires ? **OUI** **NON**
ترتعد (تترعدي) و عضلاتك ترعش؟

d D'avoir la bouche sèche ? **OUI** **NON**
فمك نشف ؟

SI TOUT EST COTE NON DE H2a à H2d —► DX=NON

e D'avoir du mal à respirer ? **OUI** **NON**
تتنفس (ي) بسيف ؟

f D'avoir l'impression de suffoquer ? **OUI** **NON**
رايح (رايحا) تتخنق (ي

g De ressentir une douleur ou une gêne au niveau de la poitrine ? **OUI** **NON**
السطر في صدرك ولا حاجة مضايقتك الصدر ؟

h De ressentir une douleur ou une gêne au niveau de l'estomac ? **OUI** **NON**
السطر و لا مضايقة في المعدة ؟

i De vous sentir étourdi(e), pris(e) de vertige, ou sur le point de vous évanouir ? **OUI** **NON**
مذهول (مذهولا) مدوّ خ (مدوخا) ولا الدنيا تدور بك و لا رايح (رايحا) تنصرع(ي)

j	D'avoir l'impression que vous-même ou les choses qui vous entouraient étaient irréels ? حسيت(حسيتي) كلي انت(ى) و لا الحاجات اللي دايرين بيك ماشي حقيقية و كلي خياليه	**OUI**	**NON**
k	D'avoir peur de devenir fou (folle), perdre le contrôle ou perdre connaissance ? خفت (ي) ترجع (ي) مهبول (مهبولة) و لا ما تقدرش تتحكم على نفسك ولا تتغاشا	**OUI**	**NON**
l	D'avoir peur de mourir ? خفت(ي) تموت (ي)	**OUI**	**NON**
m	D'avoir des bouffées de chaleur ou des frissons ? تشعر (ي) السخانا تطلع لك ولآ حمى باردة ؟	**OUI**	**NON**
n	D'avoir des engourdissements ou des picotements ? لحمك نمل أ و يغز فيك	**OUI**	**NON**
o	D'avoir vos muscles tendus, endoloris ou douloureux ? عضلاتك كلي يابسين، يتسببوا لك الألم و ل ا يوجعك ؟	**OUI**	**NON**
p	D'être agité(e), d'avoir du mal à vous détendre ? متوتر (متوترا) أو يصعب عليك تهدن(تهدني) روحك؟	**OUI**	**NON**
q	D'être tendu(e) ou énervé(e), d'avoir les nerfs à fleur de peau ? متوتر (متوترا) أو زعفان (زعفنة) و كأن أعصبك متشابكين؟	**OUI**	**NON**
r	D'avoir du mal à avaler, l'impression d'une boule dans la gorge ? تصرط (تصرطي) بصعوبة ولا تحس(ي) بحاجه حاصلا في قرزيك ؟	**OUI**	**NON**
s	De sursauter facilement ? تتنخلع بسهوله	**OUI**	**NON**
t	D'avoir des difficultés à vous concentrer sur ce que vous faites, ou des passages à vide ? ما تقدرش (تقدريش) تركز (ي) بالك فلحاجات اللي تدير فهم و لا كلي مخك حبس	**OUI**	**NON**
u	De vous sentir particulièrement irritable ? تحس روحك عصبي	**OUI**	**NON**
v	D'avoir des difficultés à vous endormir à cause de vos soucis ? ما يجيكش الرقاد على جال لهموم ألي تدير ها(تديريهم) في بالك	**OUI**	**NON**

SI OUI ≥ 4 EN H2 ⟶ DX=OUI

F
4
DX 1
.
1

OUI	**NON**
ANXIETE GENERALISEE	

I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE [ACTUEL]

I1 Avez-vous déjà vécu un événement traumatique hors du commun comme un tremblement de terre, un déluge, un attentat, un incendie, ou un accident grave, ou participer à un combat, tuer quelqu'un, ou bien encore avez-vous déjà été victime d'une agression ou d'une tentative de viol ? —► *DX=NON*

هل حدثت لك صدما خارجا على العادة كما: ضربت الزلزلة و لا الطوفان ولا ا اعتداء إجرامي ولا حريق و لا حادث خطير و لا شاركت(تي) في كاش صراع (ضرب) و لا قتلت(قتلتي) ولا كاش ما صرا لك اعتداء و لا محاولة اغتصب، يعني يتعد أو على شرفك

OUI **NON**

I2 Pensez-vous souvent de façon pénible à cet événement, en rêvez-vous, ou avez- vous fréquemment l'impression de le revivre ? —► *DX=NON*

هل رآك(ي) تفكر(تفكري) ديما فهاد الحادث بألم و لا رآك(ي) تنوم (راكي تنومي) و لا رآك (راكي) تحس كلي تعيش(تعيشي) هاذ الحادث من جديد

OUI **NON**

Depuis cet événement :

ملي صرا لك هاذ الحادث:

I3 Evitez-vous tout ce qui pourrait vous rappeler cet événement ? —► *DX=NON*

هل رآك(راكي) تحاول(تحاولي) تبعد(تبعدي) على كل لحاجات آلي يفكروك بهاد الحادث

OUI **NON**

I4 Avez-vous du mal à vous souvenir exactement de ce qu'il s'est passé ? —► *DX=NON*

هل يصعب عليك أن تتفكر بضبط في آلي صرا لك

OUI **NON**

I5 Depuis cet événement, avez-vous constaté que vous aviez changé et notamment actuellement :

ملي صرا لك هاد الحادث، هل رديت (رديتي) البال بليَ تبدلت(تبد لتي) و خاصت الآنَ

a Avez-vous des difficultés à dormir ? هل يجي لك الرقاد بصعوبة	**OUI**	**NON**
b Etes-vous particulièrement irritable, vous mettez-vous facilement en colère ? هل تتقلق(تتقلقي) بالخف أو تزعف على أي شيء (تزعفي)	**OUI**	**NON**
c Avez-vous des difficultés à vous concentrer ? هل يصعب عليك التركيز	**OUI**	**NON**
d Etes-vous nerveux (se), constamment sur vos gardes ? هل رآك(راكي) تتقلقي بلخف(تتقلقي) أو دايما في اليقظة	**OUI**	**NON**
e Un rien vous fait-il sursauter ? هل تتخلع(تتخلعي) أو تقفز(تقفزي) و لو على حاجه بسيطة	**OUI**	**NON**

SI OUI ≥2 EN I 5—►DX=OUI

F
4
DX 3
.
1

OUI **NON**

ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

J. BOULIMIE [3 DERNIERS MOIS]

J1 Avez-vous fréquemment des crises de boulimie durant lesquelles vous mangez de grandes quantités de nourriture dans une période de temps limitée ? —► *DX=NON*

هل تحس(ي) بشهية كبيرا في ألما كلا و بجوع كبير قريب كل وقت، يجعلوك تأكل (تأكلي) كميات كبيرة من الأكل في وقت قليل

OUI **NON**

J2 Au cours de ces trois derniers mois, avez-vous eu au moins deux crises de boulimie par semaine ? —► *DX=NON*

في الشهور الثلاث اللخرين، هل صراط لك هذه الحالة على الأقل مرتين فسمانا

OUI **NON**

J3 Etes-vous constamment préoccupé(e) par le fait de manger, avec un désir ou un besoin intense de manger ? —► *DX=NON*

هل بالك قريب دايما مشغول بي ألما كلا بشهيه و رغبه كبيره

OUI **NON**

J4 Actuellement, vous trouvez-vous trop gros (se), ou avez-vous peur de devenir trop gros(se) ? —► *DX=NON*

في الوقت الحالي(يعني هاذ اليامت) هل رآك(راكي) تشوف(تشوفي) روحك سمين(سمينة) بزاف و لا رآك(راكي) خايف(خايفة) تسمان(تسماني) بزاف

OUI **NON**

J5 De façon à annuler les effets de crises de boulimie :

باش تتخلص من الأثار نتاع هاذ الشهية

a Vous faites-vous vomir ? **OUI** **NON**

رآك(ي) تقيي روحك

b Prenez-vous des laxatifs ? **OUI** **NON**

رآك (راكي) تأخذ (تأخدي) ادويه بش تجري كرشك

c Prenez-vous des médicaments tels que des « coupes-faim », des diurétiques, ou des extraits thyroïdiens ? **OUI** **NON**

رآك(راكي) تتناول(تتناولي) كاش أدوية ألي تقطع الشهية أو أدوية لي تبول

d Vous astreignez-vous à des régimes draconiens ? **OUI** **NON**

رآك (راكي) تنقصي المكلة فوق اللازم *régime*

SI TOUT EST COTE NON EN J5 —► DX=NON

F
5
DX 0
.
2

OUI	NON
BOULIMIE	

K. ANOREXIE MENTALE [ACTUELLE]

NE PAS EXPLORER CETTE SECTION SI J2=OUI (CRISES BOULIMIE FREQUENTES) —► *DX=NON*

K1a Combien mesurez-vous ? *SI LE SUJET NE SAIT PAS, FAIRE UNE ESTIMATION DE LA TAILLE* شحال الطول نتاعك ␣ ␣ ␣ cm b Quel est votre poids actuel? *SI LE SUJET NE SAIT PAS, FAIRE UNE ESTIMATION DE SON POIDS* شحال رآك توزن(راكي توزني) ألان ␣ ␣ ␣ kg	ESTIMATION ␣ ␣ ␣ cm ESTIMATION ␣ ␣ ␣ kg

TAILLE (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
POIDS(kg) femmes	38	40	43	45	47	49	51	53	55	57	60
hommes	36	39	43	46	49	52	55	58	62	65	68

LE POIDS DU SUJET EST-IL INFERIEUR AU SEUIL CRITIQUE INDIQUE POUR SA TAILLE ? —► ***DX= NON*** **OUI NON**

K2 Actuellement, vous trouvez-vous trop gros (se), ou pensez-vous que certaines parties de votre corps sont trop grosses ? —► ***DX=NON***

هل رآك تظن (راكي تظني) بلي رآك سمين (راكي سمينة) بزاف و لا تظن(تظني) بلي أماكن من جسمك سمان بزاف **OUI NON**

K3 Redoutez-vous tellement de devenir trop gros (se) que vous vous imposez un poids maximum à ne pas dépasser ? —► ***DX=NON***

هل من قوت آلي تخاف(تخافي) تسمان(تسماني) بزاف تحدد(تحددي) لنفسك وزن ما لازمش تفوت **OUI NON**

K4 De façon à maintenir votre poids actuel ou à perdre davantage, évitez-vous tous les aliments qui font grossir ? —► ***DX=NON***

باش تبقى(تبقاي) في الميزان آلي راك فيه (راكي فيه) ولا باشْ تنقص فلميزان هل تمنع (تمنعي)روحك باش ماتاكلش (ماتاكليش) حاجة ألي تسمن؟ **OUI NON**

K5 POUR LES FEMMES : Ces trois derniers mois, avez-vous eu un arrêt de vos règles alors que vous auriez dû les avoir ?

في الشهور الثلاث ألي فاتو حبست عليك العادة الشهرية فلوقت ألي كان لازم تجيك ؟ **OUI NON**

POUR LES HOMMES : Vos désirs sexuels sont-ils plus faibles que d'habitude, ou avez-vous des problèmes lorsque vous avez des rapports (impuissance, éjaculation précoce, …)?

الشهوة الجنسية نتعك ولات ضعيفا على العادة ولا عندك مشاكل كي تكون تمارس في علاقاتك الجنسية (مشاكل كيما النفس ضعيفة، ولا يخرجك الماء قبل من الوقت ألازم)

SI K5 =OUI —►DX=OUI

F
5
D X 0
.
0

OUI	NON
ANOREXIE MENTALE	

L .TROUBLES LIES A UNE CONSOMATION ABUSIVE D'ALCOOL [12 DERNIERS MOIS]

L1 Au cours de l'année écoulée, vous est-il arrivé à plus de trois reprises (repas, fêtes, réunions, …) de boire plus que l'équivalent d'une bouteille de vin (ou de 3 verres d'alcool) ? في العام ألي فات كامل ، هل شربت(شربتي) ثلاث مرة على الأقل (في وقت الماكلا و لا في الحفلات، ولا في الاجتماعات و غيرهم) أكثر من قرعا من اشراب ولا كثر من ثلاثا كيسان		OUI	NON	—►*DX* **F10.2 =NON** **et DX F10.1 =NON**
L2 Au cours de l'année écoulée : في العام ألي فات				
a Vous est-il souvent arrivé d'avoir un tel besoin ou une telle envie de boire que vous ne pouviez y résister ? هل صراتلك من قوة ألي حسيت(حسيتي) بلي راك محتاج(راكي محتاجة) تشرب(تشربي) و متشهي(متشهيا) تشرب(تشربي) حتى ما قدر تش(ماقدرتيش) تمنع (تمنعي) روحك		**OUI**	**NON**	
b Vous est-il arrivé d'essayer de ne pas boire mais sans y arriver, ou d'avoir du mal à arrêter avant d'être complètement ivre ? كاش مرا حاولت(حاولتي) تحبس(تحبسي) الشراب كامل بلا ما قدرت (بلا ما قدرتي) و لا ما تقد رشْ (ما تقدريش) تحبس(تحبسي) حتى تولي سكران(سكرانا		**OUI**	**NON**	
c Lorsque vous buviez moins, vos mains tremblaient-elles, transpiriez-vous ou vous sentiez-vous agité(e) .Ou bien, vous arrivait-il de prendre un verre pour éviter d'avoir ces problèmes ou pour éviter d'avoir la « gueule de bois » ? كي كنت(كنتي) تشرب(تشربي) أقل هل كانو يديك يرعشو و لا كنت(كنتي) تعرق(تعرقي) و لا كنت تحس(كنتي تحسي) روحك متوتر(متوتر) و لا كنت تشرب كاس باش ما يصراولكش هاذ الحالات و لا باش ما تبقش مهر ود		**OUI**	**NON**	
d Aviez-vous besoin de plus grandes quantités d'alcool pour obtenir le même effet qu'auparavant ? هل كنت تحتاج (كنتي تحتاجي) كميات أكبرا من الخمر باش يحدث لك نفس المفعول كيما كان مقبل		**OUI**	**NON**	
e Avez-vous réduit vos activités(loisirs, travail, quotidiennes) parce que vous buviez ? هل قللت (قللتي) من أعمالك أو النشاطات نتاعك(الترفيه ، الخدمة،) على خاطر كنت (كنتي) تشرب(تشربي) الشراب		**OUI**	**NON**	
f Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela vous entraînait des problèmes de santé ? هل كملت(كماتي) تشرب(تشربي) وأنت عارف(وأنتي عارفة) بلي تنضر و يصر أولك مشاكل صحية		**OUI**	**NON**	

SI OUI≥3 EN L2—►DX=OUI

F
1
DX 0
.
2

OUI	NON
—► M1	**—► L3**
DEPENDANCE A L'ALCOOL	

L3 Au cours de l'année écoulée :

في العام الي فت

a Le fait de boire vous a-t-il causé des problèmes de santé tels qu'une maladie de foie, une hépatite, une maladie de l'estomac, une pancréatite, des vomissements de sang, des fourmillements ou une perte de sensation dans vos pieds, ou bien encore des problèmes psychologiques comme ne plus vous intéresser à rien, vous sentir déprimé(e), ou vous méfier des autres ? **OUI NON**

على جال الشراب هل صراولك مشاكل صحيا كيما مثلا مرض أو ألتهب الكبد، مرض المعدة، أو تتقي الدم، تحس (تحسي) رجليك ينملو، ولا عندك مشاكل نفسيا كيما مثلا ما تهمكش حتى حاجا ولا تحس بروحك كاره و لا ترد بالك من الباس و ماتدرش فيهم الثقة.

b Avez-vous eu des problèmes au travail ou avec votre entourage parce que vous buviez ? **OUI NON**

هل صر أولك مشاكل في الخدمة و لا مع ألي قريب لك (مع العائلة) عل خاطر كنت تشرب

c Avez-vous eu un accident alors que vous aviez bu (accident de voiture, en utilisant une machine ou un couteau, …) ? **OUI NON**

هل صرلك أحادث على خاطر كنت شربان(كنتي شربانا): حادث ماشنيا و لا في استعمل موس أو سيارة

SI TOUT EST COTE NON EN L3 —► DX=NON

	F
	1
DX	0
	.
	1

OUI NON

UTILISATION NOCIVE D'ALCOOL

M. TROUBLES LIES A LA CONSOMMATION DE DROGUES [12 DERNIERS MOIS]

(MONTRER LA CARTE DES SUBSTANCES)

M1 Au cours de l'année écoulée, vous est-il arrivé plusieurs fois de prendre l'un de ces produits dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ? **—► DX F1x.2=NON ET DX F1x.1=NON**

في العام ألي فات، هل تناولت(ي) المخدرات أكثر من مرا باش تحس(تحسي) روحك بعيد(بعيدا) على الواقع و لا باش تحس روحك مليح و لا باش تبرد(تبردي) قلبك كامل **OUI NON**

SPECIFIER LA (LES) DROGUE(S) CONSOMMEE(S) :……..

M2 Au cours de l'année écoulée : في العام ألي جاز

a Vous est-il déjà arrivé d'avoir un tel besoin ou une telle envie de prendre de cette (ces) drogue(s) que vous ne pouviez y résister ? **OUI NON**

كاش مرا حسيت(حسيت) برغبة قويا في تناول المخدرات حتى ما قدر تش (ما قدرتيش) تمنع روحك منها (تمنعي)

b Vous est-il arrivé d'essayer de ne pas en prendre mais sans y arriver, ou d'avoir du mal à arrêter avant de planer complètement ? **OUI NON**

كاش مرا حاولت(حاولتي) ما تستعملش هاذ المخدرات بصح ما قدروش(ما قدرتيش) ولا ما قدرتش(ما قدرتيش) تحبس(تحبسي) قبل ما تكن مزطول

c Lorsque vous en preniez moins, aviez vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du cœur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux (se) irritable ou déprimé(e)) ? **OUI** **NON**
Ou bien, vous arrivait-il de prendre cette (ces) drogue(s) pour éviter d'être malade ou pour vous sentir mieux ?
كي كنت تتناول(تتناولي) المخدرات أقل من العادة، هل كان يجيك السطر ولا تولي تترعد(تترعدي) ،تجيك الحما ،تخصُك القوا ،ا تجري كرشك و لا يجيك لقيا و لعرق و لا قلبك يخبط بزاف ، ما يجيكش الرقاد و لا تحس(تحسي) بروحك متوتر(متوترا) ـ مقلق(مقلقا) ـ مضايق، كاره(كارها)
ولا هل شربت(شربتي) هاذ المخدرات باش ما تكو نش مريض (مريضة)، ولا باش تحس(تحسي) روحك خير

d Aviez-vous besoin de prendre des doses plus importantes pour obtenir le même effet qu'auparavant ? **OUI** **NON**
هل كنت تحس(كنتي تحسي) بلي لازم لك تتناول المخدرات أكثر من العادة باش تحس(تحسي) روحك كيما من قبل

e Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) à cause de la drogue ? **OUI** **NON**
هل نقصت (نقصتي) من الأعمال و النشاطات نتاعك(الزهو، الخدمة) ألي موالف تديرهم على جال المخدرات

f Avez-vous continué à prendre de cette (ces) drogue(s) tout en sachant que cela vous entraînait des problèmes de santé ? **OUI** **NON**
هل كملت تأخذ(كملتي تأخذي) هذه المخدرات حتى لوكنت عارف(كنتي عارفة) بلي يسب بولك مشاكل صحيا، يعني يضر ولك صحتك

F
1
DX (x)
.
2

OUI	NON
►N1	►M3

DEPENDANCE à une (des) DROGUE(S)

SI OUI ≥3 EN M2►DX=OUI
SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :.....
M3 Au cours de l'année écoulée :
في العام ألي فات

a La consommation de cette (ces) substance(s) vous a-t- elle entraîné des problèmes de santé tels qu'une overdose accidentelle, une toux persistante, une crise convulsive, une infection, une hépatite, ou une blessure ? **OUI** **NON**
هل سببت لك هاذ المخدرات مشاكل صحيا كيما نقول تجاوز في المخدرات حتى قريب ما وصلت(وصلتي) للموت ، السعلة كثرت عليك، و ليت (وليتي) تتكريز ،ا قاستك كاش عدوى ولا صرا لك ألتهب في الكبد ،تنجرحت

b Depuis que vous en prenez, avez-vous des problèmes psychologiques comme ne plus vous intéresser à rien, vous sentir triste, vous méfier des autres ou vous sentir persécuté(e), ou bien encore avoir des idées étranges ? **OUI** **NON**
ملي بديت تأخذ(بديتي تأخذي) المخدرات هل صر أولك مشاكل نفسية كيما نقول ما وليت تهتم(وليتي تهتمي) بحتى حاجا، أو ليت تحس (وليتي تحسي) روحك حزين(حزينا) ما تثيقيش(ما تثيقيش) في لخرين أو تحس(تحسي) راهم دايما وراك ولا تجي في رأسك أفكار غريبا

c Avez-vous eu des problèmes au travail ou avec votre entourage parce que vous preniez de cette (ces) substances ? **OUI** **NON**
هل صر أولك مشاكل في الخدمة ولا مع المحيط نتاعك على جال المخدرات

	F 1	OUI	NON
SI TOUT EST COTE NON EN M3 ➡ DX=NON SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :……	DX (x) . 1	UTILISATION NOCIVE DE DROGUE(S)	

N. SYDROMES PSYCHOTIQUES [VIE ENTIERE]

ATTENTION :
POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CETTE SECTION, SI LE SUJET REPOND OUI, COTER OUI, DEMANDER UN EXEMPLE, LE NOTER EN CLAIR ET CONSULTER LE CLINICIEN.

A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes. **COTATION ENQUETEUR**

ضَروَك نسألك على بعض التجارب غير عادية شويا، ولا غريبة يقدرُ تظهرُ عند بعض الأشخاص

N1 Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou inhabituelles et qu'ils ne partageaient pas avec vous ? **OUI** **NON**
هل كانت عندك أفكارك ألي الأقارب نتاعك حتسبوها غير عدية و لا غريبةْ و ما يتفاهموش معاك عليه☐

EXEMPLE : ……..
……..
……..

N2 Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ? **OUI** **NON**
كاش مرت حسيت(حسيتي) بلي كاش واحد راه يراقب فيك و لا يتآمر عليك ولا كاش واحد راه يحاول يضرك

EXEMPLE : ……
……..
……...

N3 Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ? **OUI** **NON**
كاش مرا حسيت بلي راك(راكي) تقدر(تقدري) تعرف(تعرفي) واش راه يدور في راس لخرين ولا تسمع أفكارهم أو هما ثاني يقدر يعرف واش يدور في رأسك أو يسمع أفكارك

EXEMPLE : ……
……
……

N4 Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur a vous pouvait influencer ou contrôler vos pensées ou vos actes ? **OUI** **NON**
كاش مرا حسيت(حسيتي) بلي كاش واحد ولا كاش حاجا من برا تقدر تأثر عليك و لا تتدخل و تتحكم على أفكارك أو أعمالك

EXEMPLE : ……
……
……

N5 Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision, la radio, ou les journaux ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?

كاش مرا حسيت كلي راهم يتكلم معاك مباشرة من التلفزيون و لا الراديو و لا الجرنان "الجريدة" ولا كاين ناس ألي ما تعرفهمش(ما تعرفيهمش) يهتموبيك **OUI** **NON**

EXEMPLE : ……..
……..

N6 Vous est-il déjà arrivé d'avoir des visions, ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ? **OUI** **NON**

كاش مرا تخايلت ولا شفت حاجات أنتَ(أنتي) قدرت(قدرتي) تشوفهم(تشوفيهم) بصح لخرين ما يقدروش إيشوفوهم

EXEMPLE : ……
……..
……

N7 Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ? **OUI** **NON**

كاش ما سمعت(سمعتي) حاجات ناس وحد خرين ما يسمعوه ومش كما مثلا أصوات

EXEMPLE : ……
……
……

SI TOUT EST COTE NON DEPUIS N1—►DX 1 et DX 2=NON

Vous m'avez dit avoir déjà : (citer les symptômes de N1 à N7 cotés OUI)

قلت لي (قلتيلي) مقبل

N8 Cela vous est-il arrivé récemment ? هاذ الشيء صر أولك غير كيما؟ **OUI** **NON**

SPECIFIER (ex : le mois écoulé, la veille…) :……

N9 Au cours de votre vie, cela vous est-il arrivé à plusieurs reprises ? **OUI** **NON**

في حياتك كامل، صر أتلك مرات عديدا

SI N9 =OUI—►DX1=NON

SI N9 = NON—► DX1=OUI F

SPECIFIER SI L'EPISODE EST ACTUEL OU PASSE 2

SI N8=OUI (RECENT) —► COCHER ACTUEL D

SI N8=NON (PAS RECENT) —►COCHER PASSE

OUI	NON
SYNDROME PSYCHOTIQUE ISOLE	
ACTUEL	*PASSE*
☐	☐

SI N9=OUI —► DX 2=OUI

SPECIFIER SI LE <u>DERNIER EPISODE</u> EST ACTUEL OU PASSE **F**

2

SI N8=OUI —► COCHER ACTUEL **DX2 (x)**

SI N8=NON—► COCHER PASSE **.**

OUI	NON
SYNDROME PSYCHOTIQUE RECURRENT	
ACTUEL	*PASSE*
☐	☐

DIAGNOSTIC DU CLINICIEN

	OUI	NON		OUI	NON
Syndrome psychotique **isolé actuel**	☐	☐	Syndrome Psychotique **récurrent actuel**	☐	☐
Syndrome Psychotique **isolé passé**	☐	☐	Syndrome psychotique **récurrent passé**	☐	☐

O. RISQUE SUICIDAIRE [VIE ENTIERE]

Au cours du mois écoulé, avez-vous :

خلال الشهر لي فات هل

O1- pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e) ou souhaité être mort(e) ? **OUI** **NON**

فكرت أنه من الأفضل لو متت أو تمنيت الموت؟

O2- voulu vous faire du mal **OUI** **NON**

حبيت تنضر أو تعذب روحك؟

O3- pensé à vous suicider **OUI** **NON**

فكرت في الانتحار(يعني تقتل نفسك)؟

O5- fait une tentative de suicide **OUI** **NON**

قمت بمحاولة انتحار يعني حولت تقتل روحك ؟

Au cours de votre vie, خلال حياتك

O6- avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? **OUI** **NON**

هل قمت من قبل بمحاولة انتحار؟

SI OUI ≥ 1 DE O1 à O6 ⟶ DX = OUI

SI DX = OUI, SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE COMME CI – DESSOUS :

SI O1 ou O2 ou O6 = OUI ⟶ LEGER
SI O3 ou (O2+O6) = OUI ⟶ MOYEN
SI O5 OU (O3+O6) = OUI ⟶ ELEVE

X DX 60

OUI	NON	RISQUE SUICIDAIRE ACTUEL
		LEGER ☐
		MOYEN ☐
		ELEVE ☐

P. INSOMNIE [ACTUELLE]

Au cours du mois écoulé :

في الشهر االي فات

P1- Avez-vous eu des difficultés à vous endormir ? **OUI** **NON**

هل كنت عندك صعوبات باش في الرقاد

P2-Avez-vous eu des difficultés à rester endormi (réveils nocturnes, reveils matinaux précoces) ? **OUI** **NON**

هل كنت عندك صعوبات باش تبقى راقد

P3- Avez-vous eu un sommeil de mauvaise qualité ? **OUI** **NON**

هل كان الرقاد تاعك مكرفس

SI TOUT EST COTE NON —► DX = NON

P4- A u cours du mois écoulé, vous m'avez dit avoir des difficultés à vous endormir/ à rester endormi/ avoir un sommeil de qualité non satisfaisante : (REPRENDRE LA REPONSE DU SUJET)

في الشهراالي فات، قلت لي عندك صعوبات باش في الرقاد/ صعوبات باش تبقى راقد/ الرقاد تاعك مكرفس

a Cela vous est-il arrivé au moins trois fois par semaine, pendant les quatre dernières semaines ? **—► DX = NON**

هل صراتلك على الأقل 3 مرات في الأسبوع، في الشهر االي فات **OUI** **NON**

b Ces problèmes de sommeil vous gênent-ils dans votre travail, vos activités sociales ou quotidiennes ou vous font-ils souffrir ? **—► DX = NON**

هده المشاكم في الرقاد تأثر على خدمتك،نشاطاتك الاجتماعية أو اليومية **OUI** **NON**

SI P4a et P4b COTEES OUI —► DX= OUI

	OUI	**NON**
F DX 5 1	*INSOMNIE ACTUELLE*	

RECAPITULATIF MINI

SI AUCUNE CASE Dx COTEE POSITIVE DEPUIS A1—►*QUESTIONNAIRE D'IDENTIFICATION*

SI NON, COCHER LA OU LES CASE(S) COTEE(S) POSITIVE(S) DEPUIS A1 :

CODE	DIAGNOSTIC	OUI	NON
F32	EPISODE DEPRESSIF ISOLE	☐	☐
F33	TROUBLE DEPRESSIF RECURENT	☐	☐
F34.1	DYSTHYMIE	☐	☐
F30	EPISODE MANIAQUE	☐	☐
F40.0	AGORAPHOBIE	☐	☐
F41.0	TROUBLE PANIQUE	☐	☐
F40.01	AGORAPHOBIE avec TROUBLE PANIQUE	☐	☐
F40.1	PHOBIE SOCIALE	☐	☐
F42	TROUBLE OBSESSIONNEL COMPLUSIF	☐	☐
F41.1	ANXIETE GENERALISEE	☐	☐
F43.1	ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	☐	☐
F50.2	BOULIMIE	☐	☐
F50.0	ANOREXIE MENTALE	☐	☐
F10.2	DEPENDANCE A L'ALCOOL	☐	☐
F10.1	UTILISATION NOCIVE D'ALCOOL	☐	☐
F1.2(x)	DEPENDANCE à une (des) DROGUE(S)	☐	☐
F1.1(x)	UTILISATION NOCIVE DE DROGUE(S)	☐	☐
F2(x)	SYNDROME PSYCHOTIQUE ISOLE	☐	☐
F2(x)	SYNDROME PSYCHOTIQUE RECURENT	☐	☐
X60	RISQUE SUICIDAIRE	☐	☐
F51	INSOMNIE	☐	☐

SI UNE SEULE CASE Dx COTEE POSITIVE —► *REMPLIR UNE FICHE COMPLEMENTAIRE*

SI PLUSIEURS CASES Dx COTEES POSITIVES :

—►Vous m'avait dit avoir eu/avoir été قلت لي كنت (كان عندك)
[reprendre le(s) trouble(s) coté(s) OUI dans le MINI, en utilisant les termes du sujet]

—►Ces problèmes étaient-ils tous présents en même temps, c'est-à-dire pendant la même période de temps ? OUI ☐ NON ☐
هل هاذ المشاكل صرأو كامل في ضربا وحدا، يعني في نفس الوقت؟

SI OUI —► *NE REMPLIR QU'UNE FEUILLE COMPLEMENTAIRE*
SI NON —► *REMPLIR UNE FEUILLE PAR TROUBLE COTE POSITIF*

Pays	*n°*	*10*
Centre	*n°*	*1*
Enquêteur	*n°*	
Sujet	*n°*	

FICHE COMPLEMENTAIRE POUR LE MINI

(Version définitive, AVRIL 2003)

Code DX : F ☐☐.☐☐	Code DX : F ☐☐.☐☐	Code DX : F ☐☐.☐☐
Code DX : F ☐☐.☐☐	Code DX : F ☐☐.☐☐	Code DX : F ☐☐.☐☐
Code DX : F ☐☐.☐☐	Code DX : F ☐☐.☐☐	Code DX : F ☐☐.☐☐

1a- Ces problèmes continuent aujourd'hui ? **OUI** ☐ **NON**☐

هل مازالت هذه المشاكل حتى اليوم؟

1b Ces problèmes durent depuis combien de temps ?

هل هذه المشاكل عندها بزاف؟

≤ 1 mois ☐ ≤ 6 mois ☐

≤ 1 an ☐ ≤ 5 ans ☐

> 5 ans ☐

1c- Quelle est la cause, la raison de ces problèmes ?

واش هو سبب هده المشاكل **OUI** ☐ **NON**☐

2- Quand vous avez (aviez) ces problèmes, avez-vous (aviez-vous) le sentiment d'être malade ? **OUI** ☐ **NON**☐

عندما يكون عندك هذه المشاكل، هل تشعر بأنك مريض؟

3- Votre famille, vos proches vous ont parlé de ces problèmes ?

هل تكلمو لك العائل أو الأقارب عن هذه المشاكل؟ **OUI** ☐ **NON**☐

4- Lorsque vous avez (aviez) ces problèmes, travaillez (travailliez)-vous ?

عندما تكون عندك هذه المشاكل، هل تكمل تخدم؟ **OUI** ☐ **NON**☐

4a- SI OUI, ces problèmes vous gênent (vous ont gêné) dans votre travail ?

إذا كان نعم، هل ضايقتك هذه المشاكل في العمل **OUI** ☐ **NON**☐

4b- SI OUI, avez vous –cessé de travailler à cause de ces problèmes ?

إذا كان نعم، هل حبست الخدمة بسبب هذه المشاكل؟ **OUI** ☐ **NON**☐

5a-Ces problèmes vous gênent (vous ont gêné) dans votre vie de tous les jours ?

هل ضايقتك هذه المشاكل في حياتك اليومية؟ **OUI** ☐ **NON**☐

5b-Ces problèmes vous gênent (vous ont gêné dans vos relations avec les autres ?

هل ضايقتك هذه المشاكل في علاقات مع الأخرين؟ **OUI** ☐ **NON**☐

6- Etes-vous allé voir quelqu'un pour ces problèmes ?

هل شفت واحد على هذه المشاكل؟ **OUI** ☐ **NON**☐

6a- SI OUI, qui êtes-vous allé(e) voir ?

إذا كان نعم، شكون شفت ؟

Professionnel de santé ☐

Professionnel de la psychiatrie ☐

Religieux ☐

Magico-religieux ☐

Relation ☐

Autres ☐

6b- SI OUI, allez-vous le voir encore aujourd'hui ?
إذا كان نعم، هل مزال تشفه ألان ؟ **OUI** ☐ **NON**☐

7 – Avez-vous pris des médicaments pour ces problèmes ?
هل شربت دواء من أجل هذه المشاكل؟ **OUI** ☐ **NON**☐

7a- SI OUI, lesquels ? .....
إذا كان نعم، ما هو؟ ***Codage*** ☐☐☐☐

7b- Après ce traitement, ces problèmes se sont arrêtés, se sont améliorés, sont restés les mêmes ou se sont aggravés ?
بعد هذا العلاج، هل توقفت هذه المشاكل؛ تحسنت؛ أو بقيت نفسها أو زادت ؟

Arrêt ☐
Amélioration ☐
Pas de changement ☐
Aggravation ☐

7c- Prenez-vous encore ces médicaments aujourd'hui ?
هل مزال تشرب هذا الدواء اليوم؟ **OUI** ☐ **NON**☐

8 – Avez-vous utilisé des médecines douces pour ces problèmes ?
(homéopathie, acupuncture, sophrologie, plantes...) **OUI** ☐ **NON**☐
هل تلقيت نوع من العلاج الخفيف لهذه المشاكل (الأعشاب أو غيره) ؟

8a- SI OUI, lesquelles ? ***Codage***
.....
إذا كان نعم ما هي؟ ☐☐☐☐

8b- Après ce traitement, ces problèmes se sont arrêtés, se sont améliorés, sont restés les mêmes ou se sont aggravés ?
بعد هذا العلاج هل توقفت هذه المشاكل؛ تحسنت؛ بقيت نفسها أو زادت ؟

Arrêt ☐
Amélioration ☐
Pas de changement ☐
Aggravation ☐

8c - Aujourd'hui, utilisez-vous encore ces médecines douces ?
حاليا، هل مزال تستعمل هذى العلاج الخفيفة ؟ **OUI** ☐ **NON**☐

9 - Avez-vous été hospitalisé (e) pour ces problèmes ?
هل دخلت(دخلتي) المستشفى لي هده المشاكل؟ **OUI** ☐ **NON**☐

9a- SI OUI, combien de fois ?
إذا كان نعم، شحال من خطرة؟ ☐☐

9b- SI OUI, quelles années ?
إذا كان نعمة، واش من السنت؟

19 ☐☐	19 ☐☐
19 ☐☐	19 ☐☐
19 ☐☐	19 ☐☐
20 ☐☐	20 ☐☐

9c- SI OUI, où ?
إذا كان نعمة، أين

Hôpital général ☐
Hôpital psychiatrique ☐

Clinique ☐

9d- Après ces (cette) hospitalisation(s), ces problèmes se sont arrêtés, se sont améliorés, sont restés les mêmes ou se sont aggravés ?

Arrêt ☐
Amélioration ☐
Pas de changement ☐
Aggravation ☐

بعد ما دخلت لسبيطار هل توقفت هذه المشاكل توقفت؛ تحسنت؛ بقيت نفسها أو زادت ؟

9 e - Combien de temps (en jours) a duré cette hospitalisation ? .....jours

شحا ل من الوقت بقيت في المستشفى

(SI PLUSIEURS HOSPITALISATIONS, NOTER LA DERNIERE)

10- Avez-vous suivi un traitement traditionnel pour ces problèmes ? (marabout, sorcier, guérisseur...) **OUI** ☐ **NON**☐

هل تبعت دواء تقليدي لهده المشاكل(مرابط، طالب...)

Codage

10a- SI OUI, lequel ?.....

إذا كان نعم ما هو ☐☐☐☐

10b- Après ce traitement, ces problèmes se sont arrêtés, se sont améliorés, sont restés les mêmes ou se sont aggravés ?

Arrêt ☐
Amélioration ☐
Pas de changement ☐
Aggravation ☐

بعد هدا العلاج هل هده المشكل حبست، تحسنت، بقيت كم هي ولا زادت

10c- Aujourd'hui, suivez-vous encore ce traitement traditionnel ? **OUI** ☐ **NON**☐

هل مزال تتبع هدا الدواء التقليدي

11- Avez-vous été soigné(e) par des religieux pour ces problèmes ? **OUI** ☐ **NON**☐

هل دويت(ي) عند المودبين ن أو الطلبة على هده المشاكل

Codage

11a- SI OUI, lesquels ? :

..... إذا كان نعم ما هي ☐☐☐☐

11b- Après ce traitement, ces problèmes se sont arrêtés, se sont améliorés , sont restés les mêmes ou se sont aggravés ?

Arrêt ☐
Amélioration ☐
Pas de changement ☐
Aggravation ☐

بعد هدا العلاج هل هده المشكل حبست، تحسنت، بقيت كم هي ولا زادت

11c- Aujourd'hui, êtes-vous encore soigné(e) par des religieux ? **OUI** ☐ **NON**☐

هل مازالت(ي) تتبع عند

12- Avez-vous suivi une psychothérapie pour ces problèmes ? **OUI** ☐ **NON**☐

هل تابعت علاجا نفسيا لهذه المشاكل؟

12a- SI OUI, par qui ? (psychiatre, psychologue...) :.....

Codage

إذا كان نعم، من طرف من (طبيب أمراض عقلية مختصة نفساني..... ☐☐☐☐

12b- Après cette psychothérapie, ces problèmes se sont arrêtés, se sont améliorés, sont restés les mêmes ou se sont aggravés ?

Arrêt ☐
Amélioration ☐
Pas de changement ☐
Aggravation ☐

بعد العلاج هل زالت هذه المشاكل تحسنت؛ بقيت نفسها أو زادت ؟

12c- Aujourd'hui, poursuivez-vous encore cette psychothérapie ? **OUI** ☐ **NON**☐

هل مزال تتابع العلاج النفسي حاليا؟

13 – Est-ce que d'autres personnes vous ont aidé ou donné des conseils ? (ami, famille, conjoint, collègue...)
هل ساعدُك أشخاص آخرين أو نصحوك؟ (أصدقاء ، العائلة، الزوج، الزملاء) ؟

OUI☐ **NON☐**

13a- SI OUI, lesquelles ?
إذا كان نعم، من هم؟

- Ami ☐
- Famille ☐
- Conjoint(e) ☐
- Collègue ☐
- Autres ☐

13b- Avec cette aide, ces conseils, ces problèmes se sont arrêtés, se sont améliorés, sont restés les mêmes ou se sont aggravés ?
بهذه المسعدة و النصائح هل زالت هذه المشاكل تحسنت؛ بقيت نفسها أو زادت

- Arrêt ☐
- Amélioration ☐
- Pas de changement ☐
- Aggravation ☐

13c- Aujourd'hui, vous donne-t-on encore une aide, des conseils ?
حاليا،هل مزال يساعدوك أو ينصحوك؟

OUI ☐ **NON☐**

SI PLUSIEURS REPONSES POSITIVES POUR LES QUESTIONS 7 A 13, PRECISER :

14 – A votre avis, quel traitement, quelle aide a été le plus efficace ?
في رأيك ما هي العلاج، ما هي المساعدة الفعالة أو الأفضل ؟

- Médicaments ☐
- Médecine douce ☐
- Hospitalisation ☐
- Traitement traditionnel ☐
- Religieux ☐
- Psychothérapie ☐
- Autre personne ☐
- Aucune ☐

Pays	n°	10
Centre	n°	1
Enquêteur	n°	
Sujet	n°	

QUESTIONNAIRE D'IDENTIFICATION

VERSION DEFINITIVE 1.1 – AVRIL 2003

1-Sexe

Masculin ☐
Féminin ☐

2-Quelle est votre date de naissance ?

ما هو تاريخ لازدياد

jour / mois / année

☐☐/☐☐ / ☐☐

OU

Quel est votre âge ?

شحال في عمرك

☐☐ ans

3-Quelle est votre situation maritale ?

واش هي حلتك الزوجية يعني العائلية

Célibataire ☐
marié(e), concubinage, union libre ☐
Séparé (e), divorcé(e) ☐
Veuf, veuve ☐

4-Quel niveau d'étude avez-vous atteint ?

واش هو مستواك الدراسي

Noter en clair :……..

Sans instruction ☐
Cycle primaire non terminé ☐
Cycle primaire terminé ☐
Cycle secondaire non terminé ☐
Cycle secondaire terminé ☐
Niveau universitaire ou équivalent ☐
Inconnu ☐

5-Avez-vous un emploi actuellement ?

هل رآك تخدم الآن

OUI ☐ **NON** ☐

Si OUI, quel est votre emploi ? NOTER PUIS CODER : …….

واش هي خدمتك؟

Agriculteur ☐
Artisan, commerçant, chef d'entreprise ☐
Cadre, profession intellectuelle supérieure ☐
Profession intermédiaire (enseignement, santé, fonction publique) ☐
Employé ☐
Ouvrier ☐

Si NON, quelle est votre situation ? **NOTER PUIS CODER** : …….

إذا كان لا، ماهي حالتك؟

Retraité ☐
Chômeur ☐
Etudiant ☐
Femme au foyer ☐
Autre personne sans activité professionnelle ☐

6- Combien de personnes habitent chez vous (sous votre toit) ? ☐☐

شحال من واحد ساكن معكم (في دار)

7-Quel est, à peu près, votre revenu familial mensuel ?

شحال، تقريبا، راه مدْخُل العائلة في الشهر ؟

☐ moins de أقل 3500 DA
☐ de من 3500 à حتى 5500 DA
☐ de من 5500 à حتى 8500 DA
☐ de م 8500 à حتى 1 6500 DA
☐ de من 16500 à حتى 42000DA
☐ plus de أكثر من 42000 DA

Je vais maintenant vous poser quelques questions auxquelles vous pouvez choisir de ne pas répondre :

ألان راح نطرح عليك أسئلة تقدر(تقدري) ما تجاوبش(ما تجاوبيش) عليها

8- Etes-vous croyant(e) ?

هل تأمن (تأمني) بالله؟ **OUI** ☐ **NON** ☐ **REFUS** ☐

9- Pratiquez-vous ?

هل تتبع(تتبعي) الدين؟ **OUI** ☐ **NON** ☐ **REFUS** ☐

10- Quelle religion pratiquez-vous ?

ماهو ادين تتبع؟ **OUI** ☐ **NON** ☐ **REFUS** ☐

Codage

NOTER EN CLAIR : ……. ☐☐

11-Quels sont les pays d'origine de :

واش هو البلاد الأصلي؟ ***Codage***

-vous-même ? نتاعك ☐
NOTER .....

- votre conjoint(e) ou vos conjoints (es) ? نتاع زوجك(زوجتك) ☐☐☐☐
NOTER : ……

- Vos parents ? نتاع والديك ☐☐
NOTER :……

- vos grands-parents ? نتاع جدودك ☐☐☐☐
NOTER……

12-En cas de migration de votre famille, qui a changé de pays ?

في حالت ما كان واحد ألي هاجر من عائلتكم شكون ألي بدل لبلاد ؟

vous-même انت ☐
votre conjoint(e) زوج نتاعك ☐
vos parents ولديك ☐
vos grands parents جدودك ☐

13 Etes-vous originaire de cette daïra ? **OUI** **NON**

هل أصلك من هده الدائرة ☐ ☐

Annexe B.

Article original

De la stigmatisation à l'exclusion de la personne désignée comme malade mentale en Algérie

Chérifa SIDER[1], Farid KACHA[2], Iman BENRADIA[3], Jean-Luc ROELANDT[4], Yoram MOUCHENIK[5]

Résumé
Au regard des normes sociales, l'expérience de la folie est stigmatisante. Le malade mental est perçu comme un être dangereux, voire violent. Un cliché réducteur qui lui confère une fausse identité et le rend plus vulnérable à l'exclusion sociale. Outre sa pathologie, le malade mental subit une maltraitance sociale. Il en résulte parfois un fort sentiment de honte et d'auto-stigmatisation de soi. En Algérie, le malade mental se trouve confiné dans des lieux asilaires et isolés et son quotidien est marqué par des inégalités importantes. Du point de vue sociologique, la folie est utilisée par la communauté comme ressource culturelle afin de consolider les normes existantes. Les états pathologiques avérés sont souvent interprétés comme des phénomènes qui s'opposent à la normalité. En effet, on assigne au malade le statut de « fou » qui symbolise aux yeux de la société un danger potentiel et/ou réel. Une telle représentation détermine les stratégies de contrôle social (la stigmatisation, l'exclusion, etc.) qui contribuent au maintien de l'ordre habituel.
Mots clés : folie, maladie mentale, stigmatisation, exclusion, Algérie.

[1]Doctorante en Psychologie, université Paris 13, laboratoire UTRPP, 45, avenue Gabriel Lacassagne, chambre 142, 94120 Fontenay-sous-Bois, France.
siderchérifa@gmail.com
[2]Professeur de Psychiatrie, Hôpital M. Boucebci, Rue Souidani Boudjemaa, Cheraga, Alger, Algérie.
f.kacha2007@yahoo.fr
[3]Psychologue clinicienne, CCOMS-Lille, 211, rue Roger Salengro, 59260 Hellemmes-Lille, France.
ibenradia@epsm-lille-metropole.fr
[4]Directeur du CCOMS, CCOMS-Lille, 211, rue Roger Salengro, 59260 Hellemmes-Lille, France.
ccoms@epsm-lille-metropole.fr
[5]Professeur de Psychologie Université Paris 13, 99, boulevard J.B. Clément, 93430, Villetaneuse, France.
yoram.mouchenik@gmail.com

From stigmatization to exclusion of the person designated as mentally ill in Algeria
Abstract
As far as social norms are concerned, the experience of madness is stigmatizing. People that are mentally ill are seen as being potentially dangerous or even violent. A reductive cliché gives them a false identity thus making them more vulnerable to social exclusion. In addition to their pathology, mentally ill patients are subject to a social abuse. This sometimes results in a strong sense of shame and self-stigma. In Algeria, the mentally ill patients are confined to asylums and isolated places. They are subject in their daily lives to significant inequalities. From a sociological point of view, madness is perceived by society as a cultural resource to consolidate the existing standards. Pathological conditions are often interpreted as a phenomenon that opposes normality. Indeed the patient is referred as "crazy", which implies, in the eyes of society, a real and/or potential threat. Such a representation determines the social control strategies (stigma, exclusion, etc.) that contribute to maintaining the usual social order.
Key words: *madness, mental illness, stigmatisation, exclusion, Algeria.*

La visibilité de la maladie mentale crée de la stigmatisation. Celle-ci relève de la méconnaissance de l'humain (Giordana, 2010). Parfois, le diagnostic psychologique s'avère discréditant, voire stigmatisant. Du point de vue de la socialisation, le « sujet normal » est celui qui concilie son individualité et ses capacités intellectuelles et/ou psychologiques avec les normes existantes dans la société. Toutefois, le malade souffrant d'un trouble mental se voit par moments dans l'incapacité de satisfaire ces exigences sociales. Il traverse une situation « *d'absence passagère* » du champ social. Son incapacité est perçue par la communauté comme un signe d'infériorité sur lequel se fonde une certaine forme de ségrégation.

La folie est socialement exploitée par la communauté comme ressource culturelle destinée à consolider les normes qui permettent à la société de fonctionner. Elle « *s'impose comme un agent d'organisation sociale permettant de justifier les dispositifs de contrôle et de coercition des individus et des groupes* » (Bertini, 2010). Quel que soit son mode d'expression, la stigmatisation de la folie conduit l'individu à l'isolement, la précarité et l'exclusion (Botbol, 1998 ; Darcourt, 2007). Bien qu'elle soit considérée parmi les priorités de l'OMS, la stigmatisation des malades mentaux en Algérie n'est pas encore traitée en raison de l'absence d'une politique de santé mentale. Celle ci n'est étant en cours d'élaboration qu'en 2014. Or, les résultats de l'enquête Santé Mentale Population Générale (SMPG), réalisée en 2003 par le centre collaborateur de l'OMS (CCOMS – Lille) en partenariat avec l'hôpital psychiatrique de Chéraga (EHS – Alger) rapporte que près de 60,5 % des sujets considérés comme malades mentaux déclarent avoir été exclu de la société. Loin d'être un phénomène conjoncturel, la stigmatisation ou encore l'exclusion affectent considérablement la qualité de vie des individus en souffrance.

Tenant compte de tous ces éléments, l'objectif de cet article est d'analyser, à la lumière des données issues de l'enquête SMPG, le phénomène de la stigmatisation et son impact sur la vie des malades. Nombre de questions méritent d'être posées : Quels sont les modes d'expression de la stigmatisation ? Comment se matérialise-t-elle au sein de la communauté, et où puise-elle ses ressorts ?

Réalité de la stigmatisation en Algérie

La folie renvoie à la perte de la raison et de contrôle sur soi. Elle se manifeste bien souvent dans des espaces clos où elle se dévoile dans sa globalité. Chacun l'interprète selon les représentations dominantes. En ce sens que la construction des différents discours y afférents est la somme de nos représentations mentales. Dans la société algérienne marquée par des logiques traditionalistes, le discours sur la maladie mentale puise sa cohérence dans le « *capital culturel* » dominant. La maladie mentale est considérée comme une prise de possession de l'esprit humain par un autre, démoniaque ou satanique. « *Dans les représentations populaires, l'atteinte mentale paraît bel et bien comme l'émanation persécutrice des esprits invisibles, le Djinn ou les Djnouns* » (Hadjbi, 2006). Cette interprétation culturelle permet, d'une part, à la société d'occulter certains de ses dysfonctionnements, et donne d'autre part, à l'individu la possibilité de camoufler ses conflits intérieurs, lesquels s'expriment plutôt dans un langage religieux et/ou métaphysique (Aouattah, 1992). Ainsi remarque-t-on que le concept de la folie recouvre la quasi-totalité des maladies mentales. Car le champ lexical destiné à décrire les phénomènes psychologiques demeure restreint (Hajbi, 2006). De cette difficulté à nommer les phénomènes humains découle une confusion sémantique. Les états morbides ne sont pas distincts des problèmes non pathologiques.

On utilise bien souvent des termes d'inspiration religieuse (*Mahboul*, *Madjnoun*, etc.) puisque la question de la maladie mentale a toujours oscillé, au cours de l'histoire, entre conceptions magico-religieuses traditionnelles et considérations scientifiques modernes. Parfois, la personne désignée comme « malade mentale » s'engage dans des circuits thérapeutiques traditionnels afin de restituer son intégrité mentale et/ou psychique menacée. Cela dit, la consultation psychiatrique n'est entreprise que dans le cas où le sujet manifeste des comportements hétéro/auto-agressifs, voire incontrôlables dépassant largement les capacités d'un guérisseur traditionnel (Aouattah, 2000 ; Hadjbi, 2006).

La maladie mentale est généralement associée, dans l'imaginaire social, à la violence et à la dangerosité (Tassone-Monchicourt *et al.*, 2010 ; Darcourt, 2007). De nombreuses études menées récemment (Thornicroft *et al.*, 2009 ; Roelandt *et al.*, 2010) rapportent un certain

nombre d'images dévalorisantes, suggérant une identité dénaturée qui réduit le malade mental à un individu dangereux, imprévisible et irresponsable. Son identité est par-là même faussée, voire abîmée (Goffman, 1975). Les médias renforcent en effet la persistance de ces clichés réducteurs. « Le malade mental » qui s'auto-stigmatise s'approprie les représentations négatives dominantes, véhiculées dans le discours de sa communauté. Il y adhère parce qu'il partage les mêmes modes de pensée. L'étude de Roelandt et de ses collaborateurs (2010) montre bien que les personnes ayant des troubles psychiques diagnostiquées au MINI ont les mêmes stéréotypes que ceux qui n'en ont pas.

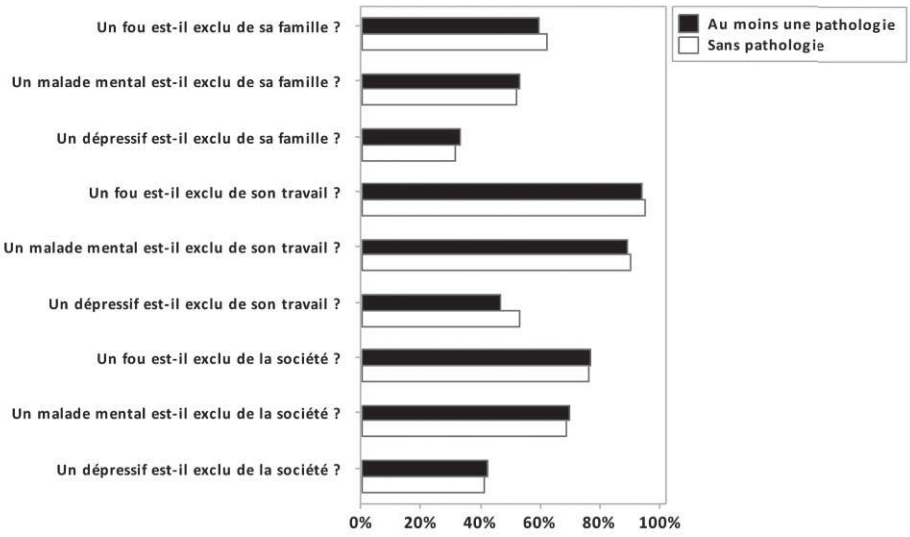
Le « *stigma* » de la maladie mentale s'impose, en tant que différence constante, dans toute relation aussi naturelle soit-elle. Le processus en question renvoie à ce que Bourdieu appelle « rites d'institution » dont la fonction essentielle est « *de séparer ceux qui l'ont subi, non de ceux qui ne l'ont pas encore subi, mais de ceux qui ne le subiront en aucune façon et d'instituer ainsi une différence durable entre ceux que ce rite concerne et ceux qu'il ne concerne pas* » (Bourdieu, 1982).

On crée des différences arbitraires, culturellement nécessaires en vue de protéger l'individu de l'inconnu et de lui permettre de se construire dans une certaine altérité. L'opinion publique n'a manifestement que peu d'information sur ce qu'est réellement les troubles psychiques.

La reconnaissance de la souffrance psychologique passe bien, semble-t-il, par la stigmatisation que Finzen aurait qualifiée de « seconde maladie » (Giordana, 2010). Or, « *ne deviennent pathologiques que les souffrances qui empêchent de vivre, qui ne sont reconnues ni par soi-même ni par autrui* » (Furtos, 2008). Outre sa souffrance psychique, le malade subit une maltraitance sociale. L'exclusion, au même titre que la discrimination relèvent d'un déni de la fraternité.

En Algérie, la stigmatisation et l'exclusion sont des réalités sociales auxquelles le malade est confronté. Les données de l'enquête SMPG menée le centre collaborateur de l'OM (CCOMS – Lille) en partenariat avec l'hôpital psychiatrique de Chéraga (EHS – Alger) sur un échantillon de 900 sujets rapportent que le « fou » et le « malade mental » sont associés à la violence et à la dangerosité, et ce beaucoup plus que pour la personne dite « dépressif ». Ainsi sont-ils considérés comme des individus exclus du giron de la famille, du travail et de la société (Figure 1). Il est à noter en particulier que l'exclusion de la vie professionnelle est beaucoup plus visible dans les trois groupes. Cette absence de tolérance à leur égard s'explique par les représentations négatives comme la dangerosité, la violence et la non-guérison.

Figure 1. Les perceptions relatives à l'exclusion du fou, malade mental et dépressif dans l'enquête Santé mentale Population Générale (SMPG) en Algérie.



Impact de la stigmatisation

La stigmatisation est susceptible de refouler l'envie du « malade mental » à l'aide et à l'accès aux soins dans un environnement qu'il sent ou croit être stigmatisant. Il a peur de perdre son identité sociale au profit de la maladie dans un milieu où il serait peut-être exclu des circuits relationnels et des échanges symboliques.

Confronté à ce malaise, le malade va différer la demande de consultation avec le professionnel de santé qui interviendra plus tard afin de prendre en charge une pathologie à la fois grave et chronique. La réintégration des personnes désignées comme malades mentales dans la société algérienne est peu envisageable car les tabous et les préjugés y règnent. Le malade survit « déraciné » dans des espaces clos aménagés par la société.

Selon l'ethnologue van Gennep, chaque phase dans ce passage est marquée par la succession de trois stades : la séparation, le seuil et l'agrégation (van Gennep, 1909). La séparation et l'intégration sont en effet les phases nécessaires à la perte du statut initial ou à l'accession à un autre statut. Le stade du seuil, quant à lui, permet d'effacer les attributs du premier statut et d'en acquérir ceux du second. Il marque une discontinuité entre les statuts, laquelle favorise la transition du passage de l'individu d'un statut à un autre (Calvez, 1994). Dans le schéma de passage du statut du « malade » à celui de « l'individu intégré », le patient flotte pendant un certain temps entre deux mondes : « *ni définitivement exclu, ni entièrement inclus* ». C'est une sorte de « provisoire durable » qui le projette dans un état de pivotement permanent que l'anthropologue Robert Murphy appelle à juste titre « situation de liminalité » (Murphy, 1990).

En Algérie, le malade est d'autant plus isolé qu'il est confiné en milieu asilaire. Blessé par le regard de l'autre, il se renferme sur lui-même, à la fois retiré et invisible. Une exclusion réussie qui « *supposerait que la population d'exclus soit rejetée si loin de notre univers mental et de nos frontières spatiales qu'elle en soit devenue hors de notre portée, hors de notre ligne d'horizon, hors de notre pensée...* » (Xiberras, 1993). C'est ainsi que de nombreux « malades mentaux » échappent au regard de l'institution psychiatrique, laquelle ne dispose pas de moyens suffisants. D'ailleurs, elle n'intervient qu'en dernier recours, c'est-à-dire, dès lors qu'elle doute de la capacité de la famille et de la communauté à apporter le soutien nécessaire aux individus malade. Le phénomène de la stigmatisation se répand de manière significative au sein des services de psychiatrie et parmi les professionnels de santé.

Il s'agit en l'occurrence d'une forme de « stigmatisation structurelle », se traduisant en particulier par la réduction des moyens matériels et/ou spirituels. La problématique de la santé mentale est uniquement confiée à l'institution psychiatrique, bien souvent implantée en dehors de l'espace citadin. L'offre et l'organisation de la prise en charge se réduisent à des mesures d'internement et d'enfermement. Ce qui présuppose qu'on s'intéresse peu à la souffrance de la personne malade. En outre, l'absence de politique de santé mentale se double d'une tendance à maintenir le patient à domicile. C'est cette situation qui mène à la normalisation de l'exclusion, allant à l'encontre de valeurs humaines universelles (le droit aux soins, le droit d'exister dans la cité, etc.). En effet, ce patient-là est placé en position de victime parce que l'origine de sa maladie est selon la grille de lecture traditionnelle d'ordre surnaturel, voire religieux (elle est liée notamment aux thématiques de l'envoûtement, de la sorcellerie et des esprits). En cohérence avec les conceptions dominantes, le recours aux soins traditionnels à caractère religieux s'impose de lui-même.

À défaut de structures d'accueil et d'information, la famille s'investit davantage dans la prise en charge du « malade mental ». Elle est vue comme la principale source de soutien des personnes concernées. Cette famille « *institutionnelle* » tente en quelque sorte de pallier le manque des ressources sanitaires (Morin, 2012). La solidarité familiale, au même titre que la solidarité collective assurent des fonctions providentielles.

Le malade désigné ou auto-désigné se marginalise davantage dans la pensée collective de la communauté. Ce qui suscite un sentiment d'incompréhension et parfois de culpabilité. Une blessure susceptible de menacer ce que Freud nomme « sentiment de soi » (Freud, 1985). Or, s'accepter soi-même, ou être reconnu par les autres est un besoin fondamental. C'est pourquoi certaines personnes subliment leur maladie, en s'investissant dans des activités socialement et culturellement valorisantes. Parfois d'autres patients utilisent leur maladie comme moyen d'acquisition d'une identité sociale de substitution, en s'engageant

dans des activités d'ordinaire sacralisées telles que la moralisation ou la divination. Chose qui révèle au départ une souffrance psychologique travestie pour être, par la suite, camouflée ou dépassée. L'échec de cette tentative subtile de réconciliation et de négociation conduit généralement les malades à l'exclusion, laquelle se traduit par l'errance et le vagabondage.

La rue est, semble-t-il, un espace d'accueil « privilégié » de la folie. En un mot, une certaine forme de résistance à l'invisibilité. De nombreux malades se désocialisent et se retrouvent en marge de la société (Martin, 2011 ; Darcourt, 2007). Symboliquement, ils forment une communauté d'hommes ayant perdu le sens de leur vie et survivant aux frontières de la société.

En finir avec la stigmatisation

Reconnue comme droit fondamental, la santé mentale est bien l'affaire de tous. Or, en Algérie, il n'y a pas encore de politique structurée ou d'initiatives dans ce sens pour lutter contre la stigmatisation. D'où l'urgence de définir des objectifs stratégiques et des priorités ayant pour finalité l'élaboration des programmes en rapport avec cette problématique.

1. S'atteler à établir un véritable diagnostic global, en mettant en place une politique de recherche efficiente. À ce titre, l'enquête SMPG menée par le Centre collaborateur de l'OMS est un outil qui aide le chercheur à cerner les représentations socio-culturelles qui sous-tendent la maladie mentale. Ainsi les résultats serviront-ils de base à la planification et à l'investissement en matière de santé mentale.
2. L'amélioration des niveaux de formation initiale et/ou continue des professionnels de santé.
3. Une mobilisation conjointe des secteurs de la santé, du social et de l'enseignement. Cette démarche de regroupement des différents acteurs en concertation (chercheurs, représentants de la société civile, syndicats, associations, élus politiques, etc.) est le seul moyen de lutter efficacement contre l'incompréhension et le jugement portés sur les personnes malades et leur famille. Ce qui permet également de promouvoir une pratique de la démocratie dans le domaine de la santé mentale.
4. Dépasser la dimension sanitaire pour s'intéresser aux champs de l'insertion sociale (logement, emploi, participation à la vie sociale, etc.).
5. Accompagner les familles par des « *mesures de répit* » en sorte que cette cellule de base soit bien outillée en vue de venir en aide aux malades.
6. Créer des espaces de communication et d'échanges afin de favoriser l'interaction sociale des malades, tout en cultivant l'image de « citoyens actifs ».

Conclusion

La mise en place d'une politique de lutte contre la stigmatisation en Algérie donne à la société la possibilité d'affirmer ses choix profonds en matière de solidarité, de cohésion sociale et de citoyenneté. Il en résulte une sorte de reconnaissance symbolique/formelle de sa présence en tant qu'individu à part entière. « *Le besoin d'aimer suppose des objets à aimer, et de cette force affectueuse innée résulte la grande et sainte loi de la réciprocité, de la solidarité mutuelle [...] vie de famille, esprit social, droit de cité, patriotisme, fraternité, hérédité [...] la force affectueuse qui lie votre sort à celui de vos semblables* » (Voisin, 1985). C'est ainsi que s'instaure une dynamique nouvelle du mieux-vivre ensemble dont le noble l'objectif est de lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale. Fondamentalement humaine, cette démarche vise la reconnaissance de l'autre dans sa singularité et sa différence. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Aouattah A. (1992). Le sacré, la folie et la thérapie traditionnelle au Maroc. *L'Évolution Psychiatrique*. 57, 299-308.
2. Aouattah A. (2000). Immigration maghrébine, maladie mentale et psychiatrie, ou quand les immigrés emmènent leurs maladies. *Annales Médico-Psychologiques*, 158, 703-38.
3. Bertini M.J. (2010). *Fragments d'une économie bio-politique de la lutte contre la stigmatisation*. In J.Y. Giordana (2010). *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Paris : Masson, pp. 117-133.
4. Botbol M. (1998). Santé mentale et grande exclusion. *Psychiatrie Française*, 2, 3-31.
5. Bourdieu P. (1982). Les rites d'institution. *Actes de la Recherche en Sciences*, 43, 58-63.
6. Calvez M. (1994). Le handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité. *Sciences Sociales et Santé*, 1,67-78.

7. Darcourt G. (2007). La double stigmatisation des personnes atteintes de psychose et désocialisées. *L'information psychiatrique*, 8, 671-673.
8. Freud S. (1985). *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Paris : Gallimard.
9. Furtos J. (2008). *Les Cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Paris : Masson.
10. Giordana J.Y. (2010). *La stigmatisation en psychiatrie et en sante mentale*. Paris : Masson.
11. Goffman E. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les Éditions de Minuit.
12. Hajbi M. (2006). Anthropologie et psychiatrie : regards croisés sur le Maghreb. *Perspectives Psychiatriques*, 45, 151-6.
13. Martin J.P. (2011). *La rue des précaires : soins psychiques et précarités*. Paris : Érès.
14. Morin M.H. (2012). D'agent causal à famille compétente : un regard sur la transformation du rôle des membres de familles dans les pratiques en santé mentale. *Le Partenaire*, 4, 3-4.
15. Murphy R. (1990). *Vivre à corps perdu*. Terre humaine. Paris : Plon.
16. Roelandt J.L., Caria A., Benradia I., Defromont L. (2010). Perceptions sociales du fou, du malade mental et du dépressif en population générale en France. *L'Encéphale*, 36, 7-13.
17. Tassone-Monchicourt C., Daumerie N., Caria A., Benradia I., Roelandt J.L. (2010). États dangereux et troubles psychiques : images et réalités. *L'Encéphale*, 36, 21-25.
18. Thornicroft G., Brohan E., Rose D., Sartorius N. (2009). The INDIGO study group. Global pattern of anticipated and experienced discrimination against people with schizophrenia. *Lancet*, 373, 408-415.
19. Van der Sanden R.L.M., Bos A.E.R., Stutterheim S.E., Pryor J.B., Kok G. (2013). Experiences of stigma by association among family members of people with mental illness. *Rehabilitation Psychology*, 1, 73-80.
20. Van Gennep A. (1909). *Les rites de passage. Étude systématique des rites*. Paris : Picard.
21. Voisin F. (1858). *Analyse de l'entendement humain*. Paris : Baillière.
22. Xiberras M. (1993). *Les théories de l'exclusion*. Paris : Méridiens Klincksieck.

Annexe C.

The relationship between PTSD and suicide risk.

Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology

Relationship between PTSD and suicide risk: Results of the Mental Health Survey General Population (SMPG)in Algeria

--Manuscript Draft--

Manuscript Number:	
Full Title:	Relationship between PTSD and suicide risk: Results of the Mental Health Survey General Population (SMPG)in Algeria
Article Type:	Study Protocols and Samples
Keywords:	Mental Health General Population survey; social representations of suicidal risk, risk of suicide; PTSD; religious practice.
Corresponding Author:	Chérifa Sider Sider, PhD in Psychology Universite Paris 13 Nord Villetaneuse, FRANCE
Corresponding Author Secondary Information:	
Corresponding Author's Institution:	Universite Paris 13 Nord
First Author:	Chérifa Sider Sider, PhD in Psychology
Order of Authors:	Chérifa Sider Sider, PhD in Psychology
	Jean-Luc ROELANDT, Director of the WHO Collaborating Center
	Iman BENRADIA, Clinical Psychologist
	Mahmoud BOUDARENE, Psychiatrist
	Yoram MOUCHENIK, Psychology Professor
Funding Information:	
Abstract:	Purpose. The General Population Mental Health Survey was conducted by the WHO Collaborating Center in 2003. Its objective was to identify the social representations related to suicide and to study the relationship between PTSD and suicide risk among the Algerian population. Methods. Eight hundred ninety-nine non-institutionalized subjects (n=899) participated in that survey. An anthropological survey describes the representations that are related to mental illness. The MINI was used to collect data on mental disorders and assess the suicide risk. Results. The suicide risk in the sample is estimated at 13.6%. The representation of suicide by the people surveyed is associated with depression (52.1%), abnormality (83%) and dangerousness (66%). No direct relationship between PTSD and suicide risk was observed. However, PTSD significantly increases the risk of suicide among non-observant Muslims (OR=5.81; IC[1.948-17.328];p=0.001) compared with observant Muslims. This risk is 10 times higher among worshippers that suffer from alcoholism (OR+10.26; IC[3.133-33.609];p<=0.0001). Conclusions. In our study the frequency of PTSD and suicide risk is relatively important. Religious practice is a protective factor against a suicidal behavior. The representations which are related to suicide could reinforce stigma and social exclusion.
Suggested Reviewers:	Nicolas Tarrier, professor professor, University of Manchester nicholas.tarrier@man.ac.uk
	Lynsey Gregg, Doctor Doctor, University of Manchester lynsey.gregg@manchester.ac.uk

Powered by Editorial Manager® and ProduXion Manager® from Aries Systems Corporation

Relationship between PTSD and suicide risk: Results of the Mental Health Survey General Population (SMPG)in Algeria.

Abstract

Purpose. The General Population Mental Health Survey was conducted by the WHO Collaborating Center in 2003. Its objective was to identify the social representations related to suicide and to study the relationship between PTSD and suicide risk among the Algerian population.

Methods. Eight hundred ninety-nine non-institutionalized subjects (n=899) participated in that survey. An anthropological survey describes the representations that are related to mental illness. The MINI was used to collect data on mental disorders and assess the suicide risk.

Results. The suicide risk in the sample is estimated at 13.6%. The representation of suicide by the people surveyed is associated with depression (52.1%), abnormality (83%) and dangerousness (66%). No direct relationship between PTSD and suicide risk was observed. However, PTSD significantly increases the risk of suicide among non-observant Muslims (OR=5.81; IC[1.948-17.328];p=0.001) compared with observant Muslims. This risk is 10 times higher among worshippers that suffer from alcoholism (OR+10.26; IC[3.133-33.609];p<=0.0001).

Conclusions. In our study the frequency of PTSD and suicide risk is relatively important. Religious practice is a protective factor against a suicidal behavior. The representations which are related to suicide could reinforce stigma and social exclusion.

Keywords: Mental Health General Population Survey (SMPG); social representations of suicide; risk of suicide; PTSD; religious practice.

1. Introduction

Numerous epidemiological studies have reported a strong prevalence of suicidal behavior among subjects with PTSD[1–7]. This phenomenon is particularly worrying in Algeria due to a significant rate of suicidal attempts. It is indeed one of the main causes of mortality, primarily among young people. Though taboo, it constitutes a serious public health problem. From a cultural point of view, suicide is associated with lack of religious faith. The suicidal subject is perceived as being an "agnostic" individual or even "crazy". This social representation considers that the subjects, as well as his relatives, are more vulnerable to stigma and exclusion[8–10].

The frequency of PTSD in Algeria is relatively high. According to a survey from the General Population Mental Health, 22% of the subjects exposed to traumatic events suffer from PTSD[11]. This prevalence is related to stressful events (terrorist attacks, flooding in 2001 and 2003, earthquake, etc...) that those individuals have previously experienced[12, 13]. Moreover, in the world, Davidson et al. (1991) reported that 19.8% of subjects with PTSD had attempted suicide[14]. Similarly, the results of the study by Kessler et al (1999) indicate that 9.6% of subjects with PTSD have already tried to end their lives[15]. Oquendo et al. (2005) believe, meanwhile, that subjects with a history of PTSD are at a greater risk of committing suicide[16]. The suicide risk is high, as reported study Vaiva et al. (2007), with nearly 30.2% of patients suffering from PTSD[17]. Recently, Wilcox et al. (2009) pointed out that the proportion of suicide attempts were greater among subjects developing PTSD[18].

In view of these studies, the aim of this article is to identify the social representations related to suicide and to study the relationship between PTSD and suicide risk within the Algerian population. We also demonstrate the interest of the SMPG investigation for a better prevention.

2. Methods

2.1. Sample

This work concerns the first epidemiological study carried out in Algeria by the WHO Collaborating Center in partnership with the Mental Hospital of Chéraga specialized in psychiatric disorders.

The SMPG [19] investigation is dual. On the one hand, it identifies the representations relating to mental illness (madness, mental illness and depression) and, on the other hand, it assesses the predominance of various psychiatric disorders[20, 21]. Eight hundred ninety-nine (n =899) non-institutionalized subjects aged over 18 participated in the study. This representative sample of the general population was put together on the basis of quotas (age, sex, socio-professional category, education level, etc...).

2.2. Assessment

Data was collected by nursing students who previously received a pedagogical training. Each interviewer had a detailed questionnaire form/guide. Only the participants that met the inclusion criteria were selected (over 18 , non- marginalized, non- hospitalized subjects) .

It is only once they had obtained an oral consent that the subjects were asked to respond to the study protocol. These questionnaires assessing the social representations of suicide, PTSD and suicidal behavior had been previously completed in face to face interviews.

2.2.1. Socio-anthropological survey

This questionnaire includes questions relating to representations of madness, mental illness and depression. Only the data concerning the representations which are associated with suicide are subject to an analysis in this work. Individuals have described the behavior of a person "who attempts to commit suicide." They had to select one answer corresponding to their opinions: "madness", "mentally ill", "depression" or "none of those three", while specifying if the subject was "normal" or "abnormal"; "Dangerous" or "somewhat dangerous".

2.2.2. International Neuropsychiatric Interview Mini (MINI)

The MINI has evaluated the diagnosis of psychiatric disorders according to ICD-10 criteria. This structured interview explores seventeen psychiatric disorders in 120 questions which are organized in a logical tree with two to four filter-questions for each disorder[22]. Each module consists of a question or several questions with two possible answers: yes / no, corresponding to the diagnostic criteria of the disorder in question. This tool has been widely used in research as well as clinical practices in order to reach an optimal reliability of the diagnosis of mental pathology. The psychometric characteristics[23, 24]have been verified by using both, the English and French population. On the assessment of suicide risk, the MINI offers four levels of suicide risk: zero, slight risk, medium risk, high risk. Five items include suicide behavior (suicidal ideation, suicidal level, suicide attempt, etc...). Each item has two possible answers: no and yes.
All these questionnaires have previously been translated into "Arabic dialect" following the OMS methodology (independent translations, consensus meetings, etc...).

2.3. Statistical Analysis

A descriptive analysis has previously been carried out in order to define the characteristics of the population. Then a calculation was made by associating the following: on the one hand, the levels of risk for suicide and socio demographic variables (sex, age, etc...) by an X^2 test or by a Fisher's test. A first type of risk was set at $\alpha = 5\%$. Finally, a logistic regression analysis was used to determine the factors associated with suicide risk adjusted on socio demographic an psycho-pathological variables. The value of risk was estimated by the odds-ration calculation. Statistical analyzes were performed with the SPSS 18.0 software and SAS 9.3.

4. Results

4.1. Socio-demographical characteristics

The socio-demographic characteristics of the 899 subjects included in the SMPG study are presented in the table n° 1. Our sample is composed of 49.1% women (n = 441) and 50.9% of men (n = 458).

The most significant identified differences relate to sex, ages and levels of education, the fact of living alone, and ultimately the practice of religion. In our case, women are more subject to committing suicide than men. Young subjects (30-39 years) that only have primary level of education and low income (AD 5.500) have a significantly greater risk of committing suicide than other categories of the population. Finally, the suicide risk is significantly higher among those who are widowed and / or separated. It is the same with religion; non-observant subjects seem to present a higher risk of suicide than believers (table 1).

4.2. Frequency of suicidal behavior

The overall suicide risk of the sample is estimated at 13.6%. 9.9% of subjects have a slight risk of suicide; 2.1% an average risk of suicide and 1.6% a high risk of committing suicide (Table 2). Similarly, out of 3% of subjects with suicidal ideas, 2% have a record of suicide attempts. 65.1% of the population living in Algeria (65.8% of women and 54.6% of men) suffers from at least one psychiatric disorder diagnosed by the MINI.

The recurrent depressive episode (OR= 2.46;[1.528-3.963];p=0.000) significantly increases the suicide risk. The subjects suffering from social phobia (OR=1;95; IC [1;071-3.557];p=0.029) are more likely to commit suicide (table 2).

4.3. PTSD and suicide risk

It is estimated that out of the 60.9% of subjects exposed to potentially traumatic events, 39.1% suffer from flashbacks and 22% developed PTSD. The suicide risk is present in 17.6% of subjects with PTSD. The results of logistic regression show that PTSD is not a variable that can be associated with suicide risk. Yet, it appears that the suicide risk of non-believers is six-times higher than the suicide rick of believers. As for the persons with a religious practice, the suicide risk is ten times higher in the case of an alcohol problem (table 3).

4.4. Social representations of suicide

The results show that suicide is associated with depression, and generally with abnormality and dangerousness. 52.1% of subjects designate the person "who attempts suicide" as being a "depressive individual", 18.6% as "crazy" and 15.4% as a "mentally ill" person. 83% of the interviewed describe a "suicide" as being committed by an abnormal individual, and 66% as a dangerous individual (Figure 1).

5. Discussion

The study shows that the overall prevalence of suicide risk is relatively high (13.6%). This percentage is partly explained by the prevalence of mental disorders among our general population. 60.2% of subjects have had at least one psychiatric disorder (33% suffer from depression). Thus, the accumulated social anxiety factors (unemployment, precariousness, social violence, etc...) cause psychological imbalance, sometimes leading the individual to shift towards a violent and unpredictable suicidal act.

Our results are similar to the data from the Vaiva SMPG et al. study (2007) conducted in France[17]. The risk of suicide prevalence was 13.7% (9.7% light risk, 2.1% medium risk and high risk of 1.9%).

Similarly, the European study ESEMeD, conducted in the general population, reports that the lifetime prevalence of 12.4% for suicidal ideation and 3.4% for suicide attempts[25]. The study of Danel et al. (2010) show that the risk of suicide is present in 15% of the population (10.44% of small risk, 2.37% medium risk and high risk of 2.2%)[26].

Our study shows that more than half of the respondents described suicide as an individual "depressed" in Algeria while Roelandt et al. (2010) show that 80% of subjects designate the subject suicide as "depressed" in general[27]. Similarly, Surault (2005) shows that 62% of the subjects consider the individual "who attempts suicide' as dangerous, i.e. 5% less than in Algeria (67%)[28]. Note that this individual is seen as being "abnormal" by 83% of the surveyed population. These representations reinforce the stigmatization and exclusion of family and social sphere of people with suicidal tendencies, especially since suicide remains a serious and abnormal act for the Muslim issue[29]. Thus, this could partly explain the lack of "external" assistance requested as this "law of silence" surrounding suicide attempts.

In light of previous studies, there is a high prevalence of psycho suffering among the Algerian population compared to other countries. In the USA, the NCS study by Kessler et al. (1995) shows that the prevalence of PTSD is 7.8% over a lifetime (10.4% women and 5.4% men)[30].

The European study (ESEMeD) reported, meanwhile, a 1.9% prevalence of PTSD over a lifetime and 0.9% over the last 12 months[25]. In addition, the results for the French population [25] indicate a PTSD rate of 2.2% for the entire population over the last 12 months (3.5% women and 0.7% men) and prevalence of 3.9% on a life time (6% of women and 1.5% men). Similarly, Vaiva et al. (2007) in their SMPG study observed a 0.7% prevalence of PTSD over a life time [17].

It is likely that the traumatic effects of the highly stressful events (terrorist attacks, the 2001 Algiers flood, the 2003 earthquake, criminality, delinquency, etc...) prevailing in Algeria could be the cause of psycho-traumatic symptoms reported in our study. Furthermore, the terrorist episode of the 1992-2000 period would upset the mental and functional balance both at the individual and social level[31]. In addition, the violent earthquake in 2003, which coincided with the completion of the SMPG investigation, caused an enormous loss of human life.

The risk of suicide prevalence is 17.6% among subjects with PTSD. Furthermore, epidemiological studies identify PTSD as a suicide risk factor. However, our results are not consistent with the scientific literature since no direct relationship between the risk of suicide and PTSD was observed[14, 18, 32–34].

However, it is remarkable that the risk is six times higher among non-believers with PTSD. Most religions express clear condemnation of suicide [35]by assimilating it to a murder, a major sin which goes against a certain number of precepts (faith, hope, charity and even hell, etc..). This is also the case for Islam, in which suicide constitutes an obstacle to spiritual evolution, as life is given by God and God alone can take it back. It is therefore forbidden to annihilate this divine power by voluntary death. Today, religious practice is more important in Muslim countries than in Western ones. As a consequence, any non-compliance case with the requirements is more vigorously stigmatized. This raises the question of the increase of the suicide rate in Algeria in spite of the religious bans and its consequences for the family. Likewise, alcohol dependence is associated with the suicide risk factor especially for observant subjects. This co-morbidity suicide / addiction is often found in the literature[36, 37].

Depression significantly increases the risk of suicide. This link between depression and suicide has been sufficiently detailed in earlier work on this clinical problem[38].

Our results, although useful in the diagnostic approach of suicide risk, are subject to debate because the study from which they come has a number of limitations. The first one relates to diagnostic characteristics (sensitivity / specificity) of the MINI, besides unknown, since its validity has not been previously tested with the Algerian population. In addition, measuring the suicide risk in three levels (small risk, medium risk, high risk) as proposed by the 5 items of the MINI consists in classifying individuals into interdependent categories. We also observe that psychiatric disorder diagnosis does not permit to conduct full audits of the different cases since the data was collected by trained interviewers and not by professionals.

Finally, the SPMG investigation protocol is mainly based on Western modern approaches to mental illness. It does not take into consideration the religious factor which is a significant aspect in Algerian society. The resulting information permits to define only the main representations linked to suicide. It is also difficult to distinguish the terms used to describe the social representations. From the cultural point of view, the concept of "abnormal" is used to refer to psychological suffering (crazy, mentally ill, depressed etc…) because the lexical field used to describe psychological phenomena remains limited[39]. Therefore, as mental illness is fundamentally linked to the values and norms of society, it remains a social taboo [40, 41]. Actually, these cultural constraints might prevent subjects with traditional ideas from providing objective answers to their suicidal behaviors.

Finally, the protocol of the SMPG survey is essentially based on modern Western conceptions of mental illness. It does not take into account the religious component pregnant in Algerian society. The ensuing results will allow us to identify the main representations linked.

It would be necessary, given the cited methodological pitfalls, to conduct additional epidemiological studies to assess the validity of our results. These additional studies would consist of identifying the social, economic and psycho-pathological characteristics of individuals at high risk of suicide. This data could be used in order to initiate a diagnosis and prevention approach of the suicide risk.

6. Conclusion

The results of the SMPG survey show that the prevalence of suicide risk as well as PTSD are relatively high among the Algerian population. The suicidal person is described as a "depressed individual, "abnormal" and "dangerous". Such representations reinforce the stigma and social exclusion. Although the religious practice is a protective element against suicide, the existing formal bans make the issue of suicide a taboo. This constraint could delay the early and efficient management of patients. In addition to its intercultural dimension, this SPMG epidemiological study on the general population is the first national reference in Algeria in the field of mental illness.

References

1. Panagioti M, Gooding P, Tarrier N (2009) Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: A narrative review. Clin Psychol Rev 29:471–482. doi: 10.1016/j.cpr.2009.05.001

2. Nepon J, Belik S-L, Bolton J, Sareen J (2010) The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Depress Anxiety 27:791–798. doi: 10.1002/da.20674

3. Tarrier N, Khan S, Cater J, Picken A (2007) The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: trauma and suicide behaviour. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 42:29–35. doi: 10.1007/s00127-006-0127-2

4. Ferrada-Noli M, Asberg M, Ormstad K, et al (1998) Suicidal behavior after severe trauma. Part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessments of suicidal behavior. J Trauma Stress 11:103–112. doi: 10.1023/A:1024461216994

5. Panagioti M, Gooding PA, Tarrier N (2012) A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. Compr Psychiatry 53:915–930. doi: 10.1016/j.comppsych.2012.02.009

6. Panagioti M, Gooding PA, Tarrier N (2012) Hopelessness, defeat, and entrapment in posttraumatic stress disorder: their association with suicidal behavior and severity of depression. J Nerv Ment Dis 200:676–683. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182613f91

7. Panagioti M, Gooding PA, Dunn G, Tarrier N (2011) Pathways to suicidal behavior in posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress 24:137–145. doi: 10.1002/jts.20627

8. Rimkeviciene J, Hawgood J, O'Gorman J, De Leo D (2015) Personal Stigma in Suicide Attempters. Death Stud 39:592–599. doi: 10.1080/07481187.2015.1037972

9. Oexle N, Ajdacic-Gross V, Kilian R, et al (2015) Mental illness stigma, secrecy and suicidal ideation. Epidemiol Psychiatr Sci 1–8. doi: 10.1017/S2045796015001018

10. Xu Z, Müller M, Heekeren K, et al (2016) Pathways between stigma and suicidal ideation among people at risk of psychosis. Schizophr Res. doi: 10.1016/j.schres.2016.01.048

11. Bensaidai M (2012) Prévalence des troubles anxieux dans la population générale. Résultats d'une enquête multi-centrique dans la commune de Chéraga. Université d'Alger

12. Boudarène M(2001) Violence terroriste en Algérie et traumatisme psychique. Rev Francoph Stress Trauma 1:91–98.

13. Belarouci L (2011) Le terrorisme en Algérie : entre honte et trauma. Dialogue 107–116.

14. Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, George LK (1991) Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. Psychol Med 21:713–721.

15. Kessler RC, Borges G, Walters EE (1999) Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 56:617–626.

16. Oquendo M, Brent DA, Birmaher B, et al (2005) Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior. Am J Psychiatry 162:560–566. doi: 10.1176/appi.ajp.162.3.560

17. Vaiva G, Ducrocq F, Jehel L, et al (2007) Psychotraumatismes et risque suicidaire en France : Prévalences croisées dans l'enquête SMPG. Rev Francoph Stress Trauma 7:69–77.

18. Wilcox HC, Storr CL, Breslau N (2009) Posttraumatic stress disorder and suicide attempts in a community sample of urban american young adults. Arch Gen Psychiatry 66:305–311. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.557

19. Jean-Luc Roelandt * (2005) La santé mentale en population générale : images et réalités, une enquête pas comme les autres. Inf Psychiatr 81:285–286.

20. Caria A, Roelandt J-L, Bellamy V, Vandeborre A (2010) ["Mental Health in the General Population: images and realities (MHGP)": methodology of the study]. L'Encéphale 36:1–6. doi: 10.1016/S0013-7006(10)70011-7

21. Ruiz C, Kurkdjian L (2007) La santé mentale en population générale : images et réalités. Inf Psychiatr me 83:821–826.

22. Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, et al (1997) The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. Eur Psychiatry 12:224–231. doi: 10.1016/S0924-9338(97)83296-8

23. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al (1998) The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry 59 Suppl 20:22-33-57.

24. Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, et al (1998) DSM-IH-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr 13:26–34. doi: 10.1016/S0924-9338(97)86748-X

25. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, et al (2005) Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). L'Encéphale 31:182–194. doi: 10.1016/S0013-7006(05)82385-1

26. Danel T, Vilain J, Roelandt JL, et al (2010) Risque suicidaire et tentative de suicide en Nord-Pas de Calais. Enseignements de l'enquête santé mentale en population générale. L'Encéphale 36:39–57. doi: 10.1016/S0013-7006(10)70017-8

27. Roelandt J-L, Caria A, Defromont L, et al (2010) Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. L'Encéphale 36:7–13. doi: 10.1016/S0013-7006(10)70012-9

28. Surault P (2005) Milieu social et santé mentale : représentations, stigmatisation, discrimination. Inf Psychiatr 81:313–324.

29. Mautret É, Amad A, Genin M, et al (2013) Représentation de la santé mentale en population musulmane d'après l'étude « Santé mentale en population générale » (SMPG). Inf Psychiatr me 89:579–585.

30. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 52:1048–1060.

31. Diatkine G (2006) Traumatismes de masse en Algérie. Perspect Psy 45:113–118. doi: 10.1051/ppsy/2006452113

32. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E (1991) Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Arch Gen Psychiatry 48:216–222.

33. Brady KT, Killeen TK, Brewerton T, Lucerini S (2000) Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 61 Suppl 7:22–32.

34. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, et al (1998) Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. Arch Gen Psychiatry 55:626–632.

Annexe D.

Méthodes statistiques

1. Le test χ^2 d'indépendance

Le test de χ^2 d'indépendance est le test approprié pour vérifier l'hypothèse selon laquelle il existe une indépendance entre la variable X et la variable Y.

Exemple : Vérifier la relation entre la variable PTSD et risque suicidaire

H0 : il y a une indépendance entre le PTSD et le risque suicidaire

H1: aucune indépendance entre le PTSD et le risque suicidaire.

Considérons les deux variables, nous obtenons la table de contingence englobant la variable PTSD (non, oui) et risque suicidaire (non, oui) :

Tableau croisé PTSD * Risque Suicidaire

Echantillon SMPG (n=899)		Risque suicidaire		
M (X) M (Y)		Non	Oui	
PTSD	Oui	100 (104.58) *	21 (16.42) *	121
	Non	677 (672.42) *	101 (105.58) *	778
Total		777	122	899

*effectifs théoriques calculés

On calcule l'effectif théorique de chaque case du tableau en multipliant les totaux qui lui correspondent et en divisant par l'effectif total :

$$\chi^2 = \sum_{M} \frac{(\text{effectif obs.}_i - \text{effectif th}_i)^2}{\text{Effectif théorique}_i}$$

$$\chi^2 = \frac{(100-104.58)^2}{104.58} + \frac{(667-672.42)^2}{672.42} + \frac{(21-16.42)^2}{16.42} + \frac{(101-105.58)^2}{105.58}$$

$\chi^2 = 1.72$

- Si $p < \alpha$ alors non indépendance significative.
- Si $\chi^2 > \chi_{lim}$ alors non indépendance significative.

Sous H_0 vraie, la variable teste χ^2 suit une loi normale χ^2 = (nb lignes-1) (nb colonnes -1) degrés de liberté.ddl (2-1) (2-1)= 1. X_{lim} = 3,841 (cette valeur limite figure dans la table numérique du khi-deux : α= 0,05)

χ^2=1.72< 3,841 : les résultats montrent l'absence d'une relation de dépendance entre la variable PTSD et risque suicidaire sur la population considérée (n=899). Toutefois, on court un risque de se tromper au plus ou égal à 5% en tirant cette conclusion.

2. Le modèle de la régression logistique

En épidémiologie, la régression logistique est un des modèles multivariables couramment utilisé. Cette technique permet d'évaluer la force de l'association entre chaque variable indépendante X et la variable dépendante Y. On essaye de réduire les données rapportées en loi mathématique lorsque nous effectuons une régression logistique :
Soit Y une variable binaire à expliquer, soit X une variable explicative.

$$\pi(x) = P(Y = 1 | X = x)$$
$$Log\left[\frac{\pi(x)}{1-\pi(x)}\right] = \beta_0 + \beta_1 x$$

Les coefficients estimés par le modèle sont liés mathématiquement à l'odds-ratio qui représente la force de l'association entre un facteur et une maladie.
Nous avons utilisé deux modèles de la régression logistique (bivariée et multivariée) pour tester l'hypothèse selon laquelle le risque suicidaire est associé positivement au PTSD :

- **Le modèle de régression simple** évalue la relation entre risque suicidaire (variable dépendante Y) et PTSD (variable indépendante X). On évalue l'effet d'une seule variable, le PTSD, sur le risque suicidaire. Autrement dit, on estime la probabilité d'avoir un risque suicidaire (Y=1) sachant la valeur du PTSD (X= 1).

- **Les modèles de régression mutivariée** permet de prédire le risque suicidaire (variable à expliquer) en fonction d'une ou plusieurs variables (sexe, âge, situation matrimoniale, PTSD…). Nous prenons en compte tous les paramaîtres (OR) estimés de chaque variable.

.

Résumé

La relation entre le trouble de stress post-traumatique et le risque suicidaire en Algérie. Résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG)

Résumé

Objectif. L'enquête Santé mentale en Population Générale a été réalisée, en 2003, par le centre collaborateur de l'OMS (CCOMS-Lille) en partenariat avec l'hôpital psychiatrique Mahfoud Boucebci (EHS-Alger). Les données portant sur le risque suicidaire sont exploitées dans le présent travail. Son objectif principal est d'étudier la relation entre le trouble de stress post-traumatique et le risque suicidaire.

Méthode. Huit cent quatre-vingt-dix-neuf sujets vivant en Algérie (n=899) ont participé à cette enquête. Le Minimal International Neuropsychiatric Interview (MINI) a été utilisé afin de recueillir des données relatives aux troubles mentaux.

Résultats. 61 % de la population (n=548) a été exposée à des événements potentiellement « traumatisants ». La prévalence du PTSD est estimée à 13,5 % (n=121) dans l'échantillon global. 13,6 % des sujets (n=122) présentent un risque suicidaire. Aucune relation directe entre le PTSD et le risque suicidaire n'a été observée. Toutefois, le PTSD augmente significativement le risque suicidaire chez les non-pratiquants (OR=5.81 ; IC [1.948-17.328] ; *p*=0.001) en comparaison avec les sujets pratiquants. Le risque suicidaire est 10 fois plus élevé chez les sujets pratiquants souffrant de problème d'alcool (OR =10.26 **;** IC [3.133-33.609] ; *p*<=0.0001).

Conclusion. Cette première étude en population générale souligne la prévalence relativement élevée du risque suicidaire et de PTSD. La pratique religieuse est un élément protecteur contre les conduites suicidaires. Les résultats qui en découlent pourraient être exploités dans le but de fonder une démarche de prévention du risque suicidaire.

Mots clés : enquête santé mentale population générale, événement traumatique, PTSD, risque suicidaire, pratique religieuse, Algérie.

UTRPP – EA 4403 UP13

99 Avenue Jean Baptiste Clément, 93430 Villetaneuse

The relationship between post traumatic stress disorder and suicidal risk. Results of Mental Health Survey on General Population (MHSGP) in Algeria

Abstract

Objective. The Mental Health Survey on General Population was conducted in 2003 by the WHO collaborating centres in Lille (WHOCC-Lille) in partnership with the Mahfoud Boucebci psychiatric hospital (EHS-Alger). Data regarding suicidal risk are exploited in the present study. The main objective aims at studying the relationship between post traumatic stress disorder and suicidal risk.

Method. Eight hundred ninety-nine subjects living in Algeria (n=899) took part in this survey. Minimal International Neuropsychiatric Interview (MINI) was used to collect data related to mental disorders and suicidal behaviors.

Results. 61% of the population (n=548) were exposed to « traumatic » events. PTSD prevalence is estimated to be 13.5% (n = 121) in the overall sample. 13.6% of the subjects (n = 122) present a suicidal risk. There is no direct relationship between PTSD and suicidal risk.However, PTSD significantly increases the suicidal risk in non-practising subjects (OR = 5.81, CI [1.948-17.328], *p* = 0.001) compared to practising subjects. Suicidal risk is 10 times higher in practising subjects suffering from alcohol problems (OR = 10.26, IC [3.133-33.609], p <= 0.0001).

Conclusion. This first study in the general population highlights the relatively high prevalence of suicidal risk and PTSD. Religious practice is a protective element against suicidal behavior. These results could be exploited so that a preventive approach to suicidal risk can be put in place.

Keywords: Mental Health Survey on General Population (MHSGP), traumatic event, PTSD, suicidal risk, religious practice, Algeria.

UTRPP – EA 4403 UP13

99 Avenue Jean Baptiste Clément, 93430 Villetaneuse