

**Genre et maladie mentale : « La maladie mentale a-t-elle un genre ? »  
Gender and mental illness: "Does mental illness have a gender? "**

**Benharrats Sarra Samra<sup>1,\*</sup>, Abdellilah Gharbi Radia<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Université d'Oran 2 – Mohamed benAhmed (Algérie)

Date de réception : 2018-10-19; Date de révision : 2019-09-11; Date d'acceptation : 30/09/2019

**Résumé :**

L'un des objectifs de nombreux pays du monde moderne est de réduire les différences entre les genres dans tous les domaines notamment celui de la santé mentale. Ceci implique la prise en compte d'autres déterminants que les déterminants biologiques dans la genèse du trouble mental. Ce qui lui confère une nouvelle analyse en référence à son aspect biologique, psychologique, social et genré.

L'objectif de cet article est d'analyser les mutations opérées dans la problématique du genre dans la maladie mentale, et ce : à travers, un parcours historique des études faites dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale d'une part ; et d'autre part, par une étude sociologique basée sur une approche ethnographique sur terrain. Nous présentons quelques résultats issus du décryptage du discours de nos enquêtés, qui illustrent le lien et l'influence réciproque entre le genre et la maladie mentale, que nous qualifions de « la souffrance psychique genrée ».

**Mots-clés :** Maladie mentale ; genre ; déterminant ; psychiatrie ; société.

**Abstract:**

One of the goals of many countries in the modern world is to reduce gender differences in all areas, including mental health. This implies the need to consider other determinants than biological determinants in the genesis of the mental disorder. This gives the mental illness a new analysis with reference to its biological, psychological, social and gendered aspects.

The purpose of this article is to analyze the changes that have been made in the issue of gender in mental illness, through: A historical background of studies in the field of psychiatry and mental health on the one hand; and on the other hand, a sociological study based on an ethnographic approach on the ground.

We present some results from the decryption of the speeches of our respondents, which illustrate the link and the reciprocal influence between gender and mental illness, which we describe as "gendered psychic suffering".

**Keywords:** Mental illness ; gender; determinant; psychiatry; society.

**I-Introduction:**

Les débats et les études sur le genre en rapport avec la maladie ou la santé mentale sont toujours sujet d'actualité et de questionnement qui restent en attente de réponses. Car parler de la différence en matière de santé mentale entre l'homme et la femme, c'est aborder un sujet sensible étant donné qu'il traite de l'élément clé de tout débat sur les valeurs associées aux rôles sexuels et au mariage dans la société de manière globale (**Tousignant, 1992**).

Les travaux qui s'intéressent au genre dans la santé ou la maladie mentale sont plus focalisés sur les études quantitatives qui relatent entre autres la prévalence de la maladie par la variable sexe. C'est ce qui est connu sous l'appellation de « sexe ratio » (**Bouziati, 2014**). Une analyse réduite à des chiffres purement statistiques, qui peut avoir plusieurs interprétations, sans pour autant s'intéresser au sujet atteint de cette maladie.

En basculant du quantitatif au qualitatif, nous avons réalisé une étude sociologique sur terrain, en adoptant une approche ethnographique, centrée sur l'observation et l'analyse des trajectoires et des pratiques quotidiennes des patients hospitalisés au sein de l'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie (EHS) de Sidi Chami d'Oran, Algérie.

\* Auteur correspondant : Benharrats Sarra Samra : benharrats.sarra@univ-oran2.dz

A partir de cette étude, nous tentons de répondre à quelques questions liées au genre et à la maladie mentale qui restent en suspens : Quel changement apporte la maladie mentale à la vie de l'homme ou de la femme ? Le genre est-il un déterminant de la maladie mentale ?

Ceci nous permet en partie, de cerner le sujet atteint de troubles mentaux dans sa totalité biologique, psychologique et sociale sans omettre le genre dans la question.

Dans ce travail, nous présentons une analyse sociologique des résultats de quelques études épidémiologiques réalisées dans plusieurs pays notamment en Algérie. Ces travaux nous ont permis d'orienter notre étude sur la question du genre et la maladie mentale et d'utiliser les résultats pour guider nos entretiens qui sont à l'origine de cet article. Nous avons pu effectuer cinquante entretiens, en optant pour un groupe d'enquêtés hétérogène de par le genre, l'âge, le statut, la profession, le niveau d'instruction et le type de trouble mental. Cette hétérogénéité, nous a permis de recueillir des données pertinentes pour une meilleure analyse.

Dans un premier temps, nous exposons dans cet article le processus historique évolutif du lien entre la santé mentale et le genre dans sa version féminine, puis nous insistons sur les résultats des études quantitatives antérieures, afin de mettre l'accent sur l'influence de leurs résultats sur la conception genrée de la maladie mentale. En dernier, nous illustrons et nous analysons quelques résultats de nos entretiens réalisés avec les malades atteints de troubles mentaux ayant fait l'objet de notre enquête au sein de l'hôpital psychiatrique d'Oran, où nous mettons en exergue l'influence de la maladie mentale sur le changement du statut de ces malades dans la société et la perception du sens qu'ils donnent à leurs maladies.

## II-L'histoire du genre en santé mentale :

La maladie mentale a été longtemps corrélée à la femme, soit par le fait qu'elle fut considérée comme un être fragile sur le plan biologique et donc mental, en considérant l'explication biopsychologique du phénomène, soit par le fait qu'elle est perçue comme un être mal sain et donc sensible à l'atteinte des forces diaboliques selon les explications paranormales des troubles mentaux.

L'histoire nous renseigne qu'au moyen âge, la maladie mentale était le synonyme de l'atteinte diabolique qui touchait par excellence la femme. Ces dernières furent brûlées car considérées comme des sorcières possédées par le diable ou alliées avec lui (Benharrats, 2014). Plus tard à cette période, la médecine et la psychanalyse attribuent des noms à certaines pathologies neuropsychiatriques ou psychosomatiques en rapport direct à la femme. Dans ce contexte, nous citons « l'hystérie » dérivé du mot *Hysteria* ou utérus en grec (Cabrol & Parat, 2000), l'organe appartenant exclusivement à la femme sur le plan biologique et anatomique. La théorie disait que cet organe se déplaçait dans le corps produisant des symptômes expliquant lesdites pathologies. Ceci fut inspiré par les *Timée* de Platon : « *La matrice est un animal qui désire ardemment engendrer des enfants. Lorsqu'elle reste longtemps stérile après l'époque de la puberté, elle a peine à se supporter, elle s'indigne, elle parcourt tout le corps, obstruant les issues de l'air, arrêtant la respiration, jetant le corps dans des dangers extrêmes, et occasionnant diverses maladies, jusqu'à ce que le désir et l'amour, réunissant l'homme et la femme, fassent naître un fruit et le cueillent comme sur un arbre* » (Platon). Et ce n'est que très récemment que ce nom est abandonné et remplacé par les troubles somatoformes<sup>1</sup> ou troubles de conversion dans les classifications médicales actuelles, telles que le DSM<sup>2</sup> ou la CIM<sup>3</sup> (Aybek, et al., 2009).

En 1653, le traité de médecine de Pieter van Foreest recommandait quant à lui des massages des organes génitaux, qui, par l'atteinte du « paroxysme de l'excitation » devaient guérir « la malade ». Après, l'arrivée de l'électricité au XIX<sup>ème</sup> siècle a permis de traiter ladite « hystérie » féminine par l'élaboration d'outil automatisant le massage et remplaçant le médecin, qui a plus tard autorisé la naissance des vibromasseurs (Gourion, 2013). Ce raisonnement, théories ou conduites « scientifiques » ne font que renforcer ce que Platon a avancé sur l'hystérie. Depuis, de nombreuses études notamment aux Etats-Unis ont traité la question des liens entre sexe féminin et maladie mentale (Bertrand, 1979), principalement dans la période de 1965 à 1979, qui correspond à la période dite de la « deuxième vague féministe ».

Les avancées médicales en matière de santé mentale ne se sont pas contentées de donner des chiffres statistiques pour différencier l'homme de la femme, mais d'introduire de nouvelles maladies mentales dans les classifications en se basant sur le genre. Après avoir essayé de se défaire de l'idée que l'hystérie est une pathologie exclusive de la femme, la nouvelle classification américaine de psychiatrie, DSM dans sa version 5, se retrouve enfoncée encore dans de nouveaux concepts semblables aux

---

<sup>1</sup>Somatoforme désigne les troubles dont la caractéristique commune est la présence de symptômes physiques faisant évoquer une affection médicale générale, mais qui ne peuvent s'expliquer complètement ni par une affection médicale générale, ni par un autre trouble mental (Tribolet, 2006).

<sup>2</sup>DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) dans sa version 5.

<sup>3</sup>CIM : Classification internationale des maladies dans sa dernière version CIM 10.

précédents mais en prétendant une argumentation scientifique. Cette nouvelle version DSM parle de « trouble dysphorique prémenstruel<sup>4</sup> »(APA, 2016), diagnostiqué à partir des symptômes apparaissant au cours du cycle menstruel de la femme tels que l'irritabilité, l'anxiété et les troubles de l'humeur.

Ceci fait référence au regard patriarcal de la société sur la femme comme étant façonnée uniquement par des comportements déviants et pathologiques nécessitant une prise en charge médicale. Un acharnement médical dans sa version masculine à expliquer les maladies mentales en insistant sur la version féminine des troubles mentaux ne fait que renforcer que ce type de pseudo-pathologie est un moyen d'exclusion de la femme du milieu professionnel et surtout des postes supérieurs de décisions car elle passe mensuellement par des périodes de « folie » (par les menstrues) pour finir par une période prolongée de « folie » qui est la ménopause.

Cependant, nous constatons ici le retour à la définition archaïque de la maladie mentale proposée par Platon et Hippocrate après son exclusion des classifications médicales psychiatriques qui était une forme d'évolution vers la psychiatrie moderne. Cette psychiatrie qui se reconvertit vers la psychiatrisation de la physiologie « Psychiatriser la menstruation »(Gourion, 2013), n'est-ce pas là une invention de la maladie ?

### III-Le genre au cœur des études quantitatives:

Nous pensons que certains résultats d'études quantitatives méritent d'être cités en guise d'une tentative d'analyse sociologique. Les enquêtes faites sur les populations d'études utilisant des échelles de santé mentale ont remarqué souvent la présence d'un nombre de symptômes élevés rapportés aussi bien par les femmes que les hommes, au point qu'elles sont en général deux fois plus nombreuses dans la catégorie du pathologique retenue(Tousignant, 1992).

Les hypothèses explicatives du taux important des maladies mentales qui touchent les femmes ont été proposées par une étude faite en 1973 par Gove et Tudor(Bertrand, 1979). Dans cette étude, ils annoncent que les femmes ont une seule source de gratification qui est le travail domestique, contrairement aux hommes qui ont en deux, celui du foyer et du travail. Les tâches dites domestiques telles qu'élever les enfants, tenir la maison ne sont pas des tâches difficiles et toute personne a l'habilité de le faire et donc le travail de la femme dans son foyer est banalisé et ne peut être source de gratification. Enfin, le rôle dit de « maitresse de maison » est un rôle peu structuré et considéré comme socialement invisible et non rémunéré. Ce sont des arguments qui tentent d'expliquer la pression et donc le stress que subit la femme « génitrice » de sa maladie mentale. En outre, nous pouvons retenir que la peur de la femme de perdre son statut d'épouse ou de mère peut être une forme d'explication de ses consultations multiples dans les services de santé mentale, ce qui peut créer le déséquilibre de la balance statistique.

En effet, lors de nos entretiens, nous avons repéré une forme d'anxiété permanente de la part des femmes à la quête d'un état « dit normal » pour reprendre leur rôle et statut, contrairement aux hommes qui ne manifestaient que rarement une inquiétude vis-à-vis de leur rôle dans la société ou de leur futur. Nous citons à ce propos le discours de Hakima, femme au foyer âgée de 35 ans, mère de quatre enfants, traitée pour des troubles anxiodépressifs :

*« ...Quand je consulte chez le psychiatre, je n'arrête pas de lui poser des questions sur mon traitement, parfois le médecin est embêté car j'ai tendance à répéter les mêmes questions à chaque consultation. Je lui demande la durée que prend ce traitement, est ce qu'il a des effets sédatifs, ou autres effets, parce que je n'ai pas envie d'être alourdie, j'ai mes enfants, mon mari et le ménage et il n'y a personne qui puisse me remplacer à la maison. Parfois, je demande au médecin de me donner quelque chose de stimulant pour que mon mari ne s'aperçoive pas de ma maladie... ».*

Les pathologies souvent retenues et considérées touchant plus la femme que l'homme sont les troubles de l'humeur, principalement la dépression, contrairement aux autres affections dites plus « sérieuses » dans le registre des troubles mentaux, telles que les psychoses et les troubles de personnalités, qui se distribuent de manière égale entre les deux sexes(Douki, Nacef, & Ben Zineb, 2006; Tousignant, 1992). L'explication majeure qui peut être avancée sur le fait que les femmes présentent plus de pathologies mentales ou de problèmes relevant de la psychiatrie que les hommes, c'est que la majorité des enquêtes se sont intéressées à la dépression, du fait qu'elle présente un risque vital de par le risque de suicide secondaire. Aussi, il s'agit là d'une pathologie suscitant un intérêt particulier sur les différentes explications organiques de sa survenue, à ce titre, nous citons l'exemple des troubles hormonaux longtemps attribués à la femme, d'ailleurs on parle du « cycle dépressif de la femme ». On considère que la dépression chez la femme est fortement corrélée à son cycle reproductif ou autrement dit, corrélée à son cycle hormonal, ce qui la rend sensible au changement de l'humeur.

<sup>4</sup>Trouble dysphorique prémenstruel en référence à une manifestation de symptômes psychiatriques, tels qu'une atteinte de l'humeur, chez la femme dans la période qui précède les menstrues(Bianchi-Demicheli, 2006).

Selon des études, la femme présente des pics dépressifs dans la période pubertaire, la période prémenstruelle, la grossesse, la période du postpartum et la péri-ménopause (Benharrats, 2014) (Agbokou, Ferreri, Nuss, & Peretti, 2011) (Douki, Nacef, & Ben Zineb, 2006). Dans ce sens, une étude épidémiologique effectuée à Oran, Algérie en 2012, sur les conduites suicidaires retrouve un taux de 60% de femmes contre 40% d'hommes ayant fait une tentative de suicide, cette dernière renseigne indirectement sur la dépression. La répartition selon les tranches d'âge en fonction du sexe relate en partie le « cycle dépressif de la femme », c'est-à-dire qu'elle présente des taux importants de tentatives de suicide et donc de dépression durant l'adolescence (la période pubertaire et prémenstruelle), l'âge de procréation de 20 ans à 34 ans (la grossesse et le postpartum) et enfin un pic à l'âge de 40 à 44 ans (la péri-ménopause), Voir **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** (B.Djaoui, 2012).

Ces résultats renforcent en partie le mythe que la femme est un « sexe faible » et qu'elle est « un enchaînement de révolutions et, assez souvent, de crises », ainsi les menstrues, la grossesse et la ménopause sont des phénomènes considérés comme pathologiques, conférant à la féminité le caractère antinomique à la santé (Pfister, 2006). Mais ce qui est encore paradoxale, c'est lorsque cette même femme adhère à ces explications et théorie par effet de conditionnement et explique toutes ses erreurs ou ses déviances au regard sociétal comme secondaires à ses hormones : « désolée, je pense que c'est mes hormones...qui... ».

Discrètement et dans de rares études, on retient l'explication que la prévalence importante de la dépression chez la femme est corrélée au facteur d'inégalité entre les genres. L'Organisation Mondiale de la Santé elle-même reconnaissait en 1998 que « la santé mentale des femmes est inextricablement liée à leur statut dans la société. Elle bénéficie de l'égalité et pâtit de la discrimination. Aujourd'hui, le statut et la qualité de vie de centaines de millions de femmes demeurent tragiquement bas ». Ceci s'explique par le fait que la femme est exposée à certains facteurs de stress permanents dans et en dehors du travail, par l'effet du sexisme et de la discrimination sans omettre la charge importante au foyer familial. A ce propos, une enquête menée en Tunisie auprès de 6000 familles montre que les mères sont deux à quatre fois plus impliquées que les pères dans l'éducation, la scolarité et la santé des enfants (Population, 2002). Il semble que par rapport au stress dû au travail dans les deux milieux (professionnel et familial), la femme est en situation de « *double bind* » dite double lien (Rocco, 2010) (Benoit, 1999), car son rôle de travailleuse est nié et non reconnue par le mari et plus globalement la société, alors qu'au travail son rôle de mère est occulté par l'employeur qui lui demande l'amélioration de la quantité et de la qualité de son travail.

Parler de la pathologie mentale de la femme est souvent indissociable de la question de son rôle de mère. Une enquête faite en Tunisie en 2001, auprès d'un échantillon composé de 4000 femmes âgées de 19 à 45 ans a montré que pour 37 % d'entre elles, le travail ne contribue en rien à leur promotion sociale, et que pour 6 % d'entre elles, le travail dévalorise leur statut dans la société. Cette étude montre aussi que la moitié des femmes interrogées, tout âge confondu, pensent que le statut social d'une femme stérile est inférieur à celle qui a des enfants, et une femme sur trois attribue un statut inférieur à la femme qui n'a pas enfanté de garçon (Douki, Nacef, & Ben Zineb, 2006). En plus de ceci, la femme « co-épouse » est plus sujette aux troubles mentaux, avec un taux de 39,1% versus 17,8% selon une étude de Rafia Ghubash (Ghubash, 2001), ajoutant ainsi la polygamie comme un des déterminants de survenue de pathologies mentales chez la femme.

Globalement et non exhaustivement, en plus de son rôle d'épouse, de mère et de travailleuse qui peuvent être la cause de troubles mentaux, la femme est l'aidant naturel dans la famille qui a un membre malade. Prendre en charge un malade atteint de maladie chronique est un acte considéré comme stresser chronique : « *S'occuper d'un proche aux prises avec un problème de santé mentale ou physique est donc un stresser chronique significatif* » (Wan, 2011; Leclerc, 2012; Benharrats, 2017). Nous citons l'exemple de Fadwa, femme au foyer, mère de cinq enfants :

*« Je prends en charge mes cinq enfants et ma belle-mère qui a l'Alzheimer. Cette pathologie n'est pas facile, je dois la nourrir, la nettoyer et la surveiller de peur qu'elle se perde ou tombe, c'est comme un grand bébé [silence]. Je sens que je n'ai pas le temps pour moi ou pour mes enfants. Mon mari, ne m'aide pas trop, bien que ce soit sa mère. C'est moi qui ramène sa mère, toute seule à la consultation et la dernière fois je n'arrêtais pas de pleurer chez le médecin et me plaindre de ma situation au point qu'il m'a donné un traitement pour me calmer selon lui [elle fait référence au médecin]. Honnêtement je n'ai pas pris le traitement, je n'ai pas compris ce que c'est et j'ai eu peur qu'il me fasse dormir et moi je n'ai pas le temps, j'ai beaucoup de chose à faire ».*

La femme « aidant naturel » d'un membre malade, sous l'effet de ses consultations répétées chez le médecin, ce dernier peut lui suggérer de manière directe ou indirecte un suivi psychiatrique pour traiter ou prévenir une souffrance psychique. De ce fait, elle se retrouve recensée parmi les sujets atteints de troubles mentaux, ce qui explique encore une fois le taux plus important de troubles mentaux inventoriés chez la femme que l'homme.

Une autre hypothèse explicative est que les points abordés dans les questionnaires d'enquête seraient plus « féminins », en ce sens qu'ils contiendraient davantage de malaises propres aux femmes (Tousignant, 1992). Ou encore les femmes se soucient, consultent et expriment avec plus de

facilité leurs désarrois et états émotionnels que les hommes, ce qui fait que les chiffres sont plus importants chez les femmes que chez les hommes (Cooperstock, 1971) (Bertrand, 1979). A contrario, les hommes consultent peu et dévoilent peu leurs sentiments car ils semblent plus sensibles à ce qui peut être interprété comme un échec personnel de leurs sentiments de maîtrise de soi et des situations. Mais, en contrepartie, le taux réduit des consultations des hommes en milieu psychiatrique est rapidement rattrapé par le taux important de leurs admissions au milieu hospitalier (Chapireau, 2014).

Le construit social du rôle et du statut de la femme et de l'homme dans la société confèrent à la femme le droit de parler et d'être plus souvent malade que l'homme tant sur le plan physique que mental (Bertrand, 1979). Ceci a été ancré dès l'enfance par l'éducation parentale qui est sous l'influence du regard sociétal. Un garçon est un homme et « un homme ne pleure pas » ce qui implique que ce dernier doit être dans le contrôle de ses émotions et ne peut donc exprimer aucun signe de tristesse, il doit être dans le contrôle continu de soi et surtout ne jamais confier son mal-être qui est un signe de faiblesse. De ce fait, les manifestations de la dépression chez l'homme sont parfois difficiles à enregistrer. Sa dépression peut se traduire par des comportements d'agressivité, par le choix de sports extrêmes, par l'instabilité émotionnelle à l'égard de sa famille et par les conduites addictives à type de consommation de toxiques ou l'addiction aux jeux pathologiques. Ces signes sont la preuve manifeste du caractère valorisé de la maîtrise des sentiments par l'homme et par conséquent la rareté des consultations en psychiatrie.

En considérant le genre féminin comme facteur de risque de troubles mentaux, n'est-on pas en train de revenir aux théories anciennes comme celle de Lombroso du « criminel né » (Lombroso, 1887) et donc du « malade mental né » ? Si on aborde la question de « la femme maîtresse de maison » et la relation de l'apparition des troubles mentaux, est ce que les mêmes troubles peuvent apparaître chez « l'homme au foyer » après l'émergence de ce concept dans les pays industrialisés.

#### IV-Le genre dans la maladie mentale :

Les résultats des études quantitatives sont souvent insuffisants en matière d'interprétation du lien entre le genre et la maladie mentale. De ce fait, une analyse qualitative s'avère nécessaire par le décryptage du discours des sujets atteints de troubles mentaux.

La maladie mentale n'est pas uniquement un ensemble de signes et de symptômes qui peuvent disparaître sous l'effet du traitement. Il s'agit d'une maladie qui laisse ses traces, qui cause la mutation et la rupture biographique et sociale de l'individu de manière indélébile. Le sujet essaye de réorganiser sa vie pour et autour de sa maladie, en cherchant un nouvel équilibre par la quête du maintien de son statut dans la société. C'est ce qui a été relaté par le discours de Malika 38 ans, mariée et mère de deux enfants, ex-infirmière des hôpitaux, atteinte de troubles bipolaires depuis plus de cinq ans :

*« Ma maladie m'a enlevé le droit d'être une femme, d'être une épouse et une mère comme toutes les femmes. Je passe souvent par des périodes de dépression selon le médecin, et c'est une période qui part et revient de manière quasi périodique, deux fois par an, ou chaque deux ans. Le médecin a dit que j'ai une dépression chronique, je pense que c'est une période où je meurs ! Je ne peux plus accomplir mon rôle de femme, d'épouse et de mère... J'entends par le rôle de femme : C'est le ménage, entretenir ma maison, faire de la bonne cuisine pour ma famille. Être une mère, c'est prendre soin de ses enfants, et être une épouse vous le savez [elle rit]. Quand je n'ai pas la maladie, je me hâte à faire plein de trucs pour faire plaisir à ma famille comme si, je récupère le temps perdu par la maladie ou gagner le temps avant l'arrivée de la maladie ».*

Le cas de Malika parle de sa maladie comme une période d'obscurité transitoire et occasionnelle qui lui ôte son rôle et son statut de femme et de mère. Une période qui doit être rapidement rattrapée par une autre dite de normalité. Néanmoins, malgré la quête de l'équilibre social par le sujet atteint de troubles mentaux, cette même maladie est vécue comme un handicap, difficile à surmonter, notamment lorsque l'entourage renforce cette optique. En effet, On ne reconnaît pas uniquement la maladie par ses symptômes mais par le changement de statut et du rôle de la personne dans la famille et la société, « C'est habituellement lorsqu'une personne n'arrive plus ou n'arrive qu'avec peine à assumer ses responsabilités qu'elle commence à définir sa situation comme un état de maladie » (Tousignant, 1992). Nous illustrons ceci par le discours de Siham âgée de 27 ans, célibataire, atteinte de schizophrénie depuis l'âge de 23 ans. Elle parle de sa maladie comme la source de désintégration et de transformation d'une identité dans ses différentes dimensions :

*« La maladie m'a pris ma santé, ma normalité, je ne suis pas normale, je ne suis plus la même. Même si j'ai l'air d'être normale, car je vois le même regard et le même comportement dans mon entourage ! Je les entends dire que : c'est celle qui a été hospitalisée et qui a été touchée par la folie. Avant ma*

*maladie, on m'appelait « Elsadjia<sup>5</sup> » c'est une fierté pour moi. Mais maintenant, à la maison on ne me donne plus les tâches que je faisais avant, comme si je suis une handicapée, et que j'ai perdu toute mes facultés. J'aime cuisiner mais on ne me laisse plus le faire, on me donne juste des trucs très simples à faire : débarrasser la table, ranger les vêtements...etc. Une fois, j'ai été accompagnée par ma mère chez mon médecin traitant, et ce dernier a provoqué une discussion sur mon activité journalière, et j'ai sauté sur l'occasion en dévoilant le fait qu'on ne me laisse pas cuisiner et faire le ménage comme j'avais l'habitude de le faire. A ma grande surprise, ma mère dit au médecin, qu'ils sont dégoutés de moi et qu'ils se rappellent toujours la période de mes rechutes et de mon incurie, et cette image de moi a été ancrée pour de bon chez eux au point d'avoir le dégoût de moi et ne pas me laisser cuisiner. Ces mots émis par ma mère étaient pires que le diagnostic de ma maladie. Vous imaginez ! Les choses les plus machinales et routinières que je faisais je n'ai plus le droit de les faire à cause de ma maladie... ».*

Avoir la maladie mentale mène à perdre une partie ou la totalité de ses identités, en référence à Goffman qui distingue l'identité pour soi, l'identité personnelle et l'identité sociale (Goffman, 1975; Baudry & Juchs, 2007). Le sujet atteint de troubles mentaux perd son « identité pour soi » en perdant son image de soi et son idéal du moi. Il perd son « identité personnelle » qui lui permet de se reconnaître en tant qu'être vivant, ayant un corps, ayant un sexe (masculin ou féminin), ayant des choix, des décisions et des préférences. Ce sujet perd son « identité sociale », une identité qui lui permet de se reconnaître en tant que sujet actif, productif et efficace, qui a sa position dans la société dont il fait partie. Cette identité est rapidement remplacée par une nouvelle identité sociale décidée par la société, réalisée sous le pouvoir de la stigmatisation.

Un autre cas illustre un exemple de la perte de « l'identité personnelle » dans la société. Celui de Bachir âgé de 32 ans, garçon unique de la famille, marié et père de trois enfants, atteint d'une psychose post toxique, c'est-à-dire secondaire à la consommation de drogues. Cette consommation a déclenché en lui, une psychose faite d'hallucinations, d'activité délirante et de troubles de comportements à type d'agitation et d'agressivité. Cette maladie a transformé la dynamique familiale et surtout le regard de la famille envers lui.

*« Depuis que j'ai développé cette maladie, ma famille m'appelle le fou de la maison, on ne demande jamais mon avis, on parle en ma présence comme si je n'étais pas présent ! On décide à ma place même sur les trucs qui me concernent. Pire encore, quand ma sœur décide de sortir le soir à une heure très tardive, ou quand elle est vêtue de manière indécente, je m'oppose à sa sortie ou à sa tenue, elle me dit de la fermer ! Car je suis un fou... Je trouve que c'est normal que je m'oppose, je suis l'homme de la maison. Et les voisins, qu'est-ce qu'ils vont dire sur moi. Mais en réalité, cette maladie m'a ôté l'homme que je suis, je ne suis plus rien dans cette maison bien que je sois bien stabilisé et que je n'ai aucun signe de maladie [Silence]. Ma famille a gravé dans sa mémoire une seule image de moi, celle de l'agité, celle de la personne qui a cassé tout, celle de la personne qui prend un traitement. Cette image s'est transférée à ma femme, d'ailleurs celle qu'on m'a imposée, je ne l'ai même pas choisie, on ne communique pas on dirait que le seul rapport qu'on a c'est le lit ».*

Ici, Bachir relate le rôle de la maladie mentale dans la perte de l'homme qu'il est, dans la perte de sa position « patriarcale » et donc de sa virilité au sein de sa famille voir au sein de sa société. L'historien Georges Mosse parle de quatre attributs déterminants de la virilité moderne : l'héroïsme, le sacrifice, le sens de la discipline et l'endurance physique, et ce en faisant référence au soldat (Mosse, 1996). Nous retrouvons dans le discours de Bachir une autre forme de virilité, que sa maladie a contribué à sa disparition, celle de l'homme autoritaire, décideur et gestionnaire de la famille. Il s'agit de la virilité qui répond aux « attributs sociaux associés aux hommes, et au masculin : la force, le courage, la capacité à se battre, le droit à la violence et aux privilèges associés à la domination de celles, et ceux, qui ne sont pas, et ne peuvent pas être virils : femmes et enfants » (Fadibo, 2012).

La perte de la virilité peut concerner à la fois la psyché et le corps, où elle aura un double impact sur la personne. Au départ, le sujet atteint de troubles mentaux vit sa maladie comme un handicap, l'introduisant dans une forme « d'impuissance psychique » lors de ses interactions avec autrui et lors de sa conception de son identité dans la société. Lorsqu'un autre type d'handicap surgit, comme « l'impuissance sexuelle », le sujet vit dans l'indignité et la honte doublement, de par le stigmate généré par la maladie mentale et la difficulté sexuelle vécue. Effectivement, la virilité du sujet est doublement

<sup>5</sup> « Elsadjia » : une appellation du dialecte algérien qui signifie la débrouillarde.

effacée, et l'Homme en lui est difficilement accepté. Ceci est relaté par le discours de Karim âgé de 40 ans, divorcé, marchand ambulant, traité pour troubles délirants :

« *Ma maladie, j'ai pu la supporter et l'accepter, au point d'observer mon traitement, en partie pour éviter l'hospitalisation [...] Mais le grand problème actuel, ce n'est pas la maladie, c'est le traitement, qui a été l'une des causes de mes rechutes multiples. C'est bizarre mais c'est vrai. Ce traitement me cause une impuissance sexuelle, mon organe je ne le sens plus, je suis comme une carcasse vide. C'est la cause de mon divorce, je ne plains pas mon ex-épouse. Elle a le droit d'avoir une vie normale. Dommage, c'est qu'elle a accepté ma folie et non pas mon impuissance. Maintenant, je ne peux pas me remarier et avoir une vie normale, ma maladie m'a lié à ce traitement qui m'a tout enlevé* ».

Vivre dans « l'impuissance » dépasse un simple problème sexuel, c'est effacer le statut de l'homme. En effet, la sexualité chez l'homme n'est pas uniquement plaisir et progéniture, il s'agit d'un signe de force et de pouvoir, un concept longtemps traité dans les travaux de Foucault (Foucault, 1976) (Dubois, 2015). Karim illustre un paradoxe dans son discours, le fait de l'acceptation de la maladie mentale par son ex-épouse et non pas son impuissance sexuelle « ...elle a accepté ma folie et non pas mon impuissance » dit-il.

L'expression « impuissance sexuelle » chez la femme était quasiment absente, néanmoins nous la qualifions par un autre discours qui relate toujours le rôle et le statut de la femme dans la société. Il s'agit de la perpétuelle souffrance des femmes, celle de ne pas avoir d'enfants. En effet, on retrouve dans le discours de la majorité des femmes enquêtées des plaintes en rapport avec une perturbation du cycle hormonal, soit des plaintes en rapport avec la stérilité par aménorrhée secondaire : « *Je n'ai plus mes règles, depuis plus de quatre mois, c'est normal docteurs ?* » dit une malade atteinte d'une psychose à son psychiatre lors d'une consultation. « *Depuis que j'ai été hospitalisée et mise sous traitement, je n'ai plus mes règles. Je pense que c'est le traitement qui est en cause* » dit une autre malade à son psychiatre. « *Je suis sûre, que c'est le traitement qui a fait que je n'ai plus mes règles...j'ai peur, si je me marie, j'aurais des problèmes...je ne peux pas avoir des enfants, je risque de divorcer, vous savez les hommes veulent des enfants lorsqu'ils se marient* » dit une autre malade à son médecin. Pour toutes ces femmes, ne pas avoir « ses règles » calque l'angoisse et la souffrance que l'homme perçoit suite à son impuissance sexuelle. Ici la force de la femme, c'est d'avoir des enfants, pour prouver à la société qu'elle a le « pouvoir » d'être une femme, d'être une épouse et une mère.

#### IV- Conclusion:

L'histoire a révélé que la relation entre la maladie mentale et le genre est forte et surtout pas récente. Il s'agit d'une relation à frontière à la fois floue et fine, renforcée par les hypothèses et les résultats des études « scientifiques ». Cependant, notre étude qualitative relate via les discours des enquêtés, que la maladie mentale ôte de la personne son soi par la perte de son identité, son statut et sa position dans la société, sans distinction de genre. La différence constatée à ce sujet est que la grande perte pour l'homme est la virilité alors que pour la femme, la grande perte est liée à son statut de mère ou de femme dans la société.

Ceci, nous ramène à la conclusion que la maladie mentale génère des changements sur l'homme et la femme de par ses symptômes et le regard de la société envers le malade et sa maladie. En outre, cette même maladie est le fruit du déterminant « genre » et que la souffrance psychique est générée.

#### -Références:

- Agbokou, C., Ferreri, F., Nuss, P., & Peretti, C.-S. (2011). Clinique des dépressions maternelles postnatales. *EMC, Psychiatrie*(37-170-A-30).
- APA. (2016). *Mini DSM-5 critères diagnostiques* (éd. 5). (A. P. Association, Éd.) Elsevier Masson.
- Aybek, S., Hubschmid, M., Vuilleumier, P., Burkhard, P.-R., Berney, A., & Vingerhoets, F. (2009, 12 04). L'hystérie : une entité historique, un trouble psychiatrique ou une maladie neurologique ? *la revue de formation continue*(3156).
- B.Djaoui. (2012). *Contribution à l'étude des conduites suicidaires:à propos d'une étude à recrutement prospectif durant deux ans (2010-2012) au UMC du CH d'Oran*. Université D'Oran 1. Oran : Faculté de médecine.
- Baudry, R., & Juchs, J.-P. (2007). Définir l'identité. *Hypothèses*, 1(10), 155-167. doi:10.3917/hyp.061.0155
- Benharrats, S. S. (2014). Facteur âge dans la dépression. Dans L. d. psychiatrie (Éd.), *Société, malaise sociale et troubles psychiatriques*.
- Benharrats, S. S. (2014). Santé mentale ou santé sociale? *7ème congrès de la société franco-algérienne de psychiatrie Oran*. Oran.
- Benharrats, S. S. (2017). La famille cause ou conséquence des troubles mentaux? *Le 3ème colloque national de psychologie clinique*. Oran.
- Benoit, J.-C. (1999, 02). Gregory Bateson: théorie et modèle du double lien. *Cahiers critiques*(23), 173-189.

- Bertrand, M.-A. (1979, Novembre). Les femmes, la folie et au-delà. (D. d. Montréal, Éd.) *Santé mentale au Québec*, 4(2), 11-24.
- Bianchi-Demicheli, F. (2006). Le trouble dysphorique prémenstruel : diagnostic et stratégie thérapeutique. *Revue médicale suisse*, 2(31044).
- Bouziyani, M. (2014). *Lexique de biostatistique et d'épidémiologie clinique*. Oran, Algérie: Dar El Qods El arabi.
- Cabrol, G., & Parat, H. (2000). L'hystérie selon Freud: Historique d'un parcours. Dans A. Anargyros-Klinger, A. Fine, C. Guen, & P. U. France (Éd.), *Hystérie* (pp. 11-30). Paris.
- Chapireau, F. (2014, Juillet). Démographie et psychiatrie. *EMC-Psychiatrie*, 11(3).
- Cooperstock, R. (1971). Sex Difference in the Use of Mood-Modifying Drugs: An Explanatory Model. *Journal of Health and Social Behaviour*(12), pp. 238-244.
- Douki, S., Nacef, F., & Ben Zineb, S. (2006). La dépression à l'épreuve de la condition féminine. *L'Encéphale*, 3(32), 561.
- Dubois, F.-R. (2015). *Compte rendu de Dubois (Jacques) (dir.), Sexe et pouvoir dans la prose française contemporaine*. COnTEXTES. Consulté le 05 26, 2018, sur <http://journals.openedition.org/contextes/6083>
- Fadibo, P. (2012). Santé phallique et conjugalité au Nord-Cameroun (XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles). *Nordic Journal of African Studies*, 2(21), 75-94.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité la volonté de savoir*. Gallimard.
- Ghubash, R. (2001). Epidemiological studies in the Arab World. Dans A. Okasha, & M. MAJ (Éds.), *AN ARAB PERSPECTIVE* (pp. 37-51). WPA Series Publications.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Les éditions de minuit.
- Gourion, S. (2013, 07 22). Hystérie, dépression : la santé mentale a-t-elle un genre? *Life*.
- Jonas, N. (s.d.). Stigmates les usages sociaux des handicaps : Goffman Erving, Paris, Ed. de minuit, 1977. *Fiche de lecture réalisée*. (E. Ulm, Éd.)
- Leclerc, L. (2012). Être proche aidant d'une personne vivant avec un trouble de santé mentale dans une société à haute vitesse. *le partenaire*, 20(4), 32-34.
- Lombroso, C. (1887). *L'homme criminel : criminel né - fou moral - épileptique*. Paris: Félix Alcan.
- Mosse, G. (1996). *L'image de l'homme, l'invention de la virilité moderne*. Paris: Abbeville.
- Pfister, G. (2006). Activités physiques, santé et construction des différences de genre en Allemagne. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*(23).
- Platon. (s.d.). *Timée*. (É. Chambry, Trad.) La Bibliothèque électronique du Québec.
- Population, O. N. (2002, Septembre). *Enquête PAFAM Tunisie*. Tunis.
- Rocco, V. (2010, Janvier). La double contrainte : obéir et transgresser. *Santé mentale*(144), 14.
- Tousignant, M. (1992). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*. Paris: Les Presses universitaires de France.
- Tribolet, S. (2006). *Vocabulaire de santé mentale*. Paris: Edition de santé.
- Wan, N. (2011). Le stress et le stigma des aidants naturels. *Mammouth Magazine*(10), 3-4.

#### - Annexes:

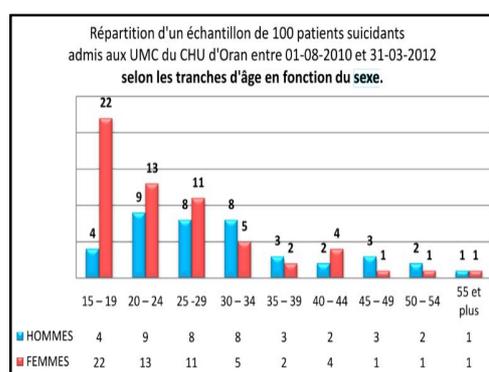


Figure 1 Répartition selon l'Âge et le sexe d'un échantillon de 100 suicidants (B. Djaoui 2012)

Comment citer cet article par la méthode APA:

**Benharrats Sarra Samra, Abdellilah Gharbi Radia . (2019) Genre et maladie mentale : « La maladie mentale a-t-elle un genre ? » . Revue EL-Bahith en Sciences Humaines et Sociales , Vol 11 (03) / 2019. Algérie : Université Kasdi Marbah Ouargla ,( p.p.265-272 )**