

Les troubles psychologiques et mentaux: enjeux de classification et dimensions socioculturelles!

Nedjem Eddine BOUDOUDA, Ph.D¹ & Mohamed Elmoncef SERIDI, Ph.D²

¹ Université 8 mai 1945-Guelma
Unité de Recherche Santé et Société "SOPHILab"
Email : nedjem.boudouda@gmail.com

² Université 8 mai 1945-Guelma
Unité de Recherche Santé et Société "SOPHILab"
Email : seridi.moncef@gmail.com

Reçu le: 20/09/2019 ; Accepter le: 28/04/2021

Résumé : Les psychologues et les psychiatres utilisent plus d'un guide de classification des maladies psychiatriques et mentales pour identifier les troubles pathologiques (CIM, DSM, CFTM, etc.). Il semble, que l'objectif de ces classifications est de diagnostiquer, soigner et œuvrer pour une réhabilitation psychosociale du patient. Toutefois, les classifications en question ont été construites dans des contextes culturels et sociaux particuliers, ce qui pose de véritables interrogations concernant leur application au Maghreb.

De ce point de vue, nombre d'interrogations restent en suspens, concernant la relation entre les catégories de diagnostics, les dimensions de la personnalité et les facteurs socioculturels. Aussi, cet écrit a pour objectif de mettre en lumière les différents enjeux que portent les classifications des maladies mentales, en élaborant une analyse épistémologique de leur représentation et définition dans le contexte maghrébin.

Mots clés

Classification ; maladie mentale ; psychopathologie ; représentations socioculturelles

Psychological and mental disorders: classification issues and socio-cultural dimensions!

Nedjem Eddine BOUDOUDA, Ph.D¹ & Mohamed Elmoncef SERIDI, Ph.D²

Abstract: Psychologists and psychiatrists use several classification guides for psychiatric and mental illnesses to identify pathological disorders. It seems that the goal of these classifications either to diagnose, to treat and artwork for a psychosocial rehabilitation of the patient. However, these classifications were constructed in particular cultural and social contexts, which raise real questions about their application in the Maghreb society.

From this point of view, it remain number of queries remain unresolved, concerning the relationship between diagnostic categories, the dimensions of personality and cultural social factors. Also, this writing aims to highlight the different issues that raise classifications of mental illnesses, by developing an epistemological analysis of their representation and definition in the Maghreb context.

Keywords

Classification; mental illness; psychopathology; socio-cultural representation

الاضطرابات النفسية و العقلية: رهانات التصنيف وأبعاده الثقافية و الاجتماعية !

بودودة نجم الدين¹ ، سريدي محمد المنصف²

ملخص: يستخدم الأطباء والأخصائيون النفسيون أكثر من دليل لتصنيف الأمراض النفسية و العقلية لتحديد الحالات المرضية (CIM,DSM, CFTM....الخ)، و يبدو عمليا أن أهداف هذه التصنيفات هو التشخيص و العلاج من أجل التوصل إلى إعادة الإدماج النفس-اجتماعي للمريض، إلا أن هذه التصنيفات قد بنيت في سياقات ثقافية و اجتماعية خاصة غربية بالتحديد.

من هذا المنظور، لا تزال هناك العديد من الأسئلة المفتوحة حول العلاقة بين فئات التشخيص، الشخصية والعوامل الاجتماعية والثقافية. وعليه تهدف هذه الورقة الى تسليط الضوء على مختلف الرهانات وراء تصنيف الأمراض النفسية و العقلية المعتمدة و اتجاهاتها تحليل أبعادها الثقافية و الاجتماعية.

الكلمات المفتاحية

التصنيف، المرض العقلي، علم النفس المرضي، التمثلات الاجتماعية-الثقافية

Introduction

Le Maghreb a connu, dans son histoire de la maladie mentale beaucoup de remous, jalonné de non-dit et de secret, rendant la prise en compte de la souffrance psychique presque inconnue. Vivre avec une pathologie mentale a été pendant longtemps source de stigmatisation, ébranlant le savoir commun, en rendant le contact avec la société presque impossible. Cette phase a été une source d'anxiété pour les malades et de frustration pour les aidants, qui ne disposaient alors, d'aucune réponse concernant ces troubles méconnus (Douki , Moussaoui, Kacha, 1987 ; Sekkat & Belbachir, 2009).

Selon les psychiatres maghrébins, la mise en place de structures et de modèle de soin au Maghreb a été très difficile, tant les moyens, les objectifs et le cadre légal était insuffisant (Douki & al, 2005 ; Kacha, 2005 ; Sekkat & Belbachir, 2009). Kacha (2005) reprenait alors, l'exemple de l'histoire de la maladie mentale en Algérie, en pointant quatre phases de son évolution et de sa prise en compte; avec un nombre restreint d'hôpitaux et de lits qui prenaient en charge les malades. La méconnaissance de la maladie et le développement démographique et sociale ont été également des paradigmes nouveaux, de la montée en flèche de la maladie mentale au Maghreb (Douki et al, 2005 ; Kacha, 2005 ; Sekkat & Belbachir, 2009).

Penser la maladie dans nos sociétés, ne trouve pas d'éco, ni prise de considération réelle, rendant la vie du malade et de ses proches insupportable. Voir encore aujourd'hui, qu'un malade psychotique vit ligoté, séquestré, ou maltraité, pose de véritables interrogations sur la prise en compte de la vie humaine. L'ignorance et le manque de communication autour de la maladie, sont des carences de la société qui pulvérise son évolution et ses mécanismes d'instauration, de la place et du rôle social (Coenen-Huther, 2008). Les classifications mondiales que proposent les différentes associations et organisations, sont présentées comme modèles unique, du diagnostic de la maladie. Une circonscription socio-clinique, qui incombe à la pratique maghrébine, en bousculant ses dispositifs de formations cliniques, sociales et éducatives actuelles. Alors, rendre compte des insuffisances institutionnelles et d'organisation du soin, est un élément important dans les recherches actuelles.

D'ailleurs, les troubles au Maghreb, ne cessent de connaître des mutations, en lien avec l'évolution des artefacts et leur utilisation dans la communication quotidienne. Le trouble du spectre de l'autisme, a par exemple pris une place très importante dans le savoir commun. Les

jeunes couples ne cessent aujourd'hui, de s'interroger sur le comportement et la vie subjective de leurs enfants. Un objet nouveau dans la société, qui renvoie à l'insuffisance de la définition des troubles, leur diagnostic et les processus de prise en charge. La mise en place d'outils thérapeutiques adaptés, demeure également très approximative ou trop peu connue.

Cette réflexion épistémologique ouvre la voie à un nombre d'interrogations, concernant les classifications des troubles et leur exploitation dans un processus de prise en charge. Alors est-il possible de prendre en considération un trouble de manière universelle ? La culture et la société n'ont-elles pas une influence sur la définition même d'un trouble ? L'organisation de la personnalité n'a-t-elle pas une structuration socioculturelle ?

Des interrogations primordiales pour les différents acteurs, qui cherchent à acquérir des réponses adaptées dans l'accompagnement des malades. Pour ce faire, nous débiterons notre propos, en explorant la dimension importante de la personnalité dans le cadre propre des classifications. Subséquemment, nous arguerons à travers l'exemple des troubles paraphilliques, qui représente une ambigüité dans la définition socioculturelle d'une pathologie. Dans cette perspective, nous mettrons en exergue un panorama critique des classifications mondiales. Pour finir, nous ferons un point sur la classification française CFTMEA, qui ouvre la voie à la réflexion, quant à l'inexistence d'une classification maghrébine, qui peut encadrer, ajouter et examiner de manière nouvelle les différents troubles.

Objet des classifications mondiales

Les classifications mondiales ont comme objectif de permettre aux professionnels de comprendre ou de reconnaître un trouble précis. Aussi, l'utilisation au Maghreb de ces outils

dans les différentes institutions (médicales, éducatives, sociales...etc.), dévoilent l'existence de difficultés dans leur application clinique, tant les différences qu'ils révèlent sont importantes (incompréhension, rejet, malaise dans l'accompagnement...etc.).

Pour notre propos, les classifications sont réalisées, pour permettre aux différents professionnels (psychiatres, psychologues...etc.) de faire un diagnostic dit précis d'une pathologie donnée. Cette démarche constitue la première phase du processus thérapeutique, si la demande est faite dans ce sens. Sinon, le travail du professionnel reste dans l'ordre du diagnostic, ou de l'expertise pour un éclairage sur une situation précise. Toutefois, il est parfois difficile d'avoir un diagnostic objectif, sans omettre quelques divergences socioculturelles dans la définition de certains troubles ; une dimension que nous explorons plus tard à travers l'exemple des troubles paraphiliques.

La deuxième phase consiste à l'élaboration d'un travail d'accompagnement thérapeutique, qui correspond à la particularité de la pathologie en question. Un travail très important, mais qui demeure difficile à mettre en place au regard des divergences des prises en charge dans les institutions au Maghreb. La médicalisation des troubles reste, fortement implantée dans les différentes institutions et au sein même des familles. Le trouble n'a de sens, que s'il est traité chimiquement, avec comme objectif, l'arrêt du comportement violent et le maintien du malade dans un espace familial ou médical. L'ignorance du travail en groupe pluridisciplinaire et le manque d'expertise en groupe de pairs, excluent les nouvelles formes de thérapies, qui peuvent apporter de véritables résultats aux malades et aux aidants.

Un autre point important à soulever, est que l'application des classifications ne suffit pas elle seule, à reconnaître véritablement les fondements d'un trouble. Ce dernier, peut trouver ses sources dans une dimension sociale, groupale,

familiale, ou culturelle (Devereux, 1970 ; Boucebc, 1990 ; Baubet et al, 2012). Des objets, qui constituent la structure même d'un trouble et que les thérapies individuelles, ou de groupe dévoilent clairement. Alors, mettre en place une prise en charge, exige du thérapeute une connaissance approfondie de la dimension structurale et dynamique de la

personnalité, sans négliger l'influence sociale et culturelle de son organisation (Baubet & Moro, 2000).

D'ailleurs, le DSM, CIM, CFTM, ont comme fondement l'approche de la question de la personnalité selon son versant défensif et pathologique. Une dimension à travers laquelle ses différentes classifications s'alimentent pour éclairer le professionnel dans son travail au quotidien. Néanmoins, l'approche des pathologies par le biais de la personnalité ne serait omettre les divergences que connaît la définition même de ce concept, qui a plusieurs sources théoriques connues. Pour expliquer ce que constitue ce concept en psychopathologie, nous l'approcherons à travers ses différentes disciplines.

Personnalité, individuelle et sociale

Les études sur la personnalité et ses différentes composantes divergent d'un courant à un autre, ce qui ne nous permet pas de trouver une définition unique. Par ailleurs, nous constatons dans les recherches traitant cette question, qu'il existe plusieurs théories majeures contribuant à la conception d'un modèle de la personnalité. Selon la théorie des traits, Costa et McCrae, (1989, 2006), illustrent leurs modèles en mettant en place une classification hiérarchique des traits de personnalité qui contribuent à la continuité et la stabilité de la personnalité tout au long de la vie. Les auteurs accordent une grande importance à la dimension culturelle et considèrent qu'elle n'a pas d'impact direct sur les traits de personnalité mais qu'elle a : « *des effets spectaculaires sur les habitudes,*

les croyances, les valeurs, les rôles et les relations qui constituent les adaptations caractéristiques » (Costa & Mc Crea, 2006).

La seconde théorie est celle qui étudie les différentes étapes et phases du développement échelonné sur tout le cycle de la vie de l'enfance à la vieillesse. Erikson, 1968 a ainsi, introduit un modèle qui se compose de huit stades marqués par des crises au passage d'un stade à un autre et dans lequel il tente de travailler sur la racine du moi qui selon lui se structure encore à l'âge adulte à travers l'organisation socioculturelle qui influence le développement du moi de l'individu. Jung, (1933) quant à lui s'est intéressé à la question en divisant en quatre phases le développement à travers la vie, qu'il compare au déroulement d'une journée : *Parce qu'elle émerge de la nuit de l'inconscience, l'enfance correspond au matin. Caractérisée par la venue progressive à la conscience de soi et de son environnement, la jeunesse et le début de la maturité correspondant au moment du jour où le soleil s'approche de son zénith où en est encore près. Enfin la vieillesse est identifiée pour des raisons évidentes à la tombée du jour* (Hétu, 1988). La dernière approche a étudié les interactions socioculturelles et leurs influences sur le développement de la personnalité. La théorie interactionniste aborde cette question à travers les activités de l'individu, sa manière d'interagir et les outils qu'il emploie pour interpréter et utiliser son environnement (Clappier-Valladon, 1991).

Nous rajouterons, qu'à travers les différentes théories proposées sur la personnalité, il est important d'introduire la notion de structure que Bergeret (2013), définit : *« comme correspondante à ce qui est dans un état psychique morbide ou non se trouve constitué par les éléments métapsychologiques profonds et fondamentaux de la personnalité fixée en un assemblage stable et définitif »*. La personnalité à ce niveau de notre réflexion est aménagée entre les différentes instances psychiques dans une dynamique qui

peut être structurée ou organisée, normale ou pathologique. Mais elle est également au niveau des processus psychiques en lien avec le dehors. Selon Nathon (2013) il existe à ce niveau une *structuration culturelle* qui est intériorisée depuis l'enfance et fonctionne tout au long de la vie grâce à son rapport d'homothétie. Elle opère aussi, comme fonction de contenance du moi, qui assure la cohésion du sujet et la distanciation des espaces psychiques entre le dedans et le dehors (Baubet et al, 2012).

La personnalité, telle que nous la présentons ci-dessus, est à la fois synonyme d'individuation, car elle peut être structurée et stable, normale ou pathologique. Toutefois, son interaction avec l'espace social et culturel la rend également dynamique. De la sorte, son développement à travers la vie inclut un processus de changement à cause des événements de vie majeurs, qui obligent chaque individu de faire appel à des stratégies d'adaptation particulière (Boudouda & Gana, 2017). Ainsi, nous constatons l'influence des dimensions socioculturelles dans les théories de la personnalité et l'importance de sa prise en compte à travers la vie entière, dans la classification des différents troubles.

Les troubles paraphiliques et société maghrébine

L'exemple des troubles paraphiliques démontre dans notre propos, la différence que chaque société suggère pour définir une pathologie et l'insérer dans un cadre précis. Très peu claire dans les précédents DSM, la nouvelle version a voulu mettre en exergue une nouvelle définition de ce trouble, en introduisant des dimensions inédites propres à la psychopathologie de la personnalité.

Toutefois, des psychiatres Tunisiens rapportent dans leur réflexion que le DSM 5, n'a pris en compte que huit catégories de troubles paraphréniques (Romdhane & Ridha, 2018). Un critère de classification qui a exclu la majorité des

paraphilies sur la base d'une fréquence insuffisante entre comportement déviant et comportement psychopathologique, qui se manifestent sous forme de fantasme (American Psychiatric Association, 2013). Aussi, ils rappellent que les institutions judiciaires qui avaient besoin de l'expertise des professionnels, se trouvent aujourd'hui, face au dilemme de la détermination précise d'un trouble, associé à un comportement délinquant (Romdhane & Ridha, 2018). Une dimension qui dévoile l'impact des différences sociales et culturelles, dans la définition d'un acte qui porte atteinte aux droits communs, ou qui cause du tort à une autre personne vulnérable (Rouleau & Barsetti, 2017). Pour rendre la catégorisation pathologique visible, le DSM 5 a introduit la notion de «*nocivité*» une circonspection considérée, comme variable, car elle inclut une dimension subjective dans la prise en compte de ce trouble (Romdhane & Ridha, 2018). En effet, dans la plupart des pays, notamment au Maghreb ce critère est considéré comme peu objectif. La représentation sociocognitive d'un trouble dans la société maghrébine, rappelle que la dimension de nocivité concernant un acte sexuel n'a pas de fondement véritable. Tout acte non consenti est considéré selon la loi comme acte criminel. Un élément important que l'on retrouve dans les violences faites aux femmes et aux enfants et les agressions sexuelles devenues monnaie courante. L'agresseur sexuel n'est plus un prédateur qui cherche à assouvir ses désirs, mais il alimente son acte par un comportement violent et mortel. Deux éléments nouveaux : *présence d'une excitation sexuelle intense, le comportement en lien aux fantasmes et aux pulsions* que le DSM-5 a repris pour rendre plus clair le cadre des classifications de ce trouble.

D'ailleurs, la représentation faite par le DSM du diagnostic des paraphilies, englobe ses différents critères selon un cadre universel ambigu. Une divergence clinique, qui occulte l'importance des différences sociales et

culturelles de la question des troubles sexuels. Certains comportements sexuels, démontrent la différence de représentation que chaque société ou chaque groupe social se fait d'un objet (Galand & Salès-Wuillemin, 2009). Par exemple l'homosexualité, qui n'est plus un trouble depuis 1973, se trouve classifiée socialement et culturellement comme inacceptable et réprimandée par la loi au Maghreb. Tandis, que dans certains pays européens, ou d'Amérique, elle est normalisée et acceptée par une partie de la société. Une confusion difficile à prendre en compte pour les praticiens maghrébins qui s'identifient, ou non aux critères de diagnostic proposés par le DSM. De ce point de vue, il nous parait nécessaire de reprendre les différentes critiques des classifications que proposent les chercheurs et professionnels de tout horizon.

Panorama critiques des classifications mondiales

Les deux nosographies psychiatriques que sont la Classification statistique internationale des maladies (CIM-10) de l'OMS et le manuel diagnostique et statistique (DSM) du American Psychiatric Association, utilisés par la majorité des professionnels de la santé mentale, ne font pas l'unanimité dans les différentes sociétés. Désignés comme peu crédibles, stigmatisants voire intrepides, plusieurs chercheurs leur reproche de faire des maux du quotidien de véritables maladies mentales (Gonon, 2013).

L'absence de consensus sur les définitions et les symptômes pathologiques. Les controverses entre différentes écoles de pensées (psycho-dynamique, cognitiviste...), entre professionnels (psychanalystes, neurologistes, psychiatres, psychologues), entre cultures (tradition française de psychiatrie, allemande ou encore américaine; contribuent à démontrer la divergence dans les désignations, entre troubles

mentaux, maladies mentales, santé mentale, maladie psychique et santé subjective.

Les fondateurs du DSM prétendent d'ailleurs, que le manuel est « athéorique » cependant, et comme le rappelle Szasz (2010), il est saturé de théories au sens de préconceptions implicites. Les observations et critiques initiales portaient sur la validité des classes diagnostiques, mais aussi sur leurs soubassements épistémologiques (Adam, 2012).

La multitude d'idées et de pratiques des différentes spécialités au sein de la médecine moderne, peut se résumer dans un cadre partagé de croyances et d'hypothèses qui guident la pratique médicale (Turner, 1987). Un modèle qui présente la maladie et le trouble comme un dysfonctionnement organique situé principalement dans le corps. La maladie est considérée comme une entité distincte, ayant des origines causales spécifiques, qui peuvent être objectivement identifiées et traitées en conséquence.

En outre, ce modèle médical avec quelques variations s'applique -entre autres- à la psychiatrie, qui est une branche spécifique de la médecine, où domine la pensée biologique depuis le dix-neuvième siècle. Dans ce modèle conceptuel l'accent est mis sur l'idée que les causes des troubles mentaux se trouvent dans les perturbations de nature biologique, se présentant comme des symptômes spécifiques à chaque trouble particulier, qui devraient être ciblés par des traitements somatiques (Haslam, 2000). Par conséquent, ce point de vue implique que les troubles mentaux ne sont pas considérés comme profondément culturels ou sociaux, encore moins liés au temps.

Il existe certaines différences dans la détermination de la nature d'un trouble entre la psychiatrie et d'autres branches de la médecine. En médecine, le diagnostic implique l'identification causale du trouble, mais en psychiatrie, le diagnostic implique dans la plupart des cas «*d'attribuer une*

étiquette de diagnostic sur la base des comportements et des symptômes observés et / ou déclarés» (Allen, 1998, p. 29). Par conséquent, l'attribution d'un diagnostic psychiatrique ne signifie pas nécessairement que *«l'étiologie (la cause) des symptômes est connue, mais seulement que les symptômes d'un individu répondent aux critères du trouble mental particulier»* (Allen, 1998, p. 29). Les deux principales classifications su-citées des troubles mentaux utilisées à l'échelle internationale, reposent sur un modèle de raisonnement, baptisé approche catégorique descriptive (First, 2010).

Pourtant, les constructions savantes qui guident la pratique psychiatrique sont loin d'être immuables. Ce qui constitue la connaissance psychiatrique se trouve toujours, en cours de négociation et sujet à révision et transformation (Busfield, 1996). Ces incertitudes des connaissances psychiatriques se reflètent dans les révisions fréquentes des manuels de diagnostic. Chacune des nouvelles versions était censée fournir une description plus élaborée et précise des troubles mentaux. Une réponse des recherches aux difficultés et incohérences des cliniciens à retenir un diagnostic (Manning, 2000). De plus, certains comportements qui étaient considérés comme « troubles mentaux », ont disparu après les révisions des listes (par exemple, l'homosexualité), tandis que de nouveaux ont été inclus dans de nouvelles catégories de diagnostic.

Étant donné que les significations précises des troubles mentaux, varient au fil du temps et de l'espace, elles semblent être également, relatives culturellement et socialement. En outre, les révisions fréquentes des manuels de diagnostic, reflètent les limites de ces classifications. Ce qui implique que le concept de trouble dans le domaine psychiatrique n'est pas exempt de jugements de valeur, malgré les assises scientifiques déclarées des connaissances psychiatriques.

D'ailleurs, l'UNAFAM¹ a réussi à introduire dans la loi française le concept nouveau d'handicap psychique, relevant l'importance de la prise en charge pluridisciplinaire, la levée des stéréotypes et la réhabilitation psychosociale des malades (Lotte & Séraphin, 2009).

Pourquoi un modèle de classification française ?

Dans le cadre de ses recherches sur les pathologies, l'association française de psychiatrie, a repris un argument intéressant, recouvrant certaines idées que nous avons exposé ci-dessus. Elle rappelle, comme nous l'avons indiqué, que les classifications mondiales (DSM, CIM) sont le fruit d'un travail de recherches et d'études élaborées par la communauté psychiatrique, avec une spécificité purement médicale (Mines, 2012)

L'étude en profondeur des différentes classifications internationales, dévoile les différentes interrogations que portaient les experts français. Ces derniers pointaient d'une part, le manque accru dans les classifications connues, exigeant une mise en place de nouvelles formes de classification. D'autre part, ils sollicitaient les experts de la santé mentale à apporter de nouvelles réponses aux pathologies dans leur environnement social et culturel (Adam, 2012). Une réflexion en profondeur, qui a permis d'élaborer le CFTMEA², un outil qui a su intégrer des aspects propres à la dimension développementale (enfant et adolescent), qui étaient manquants ou très peu clairs dans les autres classifications (Bursztejn, 2011).

L'objectif de la mise en conformité selon une approche structurelle et adaptée à l'environnement, a été par ailleurs, l'une des motivations de la mise en place du

¹ L'UNAFAM-Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

² Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent

CFTMEA. Un outil qui se trouve aujourd'hui, conforme aux exigences des différentes instances médicales en intégrant le rond des classifications mondiales. Ce projet unique est devenu une référence pour les soignants et aidants, qui souhaitent approcher une pathologie, ou tentent de la comprendre dans un environnement donné (Minès, 2012).

Dans la perspective générale de l'approche psychopathologique, la place de la dimension développementale, subjective et sociale reste néanmoins, peu visible dans la construction des modèles de classification. L'exemple du CFTMEA démontre la nécessité pour les experts maghrébins de la prise en compte de la dimension propre à nos sociétés multiculturelles et métisse. Il est plus qu'urgent qu'un travail de réflexion autour des catégories psychopathologiques (générales ou spécifiques) soit intégré et remis à jour, selon le travail de terrain. Rendre compte, d'éléments nouveaux et propres à la clinique Maghrébine, serait un avantage pour les cliniciens qui souhaitent appréhender et classer convenablement les pathologies qu'ils rencontrent au quotidien. Une mise en conformité scientifique et professionnelle, inter et transculturelle, qui permettrait l'exploitation d'un modèle de classification maghrébin. Un véritable outil qui pourrait, redéfinir, maintenir, ou proposer des pathologies, inexistante dans les classifications connues.

Reprise conclusive

Il est difficile aujourd'hui pour les différents professionnels de travailler en s'inspirant des classifications internationales. Le cas de la société maghrébine présente un paradigme socio clinique qui entrave l'universalité des données présentées par les manuels psychopathologiques. Boucebc (1990, 1993) rappelait déjà dans ses travaux, l'importance du social et du culturel dans la prise en compte du pathologique. Il considérait que

l'ignorance ou la mise à l'écart de ces dimensions, risquait d'impacter la vie du patient et son espace de vie. Ainsi, le critère social a un rôle important dans la compréhension de la personnalité et l'objet de la culture permet de comprendre, ce qui est exclu ou excessivement présent dans l'explication d'une pathologie (Baubet et al, 2012).

Il est primordial pour une meilleure évaluation des troubles, de procéder comme l'a fait la société savante française, en identifiant un caractère nouveau et différentiel de ces derniers. Les études épidémiologiques, permettraient dans un premier temps d'identifier les pathologies les plus répondues dans la société maghrébine. Reconnaître ces pathologies, serait pour les professionnels et chercheurs un atout majeur, facilitant leur prise en compte et l'exploitation régulée, des processus de soins médicaux ou thérapeutiques.

Ceci dit, la mise en place de nouvelles classifications ne peut exclure le critère très important et nécessaire de la réhabilitation psychosociale des handicapés psychiques (Pachoud, 2009). Il est aujourd'hui urgent dans nos sociétés, de prendre en compte que la maladie mentale ne cesse de s'accroître et qu'elle est partie prenante de la société actuelle (Douki et al, 2005 ; Kacha, 2005 ; Sekkat & Belbachir, 2009).

Penser la maladie suggère une prise en compte globale du malade et de sa qualité de vie, avec l'intérêt évident de son retour comme acteur social (Jodelet, 2003). Vivre la stigmatisation ou le refus de la maladie, rend à ce niveau le travail d'acceptation primordial. Cette phase ne peut être réalisée, que par la mise en œuvre d'un travail de réflexion, d'un modèle de classification, qui prend en compte le caractère exceptionnel de la dimension socioculturelle.

Rendre compte de ses différents points, suggère que tous les acteurs de la vie sociale doivent intégrer ce travail de remise en question ; avec la prise en compte, des nouvelles données de la mutation que connaît la société maghrébine. Un critère qui exige une exploitation stratégique, des processus

sociocognitifs qui épurent la place que chacun peut avoir au sein d'un groupe social donné (Rateau & Moliner, 2009). L'autre point qui est également marquant dans les institutions (public ou privée), est le manque flagrant de travail en équipe pluridisciplinaire, ou de supervision clinique. Alors, que l'exploitation d'un processus dynamique et multidirectionnel, permettrait de mieux réfléchir les difficultés des malades et des carences des classifications proposées.

Bibliographie

- Adam, C. (2012). Jalons pour une théorie critique du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). *Déviance et Société*, vol. 36,(2), 137-169. doi:10.3917/ds.362.0137.
- Allen, J.J.B. (1998). 'DSM-IV', in Friedman H.S. (ed.) En-cyclopaedia of Mental health (1): 29-41. San Diego: Academic Press.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth édition, DSM-5*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, London, England.
- Baubet, T., & al. (2012). Psychopathologie transculturelle ; de l'enfance à l'âge adulte. Edition : Elsevier Masson.
- Baubet, T., Moro, M. (2000). L'approche ethnopsychiatrique. *Enfances & Psy*, n° 12,(4), 111-117. doi:10.3917/ep.012.0111.
- Bergeret, J. (2013). Personnalité normale et pathologique. Edition : Dunod.
- Boucebci, M. (1990). La psychologie au regard de la culture. *L'évolution Psychiatrique* 5(2), 311-328. doi:10.1016/j.evopsy.2007.10.005
- Boucebci, M. (1993). Aspects du développement psychologique de l'enfant au Maghreb. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 163-178. doi:10.7202/032253ar
- Boudouda, N.E., Gana, K. (2017). Qualité de vie chez les personnes âgées : étude comparative entre personnes âgées d'origine française et immigrés maghrébins. *Bulletin de psychologie*, numéro 550,(4), 243-253. doi:10.3917/bupsy.550.0243.

- Bursztejn, C. (2011). Les classifications en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : questions épistémologiques. *L'information psychiatrique*, vol 87 (5), 363-367. DOI 10.3917/inpsy.8705.0363
- Busfield, J. (1996). *Men, Women and Madness: Understanding Gender and Mental Disorder*. London: Macmillan Press Ltd.
- Clapier-Valladon, S. (1991). Théories de la personnalité. Edition : Que suis-je.
- Coenen-Huther, J. (2008) Pour une sociologie des formes. *Revue européenne des sciences sociales*. DOI: 10.4000/ress.169
- Devereux, G. (1970). Essai d'ethnopsychiatrie générale. Edition : Gallimard.
- Douki, S., Moussaoui, D., Kacha, F. (1987). Manuel de psychiatrie du praticien maghrébin. Edition : Paris Masson.
- Douki, S., Nacef, F., Ben Zineb, S. (2005). La psychiatrie en Tunisie : une discipline en devenir. *L'information Psychiatrique*, 81(1), 49-59.
- Duprez, M. (2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique*, volume 84,(10), 907-912. doi:10.3917/inpsy.8410.0907.
- Erikson, E.H. (1968). *Life cycle. International encyclopedia of the social sciences*. Boucebc M. La psychologie au regard de la culture (1990). *Evol Psychiatr* 2007;72.D.L. SILLS (ED). New York: Free Press.
- First, M. B. (2010). Paradigm Shifts and the Development of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Past Experiences and Future Aspirations. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(11), 692-700. <https://doi.org/10.1177/070674371005501102>
- Galand, C. & Salès-Wuillemin, É. (2009). Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé. *Sociétés*, 105,(3), 35-44. doi:10.3917/soc.105.0035.
- Gonon, F. (2013). Quel avenir pour les classifications des maladies mentales ? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus

récentes. *L'Information Psychiatrique*, 89(4), 285-294.
doi:10.1684/ipe.2013.1054

Haslam, N. (2000). Psychiatric Categories as Natural Kinds: Essentialist Thinking about Mental Disorders, *Social Re-search*, 67 (4), 1031-1058.

Hétu, J. (1988). La psychologie du vieillissement. Edition : Broché

Jodelet, D. (2003). Représentations sociales de la maladie mentale et insertion des malades mentaux. Dans *Exclusion sociale, insertion et prévention* (pp. 97-113). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.abric.2003.02.0097.

Kacha, F. (2005). La psychiatrie en Algérie. *L'information psychiatrique*, vol 81, (2), 145-148.

Lotte, L., Séraphin, G. (2009). Le handicap psychique : un concept : Une enquête auprès de la population majeure protégée. *Ethnologie française*, vol. 39,(3), 453-462. doi:10.3917/ethn.093.0453.

Manning, N. (2000). Psychiatric Diagnosis Under Conditions of Uncertainty: Personality Disorder, Science and Professional Legitimacy, *Sociology of Health and Illness* 22 (5): 621-639. Oxford: in Blackwell Publishers Ltd.

McCrae, R.R., Costa, P.T. (2006). Perspectives de la théorie des cinq facteurs (TCF) : traits et culture. *Psychologie française*, 51 (3), 227-244.

Misès, R. (2012). Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – R-2012 Correspondances et transcodage du CIM 10. PRESSES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE.

Nathan, T. (2013). La folie des autres, traité d'ethnopsychiatrie clinique. Edition : Dunod

Pachoud, B. (2009). Handicap psychique, réhabilitation psychosociale et réinsertion professionnelle. *La Lettre du Psychiatre*, Vol. 5, (6), 122-125.

Rateau, P., Moliner, M. (2009). Représentations sociales et processus sociocognitifs. Edition : Presses universitaires de Renne.

Romdhane, F., Ridha, R. (2018). Les troubles paraphiliques dans le DSM-5 : analyse critique et considérations médico-légales. *Annales Médico-Psychologiques*, 176, 34–41

Rouleau, J., Barsetti, I. (2017). Chapitre 3 - Les paraphilies et les infractions sans contact. Dans *Traité de l'agression sexuelle: Théories explicatives, évaluation et traitement des agresseurs sexuels*(pp. 53-70). Wavre, Belgique: Mardaga.

Sekkat, F., Belbachir, S. (2009). La psychiatrie au Maroc. Histoire, difficultés et défis. *L'information psychiatrique*, volume 85,(7), 605-610. doi:10.3917/inpsy.8507.0605.

Turner, B.S. (1987). *Medical Power and Social Knowledge*. London: SAGE Publications.

Pour citer cet article:

Nedjem Eddine BOUDOUDA, Mohamed Elmoncef SERIDI, (2022). "**Les troubles psychologiques et mentaux: enjeux de classification et dimensions socioculturelles!**". *Almawaqif*. Vol.18, N° 01. aout, 2022, pp 1214-1231