

Représentation et traitement des troubles mentaux : le rôle ambivalent de la culture dans la construction du pathologique

Representation and treatment of mental disorders: the ambivalent role of culture in the construction of the pathological

*Madi Amazigh

Université de Bejaia (Algérie, Madiamazigh@outlook.fr)

Date de réception : 15/04/2025

Date de Acceptation : 15/06/2025

Date de publication: 30/12/2025

Abstract:

Culture plays a central role in how mental disorders are perceived, expressed, and treated. It can provide symbolic resources of meaning and resilience, while sometimes representing an obstacle to clinical recognition or access to care. This text advocates for a psychology that is not confined to a universal Western model, but rather open to the diversity of traditions, spiritualities, and collective histories. It proposes a rethinking of the ecology of mental health care by articulating cultural pluralism, community anchoring, and recognition of subjectivities. Contemporary psychology is invited to reconnect with situated listening, respectful of multiple journeys and voices, in order to avoid therapeutic wandering and build bridges between inner and cultural worlds.

Keywords: culture, pluralism, care, subjectivity, spirituality.

Résumé :

La culture joue un rôle central dans la manière dont les troubles mentaux sont perçus, exprimés et traités. Elle peut fournir des ressources symboliques de sens et de résilience, tout en représentant parfois un obstacle à la reconnaissance clinique ou à l'accès au soin. Ce texte plaide pour une psychologie qui ne soit pas enfermée dans un modèle occidental universel, mais ouverte à la diversité des traditions, des spiritualités et des histoires collectives. Il propose de repenser l'écologie du soin psychique en articulant pluralisme culturel, ancrage communautaire et reconnaissance des subjectivités. La psychologie contemporaine est invitée à renouer avec une écoute située, respectueuse des parcours et des voix multiples, afin d'éviter l'errance thérapeutique et de construire des ponts entre les mondes intérieurs et les mondes culturels.

Mots-clés : culture , pluralisme ,soins ,subjectivité ,spiritualité .

*MADI Amazigh .

Introduction :

La manière dont une société définit, perçoit et prend en charge les troubles mentaux est indissociable de son cadre culturel. La culture agit en effet comme une matrice invisible qui façonne les représentations de la souffrance psychique, oriente les réponses sociales et thérapeutiques, et conditionne les trajectoires des individus concernés. Ce n'est pas seulement dans les manuels médicaux que se construisent les critères du normal et du pathologique, mais aussi dans les récits collectifs, les croyances, les traditions, et les pratiques symboliques d'un groupe donné. Ainsi, ce que l'on considère comme une pathologie dans un contexte peut être perçu comme une manifestation spirituelle, une crise de croissance ou un appel à la transformation dans un autre (Devereux, 1970).

L'expérience humaine du trouble mental n'est donc jamais purement individuelle, ni universelle ; elle est toujours encadrée par un système culturel de sens. Celui-ci agit comme un prisme symbolique à travers lequel les individus interprètent leurs symptômes, et comme un filtre qui module l'expression émotionnelle autorisée ou interdite. Par exemple, certaines cultures autorisent des formes d'extériorisation de la souffrance à travers les pleurs, les cris, ou les transes, tandis que d'autres privilégient la retenue et la maîtrise émotionnelle, ce qui modifie profondément la présentation clinique du trouble (Kleinman, 1988). Dans cette perspective, la théorie des "idiomes de détresse" développée par Kleinman offre un cadre conceptuel fécond pour comprendre comment les individus expriment leur souffrance à travers les formes symboliques que leur culture met à disposition. Ces idiomes peuvent être corporels, spirituels, comportementaux ou discursifs, et leur compréhension nécessite une lecture contextualisée. De même, la notion de "modèles explicatifs" (explanatory models) permet de saisir comment patients, familles et thérapeutes interprètent différemment les causes, la signification et le traitement d'un même trouble. De même, le diagnostic médical occidental, fondé sur des critères standardisés, peut ne pas correspondre aux attentes ou au langage de la population locale, créant des malentendus, voire un rejet du soin (Nathan, 2007). En même temps, la culture peut se révéler une ressource puissante de résilience. Elle offre des cadres narratifs et symboliques qui permettent aux individus de donner sens à leur vécu, de s'inscrire dans une continuité intergénérationnelle, et de mobiliser des pratiques rituelles ou communautaires pour traverser la souffrance. Des études ont montré que les jeunes migrants ayant accès à leurs traditions culturelles, aux récits de leurs ancêtres, et à des pratiques collectives comme la musique ou la danse, présentent une meilleure capacité d'adaptation face aux traumatismes psychiques (Moro, 2004 ; Hatem, 2021). Ces ressources culturelles ne se substituent pas aux soins médicaux, mais peuvent les compléter, les renforcer, ou les encadrer dans un processus de guérison plus global.

Cependant, la culture peut aussi devenir un obstacle à la reconnaissance et au traitement des troubles mentaux. Dans certaines sociétés, les manifestations psychiques sont stigmatisées, associées à la folie, à la sorcellerie ou à la honte, ce qui empêche les familles de consulter ou les

pousse vers des circuits parallèles peu régulés (Summerfield, 2008). La confusion entre croyances religieuses, traditions et pathologie mentale peut enfermer l'individu dans des diagnostics culturels erronés, générant errance, isolement, ou sur-pathologisation (Wikan, 1990). Par ailleurs, les jeunes en situation de double appartenance culturelle peuvent se trouver écartelés entre les normes de leur milieu d'origine et celles de la société d'accueil, générant des tensions identitaires profondes qui se traduisent parfois par des troubles anxieux, dépressifs ou dissociatifs (Chabrol, 2012).

C'est donc dans cette tension entre ce que la culture donne et ce qu'elle interdit que se joue la reconnaissance du trouble, l'accès au soin, et la manière dont la société prend en charge ses membres les plus vulnérables psychiquement. Cette réflexion s'inscrit dans un contexte de mondialisation croissante, où les modèles biomédicaux occidentaux se diffusent partout, parfois au prix de la négation des traditions locales. Il est dès lors nécessaire de penser une clinique qui soit à la fois ancrée dans la rigueur scientifique, mais capable d'écoute interculturelle, de sensibilité symbolique et d'humilité épistémologique. C'est à cette articulation que cette étude entend contribuer, en interrogeant le rôle de la culture dans la représentation et le traitement des troubles mentaux, à la lumière des savoirs traditionnels, des pratiques thérapeutiques variées et des mutations contemporaines.

I. La culture comme cadre interprétatif de la souffrance psychique :

La souffrance psychique ne peut être comprise indépendamment du contexte culturel dans lequel elle émerge. Chaque société élabore des cadres symboliques qui déterminent non seulement les formes que peut prendre cette souffrance, mais aussi la manière dont elle est nommée, perçue, vécue et traitée. La culture agit ainsi comme une grille de lecture collective, façonnant les seuils de tolérance à certains comportements, les récits de soi disponibles pour exprimer le mal-être, et les réponses thérapeutiques jugées légitimes. Dès lors, toute approche clinique qui se veut pertinente doit tenir compte de ces filtres culturels, au risque sinon de pathologiser des expériences qui, dans leur référentiel d'origine, relèvent de la norme ou du sacré.

1. Les conceptions culturelles du normal et du pathologique : une réflexion critique

La notion de trouble mental, souvent perçue comme une catégorie clinique universelle, mérite d'être reconsidérée à la lumière des cadres culturels dans lesquels elle prend forme. Loin d'être neutre, la définition de ce qui est « normal » ou « pathologique » s'ancre dans des systèmes symboliques, moraux et sociaux propres à chaque société. C'est en cela que la culture joue un rôle fondamental dans l'interprétation de la souffrance psychique : elle la nomme, lui donne sens, et définit les frontières de l'acceptable. Prenons l'exemple de la possession spirituelle, phénomène fréquent dans certaines sociétés africaines, asiatiques ou amazoniennes. Ce qui peut être interprété en Occident comme un épisode hallucinatoire ou délirant, relevant de la psychose, est parfois vu comme une expérience sacrée, une modalité relationnelle avec le monde invisible ou un déséquilibre énergétique à réharmoniser par le rituel. Ce contraste illustre ce que G. Devereux

(1972) désignait comme le « contre-transfert culturel » : la tendance à projeter nos propres cadres normatifs sur des formes d'expression psychique étrangères.

Les normes culturelles régulent également le langage émotionnel. Dans les sociétés collectivistes, comme le Japon ou la Corée du Sud, l'expression de la colère ou de l'angoisse est souvent contenue,

régulée par l'impératif d'harmonie sociale. A contrario, dans les sociétés occidentales, la verbalisation émotionnelle est valorisée, intégrée dans les dispositifs thérapeutiques comme une preuve de conscience de soi. Ainsi, une personne émotive pourra être perçue comme « instable » dans une culture, et comme « authentique » dans une autre (Ryder et al., 2008). Le trouble mental n'est donc pas uniquement un désordre neurobiologique, mais aussi un écart par

Rapport à des normes culturelles de comportement, de langage et de régulation émotionnelle. Cette variabilité met en tension les systèmes de santé mentale globaux, qui tendent à exporter des catégories psychiatriques occidentales — comme la dépression, le trouble anxieux ou la schizophrénie — dans des contextes culturels hétérogènes. Comme le souligne Ethan Watters (2010), la mondialisation de la psychiatrie contribue parfois à imposer une grille d'interprétation unique au détriment des compréhensions locales, risquant de pathologiser des vécus symboliquement investis ou de négliger des expressions singulières de détresse.

L'enjeu est donc de penser la pathologie psychique non comme une entité universelle, mais comme une construction contextualisée, co-produite par les représentations culturelles, les pratiques sociales et les institutions médicales. Une telle posture implique une écoute renouvelée des subjectivités, attentive aux référents culturels, aux récits de soi, et aux formes locales de soin. Elle invite également les cliniciens à développer des outils transculturels, capables de faire dialoguer les modèles biomédicaux et les univers symboliques indigènes (Kirmayer, 2001). Interroger la relativité culturelle du trouble mental, c'est poser la question du regard que nous portons sur l'autre : regard de compréhension ou de réduction ? C'est aussi repenser la clinique non comme une application mécanique de diagnostics standardisés, mais comme une rencontre entre deux mondes de sens, potentiellement divergents, mais mutuellement enrichissants.

2. Langage, symboles et narration de la souffrance :

La culture ne façonne pas seulement la manière de ressentir la douleur mentale, elle structure aussi les possibilités de la dire, de la mettre en récit et de la transmettre. Chaque culture dispose de ses propres dispositifs symboliques pour traduire ce qui, autrement, resterait muet. Ces dispositifs ne se limitent pas au langage verbal : ils incluent les gestes, les postures, les métaphores corporelles, les rites, les récits mythiques et même les silences. Le sujet souffrant s'appuie sur ces cadres pour rendre sa souffrance lisible à lui-même comme aux autres. Dire sa détresse dans un langage partagé,

c'est déjà en amorcer le traitement. Dans de nombreuses sociétés, la plainte psychique n'est pas exprimée par des termes abstraits comme "dépression" ou "trouble anxieux", mais se traduit par des maux somatiques — la poitrine oppressée, les jambes qui tremblent, le cœur qui pleure — qui, loin d'être des évitements, constituent des formes culturellement légitimes de signifier l'invisible (Kirmayer & Young, 1998). Cette "somatisation culturelle" est souvent mal interprétée dans les systèmes de santé occidentaux comme un déficit de verbalisation ou une résistance au soin, alors qu'elle correspond à une logique symbolique cohérente. En refusant d'entendre ces langages symboliques, la clinique dominante court le risque de pathologiser ce qui relève d'un système de sens alternatif.

Devereux (1970), l'un des fondateurs de l'ethnopsychiatrie, a montré combien l'interprétation de la souffrance mentale dépend de l'observateur autant que du sujet, soulignant le caractère projectif de toute lecture psychopathologique. Dans sa perspective, les "troubles mentaux" ne peuvent être compris indépendamment de la culture qui les nomme, les décrit et les soigne. Ce que l'un perçoit comme un délire, l'autre peut l'interpréter comme une communication avec les ancêtres ou un signe de déséquilibre spirituel. Nathan (2007), dans la continuité de cette pensée, considère que le récit thérapeutique doit pouvoir inclure ces éléments, non pour les valider ou les invalider, mais pour en faire des leviers de transformation dans le dialogue clinique. Le langage de la souffrance est donc traversé par des tensions entre normativité biomédicale et intelligibilité culturelle. Si le DSM-V tente de codifier l'expression de la détresse en catégories universelles, il ignore souvent les idiomes locaux de la souffrance (Good, 1994). Or, ces idiomes — comme le "susto" en Amérique latine, le "mal de l'âme" au Maghreb, ou encore le "windigo" chez les peuples autochtones d'Amérique du Nord — permettent aux individus de donner forme à leur désarroi tout en maintenant un lien à leur communauté. Ces récits partagés fonctionnent comme des "contenants psychiques" collectifs qui encadrent le chaos intérieur.

Le traumatisme, en particulier, trouve souvent son exutoire dans la narration. La mise en récit ne guérit pas immédiatement, mais elle permet de réorganiser l'expérience, de transformer une série d'événements bruts en une histoire intelligible, parfois même transmissible. Dans les contextes de migration ou de post-colonialité, ces récits deviennent aussi des lieux de résistance identitaire. La douleur y est historicisée, politisée, liée à des formes de domination. On ne souffre pas seulement de soi, mais aussi d'un monde qui ne reconnaît pas cette souffrance. Ainsi, la narration collective du mal-être peut devenir un acte de résilience, voire de réparation sociale. Une clinique respectueuse des cadres culturels ne devrait donc pas viser à remplacer ces récits, mais à les accueillir comme des ressources. Elle gagne à s'appuyer sur les métaphores, les symboles et les récits que les sujets apportent, non comme des symptômes à corriger, mais comme des points d'ancrage pour la transformation psychique. Dans cette optique, la souffrance devient un langage à déchiffrer et non une erreur à corriger. Cela suppose une posture clinique décentrée, capable d'interroger ses propres catégories, et d'accepter que le soin puisse passer par un chant, une danse, un silence, un rêve ou une métaphore.

3. La culture comme filtre dans l'interprétation des symptômes :

La culture ne se contente pas d'influencer l'expression de la souffrance psychique ; elle en façonne également la perception, la légitimité et la reconnaissance. Les symptômes mentaux ne sont pas des entités universelles, mais des constructions interprétatives qui varient selon les contextes culturels, sociaux et historiques.

Dans de nombreuses cultures non occidentales, la dépression s'exprime souvent par des symptômes somatiques plutôt que par des plaintes émotionnelles explicites. Par exemple, en Chine, les patients dépressifs rapportent fréquemment des douleurs physiques sans mentionner de tristesse ou de désespoir, ce qui peut entraîner une sous-estimation ou une mauvaise interprétation de leur état par les cliniciens formés aux standards occidentaux .

Kirmayer souligne que la somatisation n'est pas propre aux cultures non occidentales, mais constitue une forme d'expression de la détresse psychologique omniprésente, servant de langage culturel pour exprimer des souffrances autrement indicibles. Le deuil, quant à lui, est également sujet à des variations culturelles significatives. Dans certaines sociétés, une expression intense du chagrin est attendue et valorisée, tandis que dans d'autres, la retenue émotionnelle est la norme. Ces différences influencent la manière dont les individus vivent leur deuil et peuvent affecter la reconnaissance clinique de réactions de deuil prolongées ou complexes.

Le genre joue un rôle crucial dans la manière dont les symptômes mentaux sont exprimés et interprétés. Les femmes sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de dépression, même lorsque leurs scores objectifs sur des mesures de dépression sont similaires à ceux des hommes .Elles sont également plus enclines à se voir prescrire des médicaments psychotropes. En revanche, les hommes sont moins susceptibles de divulguer des problèmes de santé mentale en raison de la stigmatisation sociale et des normes de genre qui valorisent la stoïcité et la maîtrise de soi .Ces différences de genre dans l'expression des symptômes peuvent conduire à des biais diagnostiques et à des traitements inappropriés.Par exemple, les comportements agressifs ou les problèmes de consommation d'alcool chez les hommes peuvent masquer une dépression sous-jacente, tandis que les plaintes somatiques chez les femmes peuvent être interprétées comme des troubles anxieux ou dépressifs sans investigation approfondie.

4. La dimension spirituelle dans la thérapie :

La dimension spirituelle dans la thérapie représente un champ complexe où le spirituel peut être envisagé à la fois comme une ressource de soutien profond et comme une échappatoire aux difficultés émotionnelles. D'un côté, pour de nombreux patients, la spiritualité offre un cadre de sens face aux aléas de l'existence, une manière de transcender les souffrances ou les traumatismes vécus. Les pratiques spirituelles – telles que la prière, la méditation ou encore la participation à des

rituels collectifs – sont souvent associées à un sentiment de paix intérieure, de réconfort et d'appartenance à une communauté. Ainsi, le spirituel est perçu comme une ressource qui aide à donner un sens aux épreuves, favorise la résilience et permet d'intégrer des expériences difficiles dans un récit de vie cohérent (Koenig, 2009). Dans ce contexte, la spiritualité devient un levier permettant d'accéder à des ressources psychiques souvent inexploitées, en mobilisant, par exemple, le symbolisme religieux ou les traditions ancestrales pour accompagner la guérison. Cependant, le spirituel comporte également le risque de se transformer en échappatoire lorsque l'individu se réfugie dans des pratiques ou des croyances pour éviter d'affronter ses conflits intérieurs. Une adhésion excessive à une forme de spiritualité peut alors mener à un refus de la souffrance ou à une déconnexion des réalités émotionnelles de la personne. Ce phénomène se manifeste parfois par le recours à des explications mystiques simplistes, qui occultent la nécessité d'un travail psychothérapeutique sur la complexité du vécu. Il est ainsi essentiel de distinguer entre une utilisation constructive de la dimension spirituelle et une fuite potentiellement délétère qui ne permet pas d'intégrer ou de transformer la douleur intérieure (Pargament, 1997).

Dans le dialogue entre psychothérapies et pratiques religieuses, la question qui se pose est de savoir s'il faut intégrer ou exclure le spirituel dans le processus thérapeutique. D'un point de vue intégratif, de nombreux auteurs soutiennent qu'une approche holistique, qui prend en compte la dimension spirituelle, peut enrichir la relation thérapeutique en offrant au patient des repères supplémentaires et en valorisant ses croyances comme des ressources de soins (Pesut, 2011). Cette vision ne cherche pas à imposer une croyance, mais à accueillir le vécu spirituel du patient, en l'incorporant dans le récit thérapeutique. On pense alors à une co-construction du sens, où le thérapeute, en position d'écoute empathique, aide le patient à explorer comment sa spiritualité peut être mobilisée de manière constructive dans la prise en charge de ses troubles. À l'inverse, certains praticiens défendent l'idée d'une séparation stricte entre les approches psychothérapeutiques et les pratiques religieuses, arguant que l'introduction du spirituel pourrait compromettre la neutralité scientifique et détourner l'attention des mécanismes psychiques sous-jacents. Ils soulignent le risque de dérives cultuelles ou d'une dépendance envers des figures spirituelles, ce qui pourrait interférer avec le processus d'autonomie et de responsabilisation recherché en thérapie (Miller, 2003). Cette position critique met en lumière la nécessité pour le thérapeute de bien identifier ses propres repères et limites afin de ne pas imposer un cadre interprétatif qui ne correspondrait pas à la réalité subjective du patient.

Face à ces positions contrastées, la tendance contemporaine tend vers une approche nuancée qui intègre la dimension spirituelle sans en faire une fin en soi. Plusieurs chercheurs et cliniciens recommandent ainsi une démarche interculturelle et interdisciplinaire, dans laquelle le spirituel est envisagé comme une part essentielle de l'expérience humaine tout en restant ouvert à la pluralité des interprétations. Cette approche se traduit par la mise en place d'entretiens cliniques ouverts sur les croyances, de collaborations éventuelles avec des conseillers spirituels ou des aumôniers, et par l'élaboration d'outils d'évaluation permettant de mesurer l'impact de la spiritualité sur le bien-être psychique (Koenig, 2009 ; Pargament, 1997). la dimension spirituelle dans la thérapie ne doit pas

être ni purement intégrée ni totalement exclue. Elle doit être abordée avec prudence et discernement, en tenant compte des besoins et des attentes propres à chaque patient. Le défi consiste à faire converger le langage de la psychothérapie et celui du vécu spirituel pour permettre une meilleure compréhension et une prise en charge globale de la souffrance. Adopter une telle posture permet non seulement d'enrichir le processus thérapeutique, mais également de reconnaître la richesse des ressources symboliques et narratives qui, lorsqu'elles sont mobilisées à bon escient, peuvent transformer la douleur en une force de résilience.

II. Illustration clinique

Amina

Le cas d'Amina, femme de 45 ans confrontée à la perte brutale de son fils aîné, illustre de manière poignante l'articulation complexe entre spiritualité, culture et souffrance psychique dans un contexte musulman. Dès la première consultation, sa réponse – « C'est la volonté d'Allah. Je dois accepter. » – signale une stratégie de coping spirituel fondée sur la soumission religieuse. Toutefois, cette formulation, loin d'être purement apaisante, fonctionne ici comme une défense psychique masquant une détresse profonde. Derrière l'apparente acceptation se cache une culpabilité écrasante et un besoin de deuil entravé par les normes sociales et religieuses de son environnement, qui valorisent la patience (ṣabr) et perçoivent l'expression de la douleur comme un signe de faiblesse de foi. Le refus initial d'un traitement médicamenteux témoigne également de cette posture de déni sacralisé, où seule la dimension divine semble autorisée à panser les blessures de l'âme. L'enjeu pour le thérapeute, dès lors, n'est pas d'opposer foi et médecine, mais de traduire la souffrance dans un langage culturellement recevable, en s'appuyant sur des figures coraniques telles que le prophète Ya'qoub, dont les larmes et la tristesse face à la perte de son fils Youssof sont décrites sans jamais remettre en question sa piété. Ce déplacement permet à Amina de réconcilier l'émotion avec la croyance, en comprenant que pleurer ou souffrir n'est pas synonyme d'un manque de foi, mais une modalité humaine du deuil. À mesure que ce cadre d'acceptation s'installe, la patiente entre dans une dynamique de réparation : elle accepte un traitement léger, participe à un groupe de soutien et amorce un processus de symbolisation de la perte. Sur le plan clinique, ce cas met en lumière une réalité fréquente dans les sociétés musulmanes : la spiritualité peut servir à la fois de refuge et d'obstacle. Lorsqu'elle est mobilisée défensivement, elle peut inhiber l'élaboration psychique. Mais lorsqu'elle est reconnue et intégrée dans un dialogue thérapeutique respectueux, elle devient un vecteur de sens, un appui solide pour la résilience et la transformation du trauma. Ce travail de résonance entre foi et psychologie souligne l'importance d'une approche interculturelle sensible, qui ne cherche pas à extraire le patient de ses croyances, mais à l'accompagner dans et à travers elles, vers une expression authentique de son vécu et une reconstruction possible de soi. (Kadri et al , 2007)

Le cas H :

Le cas de H., jeune homme de 26 ans originaire d'un milieu rural, met en lumière la complexité des troubles dissociatifs lorsqu'ils se manifestent dans un contexte culturel profondément imprégné de représentations spirituelles. Survenu après une rupture amoureuse interdite par sa famille, l'effondrement psychique de H. s'exprime par une symptomatologie marquée : crises de dissociation, automutilations, mutisme, et un discours mystique centré sur la possession par un jinn. Cette configuration révèle un conflit intrapsychique aigu, né du heurt entre un désir personnel — celui d'aimer et de choisir — et des normes socio-religieuses contraignantes. L'apparition du jinn dans le discours du patient joue alors une fonction symbolique essentielle : il agit comme tiers médiateur, une figure extérieure sur laquelle peut être projetée une souffrance indicible, tout en maintenant une cohérence culturelle et sociale. Le recours à l'exorcisme (roquia), d'abord privilégié par le patient et sa famille, témoigne d'une tentative d'élaboration dans un registre sacré, mais se heurte à l'inefficacité face à des enjeux psychiques non symbolisés. La posture du thérapeute, ancrée dans une écoute culturelle non réductrice, permet de maintenir le lien avec le patient sans disqualifier ses croyances. L'approche intégrative adoptée — à la croisée de l'écoute psychodynamique et du respect du discours religieux — offre un espace de traduction psychique où le jinn cesse d'être une entité invasive pour devenir le masque culturel d'un Moi fracturé. Progressivement, à mesure que le patient est autorisé à verbaliser la colère, la frustration et le sentiment d'enfermement familial, les manifestations spectaculaires s'atténuent. Ce travail de désymbolisation/re-symbolisation, appuyé par une médiation avec la famille et un traitement anxiolytique léger, ouvre la voie à une dynamique de subjectivation. L'analyse de ce cas souligne que dans les sociétés musulmanes traditionnelles, la référence au surnaturel ne relève pas uniquement du délire, mais constitue souvent un langage alternatif de la détresse, une manière culturellement valide d'exprimer des conflits internes. Le rôle du clinicien n'est donc pas de contredire ce langage, mais d'en révéler les soubassements affectifs, en accompagnant le patient dans une réappropriation progressive de son vécu et de son autonomie psychique. (Ben Rejeb, 2012)

1. Analyse et discussion:

La souffrance psychique ne s'exprime pas toujours à travers les catégories diagnostiques conventionnelles issues de la nosographie occidentale. Elle emprunte souvent des voies symboliques et spirituelles, nourries par l'imaginaire collectif, les normes sociales et les croyances religieuses. L'expérience intime du mal-être est fréquemment traduite dans un langage théologique ou surnaturel, plus acceptable socialement et émotionnellement que l'aveu d'une détresse psychologique individuelle. C'est ce que révèlent les cas d'Amina et de H., qui illustrent deux modalités distinctes mais convergentes de l'expression du trauma psychique dans un contexte islamique.

Dans le cas d'Amina, mère endeuillée, la souffrance dépressive est encapsulée dans un discours de soumission à la volonté divine. Son expression émotionnelle est bridée par une représentation intériorisée de la foi comme renoncement à la plainte. Ce refoulement du chagrin personnel au nom d'un idéal religieux de patience et de résignation agit comme une défense contre l'effondrement subjectif. La religiosité devient ainsi un double dispositif : d'un côté, elle soutient symboliquement l'individu face à la perte en lui offrant un sens supérieur, de l'autre, elle interdit l'accès à une élaboration psychique authentique si elle empêche l'expression de la douleur humaine. La posture thérapeutique adéquate ne consiste donc pas à s'opposer à cette spiritualité, mais à en

reconnaître la valeur symbolique tout en l'ouvrant à d'autres registres d'expression émotionnelle. La réconciliation entre foi et souffrance devient alors possible lorsqu'une articulation subtile est faite entre récit religieux et écoute psychique.

Le cas de H., quant à lui, met en évidence une configuration plus complexe, où l'effraction du réel — une rupture amoureuse interdite — déclenche un effondrement identitaire traduit en termes de possession démoniaque. Le recours aux jinn, figures bien ancrées dans l'imaginaire musulman, offre au sujet une échappatoire : en attribuant sa douleur à une entité extérieure, il évite de se confronter directement au conflit entre désir individuel et contraintes familiales. La possession devient ici une stratégie culturelle de dissociation, un mode de défense permettant d'exister dans un système normatif rigide sans transgression directe. L'expression du mal-être à travers un langage mystique ou surnaturel permet ainsi de contourner l'interdit, tout en gardant une forme de reconnaissance sociale. La famille, en refusant d'abord la psychiatrie au profit d'un traitement spirituel, illustre la perméabilité entre registre religieux et lecture de la santé mentale dans ces contextes.

Dans les deux cas, le thérapeute joue un rôle de médiateur entre deux mondes : celui de la spiritualité religieuse et celui de l'écoute psychique. L'efficacité thérapeutique repose non sur le rejet des croyances du patient, mais sur leur intégration dans une approche symbolisante, qui redonne au sujet un espace de parole et d'élaboration. Lorsque la religion est abordée non comme un obstacle, mais comme un langage possible de la souffrance, elle devient un allié thérapeutique. Il ne s'agit pas de médicaliser le religieux ni de sacraliser la souffrance, mais de faire émerger un lieu tiers, où le discours sur Allah ou les jinn peut être entendu comme métaphore de tensions internes, refoulées ou interdites. Le clinicien culturellement informé reconnaît ainsi que la symptomatologie spirituelle est souvent une mise en scène d'un conflit psychique plus profond, et que l'accès à une subjectivation passe par une double écoute : celle des croyances et celle des affects. Ainsi la clinique transculturelle révèle que les formes de souffrance psychique sont toujours situées, filtrées par des systèmes de sens collectifs. Dans les contextes musulmans traditionnels, où la foi structure l'identité, la souffrance se dit souvent en Dieu, mais ne se réduit pas à Lui. Le travail thérapeutique consiste alors à rouvrir, dans ce langage religieux, la voie d'une humanisation du symptôme, afin que le sujet retrouve sa place, non pas seulement comme croyant soumis, mais comme être parlant et souffrant, porteur d'une histoire singulière à déployer.

III. Les enjeux contemporains de la reconnaissance culturelle en santé mentale

Dans un monde en mutation rapide, où les jeunes grandissent à l'intersection de multiples systèmes de valeurs, les enjeux culturels dans la reconnaissance et la prise en charge des troubles mentaux prennent une ampleur inédite. Le stigmate social du "fou", qui fut longtemps associé à des

Figures d'exclusion ou de mystification, demeure vivace dans de nombreuses cultures, notamment dans les sociétés où la maladie mentale est perçue comme une malédiction, un châtiment ancestral, voire une possession. Ce poids symbolique alourdit le vécu des individus en souffrance et entrave souvent l'accès aux soins. Les familles, par souci de préserver l'honneur ou par

crainte de l'étiquette psychiatrique, résistent parfois à l'identification formelle des troubles, préférant les silences ou les explications spirituelles. Cette invisibilisation, bien que protectrice sur le plan social, aggrave souvent la détresse psychique en retardant la prise en charge. Chez les jeunes issus de l'immigration ou évoluant dans des environnements pluriculturels, cette problématique se double d'une tension identitaire. Ils se retrouvent fréquemment pris dans une double contrainte : être fidèles à leur culture d'origine tout en répondant aux normes de la société d'accueil. Cette ambivalence identitaire peut engendrer des formes de suradaptation, de clivage, ou encore de rejet de l'une ou l'autre culture. Le soin devient alors un champ conflictuel, traversé par des représentations ambivalentes où la légitimité de la parole thérapeutique est parfois remise en question. Ainsi, l'identité culturelle n'est pas simplement un contexte ; elle constitue une matrice symbolique dans laquelle le sens de la souffrance psychique prend forme, se dit ou se tait.

Dans cette optique, les pratiques de soin issues du paradigme biomédical occidental doivent être interrogées à la lumière d'une exigence de pluralité. La critique décoloniale de la psychiatrie contemporaine, notamment formulée par des auteurs comme Frantz Fanon (1961) ou Anne-Marie Moulin (2011), invite à décentrer notre regard. Elle propose de reconnaître la diversité des modes de penser, de dire, et de traiter la souffrance psychique. Cette décolonisation passe par une revalorisation des savoirs locaux, des pratiques ancrées dans les mémoires collectives, des rituels communautaires et de la parole des aînés. L'écopsychologie, quant à elle, élargit cette perspective en intégrant les dimensions de l'environnement, de la terre, et du lien intergénérationnel dans les processus de guérison. Elle replace le sujet en souffrance dans une trame écologique et symbolique plus large, là où la modernité tend à fragmenter les appartenances. Enfin, les nouvelles technologies de communication, tout en offrant des espaces d'expression libérateurs pour certains, participent à une standardisation croissante des représentations mentales. Les réseaux sociaux, notamment TikTok ou Instagram, ont contribué à une vulgarisation massive des diagnostics psychiatriques, parfois au détriment de leur rigueur clinique. On y voit émerger des formes de "diagnostics participatifs", dans lesquels les symptômes deviennent des identifiants communautaires ou des objets de mode. Cette tendance comporte des risques : banalisation des troubles, sur-identification à certaines étiquettes, confusion entre mal-être existentiel et pathologie médicale. Elle montre aussi l'urgence d'un dialogue renouvelé entre les professionnels de santé, les éducateurs, et les jeunes eux-mêmes, afin de co-construire des pratiques de soin inclusives, culturellement situées, et adaptées aux mutations de nos sociétés.

Conclusion

La culture, loin d'être un simple arrière-plan du vécu psychique, en constitue une matrice fondamentale. Elle façonne la manière dont la souffrance mentale est perçue, exprimée, interprétée et soignée. Si elle peut être ressource de sens, de résilience et de soin – en mobilisant des récits partagés, des appartenances symboliques, ou des pratiques communautaires – elle peut également devenir facteur d'exclusion ou de malentendu thérapeutique, lorsque les systèmes de soins ignorent ou mal interprètent les significations culturelles portées par les patients. Les formes d'errance

diagnostique, de méfiance envers la psychiatrie, ou encore de stigmatisation sociale trouvent souvent leurs racines dans ces fractures invisibles entre modèles culturels et représentations biomédicales. Dès lors, il devient impératif que la psychologie contemporaine s'ouvre pleinement à l'anthropologie, à la sociologie des cultures, et aux traditions locales de soin. Une telle ouverture ne signifie pas un renoncement au savoir clinique, mais une réinvention de ce savoir, dans un dialogue humble avec la pluralité des formes de penser la santé mentale. Cela suppose de repenser la formation des cliniciens, les modalités d'écoute, et même la structure des institutions de soin, afin qu'elles puissent réellement accueillir la diversité des vécus et des langages de la souffrance.

La reconnaissance des spiritualités vécues, la mise en lien des trajectoires individuelles avec les histoires collectives (traumatismes historiques, migrations, ruptures sociales), ainsi que la prise en compte des dimensions écologiques du soin, apparaissent aujourd'hui comme des voies essentielles pour construire une écologie du psychisme. Cette approche écologique, au sens large, appelle à une vision du soin comme espace de reliance – au corps, à l'histoire, au territoire, aux autres – où la différence n'est plus perçue comme un obstacle mais comme une ressource pour enrichir les pratiques thérapeutiques. Il s'agit, en somme, de passer d'une clinique de l'universalité abstraite à une clinique de la singularité située, où chaque sujet est entendu dans sa complexité humaine et culturelle.

Références :

1. Ben Rejeb, M. (2012). Possession et psychiatrie en contexte musulman : entre croyance, culture et psychopathologie. *Tunis Medical*, 90(5), 365–371.
2. Chabrol, H. (2012). *Les troubles de l'adolescence*. Dunod.
3. Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385–1401.
4. Devereux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.
5. Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Flammarion.
6. Fanon, F. (1961). *Les damnés de la terre*. Paris : La Découverte.
7. Good, B. (1994). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge University Press.
8. Hatem, M. (2021). *Clinique interculturelle et subjectivité post-coloniale*. La Découverte.
9. Kadri, N., Agoub, M., & Moussaoui, D. (2007). La psychiatrie au Maroc : entre tradition et modernité. *Revue de l'Encéphale*, 33(6), 911–917.
10. Kessler, R. C., et al. (1994). Gender differences in major depression: Epidemiological findings. *Journal of Affective Disorders*, 29(2–3), 85–96.

11. Kirmayer, L. J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl 13), 22–28.
12. Kirmayer, L. J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: Implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl 13), 22–28.
13. Kirmayer, L. J. (2007). *Psychothérapie culturelle : comprendre le patient dans son contexte*. Paris :L'Harmattan.
14. Kirmayer, L. J., & Young, A. (1998). Culture and somatization: Clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 420–430.
15. Kleinman, A. (1988). *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. New York: Free Press.
16. Koenig, H. G. (2009). *Medicine, Religion, and Health: Where Science and Spirituality Meet*. Templeton Press.
17. Miller, W. R. (2003). What is spirituality? *Alcohol Research & Health*, 27(4), 261–266.
18. Moro, M. R. (2004). *Enfants d'ici venus d'ailleurs*. Odile Jacob.
19. Moulin, A.-M. (2011). *Le médecin et le sorcier*. Paris :Odile Jacob.
20. Nathan, T. (2007). *La folie des autres : Traiter les troubles psychiques en contexte interculturel*. Paris :Dunod.
21. Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. Guilford Press.
22. Pesut, B., & Reimer-Kirkham, S. (2011). Spirituality in nursing: The need for clarity. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 7–9.
23. Ryder, A. G., Yang, J., & Heine, S. J. (2008). Somatization vs. psychologization of emotional distress: A paradigmatic example for cultural psychopathology. *Online Readings in Psychology and Culture*, 10(2).
24. Summerfield, D. (2008). *How scientifically valid is the knowledge base of global mental health?*. *BMJ*, 336(7651), 992–994.
25. Watters, E. (2010). *Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche*. Free Press.
26. Wikan, U. (1990). *Managing turbulent hearts: A Balinese formula for living*. University of Chicago Press.
27. World Health Organization. (2009). *Gender and women's mental health*. Retrieved from [https://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/​;contentReference\[oaicite:20\]{index=20}](https://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/​;contentReference[oaicite:20]{index=20})

